

# INSTITUCIÓN, SUBJETIVIDAD Y SALUD MENTAL



**BOLETÍN III**  
**DICIEMBRE 2025**



Facultad de  
**Psicología**

Universidad Nacional de Mar del Plata



**Universidad Nacional de Mar del Plata**

**Facultad de Psicología**

**Tercer Boletín del Centro de Investigaciones sobre Sujeto, Investigación y Cultura**

**Compilación de Vanesa Baur, Julián Álvarez, Juana Macaya y María Sol Pogorzelsky.**

**- 3er Ed. - Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2026.**

**Libro digital, PDF**

**Archivo Digital: descarga y online**

**ISSN 3072-7863**



## Índice

<b>Palabras del decano</b>	<b>3</b>
<b>Palabras de la directora</b>	<b>3</b>
<b>La salud mental. Un abordaje filosófico y ético</b> Susana La Rocca	<b>4</b>
<b>Cuando el terror avanza</b> Mariángeles Mendoza Teruel	<b>9</b>
<b>La Dignidad de la Angustia</b> Mariela Fittipaldi	<b>13</b>
<b>Actualidad en la clínica de la psicosis en el campo de la Salud Mental</b> Vanesa Baur	<b>18</b>
<b>Un punto de encuentro interdisciplinar: el trato y el acompañamiento como prácticas de lazo</b> Cristian José Rodríguez	<b>22</b>
<b>Viejismo y Salud Mental: una lectura desde la Gerontología Crítica y los Derechos Humanos</b> Silvana Cecilia Santana	<b>26</b>
<b>Racismo, subjetividad y salud mental: una cuestión bioética</b> Maria Marta Mainetti	<b>30</b>
<b>La salud en el contexto de la producción de subjetividad actual</b> Diego Naddeo	<b>33</b>
<b>Ese experimento llamado cuarentena. Hoy leemos sus efectos</b> Paula Pioletti	<b>40</b>
<b>Buenas prácticas en Psicología, deportes y salud mental</b> Andrea Vazquez - Ezequiel de la Torre	<b>43</b>
<b>Instituciones ¿hospitalarias?</b> Laura B. Iglesias	<b>49</b>
<b>La institución originaria</b> Horacio G. Martinez	<b>52</b>

### **Palabras del decano**

Las instituciones no son únicamente marcos organizativos de la vida social: son también espacios donde se producen subjetividades, se establecen normas y se tramitan los conflictos que atraviesan a las comunidades. Pensar la relación entre institución, subjetividad y salud mental implica, por lo tanto, interrogar las condiciones sociales, culturales y políticas en las que se configura el malestar contemporáneo.

Diversos aportes reunidos en este número recuerdan que la salud mental no puede “despolitizarse” reduciéndola a un asunto de tramitación individual, sino que debe comprenderse como un proceso atravesado por las condiciones de vida, los derechos sociales y las formas de organización colectiva de nuestras sociedades.

Una vez más, el Centro de Investigación sobre Sujeto, Institución y Cultura abre este espacio de reflexión colectiva, convocando a pensar críticamente estos vínculos y a fortalecer el diálogo entre investigación, práctica profesional y compromiso con la salud mental en nuestra comunidad.

Lic. Juan Pablo Issel Decano – Facultad de Psicología

### **Palabras de la directora**

Esta edición del Boletín se abrió a las reflexiones, prácticas e investigaciones que atañen a tres términos que admiten múltiples lecturas y abordajes. Institución, subjetividad -nuestro hilo conductor de las tramas- salud mental son polisémicos. Y, fundamentalmente, pueden ser leídos desde diferentes perspectivas que enriquecen su entramado.

En los artículos que componen el boletín hallamos una fuerte preocupación por el tejido entre estos términos en el presente. Angustia, violencia, escucha clínica, ética, prácticas de lazo, gerontología, racismo, buenas prácticas, producción de subjetividad. La época se dice en las reflexiones en torno a la institución. La salud mental, horizonte y contexto, se articula con la subjetividad y sus marcas. Las prácticas aspiran a ser buenas y se tensan con las instituciones que las protocolizan, opacando al sujeto.

Invitamos a profundizar en la variedad de artículos que componen este número, brindando una mirada contemporánea y local de una trama compleja y esencial.

Dra. Vanesa Baur

### Introducción

El individualismo exacerbado que transitamos constituye un punto de partida interesante para reflexionar acerca de la salud mental, calificada como una nueva pandemia. El nuevo (o permanente) malestar de esta cultura se manifiesta en una competencia despiadada, una inquietante soledad y la percepción de la insuficiencia de los tratamientos disponibles para abordar el sufrimiento psíquico. Estas características nos desafían a pensar el problema de la salud mental desde otras perspectivas y pueden ayudarnos a comprender las nuevas formas de malestar psíquico:

- La mirada filosófica y ética de Emmanuel Lévinas que cuestiona el encierro del yo y propone una salida ética fundada en la responsabilidad hacia el Otro.
- Los aportes de Michel Foucault que analiza los comportamientos sociales e individuales como producto de dispositivos de poder y control.
- La traza teórica de filósofos actuales como Byung-Chul Han y Eric Sadin, que han realizado diagnósticos críticos sobre los procesos y las consecuencias de las influencias de las políticas neoliberales y los avances tecnológicos digitales, en las subjetividades contemporáneas.

“Soy responsable del otro sin esperar reciprocidad, aunque me cueste la vida.” (Lévinas, De otro modo de ser o más allá de la esencia, 1974).

Lévinas considera que todo ser humano debe privilegiar la otredad sobre la identidad del yo por dos cuestiones:

- Para no reducir al otro en un objeto y
- Para poder salir de la tiranía del yo, que sin la mirada del otro es incapaz de salir de sí mismo (1961/2002, p. 53).

La subjetividad siempre se constituye en el encuentro con el otro y en mi responsabilidad sobre él, lo que es exigencia y fundamento de la ética. La salud mental no sólo es la resultante de la autonomía de cada individuo sino la posibilidad de abrirse al otro, construyendo relaciones de amorosidad y responsabilidad.

Lévinas abandona la perspectiva ontológica de considerar al yo como una esencia individual y lo define como una construcción relacional con el otro. El yo no es originariamente para-sí, sino que está desde el principio en deuda con el Otro. Esa

obligación no es añadida a un sujeto ya constituido, sino que es lo que lo constituye en cuanto sujeto (Lévinas, 1961/2002, p. 54).

El yo no es sin el otro, puesto que se descubre a sí mismo a través de la responsabilidad por el otro. Este compromiso no se le impone como accidente, sino como condición de posibilidad de ser (Lévinas, 1982/2000, p. 95). La negación del otro es una forma de no ser humano que altera la subjetividad y produce malestar. Quien no llega a la humanidad solidaria sabe consciente o no, que su falta ética lo excluye, lo frustra y lo condena al sufrimiento.

Lévinas afirma que la ética es filosofía primera, es responsabilidad obligada, no elegida en tanto es condición de subjetividad. Más que autonomía cerrada es una heteronomía ética dirigida al otro.

La sociedad de las redes y del paradigma neoliberal, a la que no sólo no le importa el otro, sino que además lo agrede e intenta aniquilarlo, es tierra fértil, desde la perspectiva levinosiana, para padecer sufrimiento psíquico.

En nuestro país, la salud mental es reconocida como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley Nacional de Salud Mental). Quien no es, porque niega al otro, seguro genera sufrimiento y se lo infringe a sí mismo.

“¿Puede extrañar que la prisión se asemeje a las fábricas, a las escuelas, a los cuarteles, a los hospitales, todos los cuales se asemejan a las prisiones?” (Foucault, M., 1975, Vigilar y castigar, p. 230).

En el sentido foucaultiano, el común denominador de todas las instituciones mencionadas es la regulación de conductas a través del control realizado por dispositivos que exigen la visibilidad de las personas y su permanente validación. El sujeto pierde toda o parte de su libertad y el poder de decidir autónomamente. Si desde la filosofía primera de Lévinas el egoísmo es la negación del otro y lo que le impide constituirse en un sujeto responsable, desde la perspectiva de Foucault son las instituciones las que condicionan y promueven el individualismo y estigmatizan entre otros, a las personas con padecimiento mental, una de las formas más vulnerables de la otredad. La psiquiatría se constituyó en el interior mismo de la práctica del encierro (Foucault, 1961/1999, p. 507).

En Vigilar y castigar, se sostiene que las instituciones mediante dispositivos de control y disciplina convierten a los hombres en individuos. Dice Foucault “El individuo es sin

duda el átomo ficticio de una representación ideológica de la sociedad; pero es también una realidad fabricada por esa tecnología de poder que se llama disciplina” (Foucault, 1975/2002, p. 21 3).

Dentro de la cárcel, los manicomios, los hospitales y las escuelas, entre otras instituciones, el sujeto, atravesado por el poder que lo controla, lo normatiza y lo patologiza, sufre malestar psíquico.

La cárcel por ejemplo constituye principalmente, una empresa de modificación de los individuos que la privación de libertad permite hacer. En suma, el encarcelamiento penal, desde el principio del siglo XIX, se ha propuesto a la vez, la privación de la libertad y la transformación técnica de los individuos (Foucault, 1975/2002, p. 239).

La relación entre Foucault y Lévinas permite deducir que el individualismo ético y/o social, gran condicionante de la enfermedad mental, no es atribuible a la esencia humana sino a una construcción histórica de dispositivos de poder o de claudicación ética. Comprender la salud mental demanda analizar y minimizar los mecanismos de control y recuperar la dimensión ética que exige responsabilizarnos de la alteridad para posibilitar la construcción de lo subjetivo. Ambas perspectivas ofrecen herramientas para pensar el malestar de nuestra cultura.

“La sociedad del siglo XXI ya no es una sociedad disciplinaria, sino una sociedad del rendimiento. Tampoco sus habitantes se llaman ‘sujetos de obediencia’, sino ‘sujetos de rendimiento’. Son emprendedores de sí mismos.” (Han, 2012, p. 23).

Hoy las instituciones a las que se refería Foucault se han virtualizado: redes sociales y algoritmos de control producen sujetos auto exigidos, hiper expuestos y fragmentados. El individualismo contemporáneo se sostiene en la auto-vigilancia y en la normalización digital, con consecuencias directas para la salud mental que se expresa en ansiedad, depresión y medicalización de las experiencias cotidianas.

Byung Chul Han, filósofo contemporáneo, considera que vivimos en una sociedad del rendimiento y la transparencia donde no es necesario un disciplinamiento exterior. El poder digital persuade al individuo a autoexplotarse y el imperativo negativo del tú debes, se transforma en el positivo del tú puedes.

La tecnología digital es vigilancia voluntaria y el individuo se convierte en empresario de sí mismo, caracterizado por una obsesión hacia el rendimiento, que es medida y transparentada por lo *likes* que da y recibe. Han dice: “El sujeto de rendimiento se encuentra en guerra consigo mismo” (Han, 2010).

En este escenario, la salud mental se desmorona frente a:

- La depresión que surge por no cumplir con todo lo que se puede.
- La ansiedad producida por el exceso de estímulos y las múltiples tareas a las que voluntariamente se somete.
- El agotamiento (el síndrome de Burnout) como consecuencia de la autoexplotación permanente.

En esta misma línea de pensamiento, el filósofo francés Eric Sadin coincide con algunos de los aspectos teorizados por Han, pero cree que las determinaciones negativas sobre la salud mental son exteriores al hombre. Cuestiona la supuesta neutralidad de la tecnología digital y está convencido que se trata de un operativo diseñado por el poder para organizar toda la vida social y subjetiva.

Eric Sadin (2020) analiza el mundo del dato o y la hipercomunicación y cree que estamos frente a un ideal de civilización muy definido: el de una humanidad aumentada, en la que la propuesta técnico-económica pregonada que ha venido a resolver todos nuestros problemas y a complementar nuestra finitud. Es la propuesta de la “siliconización del mundo” (resultado de aceptar el modelo técnico-económico de Silicon Valley) que intenta instalar una organización social algorítmica automatizada y gobernada por una administración digital. Esto ya no es futurología sino un presente concreto donde la Inteligencia Artificial formula un discurso automatizado, robótico y no-humano que nos persuade a tomar decisiones que creemos autónomas y que provocan la ansiedad, competencia constante y frustración.

El individuo es menos que un ente aislado, es meramente un flujo de datos que afectan la psique. La despolitización del malestar lo invisibiliza y limita su abordaje.

Mientras Han pone el foco en la autoexplotación y el narcisismo digital que enferman la psique y que se consumen en el interior de los individuos, Sadin cree que es lo tecnológico-político construido desde afuera lo que prescribe los comportamientos humanos que condicionan la salud mental. Desde adentro o desde afuera la tecnología usada con esa intención, potencia un individualismo tóxico que ya vimos analizado con anterioridad por Levinas y Foucault. También desde adentro y desde afuera del sujeto, devenido en individuo y reducido a dato.

## **Conclusión**

La reflexión conjunta sobre las perspectivas teóricas de estos autores permite comprender mejor, que los problemas actuales de salud mental son consecuencia de factores individuales desarrollados en un entramado complejo de tecnologías digitales propias del neoliberalismo tardío. En ellas se desarrollan conductas que conducen al individualismo disciplinario, a la lógica del rendimiento y a la tiranía del algoritmo.

En síntesis, el encerramiento que clausura al otro, también clausura al yo. Ese individualismo se subjetiviza con dolor psíquico. Si las instituciones sociales de control foucaultianas realizan exitosamente su tarea, el malestar se acrecienta por la dominación y la vigilancia. Las redes del mundo digital agrupan como enjambre. Hay individuos conectados pero no comunicados. No son prójimos.

La realidad digital aumenta inversamente proporcional a la disminución de la humanidad ética. La salud mental que se alimenta en la empatía con el otro se deteriora. El abandono de la dimensión ética como escenario del encuentro con el otro, elemento indispensable para la constitución subjetiva es el principal elemento que debe estar presente en las políticas de salud mental para contrarrestar los efectos negativos desarrollados. Si reconocemos que la alteridad nos constituye el enemigo a vencer, es la conversión de la humanidad en un flujo de datos. Ser sujeto requiere identidad holística, ser sólo dato es fundirse en un flujo de información. El sufrimiento psíquico consciente o inconscientemente que genera alteración de la salud mental está ligado a este creciente fenómeno de disolución de lo que hemos llamado humanidad. La tecnología no es neutral pero puede ser ética.

### **Referencias bibliográficas**

- Foucault, M. (1999). *Historia de la locura en la época clásica* (Vols. 1–2). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1961).
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1975).
- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio* (A. Bergés, Trad.). Herder. (Trabajo original publicado en 2010).
- Han, B.-C. (2013). *La sociedad de la transparencia* (R. Gabás, Trad.). Herder.
- Lévinas, E. (2002). *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad*. Sígueme. (Trabajo original publicado en 1961).
- Lévinas, E. (1993). *Ética e infinito*. Visor.
- Sadin, É. (2017). *La humanidad aumentada: La administración digital del mundo* (M. Segoviano, Trad.). Caja Negra. (Trabajo original publicado en 2013).
- Sadin, É. (2018). *La siliconización del mundo: La irresistible expansión del liberalismo digital* (V. Goldstein, Trad.). Caja Negra. (Trabajo original publicado en 2016).
- Sadin, É. (2020). *La era del individuo tirano: El fin de un mundo común* (V. Goldstein, Trad.). Caja Negra.

## Cuando el terror avanza

**Mariángeles Mendoza Teruel**

El patriarcado y la colonialidad no son épocas históricas que hayamos dejado atrás, sino epistemologías, infraestructuras cognitivas, regímenes de representación, técnicas del cuerpo, tecnologías del poder, discursos y aparatos de verificación, narrativas e imágenes que siguen operando en el presente. (Paul B. Preciado, 2022)

El presente trabajo pretende reflexionar sobre los hechos de violencia ocurridos en el último tiempo que atacan como blanco fácil a las mujeres y disidencias en la República Argentina. Desde el observatorio de las Violencias de Género (Ahora que si nos ven) estadísticamente se cuenta con 1 femicidio cada 26 horas, dato que fue publicado en Enero del 2025. Esto último, es la cara más visible que cobra la violencia de género. Respecto a qué se entiende por violencia de género, decimos que:

La violencia de género se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también pueden ser blanco de ella. (ONU, 2023)

Cabe mencionar que dicha figura fue incorporada como agravante del homicidio en el año 2012 gracias a la lucha incansable del movimiento de mujeres que logró un cambio de paradigma. Lo que antes para muchos eran caratulados como “crímenes pasionales” y como un asunto que cabía solamente al espacio privado, luego tomó un espacio público donde los mismos se los reconoce como crímenes por razones de género. Previamente ya por el año 2009 había comenzado a regir la Ley 26. 485 denominada “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”, que tiene como objetivo, la promoción de servicios de asistencia gratuita para las mujeres que sufren violencia y amplía las medidas de protección.

Esta establece derechos específicamente para las mujeres, definiendo la violencia contra las mismas como “toda conducta que por acción u omisión basada en una relación de desigualdad afecte integralmente la vida, dignidad y derechos de la mujer”. Asimismo, define las modalidades en las que puede ser ejercida la violencia contra las mujeres

considerando distintos ámbitos, en los que se incluye la salud (Mainetti y Echeverría, 2021, p. 225).

Ahora bien, uno se pregunta cómo estos femicidios son moneda corriente y por qué en las diferentes redes sociales, casi se normaliza, aún contando con las mencionadas leyes. Y es porque como todo poder, este dominio masculino -no solo se mantiene por la fuerza- viene acompañado por un poder cultural, simbólico, que se da a través del consenso de la sociedad, donde se la legitima y naturaliza.

Así ha sido durante gran parte de la historia. Como ejemplo histórico de la violencia hacia las mujeres justificada por su inferioridad, podemos recordar la “caza de brujas” (matanza) ocurrida durante la Edad Media. Las “brujas” eran mujeres mayores que poseían saberes populares de curación. Fueron consideradas además, herejes por la moral cristiana de la época (Mainetti y Echeverría, 2021, p. 220).

Este poder simbólico que es la capacidad de una institución, grupo o individuo para imponer su visión del mundo como legítima y natural, hace uso tanto de símbolos como palabras, imágenes y gestos, sin necesidad de recurrir a la fuerza física. Los sistemas simbólicos no sólo reflejan las relaciones sociales y organizan el mundo social, contribuyen a constituirlo (Bourdieu, 2000, p. 90) . En ese sentido, representan espacios relevantes vinculados con las luchas simbólicas por la construcción de significados y el mantenimiento del orden o su transformación (Bourdieu, 1999, p. 248-249). Ejemplo de este uso de poder es el ocurrido hace menos de una semana cuando un video se viralizó en la red social de *TikTok*. En él vemos que era una "publicidad" de la empresa Shell Crespo de Erich Wagner y Cia S.R.L de Entre Ríos, en el que se visualiza a dos hombres trabajadores en una estación de servicio que secuestran a una mujer por no “bancarla”, entonces deciden hablar con un hombre que tiene una camioneta para que se la lleve, así es que la meten en una bolsa de basura y luego se toman unos mates, como si fuera algo de la cotidianeidad. Lo interesante de cómo eligen finalizar el video es justamente el ejercicio de una naturalidad siniestra, ¿no será acaso que es algo que acostumbramos a ver en las noticias? Una piba más, una piba menos.

Pero luego de ese video del horror que fue tildado de exageración, a pocos días se volvió realidad. Esa misma bolsa negra fue usada para tapar a tres chicas en Florencio Varela. Y una vez más vemos en los títulos de los diarios que mencionan que sus muertes fueron hasta buscadas. La insensibilidad caló hondo en nuestra sociedad y me atrevo a decir en el mundo. ¿Será que tanto scrollear nos tenga anestesiados?

Hoy siendo septiembre del 2025, estas cuestiones urgentes que deberían abordarse desde lo jurídico-político, para evitar la violencia hacia las mujeres y disidencias, no está en la agenda política. Más bien en palabras del presidente Javier Milei en el Foro Económico

Mundial de Davos “calificó al feminismo, la diversidad y la inclusión como parte de una epidemia woke que, según él, debe ser extirpada como un cáncer” (CLACSO, 2025)

Para finalizar cabe mencionar que la eliminación de este tipo de violencia es por un lado, trabajando desde la misma cultura, es decir, con la misma sociedad. En otras palabras, la enfermedad y la medicina se encuentran en el mismo lugar. Y por el otro, desde el lado de lo profesional hacer uso de la extensión crítica que:

persigue dos objetivos dialécticamente relacionados, el primero: lograr una formación de los/as universitarios/as que trascienda la exclusivamente técnica que genera la universidad, entendida como fábrica de profesionales; y el segundo: la posibilidad de establecer procesos integrales que genere universitarios/as comprometidos/as y solidarios/as con los sectores subalternizados de las sociedades latinoamericanas. Así se logrará una universidad que contribuya a los procesos de organización y autonomía de los sectores populares más postergados. (Colacci y Filippi, 2020, p. 24).

## Referencias bibliográficas

CLACSO (2025) Preocupación global por los discursos de odio del presidente argentino en Davos. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

<https://www.clacso.org/preocupacion-global-por-los-discursos-de-odio-del-presidente-argentino-en-davos/>

Colacci, R., y Filippi, J. (2020). La extensión crítica será feminista o no será. *E+E: estudios de extensión y humanidades*, 7(9), 18-29.

Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*, España: Anagrama.

Bourdieu, P. (2000b). *La dominación masculina*, España: Anagrama.

Iocco, N (2025) Crimen de Brenda, Morena y Lara: quiénes eran las chicas asesinadas en Florencio Varela. Clarín. Recuperado de:

[https://www.clarin.com/policiales/crimen-brenda-morena-lara-chicas-asesinadas-florencio-varela\\_0\\_MCI8vc5XM0.html](https://www.clarin.com/policiales/crimen-brenda-morena-lara-chicas-asesinadas-florencio-varela_0_MCI8vc5XM0.html)

Mainetti, M. y Echeverría, J. (2021). Antropología y estudios de género. En: *Antropología, problemáticas y debates*. Mainetti, M (coord.). Cap 14.

Onu Mujeres (2023). La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo. Naciones Unidas. Centro Regional de Información <https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>

Página 12 (2025). Triple femicidio de Florencio Varela: Javier Alonso dio detalles sobre la trama narco detrás del crimen. Recuperado de:

<https://www.pagina12.com.ar/860388-triple-femicidio-de-florencio-varela-javier-alonso-dio-detalle>

Preciado, P. (2022). *Dysphoria mundi*. Barcelona: Anagrama.

En el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) nos encontramos en el último tiempo con numerosas emergencias de personas jóvenes que presentan autolesiones. El arribo a la atención generalmente es por salud mental o por enfermería.

Esta forma de acceso al sistema de salud en los CAPS definirá en la mayor de las veces la forma de representar lo demandado, como también el tiempo de atención. Así, la primera pregunta sobre esa realidad es si hay un síntoma, y por lo tanto, un sujeto o una herida cortante (abierta-en el mejor de los casos-) posible de suturar.

Consideramos que la articulación entre estos dos servicios, no solo posibilita la puesta en marcha de un cruce de discursos que ofrecen un marco de cuidado y atención a la persona, sino también en la singularidad de estas presentaciones, representan un lazo entre los desafíos clínicos y un problema sanitario actual en tanto nos confronta con acontecimiento característico de una población de edades cada vez más tempranas.

Consideramos que las autolesiones son indicadores de padecimiento mental y por lo tanto se inscribe una pregunta en relación a los efectos de violencia sociales, institucionales, históricos y subjetivos que los determina.

Pensar en términos conceptuales que le son propios a determinados discursos, nos acompaña en el hacer cotidiano, define nuestros principios éticos y resignifica nuestra experiencia.

Nos proponemos de esta manera, poner a dialogar la experiencia en las intervenciones desde un abordaje y una perspectiva de la vulnerabilidad que representan un acceso a un decir de esa persona (decir de esa conducta o acto de autolesión), y en donde, como propósito, se inscribe la garantía de un acceso como sujeto digno y de derechos.

Entendiendo la dignidad como expresiones de libertad y autonomía.

Durante las entrevistas que se inscriben en virtud de acompañar la situación de autolesiones surgen en muchos casos, después de un tiempo de disponibilidad para la escucha, elementos de angustia en la persona.

La angustia, noción que convoca a lo sufriente –lugar de afecto- de una persona, y que por estructura viene del Otro, es un concepto que en estos tiempos está interceptado por la ansiedad, lo depresivo, “lo bajón”, la decepción, el estar mal, la totalización de un discurso de buen y óptimo funcionamiento, renegando cualquier falla, que nos pueda hacer singulares.

No obstante, si bien todos estos términos “se usan para lo mismo”, pretendemos en este relato, inscribir la diferencia conceptual y práctica que ni más ni menos garantizan el advenimiento de un sujeto y con ello sus derechos: sujeto de derechos.

El término angustia nos dice el diccionario, designa el lugar donde se encuentran las líneas de circulación, se trate de vías férreas o líneas de comunicación en general. En consecuencia, la angustia es materialmente el sitio donde se entrecruzan las líneas y mallas de una red.

Desde el CAPS el Área de Enfermería y Salud Mental, hemos constituido un ida y vuelta inscripto en personas que llegan con autolesiones por ambos servicios y en el cruce de discursos e intervenciones confluyen en ir más allá de lo que “muestra la persona” en su cuerpo. Cabe aclarar que, en la mayoría de los casos, más que lo muestra lo oculta, siendo esta su forma de hacerlo ver a Otro.

Las autolesiones entendidas como actos de daño a sí mismo, a través de cortes en la piel, quemaduras con elementos como cigarrillo o “tatuajes caseros”, denuncian no solo padecimiento de la persona sino aspectos impronunciados, no dichos de esa persona que pueden considerarse cambiar el dolor subjetivo por el dolor físico y que devienen en violencia hacia sí mismo.

Por esto nos interesa no tanto detenernos en los fundamentos y diferencia de los actos de autolesión, como así también la diferencia que podría constituir la edad poblacional de tal acto, sino más bien la angustia que subyace en ellos, y donde la persona no es provista del marco necesario para que dicha angustia advenga, tenga lugar, tenga un sitio de circulación como se mencionó más arriba y se corra “la desdicha” de reproducir el círculo de violencia que ocasiona el padecimiento.

En el servicio de Enfermería se realizan diferentes actividades, entre ellas muchas curaciones de las cuales muchas corresponden a pacientes que no solo presentan una lesión, sino que se visualiza una gran angustia en ellos al momento de asistir a la cura; esto se puede observar ya que el profesional establece una comunicación desde la observación, interrogación y obviamente desde la empatía al realizar dicha cura que muchas veces son autolesiones.

Al realizar la cura y la citación a veces diaria del seguimiento de la cura se puede llegar a un diálogo diferente con la persona, quien encuentran muchas veces la contención a su angustia de esta manera. Allí enfermería puede acceder y hacer de puente con los profesionales de salud mental comunicándoles alguna percepción de lo que se ha podido charlar durante las curaciones.

Un ejemplo muy común y recurrente también se da cuando una usuaria asiste a la toma de presión arterial muchas veces sus valores están completamente alterados, al hablar con el paciente y preguntarle sobre sus hábitos, sus patologías y medicación que pudiese tomar, se encuentra con que está todo normal es ahí donde uno debe ampliar las preguntas las cuales en ocasiones, terminan siendo situaciones de angustia por motivos personales, familiares, laborales entre otros. Es ahí que se encuentra la razón real de sus

valores alterados, cuando acuden especialmente ya con lesiones aparte de referirlos o sugerirles una interconsulta con el servicio de salud mental, también se trata de darles una previa educación sobre cuidados de las lesiones y su cuerpo lo que muchas veces favorablemente tiene una gran aceptación por parte de quien va a curarse.

Ahora bien, recordemos lo que Freud nos ha enseñado sobre la angustia. La angustia señal es un indicador para el yo de que algún peligro interno o externo se aproxima y también lo es de la repetición de un trauma.

Desde aquí consideramos que es clave recitar a la persona tantas veces que la persona lo requiera, garantizando que en esa repetición aparezca la diferencia de su hacer con el síntoma.

Al término de esta reconstitución encontramos la función del Otro en la angustia. La angustia oculta un saber tan infalible como ciego: ella es “lo que no engaña”.

La apuesta a un encuentro donde no se sabe que va a pasar, es una apertura a un espacio, a un sostenimiento y soporte de ese Otro que padece.

En el servicio de Psicología, el encuentro con ese vacío ha posibilitado que en varias situaciones el decir del sujeto emergió cuando al mostrar los cortes, quemaduras, “feteadas de la piel”, en principio se hayan derivado a enfermería para tratarlas desde la curación y evitar riesgo de infección.

Este real, hace que el cuidado sea íntegro, y que ese daño físico que constituye la autolesión, tenga un lugar como tal, más allá de lo subjetivo.

Aquí encontramos una real integración en tanto definir la pregunta entre o actuar demás, atropellando derechos hasta el de decisión y libertad, algo así entre el principio de no maleficencia y beneficencia.

### **Más recitar y menos recetar (destinos de la angustia)**

La angustia será la garantía de un sujeto del afecto, a-afectado por el padecimiento, que desde intervenciones interdisciplinarias y basadas en la dinámica social brindan las condiciones para devenir de la palabra en ese acto, conducta o síntoma de autolesiones en el cuerpo.

Esta dimensión emergió en las posibilidades de re-citar a las personas ya sea por enfermería o por salud mental, en tanto la frecuencia colabora con la contención, integración del padecimiento de la persona al sistema de salud y habilitar distintos espacios para multiplicar las posibilidades de pertenencia de la persona al CAPS.

Un relato de la persona que esté atravesado por lo real, de posibles infecciones, sangrados, diagnósticos que “no cierran”, otorga una dimensión de cuidado y riesgo más allá y más acá del acto.

Las presentaciones de personas con autolesiones en APS se inscriben dentro del grupo de las violencias ya sea por segregación, social y representan un fenómeno multicausal, complejo y psicosocial.

El cruce y consensos de abordajes interdisciplinarios permitirán el pasaje de lo clínico singular (del propio sufrimiento) a la configuración de un problema sanitario desde el esfuerzo de decisiones políticas para definir programas de guardias, por ejemplo en APS que incluyan profesionales de la salud mental (distintos a los psiquiatras)

Se pone en contexto determinadas urgencias que, si bien ante riesgo cierto e inminente de deberá pedir intervención a servicio de Hospital, en la atención primaria en el CAPS se ha creado una forma de trabajo en donde se trabaja “más allá de lo evidente”, donde desde la concepción de la teoría de la vulnerabilidad se piensa a un sujeto que padece y que va más allá de aspectos categoriales de los diagnósticos.

Por esto se piensan en los aspectos graduales en la posibilidad de cierta dinámica en relación al tiempo -no interpretaciones del cuadro “estáticas”. Dar(nos)tiempo.

Nos encontramos que en este marco de ofrecimiento la clave estuvo en re-citar a la persona, en donde esa intervención era más que un “vuelva al CAPS”; era la posibilitar de repetir, de mostrar su sufrimiento con Otro que estaba dispuesto a escucharlo, por lo que se disminuyó notablemente las derivaciones a psiquiatría, y se afianzó el lazo con el CAPS.

Recitar, es quizás también romper con la monotonía de lo rutinario, es romper con algo del tiempo de la institución y no dejar la frecuencia para instancias privadas de atención.

En este caso consideramos que la palabra, el tiempo y la escucha serán guardianes del decir de la persona, y por tanto de que emerja la angustia en tanto digna de un sujeto de derechos que padece.

Encontrar huecos, hallar el estilo propio de lo que no funciona, militar la causa de la salud pública cada día.

### **Referencias bibliográficas:**

Alemán, J.(2021). “Ideología. Nosotras en la época. La época en nosotros”. Ned Ediciones  
Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas (Vol. 20, pp. 71-164).

Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Lacan, J. (2007). El seminario 10: La angustia. Paidós.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). GUÍA DE ATENCIÓN DE  
CRISIS Y URGENCIAS EN HOSPITALES GENERALES DE LA PROVINCIA DE

BUENOS

AIRES.

Recuperado

de

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/08/GUIA-DE-ATENCION-EN>

=

[LA-CRISIS-Y-URGENCIAS-EN-HOSPITALES-GENERALES-DE-LA-PROVINCIA-DE-BUENOS-AIRES.pdf](#).

Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. *La Esquina del Sur*, mayo 2004. Disponible en: [http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf\\_Comun/Rovere.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf)

## **Actualidad de la clínica de las psicosis en el campo de la Salud Mental**

**Vanesa Baur**

La Ley 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, ha instalado la perspectiva de derechos en el corazón de las prácticas en salud mental y ha dignificado el lugar de la profesión psicológica en las diferentes implicancias y decisiones que supone su participación, junto a las otras disciplinas que integran los abordajes complejos de las problemáticas de la salud mental. Los y las psicólogas, además, participamos en pie de igualdad con la psiquiatría, en las evaluaciones y diagnósticos interdisciplinarios que indican los artículos 16 y 20 en caso de internación voluntaria e involuntaria, respectivamente.

La decidida promoción de la interdisciplina y la ampliación de miradas, estrategias, dispositivos se encuentran en la letra de la ley y es un marco propicio para la generación de nuevos espacios y nuevas lógicas. A la par, es frecuente escuchar en debates y afirmaciones en torno a la Ley una tensión respecto a la clínica, entre lo individual y lo comunitario, como si se tratase de elementos contradictorios y no de diferentes abordajes que confluyen y se potencian en una perspectiva de derechos y de la subjetividad.

Por ejemplo, en el documental “Desmontar la máquina” (2021), importantes referentes como María Teresa Lodieu tensan esa cuerda ubicando a la clínica como un dispositivo individual que forma parte de los obstáculos para la plena implementación de la ley, la clínica como un dispositivo que aislaría y se aislaría de la comunidad. Es posible que esta percepción derive de modos de practicar la clínica, de tradiciones en las cuales la clínica psicológica se subordinó al modelo médico. Sin embargo, me interesa en este espacio volver al lugar que supone la clínica en las prácticas concretas actuales de psicólogos y psicólogas que apostamos a una escucha analítica de las psicosis y argumentar que, en consonancia con los principios de la ley de salud mental, es un espacio que potencia justamente la posibilidad de elección de quien padece, en tanto derecho a su autonomía.

La práctica clínica con sujetos de las psicosis se sostiene en una escucha analítica y una posición ética, cruciales para que, parafraseando a Lacan, la impotencia para ejercer auténticamente una praxis no la reduzca al ejercicio de un poder (Lacan, 1985). Esta vertiente, hacer de los sujetos que padecen psicosis objeto del ejercicio de un poder, de conocimiento, de tratamiento y de cuidado fue señalada con claridad por M. Foucault en su Historia de la locura en la época clásica (1967) y es un aspecto que insiste en la razón occidental moderna que aparta y se aparta de la sinrazón a través de su objetivación bajo la forma de la enfermedad mental. El poder psiquiátrico se ve fuertemente cuestionado y, de acuerdo a la lectura de M. Foucault, la psicología ocupa un lugar incómodo, secundario, destinado a dar argumentos que permitan entender los actos locos.

La objetivación -hacer del otro objeto en tanto enfermo- fue señalada por Lacan en una charla que se conoce como "Breve discurso a los psiquiatras" (1967), en la que articula algunos elementos más. Por una parte, señala que tal objetivación compromete al practicante en tanto está concernido, en tanto la locura concierne y conmueve, y que la objetivación es un movimiento de defensa por parte del profesional. Las barreras que el practicante impone pueden ser físicas (los muros), teóricas y también las del maternaje. Vale decir las de la tutela, las de darle lo que necesita a quien le falta. Lacan es irónico y señala que se trataría de darle el pecho... a quien no lo pide.

Pero también es necesario considerar qué de estas posiciones se han manifestado dentro mismo de la práctica analítica. Durante un tiempo prevaleció en las producciones teóricas del psicoanálisis la idea de que la clínica de las psicosis estaba marcada por imposibilidades: no habría sujeto, no habría transferencia. Quizás se trató de otra forma de la objetivación, mientras en la práctica muchos trabajadores se encontraban -nos encontrábamos- poniendo el cuerpo en lazos transferenciales que los involucran más allá de su inscripción institucional (la llamada transferencia con la institución). Entre teoría y práctica se abría un hiato y la oportunidad de una pregunta ¿qué clínica para las psicosis? A esa interpelación vienen respondiendo producciones teóricas que recogen el guante de la experiencia y hacen lugar a una perspectiva que se aparta de la normalización escondida en las proposiciones de lo que no hay (a diferencia de lo que sí hay en las neurosis) y articulan la posición subjetiva de las psicosis en su singularidad. La mentada ausencia de transferencia es cuestionada por la práctica misma, por el encuentro con sujetos que nos interpelan y se ligan en un trabajo terapéutico a quienes nos ofrecemos a la escucha. En ocasiones, el encuentro con nosotros es el único motivo de salida del hogar. En ocasiones, se recorren largas e incómodas distancias para llegar al espacio terapéutico.

Ahora bien, ¿qué particularidad tiene ese espacio de palabra? Me interesa en esta reflexión especialmente la escucha analítica, es decir, la escucha que oferta alguien en posición de analista. Propositivamente se trata de una escucha que se aparta del diálogo intersubjetivo, el diálogo analítico otorga el lugar de sujeto a quien padece, lo cual supone una destitución o un apartamiento del yo y sus aspiraciones por parte de quien oficia de oyente. Lacan (1985b) se refirió a esto bajo la figura de los pagos del analista: pagar con la persona, con las palabras y con el juicio más íntimo. En esta amplia denominación ponemos a cuenta los prejuicios e ideales y también, fundamentalmente en la escucha de las psicosis, el juicio de realidad. Estos pagos no son sacrificiales (sabemos también que se puede obtener satisfacción del sacrificio) sino que se sostienen en el deseo, más precisamente, el deseo del analista.

Y estas coordenadas no son diferenciales para cada tipo de padecimiento o aplicables solo a las neurosis. La escucha -y las intervenciones que se articulan con la

misma- se sostiene en una posición analítica también en relación con el padecimiento de las psicosis.

Porque ¿qué ofrece la escucha analítica a quien padece el estar en el mundo al modo de las psicosis? Cito a Julieta De Battista:

La posición del analista excluye la respuesta por el miedo, la angustia, la admiración, la fascinación o la objetalización. (...) La respuesta del analista concierne a su posición, a un deseo inédito que Lacan llamó deseo del analista (...) El psicótico puede encontrar en el analista aquello que no le fue ofrecido antes: alguien que pueda comprometerse en una experiencia de deseo que deja a un lado la angustia y que no pretende gozar, curar, adaptar ni corregir. Alguien que se hace soporte de un deseo y lo causa (...) Este encuentro puede producir mucho alivio al psicótico que está acostumbrado a lidiar con el rechazo de su deseo y con la negación de los otros a escucharlo hablar libremente de sus razones (2015, pp. 212-213).

Nada de esto es poco y además, nada de esto entra en contradicción con el abordaje comunitario. Por el contrario, si consideramos, siguiendo a J.M. Alvarez (2020), a la locura como una defensa radical y al aislamiento como un recurso extremo, entiendo que la instalación de un espacio de escucha singular es un resquicio en la soledad masiva, es la habilitación a un lugar donde la palabra vale en sus articulaciones singulares y en su intimidad. La intimidad y el vínculo con otros son aspectos que se perturban en la existencia acosada por síntomas que se imponen como ajenos e irreductibles. La intimidad, sabemos, no logra construirse en los vínculos cercanos -que muchas veces, en nombre del cuidado, invaden el espacio de quien padece. Los vínculos con otros se dificultan por la irrupción del síntoma que trastorna la realidad compartida, aísla al sujeto en una identificación inmovible, inyecta autorreferencia y/o rechazo en la indiferencia de los semejantes. Y sin embargo, cuando se instala un tratamiento analítico escuchamos con asombro que eso que sucede con todos... no sucede con nosotros.

Además, conserva plena vigencia la afirmación freudiana que considera al síntoma como intento de curación. Lo que convierte a nuestra clínica en un espacio orientado por el síntoma y no por su eliminación.

Nuestra práctica se desarrolla en un campo complejo, un territorio en el que se cruzan líneas de tensión: la responsabilidad como profesionales, más aún como funcionarios públicos, las demandas de otros actores sociales, las demandas de la sociedad. En este contexto el espacio de la clínica, entiendo, no se reduce a un abordaje individual. Es el abordaje que apuesta a un lazo articulado y articulador, posibilitador del intervalo en el cual el sujeto puede responder de otro modo a lo que del síntoma se impone. Y es un lazo que apunta a lo singular, esto no se resta de lo social sino que por el contrario, permite que lo social no se reduzca a la masa. Si en la masa predomina el lazo

identificadorio, lo singular es aquello que resiste a la identificación y por ello hace posible un lazo en el marco de la diferencia.

**Referencias bibliográficas:**

- Alvarez, J. M. (2020) Principios para una psicoterapia de las psicosis. Xoroi ediciones.
- De Battista, J. (2015) El deseo en las psicosis. Letra Viva.
- Díaz, F. (Director) Desmontar la máquina. Documental. UNLa, 2021.
- Foucault, M. (1967) Historia de la locura en la época clásica, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Lacan, J. (1967) —Breve discurso a los psiquiatrasll, traducción y notas de R. Rodríguez Ponte, Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1985) —De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosisll en Escritos II (pp.513-564). Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1985b) —La dirección de la cura y los principios de su poderll en Escritos II. Ed. Siglo XXI.

## **Un punto de encuentro interdisciplinar: el trato y el acompañamiento como prácticas de lazo**

**Cristian José Rodríguez**

Todos los viajes empiezan con un primer paso... o con un simple punto... (Reynolds, 2016).

El presente texto sitúa un punto de (re)encuentro entre el psicoanálisis, la psiquiatría y el campo de la salud mental, con el propósito de contribuir al diálogo y revalorizar las zonas de articulación entre saberes y prácticas que, aunque históricamente vinculadas, tienden muchas veces a funcionar como compartimentos estancos. Hablo de (re)encuentro porque, en distintos momentos de su historia, el psicoanálisis formó parte activa de la configuración del campo de la salud mental —como lo muestran experiencias fundantes como el Policlínico de Berlín, los desarrollos de la izquierda freudiana o las intervenciones pioneras de Pichón Rivière, Fernando Ulloa y León Rozitchner, por nombrar solo algunas—, donde se evidenció que el psicoanálisis puede desplegar su potencia también allí donde se articula con lo social, lo institucional y lo comunitario (Vainer, 2014).

Sin embargo, los procesos de profesionalización, la segmentación disciplinar y la lógica de especialización técnica contribuyeron a consolidar divisiones y disputas entre estas prácticas, reforzando identidades cerradas y eclipsando las zonas de intersección. En un contexto atravesado por una crisis estructural de la salud mental —que es también crisis de los modos de habitar, de vincularse y de intervenir—, recuperar la potencia de esos cruces se vuelve una necesidad ética y política.

Tal como propone Stolkiner (1999), lo inter y lo transdisciplinario no deberían concebirse como un ideal abstracto ni como una exigencia técnica, sino como una ética de trabajo situada, sostenida en la construcción de marcos comunes de lectura y en el reconocimiento de los sujetos que portan los saberes. Desde esta perspectiva, el reparto de saberes no necesariamente expresa una verdadera diversidad disciplinar, sino que puede ser también el síntoma de una crisis: la del paradigma de la competencia, la segregación y la fragmentación que pretendemos interrogar. En este sentido, lo transdisciplinario puede pensarse como un momento particular de la interdisciplina en acto, donde las diferencias se articulan sin borrarse, produciendo un saber compartido y siempre provisorio.

En este sentido, el disparador de este trabajo fue el panel realizado en la Facultad de Psicología de la UNMdP el 9 de octubre de 2025, en el que participaron el decano Juan Pablo Issel, el Dr. Pedro Pérez y los licenciados Diego Nadeo y Silvina Maccarone, en el marco de la presentación del informe de alcance nacional “Situación crítica: la salud mental

en Argentina”<sup>1</sup>. La exposición de la Lic. Maccarone, fundamentada en su experiencia en un C.A.P.S. de la ciudad y centrada en la noción de acompañamiento como idea transdisciplinaria, causó en mí el deseo de pensar un punto de diálogo fecundo entre el psicoanálisis y el campo de la salud mental.

Maccarone entiende al acompañamiento como: “un posicionamiento ético y político del psicólogo. Acompañar implica por definición respetar el posicionamiento del otro, su singularidad y principalmente sus posibilidades. En los entreverados procesos que cada quien transita desde sus condiciones de existencia, la despatologización de aquello que las determinaciones sociales de la salud parecen arrojar con determinismo al derrumbe, nos proporciona un viraje hacia la salud mental. Los padecimientos que nos buscan entre sus estrategias de supervivencia detonan nuestro saber disciplinar (en el mejor de los casos) liberándonos de la omnipotencia para lanzarnos a la búsqueda de esos otros, no ya complementarios, sino fragmentos necesarios para encausar nuestro devenir profesional”. Acompañar es, en el planteo de nuestra colega, renunciar a la cura para ser parte activa del tránsito del sujeto con lo que le ha tocado en suerte.

Este planteo evocó inmediatamente en mí la propuesta del psicoanalista Enrique Rivas (2007) en relación al abordaje de la psicosis, que más tarde retoman y desarrollan Álvarez (2020) y Martín & Colina (2019). Rivas sugiere, desde el psicoanálisis, un viraje clínico y ético: pasar del tratamiento al trato. No se trata de renunciar a las herramientas técnicas, sino de desplazar el centro del dispositivo clínico hacia una lógica del lazo, en la que lo central no es lo que se hace sobre el sujeto, sino cómo se está con él. En este sentido, el “trato” no es una forma menor de intervención, sino una ética que reconoce al sujeto en su singularidad y el valor de su palabra. Plantea al trato como un p-acto implícito con el sujeto psicótico (pacto que es un acto decidido del analista basado en su deseo de construir un lazo con el sujeto).

José María Álvarez (2020), también desde el psicoanálisis, enumera actitudes a adoptar vinculadas al trato con el psicótico: respeto, tolerancia, flexibilidad, adaptabilidad, tesón, humildad, firmeza, buena disposición, sentirse cómodo con las diferencias y manifestarlo, transmitir cierta garantía de no abandonarlo y sobre todo el estar dispuesto a dejarse usar por él (p. 200).

Volviendo a lo expuesto por Maccarone, la noción de acompañamiento resuena con esta lógica del trato y propone una práctica que puede situarse más allá de las divisiones disciplinares. Acompañar no es aplicar un protocolo, sino sostener una presencia; habilitar un espacio donde el sufrimiento pueda tener un lugar de palabra, aun cuando no se

---

<sup>1</sup> Crisis Salud Mental en la Argentina. Provincias. Congreso. 5 de Agosto [https://psicologia.mdp.edu.ar/wp-content/uploads/2025/10/PDF-Crisis-Salud-Mental-Argentina-2025\\_1\\_009.pdf2025](https://psicologia.mdp.edu.ar/wp-content/uploads/2025/10/PDF-Crisis-Salud-Mental-Argentina-2025_1_009.pdf2025)

disponga de una respuesta inmediata o técnica. En un contexto como el actual, marcado por la vulnerabilidad social y económica, el desborde institucional y la precarización de los lazos sociales, este gesto cobra un valor político: no se trata solo de asistir, sino de resistir a la lógica que reduce al sujeto a un caso, un diagnóstico (ya sea patológico o estructural).

En ese cruce entre el trato y el acompañamiento aparece una posibilidad potente: repensar el rol del psicólogo como alguien capaz de implicarse en el lazo social, de alojar malestares que no entran en las categorías clásicas y de construir, con otros, formas de intervención que no clausuren la palabra, sino que la sostengan en su dimensión enigmática y transformadora. En este sentido, introducimos la dimensión militante y subversiva del psicólogo, en tanto apuesta por el lazo, el encuentro, el diálogo y el deseo, en el contexto actual de profundización del neoliberalismo, y de inicio del tecnofeudalismo, en términos de Yanis Varoufakis.

En este horizonte, donde el lazo social se ve constantemente erosionado y el discurso del rendimiento tiende a colonizar incluso las prácticas de cuidado, pensar en términos de trato y acompañamiento se vuelve una urgencia compartida entre disciplinas. Es precisamente en este punto donde la psiquiatría contemporánea ofrece un aporte relevante, especialmente a partir de la “revolución delirante” encabezada por Fernando Colina y Laura Martín.

En su Manual de psicopatología (Martín y Colina, 2019) culminan situando al trato y al acompañamiento como protagonistas de la clínica, entendiéndolos como condición de posibilidad de cualquier tratamiento (cuando éste fuera necesario). Del rico y amplio desarrollo que llevan a cabo, recortaré solo algunos puntos, con el propósito de situar algunas de sus ideas en diálogo con las cuestiones que vengo trabajando, y con la ilusión de causar en alguno de ustedes, que aun no se hayan cruzado con él, el deseo de ir al encuentro de ese hermoso, subversivo y riguroso texto.

- El trato rehuye las intenciones psicoeducativas, por todas las implicancias de normalización, segregación, clasificación y persuasión que habitan en ellas. Tratar con alguien que sufre a raíz de su extrema soledad (o de su vulnerabilidad socioeconómica, podríamos agregar en nuestro contexto) no es enseñarle nada. Tratar consiste en no estorbar, en asistir a las defensas del sujeto. Es acompañarlo.

- Plantean al diagnóstico (al nosográfico, pero también al de estructura cuando se emplea como equivalente de aquel) como un obstáculo al trato. Toda clasificación debe tener siempre una vocación de provisionalidad, y su valor reside únicamente en ofrecernos una orientación inicial y en constituir un código común para la comunicación entre profesionales. El costo, siempre alto, que pagan quienes lo reciben es el de ser estigmatizados y excluidos.

- El trato implica también un posicionamiento respecto a los síntomas dentro del continuum respeto–reducción, inclinándonos siempre hacia el polo del respeto. Presentan así al trato como un moderador de nuestra pasión normalizadora o furor curandis.

- Otro punto interesante es su posición respecto al lugar y función de la teoría. Si bien comienzan advirtiéndonos que oímos lo que nos permite la teoría, y que solo podemos controlar de nuestra práctica aquello que podemos teorizar, nos invitan amablemente a recordar, o a no olvidar, que las teorías no están para ser creídas, que no son dogmas ni cosmovisiones. Son constructos siempre inacabados, cuya razón de ser es la de ser utilizadas. E incluso una vez aplicadas, debemos saber deponerlas ante la persona que tenemos enfrente. La clínica siempre desborda y descompleta nuestro saber teórico.

Para finalizar, quisiera explicitar que hablar de interdisciplina o transdisciplina no apunta en ningún caso a una indiferenciación entre discursos o disciplinas —tendiente a Una disciplina superadora— ni a la conquista o jerarquización de unos sobre otros; sino más bien a la construcción de puentes, estableciendo (o subrayando, en mi caso) conceptos fronterizos que, “en tiempos de todos contra todos”, favorezcan y propicien el diálogo y el intercambio. De este modo, podemos pensar el par trato–acompañamiento como un fecundo punto situado en la triple frontera entre salud mental, psiquiatría y psicoanálisis.

## **Bibliografía**

- Álvarez, J. M. (2020). Principios de una psicoterapia de la psicosis. Barcelona, España: Xoroi Edicions.
- Martín, L., y Colina, F. (2019). Manual de psicopatología. Madrid, España: La Revolución Delirante.
- Reynolds, P. H. (2016). Empieza con un punto. Fondo de Cultura Económica.
- Rivas Padilla, E. (2007). Pensar la psicosis: el trato con la disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista El Campo Psi, abril, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar>
- Vainer, A. (2014). Psicoanálisis y salud mental: Definiciones, experiencias y perspectivas. Topía. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoan%C3%A1lisis-y-salud-menta>

!

## **Viejismo y salud mental: una lectura desde la Gerontología Crítica y los Derechos Humanos**

**Silvana Cecilia Santana**

“Cuando me dicen que soy demasiado viejo para hacer una cosa, procuro hacerla enseguida” - Pablo Picasso.

La vejez está pasando a ser la etapa más larga de la vida. Y es muy distinta a la vejez de nuestros padres. Tenemos otros problemas, y otros desafíos por cumplir. Queremos pensar en qué casas, con qué recursos, con qué compañía vamos a envejecer...

### **La revolución de las viejas**

El viejismo es un fenómeno generalizado en las instituciones, legislaciones y políticas de todo el mundo. A pesar de los avances impulsados por la gerontología en las últimas décadas, que buscan visibilizar esta problemática, aún observamos la persistencia del viejismo en discursos sociales y en ámbitos de la salud.

El término viejismo fue introducido por Leopoldo Salvarezza en nuestra región, retomando la noción de edadismo (ageism) propuesta por Robert Butler en la década del 70, y es entendido como los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad.

El viejismo tiene consecuencias graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos de las personas mayores. Según el Informe Mundial Sobre el Edadismo (OMS, 2021) “en las personas mayores (...) comporta una peor salud física y mental, un aumento del aislamiento social y la soledad, una mayor inseguridad económica, una reducción de la calidad de vida y una muerte prematura, (...) y puede aumentar el riesgo de violencia y maltrato contra las personas mayores” (p. IX)

Uno de los componentes más arraigados del viejismo son los estereotipos respecto al envejecimiento, definidos como las creencias, generalmente negativas, sobre las personas mayores. Por lo general, estas creencias se asocian a considerar la vejez como una etapa de fragilidad, soledad, dependencia, mal funcionamiento físico y mental, etc.

Desde esta perspectiva la salud mental en la vejez no puede pensarse al margen de las condiciones sociales y simbólicas que moldean la experiencia de envejecer.

El presente artículo propone reflexionar, desde la Gerontología Crítica y los Derechos Humanos, acerca de la relación entre viejismo y salud mental, repensando las prácticas y representaciones respecto al envejecimiento.

La Gerontología Crítica, como campo interdisciplinario, propone analizar la vejez desde un paradigma lejos de las conceptualizaciones biomédicas tradicionales. Pensar(nos)

desde este marco, es posicionarnos desde una perspectiva de derechos y de deconstrucción social, entendiendo que “lo social” implica relaciones de poder, discursos normativos y políticas que moldean formas de subjetivación que determinan qué es “ser viejo/a, qué es “envejecer bien” “o envejecer mal”.

Desde esta mirada crítica cuestionamos los modelos hegemónicos y recuperamos las voces, narrativas, discursos, miradas, biografías, de los propios sujetos envejecientes, protagonistas activos de su propio proceso de envejecimiento.

La Gerontología Crítica propone un enfoque que “(...) pone el énfasis en la interpretación de significados de la experiencia humana en un contexto de interacción social y cotidianidad. Resalta la “voz” del adulto mayor y los significados subjetivos de su experiencia de vida” (Krzemien, 2023, citando a Berger y Luckmann, Ricoeur, Bruner, Gergen, Ibañez, Shotter)

Es por ello que no podemos pensar desde la Gerontología sin su vinculación con los Derechos Humanos, ya que este paradigma es transversal a ella.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015), nos da un marco ético y normativo, permitiendo reconocer a las personas mayores como sujetos de derechos, con autonomía, dignidad y participación social, promoviendo una concepción integral de la salud.

### **Viejismo y salud mental**

El impacto del viejismo en la salud mental es muy profundo ya que hablamos de viejismo no sólo como algo externo al individuo, que viene de las instituciones o de la sociedad, sino como algo que también se internaliza, fenómeno conocido como viejismo autoinfligido y puede llevar a los sujetos a sentimientos de desánimo, baja autoestima, pérdida del sentido vital, inutilidad, retraimiento, etc. (Informe Mundial sobre el Edadismo, OMS, 2021)

Por otra parte, el viejismo se entrecruza con otras variables, como son el género, la clase social, la capacidad funcional. Esto genera desigualdades importantes. Por ejemplo, ser mujer vieja conlleva mayor discriminación que ser hombre viejo.

Tal como señala el Informe Mundial sobre el Edadismo (2021): “Es frecuente que las mujeres se encuentren en una situación de doble amenaza, en la que las normas patriarcales y un interés por la juventud tienen como consecuencia un deterioro más rápido de la situación para las mujeres mayores en comparación con la de los hombres. (...) Esta doble amenaza explica también por qué el aspecto físico de las mujeres mayores se juzga de manera distinta del de los hombres mayores” (p. 12)

Reconocer entonces al viejismo como dispositivo cultural a deconstruir y repensar, es esencial para desplazar la mirada de lo patológico, biológico y estigmatizante, hacia otra

mirada comprensiva de la salud mental en la vejez cuestionando los discursos que moldean y perpetúan estas desigualdades.

A partir de estas breves reflexiones, se invita a pensar la salud mental en la vejez como un proceso dinámico, atravesado por relaciones de poder, estructurales, sociales, políticas, éticas, simbólicas y subjetivantes, con la intención de crear condiciones que posibiliten el bienestar, el deseo, y la posibilidad de un desarrollo vital pleno de sentido.

## **Discusión**

Reflexionar sobre el vejeismo y la salud mental, desde la Gerontología Crítica y los Derechos Humanos, supone deconstruir y desnaturalizar los discursos hegemónicos que aún prevalecen en algunas instituciones y en la sociedad. Discursos que asocian al envejecimiento con un proceso de pérdida, de deterioro, enfermedad y/o dependencia. El vejeismo refuerza esta mirada y es contra él que debemos actuar.

El vejeismo es un dispositivo que produce subjetividad, condiciona la práctica profesional y limita las posibilidades de las personas mayores que lo sufren.

Promover políticas públicas y espacios de intervención que posibiliten el desarrollo pleno de las potencialidades de las personas mayores y su participación activa, contribuye a disminuir el vejeismo.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre el Edadismo (2021) se sugieren tres estrategias para combatir el vejeismo:

Desde las políticas y la legislación, fortalecer instrumentos locales y nacionales que permitan reducir el vejeismo a partir de mecanismos y dispositivos de promoción de la salud y que aborden las variadas formas de discriminación y la desigualdad.

Desde la educación y las instituciones educativas, la implementación de actividades en todos los niveles y contextos educativos, formales y no formales, que ayuden a mejorar la empatía, deconstruir estereotipos acerca del envejecimiento, reducir prejuicios y discriminación.

Otra estrategia son las intervenciones intergeneracionales que tengan por objeto fomentar la interacción entre personas de distintas generaciones, para así reducir prejuicios y estereotipos.

De esta manera, ponemos la mirada y la acción frente a las personas mayores desde un lugar de derechos, reconociéndolos como sujetos activos, con voz propia, autonomía y dignidad.

Como profesionales, o como futuros profesionales, ya sea desde la investigación, la educación o la política, somos éticamente responsables de repensar nuestro rol. Trabajar en salud mental con personas mayores, supone abrir espacios de escucha, de co-construcción de sentidos, de condiciones de vida digna, plena y significativa.

Sólo a partir de este enfoque integral y crítico es posible construir un horizonte de envejecimiento con derechos, reconocimiento y bienestar subjetivo.

### Referencias bibliográficas:

- Acuña, J., Amilkar, M., y Possetto, G. (2006). Dispositivos Grupales y Producción de Subjetividad. Adolescentes en condiciones de vulnerabilidad Psicosocial.
- Columbia University Irving Medical Center. (2022, 26 de septiembre). Robert N. Butler: Pioneer in study of aging. Recuperado de: <https://www.cuimc.columbia.edu/news/robert-n-butler-pioneer-study-aging>
- Foucault, M. (1984). El poder y la norma, La nave de los locos, N° 8.
- Iacub, R. (2013). Nuevas reflexiones sobre la Posgerontología. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), "Dossiê Gerontologia Social", 295-311.
- Informe mundial sobre el edadismo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>
- Krzemien, D. (2023). Gerontología crítica y construcción social de la vejez. Material de circulación interna de la cátedra. Módulo 1 de la Especialización en Gerontología. Facultad de Cs de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Organización de los Estados Americanos. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington, D.C.: OEA. Recuperado de: [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)
- Paola, J. P. (2015). Hacia una intervención crítica del Trabajo Social en el campo gerontológico. Cap. 7. En: *Más mayores, más derechos: diálogos interdisciplinarios sobre vejez*. Editorial de la Universidad de La Plata. (EDULP) E-book

## **Racismo, subjetividad y salud mental: una cuestión bioética**

**María Marta Mainetti**

En el año 2010, el tradicional “Día de la Raza”, celebrado el 12 de octubre, pasó a denominarse en nuestro país “Día del Respeto por la Diversidad Cultural”. Recientemente, el gobierno nacional discute la posibilidad de volver a denominar este día como Día de la Raza. ¿Por qué resulta significativa esta denominación?

Detrás de las palabras hay historia, sentidos, ideologías. Los usos y desusos del lenguaje contribuyen a generar nuevas formas de pensar y de actuar y en este sentido, a construir subjetividad. Así ha sucedido con el racismo, ideología centrada en las jerarquizaciones de los grupos humanos arbitrariamente denominados “razas”, durante el proceso de dominación colonial.

### **Un poco de historia**

En el siglo XVIII, los naturalistas se preguntaban por qué existen tantas variedades de seres humanos y cómo se originaron. Motivados por estas inquietudes, comenzaron a utilizar el término “raza” para clasificar grupos humanos de acuerdo con características físicas que consideraban determinantes de comportamientos culturales. Por ejemplo, el científico sueco Carl Linné sostenía que “los indios de América son rojos, coléricos y obstinados”, “los negros, flemáticos, negligentes y astutos”, “los amarillos, mezquinos e inflexibles” y “los blancos, atléticos y creativos” (Linné, 1735/1999).

En aquella época, dominaba la teoría creacionista, que explicaba que Dios había creado una sola raza (la blanca), pero que algunos grupos se habían “degenerado”- o sea, oscurecido- por efecto del ambiente. La ciencia no podía ocultar el sesgo prejuicioso de una época que enaltecía la “civilización” blanca occidental y necesitaba fundamentos de legitimación para la dominación.

En el siglo XIX, con la aparición de la teoría de la evolución de Charles Darwin, la noción de raza adquirió un significado aún más letal. La idea de “selección natural” fue distorsionada para sostener la existencia de razas superiores con capacidad para dominar a las demás. De este modo, el racismo, con el sello de la ciencia, se convirtió en una ideología que justificó los genocidios más atroces de la historia (Stepan, 1982).

Hoy, aunque el racismo ha perdido su legitimidad científica, sus huellas persisten en las prácticas sociales, en los discursos y en los modos de mirar y de nombrar. Los avances de la genética demostraron que la variabilidad de rasgos humanos es tan grande que no tiene sentido hablar de razas. Como señaló el genetista Luigi Luca Cavalli-Sforza (2001), “la pureza de la raza es inexistente, imposible y totalmente indeseable”.

Si ya no hay razas ¿Qué nos queda? Nos queda la diversidad humana, expresión de una biología que se entrelaza con la cultura. El ser humano es el único ser cuya naturaleza se define por una constante interacción entre cuerpo, lenguaje y cultura. Hay condicionantes, pero no determinantes. Nuestra capacidad de crear sentidos, de imaginar y de transformar nos permite desplegar un sinfín de modos de existencia.

Reemplazar el concepto de raza por el de diversidad cultural fue un paso fundamental para superar viejas ideologías, impugnar el racismo, promover el respeto y reconocernos como parte de una misma, aunque diversa, humanidad. Sin embargo, el desafío bioético actual no se agota en el cambio de nombre: consiste en revisar críticamente los efectos del racismo en las vidas concretas, en las subjetividades y en la salud mental colectiva.

### **El aporte de la Bioética**

¿Qué puede decir la Bioética, como campo de reflexión sobre aspectos éticos de la ciencia, la salud y la vida en general, sobre este tema? Sin duda el racismo, bioéticamente hablando, constituye una forma de vulneración de la dignidad humana. No se trata solo de una injusticia social o política, sino de una herida ética que afecta la posibilidad de cada sujetx de ser reconocidx como igual en valor y en derechos, de ser elegidx, incluidx, amadx.

El racismo produce por eso sufrimiento subjetivo: deteriora la autoestima, fragmenta la identidad, limita la autonomía y genera un sentimiento de no pertenencia. La discriminación sistemática actúa como un determinante social de la salud, afectando tanto a individuos como a comunidades enteras (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

El pensador Frantz Fanon (1952/2009) analizó con lucidez cómo el racismo opera como una fuerza alienante que obliga al sujetx racializadx a mirarse con los ojos del opresor. Esa alienación no es solo política, sino profundamente psíquica: instala una fractura en la relación con unx mismx y con lxs otrxs.

La bioética contemporánea, especialmente en su vertiente de los derechos humanos, nos invita a pensar la salud como un derecho universal y la diversidad y la no discriminación como principios bioéticos (DUBDH, 2005). Reconocer la pluralidad cultural no es simplemente tolerar la diferencia, sino asumir la responsabilidad de crear condiciones de igualdad simbólica, material y afectiva.

Una bioética comprometida con la justicia social debe denunciar las formas de racismo estructural que se expresan en el acceso desigual a la atención sanitaria, en los prejuicios institucionales y en las prácticas que desvalorizan los saberes y experiencias de los pueblos originarios, afrodescendientes o migrantes (Carnevale, 2021).

Defender el respeto por la diversidad cultural implica, entonces, proteger la salud mental colectiva, promover vínculos basados en la empatía y la alteridad, y construir un horizonte de convivencia donde cada vida sea reconocida como valiosa.

Nombrar el “Día del Respeto por la Diversidad Cultural” no es un gesto menor. Es afirmar, desde la ética, que la humanidad no se divide en razas, sino en posibilidades de encuentro. Y que ese encuentro solo es posible cuando somos capaces de mirar la diferencia sin temor, sin jerarquías y sin olvido.

### **Referencias bibliográficas:**

- Carnevale, F. A. (2021). Racismo estructural y ética del cuidado: una perspectiva bioética intercultural. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 21(2), 45–58.
- Cavalli-Sforza, L. L. (2001). Genes, pueblos y lenguas. Crítica.
- Fanon, F. (2009). Piel negra, máscaras blancas (E. Azcoaga, Trad.). Akal. (Obra original publicada en 1952).
- Linné, C. (1999). *Systema Naturae* (Facsímil de la edición de 1735). Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Determinantes sociales de la salud y equidad sanitaria: Informe mundial. OMS.
- Stepan, N. L. (1982). *The idea of race in science: Great Britain, 1800–1960*. Archon Books.
- UNESCO (2005) Declaración universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH).

## **La salud en el contexto de la producción de subjetividad actual**

**Diego Naddeo**

Toda definición teórica, corre el riesgo de un envejecimiento fulero y prematuro. En algunas ocasiones, eso se da de manera cabal, en otras, se retoman luego de algún tiempo, según el sentido latente freudiano, siempre estuvieron, pero retornan. Supongo que, además, la suerte de las definiciones empeora cuando lo que se define depende de su contexto de producción, y ese contexto no es recuperado en su evocación. Me interesa en esta comunicación, retomar algunas definiciones de salud que nos sirvan para pensar a la luz de nuestro presente. Dicho así todas las definiciones de salud han sido y a veces lo siguen siendo, a la vez, motivo de crítica y elemento necesario para la política. Esto refleja ese carácter epocal de las definiciones que, en la mayoría de los casos, responde a estrategias políticas más que técnicas. O, mejor dicho, se establecen desde la política, para visibilizar algo de la técnica.

Ejemplo de ello puede ser desde la tradicional definición de salud como anverso de enfermedad, ligada al paradigma positivista higienista de comienzos del siglo XX, hasta la que mayor pregnancia tiene en la población que es la que se suele repetir hasta el cansancio, diciendo que la salud es el completo estado de bienestar físico, emocional y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Tal como nos señalan tanto Ferrara (2005) como Stolkiner (2003) esta definición, dicha en una Facultad de Psicología, alertaría a cualquier psicoanalista apresurado por indicar las consecuencias de lograr un completo estado de bienestar como condición para la salud. El psicoanálisis no se lleva bien con la idea de lo completo, la falta, sienta mejor. Las ciencias sociales tampoco comulgan con la idea de pensar la salud como estado, sino que proceso, cambio y transformación son sus premisas basales. Ahora bien, haciendo una lectura histórico social, esta definición que tiene su origen en la naciente Organización Mundial de la Salud (OMS) a fines de la posguerra, fue en parte propuesta por trabajadores de la salud y sobrevivientes de la guerra. La misma se produce a fines de los años '40, la centralidad de la definición política, es hablar de que la salud, es un asunto del Estado de Bien-estar. Hay un empuje a que sea el Estado el garante de la salud de la población. En este período se produce el informe Beveridge que en Reino Unido universalizó el acceso a la salud para toda la población, a través del Servicio Nacional de Salud (NHS). Ese modelo es el que nuestro país adoptó en la misma época y que hoy conocemos como subsector público de la salud, considerando a la salud como un derecho social y humano. De ahí que debamos ver a las

definiciones más en su sentido político que técnico, ya que es a través de la política que se allanan los caminos para la ampliación de derechos.

De un modo semejante, si se analizan las definiciones de salud mental, podremos encontrar elementos similares a los presentados anteriormente. En este caso, se encuentra un desplazamiento discursivo, desde la psiquiatría como disciplina total en el saber de lo mental hacia la salud mental como campo de intersaberes. Ese desplazamiento tal vez se deba a la condición estructural de los intersaberes en juego dentro de ese campo que ha tenido un gran desarrollo desde la década del '60 en adelante, conforme fueron legitimándose los conocimientos de las ciencias sociales y humanas, creándose carreras universitarias, así como comenzando a tener voz en la escena pública los grupos sociales objeto de esas prácticas.

Así es como se llega a la actualidad a proponer una definición de salud mental, como efecto de una multicausalidad en la vida anímica y material de los grupos sociales, a la que se considera un derecho humano esencial.

Ahora bien, hay una definición que Floreal Ferrara (2005) propone en la que menciona que la salud/salud mental es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad. Floreal, había atravesado tres cuartas partes del siglo XX y comprendía que la clave estaba en pensar las sociedades a través del conflicto y no de los equilibrios entre sectores o las adaptaciones al medio, es decir, soluciones conformistas. Su propuesta era la de la implicancia del sujeto en la lucha por superar o resolver los conflictos que lo aquejan para obtener su óptimo vital. Esta definición suele perder centralidad en los discursos, pero no vigencia. Según Canguilhem, la norma que regula la vida anímica, es exterior al sujeto, proviene siempre de la sociedad o de la cultura (Canguilhem en Galende, 2015). Entonces que la salud sea un derecho social, tiene de trasfondo aquella premisa de Marx (1973) que sugiere que el ser social es lo que determina la conciencia humana. No se puede pensar en la salud en términos individuales o incluso colectivos sino se vincula con las condiciones materiales de existencia de las poblaciones.

Esto nos lleva a plantear la vida de las poblaciones bajo el sistema de dominación mundial como condición para producir la vida anímica de las personas. Boltanski y Chiapello (1999) describen una serie de movimientos paradójales; el capitalismo prospera, en tanto que la sociedad se degrada, al tiempo que crecen los beneficios, en tanto como crece la exclusión social. Entonces, cualquiera de estas definiciones de salud, configura de una manera u otra, una tríada entre Estado-Democracia-Ciudadanía como analizadores de los procesos políticos que encarnan esas definiciones.

Viendo esto entonces en nuestro presente, el gobierno nacional derrite su máximo capital político, identificar a la casta, distinguirse de ella y combatirla. Es un modelo higienista. La jugada huele a naftalina, en nombre de la República, se denuncian delitos de corrupción, se individualizan las denuncias, nunca es como sistema, sino como elementos singulares o de pequeños grupos, para de ese modo, dismantelar la política pública que implica un mejoramiento en el proceso de redistribución de las riquezas y reducción de los procesos de exclusión. Así, la denuncia encuentra en la eliminación de la política pública, su mejora. Listar esas políticas, excede ese trabajo, todos tenemos alguna en la punta de la lengua. Pero bueno los anteriores, al menos conservaban algún criterio selectivo, ahora, con menos metáfora, todo tiene algo de curro y entonces, preventivamente, se cierra, se desarma, se elimina. ¿Qué tríada se propone entre

Estado-Democracia-Ciudadanía en el horizonte, atacando a la salud en general y al Bonaparte o al Garrahan en particular? ¿Pero entonces, interesa combatir el delito aberrante de la corrupción o sólo es la coartada para presentar programas de gobierno regresivos en la distribución de la riqueza hacia la población? Hasta los organismos financieros confesaron que no esperaban tanto, han demostrado ser sus mejores alumnos.

Su condición de no ser casta, su giro discursivo de no ser otra política, sino no ser político, les explotó en la cara. El gobierno acaba de entrar metonímicamente en la cadena significativa que los tienen atrapados junto a Isidoro Cruz o Francisco Laprida. Al igual que ellos, todos han tenido una revelación al descubrir y tener que aceptar que su destino no es diferente a los de sus adversarios. Poco a poco, se acerca el cierre del festejo de egresados, el muchacho egresa, se recibe de casta. No me extrañaría que tengamos que pagar la cuenta.

Volvamos al llano. Sea que este ciclo esté encontrando su destino sudamericano o no, de todos modos, los ciclos respetan ciertas leyes de la Gestalt, la tendencia al cierre. Pero el cierre deja tras de él, a quienes se les dio nombre, a su pueblo. Ese pueblo que tal vez no tenga una fidelidad al líder, decidió sacrificarse, esperando mejorar la cosa. En el trabajo en el primer nivel de atención de la salud, escucho frecuentemente a una parte de ese pueblo, emprendedores, buscas, quienes sintetizan su jornada laboral entre el pastón en la obra y algún curso de trader de barrio, todos queriéndose salvar. Todos se tienen que salvar solos. Richard Sennet (2000) reflexiona que el capitalismo flexible crea las

condiciones para arrojar al sujeto a su proceso de ansiedad, flexibilizando el riesgo de manera individual.

Por su parte, Mark Fisher (2016) enfatiza en la idea acerca de que es más fácil imaginar el fin del mundo que el fin del capitalismo. Idea que sustenta que el capitalismo es el único sistema viable, confirmando la frase de que no hay alternativa, como sostén del realismo capitalista. Ya sabemos las consecuencias psíquicas cuando la potencia del sujeto queda reducida a la aceptación pasiva de lo que hay, de ahí que Ferrara hablaba de salir de la adaptación. De un modo u otro, esto contribuye a las dificultades para pensar un futuro o proyecto colectivo. Fisher propone politizar la salud mental, esto a mi entender, no implica pensar si la manifestación singular de los padecimientos mentales tiene un correlato unicausal con el sistema de producción, sino más bien, cómo las profundas desigualdades que genera el actual sistema marcan un diferencial entre las personas para mitigar ese sufrimiento, no proponiendo formas colectivas de reparación y rectificación, sino la búsqueda individual de ese bienestar. Nuevamente tendremos que tener presente la vieja y vigente definición de salud como lucha que ofreció Floreal hace tiempo.

Para la población con la que trabajo, hace años no existe en su imaginario la palabra trabajo formal, en su lugar aparece emprendedor, dicho con orgullo, como elemento de distinción, son feriantes, sin ferias, que establecen la condición de estar divorciados del Estado, pero es un divorcio conflictivo, de esos que explotan los tribunales de papeles y que solo el tiempo lo resuelve, si lo resuelve. La relación con el ex, tarde o temprano evidencia la marca de la ruptura. De ahí que el quiebre entre electorado y gobierno, deja desahuciado a quien creyó y lo estafaron otra vez. Pero la población cree, es profundamente creyente, prefiere a Dios, espera, confía, ora, se entrega, ahí los milagros son cotidianos. Los templos son una de las grandes respuestas comunitarias desde hace décadas. Por su parte, nuestros espacios psi, fuertemente feminizados, muestran que las ocupaciones más frecuentes en el grupo de las mujeres, son los rubros de esteticistas y peluqueras en y a domicilio. Otras cuidan adultos mayores en pequeños hogares, con mala paga y tratos laborales ruines, por supuesto, siempre cuidan a las infancias. Algunas que empilchan mejor, son cajeras de casinos on line, confiesan por lo bajo, eso deja un poco más de plata. Es el home-office de los sectores populares, permite cuidar a los chicos. Los trabajos de reparto a través de las aplicaciones, dan la libertad para manejar los tiempos entre el trabajo y la vida cotidiana, siempre atravesada por las tareas de cuidado. En su visión, el Estado, allá lejos. En los varones, en los pocos que

llegan a las consultas, las changas, ese universo tan amplio como difuso, pero que sin lugar a dudas reafirman una masculinidad inmutable. Pero siempre la idea del emprendedor, barbero, jardinero o albañil, eso termina configurando una especie de movilidad social de autor, acompañado por la esperanza de tener un golpe de suerte. Desamparo. ¿No estamos en parte todos esperando esa oportunidad que nunca nos llega, a falta de proyectos colectivos amplios y menos vidriosos?

Vuelvo. Si la pregunta es por sus anhelos, sus sueños, cuesta esa proyección, pero a veces aparece la idea de tener un trabajo piola, que paguen bien, prender la parrilla, festejarle el cumpleaños al hijo. Pero, como decía un conocido, trabajo hay, lo que falta es que paguen mejor.

Como se podrán imaginar, el optimismo de la voluntad es necesario, pero si el pesimismo de la realidad es más contundente, hay más chances de que el malestar se trague en la soledad del mate cocido a la noche. Así ¿Cómo no imaginar una crisis en la salud mental poblacional? Por algún lado tiene que salir. Ansiedad, angustia, depresión, pérdida de sentido de la vida, para los más jóvenes, comportamiento autolítico, siempre ataque de pánico, siempre. Epidemia. Esa es la descripción sintomática de la mayoría de las consultas que se reciben en el primer nivel de atención. Después estará en los equipos de salud, el trabajo de ayudar a largar el entripado y ver qué hacer con eso, acompañar, ampliar el campo de respuestas, siempre acompañar.

Si lo vemos desde la perspectiva de las políticas públicas y los dispositivos, una mirada focal nos dirá que faltan muchas cosas, es cierto. En cambio, una mirada más amplia que incorpore distintos períodos históricos, nos permitirá observar el desarrollo de una red más amplia de atención, una legitimación de los equipos de salud mental en las últimas décadas. En los años '50 era revolucionario pensar la atención en salud mental en servicios ambulatorios, en los años '60 en adelante, la búsqueda fue la de llegar con salud mental a toda la población. Aquellos profesionales, salieron de la jaula de hierro (Weber, 1969), generaron un quiebre ideológico, más que teórico, conformando los grupos Plataforma y Documento, otra vez, la política adelantándose a la técnica. La apertura a la población, no fue acompañada debidamente de un debate profundo y de conjunto sobre los postulados teóricos en salud mental y los dispositivos donde se desarrollan. Aun así, en la actualidad, la salud mental tiene una centralidad en la opinión pública, tal vez empujada por la pandemia, pero seguro esto deba ser leído en clave con la incapacidad del sistema político y económico de brindar bienestar a la población. En suma, y con diferencias sobre los subsectores y administraciones de las que se trate, es cierto que se

amplían los dispositivos de salud mental, pero la generación de problemas y deudas sociales, supera ampliamente a la capacidad de dar soluciones, de yapa, la fuerza laboral del sector salud pública, se reduce con ganas, frente a las ventajas económicas de las prácticas profesionales liberales, muy '90 todo. Instituciones vaciadas y vacías.

¿Adaptación o lucha?

En cada caso, habitualmente se puede observar un conjunto de desventajas sociales que gota tras gota, profundizan el dolor en las personas, arrastrando la repetición sin diferencia y mortificante entre las generaciones. Vivir en Latinoamérica, que es la región más desigual del mundo, y estar algo roto, es la regla, la diferencia la marca de qué lado queda la angustia en el sujeto, con eso laburamos. Ese creo que fue uno de los grandes aciertos de Silvia Bleichmar (2011) cuando sugirió una revisión del psicoanálisis, y desarrolló su teoría de la construcción del sujeto ético, atravesado por la lógica de deconstrucción y construcción del semejante.

En el horizonte cercano, vemos los efectos psicosociales que van dejando en gran medida las corrientes neoliberales, cada vez con menos para recortar, pero generando formas de sufrimiento inéditas. Elena de la Aldea (2004) propone pensar el concepto de subjetividad heroica, dirigiéndose a quienes trabajan comunitariamente en contextos de achicamiento del Estado Social, ella advierte sobre el problema de suponer que ese llamado a actuar frente a las escenas de desamparo, puede llevar a quien opera en esa subjetividad, a sentirse solos y querer responder desde el bien hacer y la moral. La consecuencia, quedar frito. Contra eso, propone un diálogo intersaberes, (disciplinas y sectores), apelando a la complejidad de los problemas sociales de la población. Esa herramienta pensada originalmente desde la salud mental, que implica una pausa para pensar con otros frente a las urgencias, implicando a los sujetos y su comunidad en el entramado de su situación de vida y las posibles respuestas al malestar. Encontrar regularidades del caso a caso en salud mental, puede ser una clave de trabajo para el retorno freudiano de la definición política de salud como lucha colectiva que propuso Ferrara. Sería importante tenerlo presente, ahora que la salud mental tiene centralidad de agenda, poder sacar el malestar de la realidad intrapsíquica y ubicarlo como parte de la producción de subjetividad que la época tiene para un número cada vez mayor de sus habitantes. Cuando este ciclo político termine, quedarán los mismos asuntos de siempre, un poco más complejos aún, pero con una población cuya subjetividad estará cada vez más a la intemperie. Ojalá no reduzcamos nuestra labor en salud a una adaptación poblacional a las condiciones que toquen en suerte.

### **Referencias bibliográficas:**

Bleichmar, S. (2011). La construcción del sujeto ético. Ed Paidós.

Boltanski, L. y Chiapello, E. (1999). El nuevo espíritu del capitalismo. Akal Ediciones.

De la Aldea, E. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Htal. Durand.

Ferrara, F. (2005). Clase del Dr. Floreal Ferrara dando un teórico de Salud Mental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 2005.

Recuperado de:

<https://cebas1laplata.blogspot.com/2013/04/clase-del-dr-floreal-ferrara-dando-un.html>

Fisher, M. (2016). Realismo capitalista. ¿No hay alternativa? Ed. Caja Negra.

Galende, E. (2015). Conocimiento y prácticas de Salud Mental. Ed. Lugar.

Marx, K. (1973). Introducción general a la crítica de la economía política/1857. Ed. Carabela.

Sennet, R. (2000). La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Ed. Anagrama.

Stolkiner, A. (2003). El concepto de salud de la OMS. Cátedra II Salud pública/Salud mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Weber, M. (1969). La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Ed. Península.

## **Ese experimento llamado cuarentena. Hoy leemos sus efectos**

**Paula Pioletti**

Pasaron cinco años y siete meses. Hoy recibimos los efectos de ese tiempo en que el gobierno Nacional dispuso el aislamiento social preventivo y obligatorio para evitar la circulación y el contagio del virus de COVID -19.

No fueron para nada momentos fáciles. Las infancias y adolescencias vieron interrumpida de manera abrupta su cotidianidad -jardines, escuelas, universidades, clubes, plazas, cines, etc.- todo lo que conocían hasta el momento se cerró.

La vida se sostuvo de la virtualidad con mucho énfasis, y cuando el aislamiento se convino con la modalidad híbrida, 12 meses después, empezaron las burbujas educativas.

Si previo a la pandemia, el proceso de sociabilización estaba en marcha, este se interrumpió. Los celulares, las pantallas interactivas, los festejos de cumpleaños por una aplicación de video sincrónica, los campings armados debajo de la mesa del living con linternas y sábanas a modo de carpas improvisadas, “los científicos locos” -grupo de entusiastas científicos que hacían experimentos para los chicos con los recursos que había en las casas- como nuevos animadores para las infancias a falta de peloteros, canchitas de fútbol, globología o globoflexia, constituyeron el modo en que lo social intentaba recrear la vida que teníamos y que el covid con la cuarentena amenazó.

Todo improvisado, pero sabiendo que algo irremediablemente había que hacer. Las infancias atravesaron un momento histórico único, como nos enseñaba hasta las lágrimas el video que realizó el docente Pablo Yafe coordinador del colegio Tarbut de Olivos, el 30 de marzo de 2020, sobre ser estudiante en tiempos de coronavirus. Este video ponía nombre a las cosas, decía: “la escuela está abierta, no los edificios.” Un video que se convirtió en una carta abierta a los estudiantes para que se sientan parte de una hazaña colectiva, sujetos históricos en el momento en que el acontecimiento estaba transcurriendo. Un video que prometía que esto iba a terminar y que el futuro existe, y que ellos, protagonistas de este presente, iban a ser los narradores del mañana.

La cuarentena cambió el tiempo y el espacio. Dos registros que nos permiten tener ciertas coordenadas aunque ilusorias sobre quién somos y quiénes son los otros. No había tiempo para estudiar cómo hacer mejor las cosas, de ahí la improvisación de los adultos en ensayar respuesta a lo inédito. Cómo sostener la cotidianidad en un espacio distinto, con vínculos diferentes, con soportes disímiles. Los adultos y los niños aprehendiendo en tiempo record y a la vez, cómo llevar adelante terapias, juegos entre niñxs, aprendizajes, cumpleaños, ocio y trabajo. Recuerdo en una escena con un niño por videollamada, jugar al juego del garabato. Él hacía el garabato y me lo mostraba por la pantalla, yo lo intentaba reproducir, y cuando él daba su consentimiento a mi intento por imitar sus líneas, lo

transformaba en algo. Luego era mi turno, y así jugando construíamos a través de la pantalla, con la mirada, la voz, los ruidos de ambiente de las casas, el diálogo analítico. La vida era un gran garabato de líneas entrecruzadas, sin forma, donde intentábamos hacer que emergiera algo, transformarlo en un objeto, que nos diera chances de poner en palabra el aceleramiento que vivíamos, el silencio que habitaba afuera, la desconexión de los lazos sociales y familiares con los que nos rodeaban. El encierro con o sin gente.

Pese a eso, el mundo no era un caos, era un orden muy protocolizado. Los niños se circunscribieron a ese espacio endogámico, donde se intentaba descubrir nuevos modos de salir estando adentro. Series, películas, charlas online, teatro por virtualidad. Cinco años después, los niños encuentran en esa virtualidad de modo privilegiado frente a los adultos, música, cuestiones de actualidad casi al momento que surgen como en una instantánea, entrevistas a sus deportistas preferidos, series y el rápido contacto entre ellos mientras juegan juegos de internet y conversan por videollamada.

### **Qué efectos encontramos de ese intercambio social protocolizado e hipertecnológico**

Hoy recibimos a esos niños que nacieron en pandemia, padres angustiados y aislados del vínculo familiar. No era lo esperado. Recibir un hijo en soledad y aislado de la comunidad, en la soledad de una clínica. Luego, la casa que no se abre a los de afuera. No era lo soñado. La angustia por enfermar a un ser querido, transmitir a los más vulnerables de la familia un virus que podría “irresponsablemente” quitarles la vida, era una carga muy pesada. El miedo era un sentimiento muy divulgado. Las pérdidas de familiares sin ritos ni ceremonias colectivas, fueron un acontecimiento desolador.

Muchos padres se sintieron responsables durante la cuarentena, aceptaron separarse de sus hijos ante posibles signos de contagio, o forzaron desvinculaciones si eran padres divorciados para no circular por el aislamiento. También hubo familias que atesorarán de por vida, esos momentos en que pudieron ser para sus hijos e hijas además de padres, tutores educacionales, profes de música y compañeros de juego como nunca hubieran imaginado.

Relatos como el siguiente escuchamos en la clínica:

Una madre obligada a ir a trabajar en pandemia deja a su bebé de 6 meses en casa, ni bien termina su licencia por maternidad, ella siente que va presionada a trabajar, su profesión es de esas que eran catalogadas como “personal esencial” en la cuarentena. Cuando tiene su segunda hija cuatro años después de la primera, en el momento en que tendría que volver al trabajo, después de tomarse los 6 meses de licencia y los otros tantos sin goce de sueldo, sufre un ataque de angustia. Estos ataques se repiten configurando una licencia por enfermedad. ¿Qué pasó? A la primera hija la dejó en su casa, la niña no sufrió ningún padecimiento psíquico además, la enfermedad no la tocó ni a ella ni se contagió

ningún familiar. Pero, con su segunda hija, terminada la pandemia, surge la angustia de separación, esa angustia que no tuvo lugar 4 años atrás porque no había tiempo para eso. No se podía tramitar en el momento del acontecimiento sino que ahora, con efecto retardado surge la angustia. La madre relata -“Mi hija mayor es muy independiente de mí, a veces me pregunto cuánto me quiere. Yo sufro con su independencia. Que ahora tenga escenas de celos con su hermana, en el fondo algo de goce me da ya que me hace sentir que me necesita”. Un duelo retenido que se escucha y se pone a trabajar 5 años después de la pandemia.

La dificultad de volver a la escuela y a las terapias. Los consultorios de los psicólogos se abrieron en septiembre del 2020, y sin embargo, muchos analizantes son renuentes a volver a la presencialidad. Volver a habitar los edificios sobre todo con adolescentes pero también con adultos, se convirtió en un trabajo. En mi caso los he esperado, porque en el fondo, responden a lo que los psicólogos ofrecimos y propiciamos -esa demanda de atención en tiempo de cuarentena-, y a lo que sus padres pedían a gritos -¡quedate adentro, no salgas!-, quedando como marca de ello, esta resistencia. Los niños pequeños volvieron a jugar en presencia de otros, con mucha más frescura y naturalidad. Por el contrario, adolescentes más encerrados en sus dormitorios, con toda la ingeniería tecnológica a disposición, aunque más no sea un celular con internet. Presentaciones de jóvenes muy inhibidos ante la presencia de sus pares, con abulia, haciendo que los trayectos escolares se dificulten, obstaculizándose las salidas y recorridas con y hacia los semejantes. Chicos y chicas que quedaron sin rituales de pasaje entre primaria y secundaria, sin festejos de 15 años, sin fiestas de egresados, claramente “una cagada”, como ellos dicen coloquialmente. Recordemos que los medios de comunicación tampoco los trataron muy bien, eran el punto de mira de una sociedad moralizante y despiadada con los más jóvenes, que les reprochaba fiestas clandestinas por doquier, aunque muchas eran de adultos jóvenes y no de adolescentes, promiscuidad en el contagio del virus de covid por compartir el mate, etc. Conformaron desde la mirada oficial un sujeto social peligroso, guardando celosamente bajo el tapete, todo lo que sacrificaban de sus vidas y sentires.

Llega al consultorio un joven que en pandemia hizo dos años de universidad de manera virtual. Una vez recibido, inicia su trayecto profesional con dificultades laborales. Un jefe tiránico y despiadado, que lo denigra a él y a su desempeño laboral. Hasta tal punto se angustia con ese jefe que renuncia. Durante el tiempo en que es empleado había tenido ataques epilépticos que remiten cuando deja la relación laboral. Él sabe que con eso se pierde una chance muy importante de hacer carrera en lo que le gusta, y que no hay muchos lugares dónde poder desarrollar lo específico de su profesión. Ante la situación vivenciada aparece el miedo al contacto social. “Yo no soy bueno para hacer entrevistas laborales, me pongo muy nervioso. También me da miedo irme de mi casa paterna.”

Conseguir trabajo fuera de la ciudad o irse a vivir al exterior, le da pánico. Empieza a formarse a través de cursos online en actividades que no eran de su formación profesional, más que nada porque suponía que de esa manera podría acceder a un trabajo remoto. No quiere desplazarse, vestirse para ir a una oficina, salir del confort de su habitación. Además podría ganar más dinero y tener menos gastos. Su padre le sugiere tratamiento psicológico por IA, pero él lo rechaza. El sólo venir a la sesión presencial lo motiva, lo hace salir del letargo. Esta “solución” de buscar un puesto laboral vía remota para no interactuar en la contingencia del lazo social, de no haber mediado el tiempo de la cuarentena, ¿hubiera sido una elección sostenida por él y tan promocionada por la época?

La pandemia terminó, pero la cuarentena, ahora reducida a la libertad individual, la soledad de cada uno, la indiferenciación del tiempo y del espacio (de trabajo y de ocio) y al temor asociado a una salida colectiva de los problemas comunes que nos aquejan, está más vigente que nunca.

#### **Referencias bibliográficas:**

Winnicott, D. (1971). Clínica psicoanalítica infantil. Ed. Hormé, Buenos Aires.

### **Introducción**

En los últimos años, la salud mental en el deporte ha adquirido una creciente visibilidad, tanto en medios de comunicación como en espacios académicos y profesionales. El testimonio de muchos deportistas de élite que han compartido públicamente sus experiencias de malestar, ha contribuido a romper ciertos silencios históricos dentro del ámbito deportivo. Este escenario ha puesto en cuestión viejos paradigmas centrados exclusivamente en el rendimiento y ha abierto paso a una concepción más integral del bienestar de las y los atletas.

La psicología del deporte se encuentra así en un punto de inflexión: convocada a intervenir no solo en la mejora del desempeño, sino también en el acompañamiento de procesos personales y colectivos. En este marco, resulta imprescindible reflexionar sobre las buenas prácticas profesionales, el rol específico de psicólogas y psicólogos, los desafíos éticos que plantea el intrusismo y la necesidad de intervenciones sustentadas en formación académica rigurosa y marcos teóricos consistentes. El presente trabajo toma como referencia diversas publicaciones sobre el tema y los códigos de ética de colegios y asociaciones profesionales seleccionadas.

### **Salud mental en el ámbito deportivo**

La salud mental en el deporte no puede ser comprendida únicamente desde la ausencia de enfermedad o el equilibrio emocional individual, es necesario interrogar las condiciones estructurales y culturales que rodean la práctica deportiva profesional (Vazquez, 2022). La lógica del alto rendimiento muchas veces expone a las y los deportistas a presiones desmedidas, rutinas exigentes, prácticas normalizadas de sobreentrenamiento y vínculos jerárquicos que pueden devenir en formas de violencia simbólica o emocional. A esto se suman factores como las lesiones, la incertidumbre laboral, el retiro deportivo o el aislamiento social, que inciden profundamente en el bienestar de las personas.

Desde esta perspectiva, es necesario desandar la falsa dicotomía entre salud y rendimiento, entendiendo que el cuidado de la salud mental no es un obstáculo para la excelencia deportiva, sino una condición que la posibilita. La psicología del deporte tiene la tarea de promover espacios de escucha, prevención, acompañamiento y elaboración, articulando saberes de la psicología clínica y educativa en función del contexto deportivo específico.

### **Intrusismo profesional: una amenaza a las buenas prácticas**

Uno de los principales desafíos actuales en el campo de la psicología del deporte es el fenómeno conocido como "intrusismo profesional". Bajo rótulos como "coach motivacional", "entrenador mental", "mentor" o incluso "psicotrainer", proliferan figuras sin formación académica actores sin formación en salud mental ni habilitación profesional que ofrecen servicios vinculados al desarrollo personal, la gestión emocional o el liderazgo. Muchas veces utilizando un lenguaje pseudo-científico o simplificaciones teóricas ofrecen soluciones rápidas, fórmulas motivacionales o intervenciones emocionales desprovistas de sustento científico y de marco deontológico. Estas prácticas reducen el deporte a una lógica de rendimiento y productividad inmediata, dejando de lado su complejidad subjetiva y sus efectos en la salud mental.

Este fenómeno no solo pone en riesgo la salud mental de las y los deportistas, sino que deslegitima el trabajo de los profesionales formados en psicología. El intrusismo vulnera principios éticos básicos como el respeto por la autonomía del sujeto, la confidencialidad, la idoneidad técnica y la responsabilidad profesional. Además, puede derivar en intervenciones inadecuadas frente a cuadros clínicos complejos, exacerbando el malestar o postergando un tratamiento adecuado.

Desde la ética profesional, tal como lo establecen los códigos deontológicos en Argentina (Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2013), solo pueden realizar intervenciones psicológicas quienes cuenten con título habilitante y matrícula correspondiente. Reconocer esta especificidad profesional no implica negar la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente y/o con otrxs, sino promover vínculos colaborativos donde cada rol esté claramente delimitado y respetado.

### **La formación profesional y la presencia de la psicología del deporte**

La profesionalización de la psicología del deporte requiere no solo del reconocimiento institucional del rol de las psicólogas y los psicólogos, sino también de instancias de formación académica rigurosas y con anclaje en la práctica. Modelos que articulen teoría, metodología e intervención con un enfoque interdisciplinario. El plan de estudios aborda áreas como neuropsicología del deporte, gestión emocional, psicología del alto rendimiento, intervención en crisis y preparación para el retiro deportivo.

Este tipo de formación permite que los y las profesionales puedan insertarse en clubes, federaciones, equipos y/o consultorios privados con herramientas específicas y marcos éticos sólidos. El rol de la psicología del deporte abarca múltiples dimensiones: prevención del malestar psíquico, facilitación de la trayectoria dual, acompañamiento en procesos de recuperación de lesiones, facilitación de dinámicas grupales, entrenamiento mental, mediación de conflictos, planificación del retiro entre otras. Se trata de una figura

que no se limita al trabajo individual, sino que promueve una visión integral de la salud en contextos deportivos.

Por ello, es necesario reivindicar el ámbito deportivo como un espacio legítimo y de pleno derecho para la intervención de la psicología, en igualdad de jerarquía respecto de áreas históricas como la psicología clínica, educativa, comunitaria o laboral. Lejos de constituir un espacio menor, periférico o accesorio, la psicología del deporte enfrenta problemáticas complejas, propias de un nuevo tipo de sujeto del siglo XXI: sujetos cuyas vidas están atravesadas por nuevas dinámicas temporales, intereses diversos, escenarios identitarios más fluidos, prácticas de consumo y sociabilidad múltiples, y vínculos familiares transformados. Este nuevo sujeto demanda a la psicología respuestas específicas y modalidades de intervención que reconozcan estas transformaciones.

En este contexto, la función del profesional de la psicología se potencia. No se trata solamente de brindar técnicas —activación, regulación emocional, visualización, entrenamiento en habilidades psicológicas— sino de inscribir esas intervenciones en un encuadre ético, respetuoso de los principios que rigen la profesión: competencia, responsabilidad, confidencialidad, respeto por la autonomía, cuidado de la salud mental e impacto social de toda práctica profesional.

### **Buenas prácticas: lineamientos éticos y metodológicos**

Las buenas prácticas en psicología del deporte suponen intervenciones sostenidas en el tiempo, basadas en el respeto por la singularidad del sujeto y con criterios metodológicos claros. El encuadre profesional —que define la frecuencia, los objetivos, la modalidad de trabajo y los límites de la intervención— es un elemento central para construir confianza y proteger el vínculo terapéutico. Asimismo, el consentimiento informado, la confidencialidad y la evaluación continua del proceso son condiciones éticas imprescindibles.

Desde una perspectiva ético-técnica, Buceta (1993) advierte sobre las dificultades de mezclar el rol de coach y psicólogo, argumentando que solo un profesional con formación específica en Psicología puede gestionar la confidencialidad, autonomía y bienestar del deportista. Distintos estudios muestran que en muchos clubes de élite aún no se valora el rol de las y los profesionales de la psicología a tiempo completo, lo que genera espacios donde proliferan prácticas no reguladas. Las personas sin titulación oficial no deberían abordar temas clínicos o procesos de crisis, por lo que es urgente delimitar y priorizar la intervención de profesionales con títulos emitidos por instituciones acreditadas.

El Código de ética de la Asociación de Psicólogas y Psicólogos de Buenos Aires sostiene que los profesionales de la psicología: “Tratan de clarificar a las partes acerca de

los roles que están desempeñando y de funcionar según esos mismo roles. (...) evitan las relaciones duales inadecuadas y potencialmente dañinas (APBA, p.4).

Una práctica ética también implica reconocer los propios límites como profesional, derivar cuando la situación lo requiere y sostener una actitud de formación permanente. Las intervenciones que se basan exclusivamente en frases motivacionales, técnicas descontextualizadas o promesas de éxito inmediato, no solo resultan ineficaces, sino que pueden ser contraproducentes. La psicología del deporte no es una herramienta al servicio del rendimiento a cualquier costo, sino una disciplina comprometida con el desarrollo integral, el respeto por la subjetividad y la construcción de entornos deportivos saludables.

### **Conclusión**

El crecimiento del interés por la salud mental en el deporte representa una oportunidad para consolidar la presencia de psicólogos y psicólogas en este ámbito. Sin embargo, este proceso requiere un compromiso ético con la formación profesional, la delimitación clara de roles y la promoción de intervenciones de base científica. Frente al avance de discursos simplificadores o prácticas no reguladas, es tarea de quienes ejercemos la psicología alertar a la ciudadanía sobre posibles engaños, sostener espacios de cuidado, escucha y acompañamiento respetuoso, que contribuyan no solo al bienestar individual, sino también a la transformación de las dinámicas colectivas del deporte y sus contextos.

Reconocer el deporte como un espacio legítimo para el ejercicio de la psicología implica asumir el compromiso ético y político de defender nuestra profesión y de garantizar intervenciones que protejan la salud mental y favorezcan el desarrollo subjetivo y comunitario.

### **Referencias bibliográficas:**

APBA. Código de ética.

<http://psicologos.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-de-la-APBA.pdf>

Buceta, J. M. (1993). The sport psychologist/athletic coach dual role: Advantages, difficulties, and ethical considerations. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5(1), 64–77. <https://doi.org/10.1080/10413209308411305>

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. (2013). Código de Ética Profesional. [https://www.colpsibhi.org.ar/leyes\\_profesionales/codigo\\_de\\_etica](https://www.colpsibhi.org.ar/leyes_profesionales/codigo_de_etica)

Vázquez, A. (2022, diciembre 12). Messi, lo vulgar y lo común. El Grito del Sur. <https://elgritodelsur.com.ar/2022/12/messi-lo-vulgar-lo-comun/>

Vázquez, A. (2023, mayo 12). Fútbol y salud mental: ¿Qué pasa por la cabeza de un jugador que analiza tomar una drástica decisión? LaNoticia1.

<https://www.lanoticia1.com/noticia/futbol-y-salud-mental-que-pasa-por-la-cabeza-de-un-jugador-que-analiza-tomar-una-drastica-decision-146773>

## **Instituciones ¿hospitalarias?**

**Laura B. Iglesias**

En el marco de la Maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología, el seminario dictado por la Mg. Claudia Sánchez (Psicoanálisis e Intersecciones sociales) invita a recorrer el concepto de hospitalidad, lo que conlleva una oportunidad para interrogar las prácticas que llevamos adelante quienes nos desempeñamos en instituciones.

¿Las instituciones de salud pública que habitamos, son hospitalarias?

El diccionario define la hospitalidad como la virtud que se ejercita con peregrinos, menesterosos y desvalidos, recogidos y prestándoles la debida asistencia a sus necesidades; asimismo se define como la buena acogida y recibimiento que se hace a los extranjeros o visitantes y también refiere a la estancia de los enfermos en el hospital.

En este sentido, nuestras instituciones de salud, y de salud mental, pueden pensarse como hospitalarias en tanto brindan asistencia, acogida, recibimiento. La hospitalidad se anuncia, con frecuencia, como una ley, un derecho, un deber, una obligación: hay que dar la hospitalidad.

La hospitalidad tal como la plantea Jacques Derrida se diferencia radicalmente de la hospitalidad que define el diccionario. Derrida sostiene la hospitalidad pura e incondicional, la hospitalidad en sí: aquella que se abre o está abierta previamente para alguien que no es invitado ni esperado; para quienquiera que llegue como visitante absolutamente extranjero, como un recién venido, no identificable ni previsible, es decir, totalmente otro (2000, p.29). Tal como enuncia Anne Dufourmantelle (psicoanalista francesa), retomando el planteo derridiano, la hospitalidad implica acoger al otro sin exigirle identidad ni reciprocidad. “Lo dejo venir, lo hago llegar, hago que tenga lugar allí donde lo ofrezco, sin exigir reciprocidad (...)” (2000, p. 31)

Como lo plantean estos autores, de lo que se trata es de dar lugar al otro absoluto, al desconocido y anónimo; a ese intruso que carece de nombre y de pertenencia. Se ofrece la hospitalidad antes de cualquier identificación y de cualquier derecho, porque se responde a una responsabilidad originaria, esa modalidad de responsabilidad obliga ante el otro en su radical ser (Lévinas, 2003). La hospitalidad se vuelve la condición misma de lo ético.

¿Es posible una hospitalidad sin condiciones?

Dufourmantelle advierte la tensión entre esa hospitalidad incondicional, subversiva por naturaleza, y las formas institucionales que la limitan mediante

derechos y deberes. Define esta disposición de la hospitalidad incondicional como un acto político y amoroso.

Nos recuerda entonces que hospitalidad y hostilidad se vinculan en su raíz. La derivación etimológica de la palabra huésped procede del latín, desde muy antiguo, de un compuesto de dos raíces indoeuropeas: *hospes*, que significa el extranjero invitado, y *hostis* que refiere al extranjero invasor, por lo tanto, enemigo, hostil. Ante los peligros que el huésped extranjero expone, se procura establecer los límites de la hospitalidad y se establecen condiciones.

Vale aquí traer una de las preguntas que nos plantea Derrida: “¿Una hospitalidad apoyada en determinadas garantías, protegida por un sistema inmune contra el totalmente otro, sería verdaderamente una hospitalidad?” (2000, p. 39).

Dufourmantelle explica que cuando la ley de hospitalidad incondicional deviene un código civil con reglas, derechos y obligaciones lo que se constituye es un espacio común. Pero se pregunta si no constituiría una forma de violencia el demandarle al otro que venga hacia nosotros dentro de ese espacio común (2013, p. 175). De esta forma nos invita a pensar los efectos de esa posible violencia, al imponer condiciones para asistirlo.

Esto me conduce a pensar en el dispositivo de la entrevista de admisión con el que continúa nombrándose en los centros de atención primaria a esa primera escucha en salud mental, donde se define si alguien continuará o no, siendo atendido; donde alguien será o no, bienvenido.

Será importante, cada vez, revisar las condiciones de accesibilidad al sistema de salud.

Me pregunto entonces por las condiciones que se establecen en la institución que integro, el Programa Municipal de Salud integral del Adolescente. Este programa se creó con la idea de ofrecer accesibilidad en salud pública municipal a adolescentes entre 12 y 19 años. ¿Trabajamos siendo hospitalarios? Nos planteamos recibirlos, brindar ayuda y asistencia, desde un abordaje que se propone en interdisciplina.

Intentamos desde el inicio revisar los clásicos límites de acceso para la atención relativos a la zona de residencia del consultante (históricamente los Centros de Atención Primaria han sostenido un área programática) y también la práctica de ofrecer horarios específicos de admisión establecidos. Desde el programa, no importará la zona de residencia del joven: mientras que pueda acercarse o escribir al WhatsApp, será atendido. Los turnos son brindados a través del WhatsApp y acordados con cada pibx, siempre dentro del horario de atención (que es, por supuesto, otra condición: nuestra atención es de lunes a viernes de 8 a 15 hs).

¿Es posible no plantear condiciones a nuestra hospitalidad?

Derrida plantea que la ley de hospitalidad en su sentido incondicional es ideal y, por ende, impracticable. La equipara a un imperativo kantiano imposible de cumplir. Es allí donde el autor nos habla de las leyes de la hospitalidad, en plural, que son aquellas que establecen ciertas condiciones a la hospitalidad. Son leyes condicionales frente a la hospitalidad. “Para ser lo que es, la ley necesita así de las leyes que sin embargo la niegan, en todo caso, la amenazan, a veces la corrompen o la pervierten. Y deben siempre poder hacerlo” (2000, p. 83). La hospitalidad incondicional necesita de las leyes, las requiere para poder tener un valor práctico. Las leyes, de alguna manera, degradan lo puro e incondicional de la ley de hospitalidad, lo que constituye una relación compleja y de mutua necesidad entre éstas.

La hospitalidad incondicional desborda la lógica del intercambio; es un acto político y amoroso que subvierte las reglas del rendimiento y la medida. El imperativo de productividad clausura la hospitalidad: todo debe ser medible, calculable, eficiente. Frente a esa lógica, el gesto amoroso y la hospitalidad, constituyen resistencias. Ser hospitalarios como horizonte ético, pero no sin condiciones.

La propuesta winnicottiana, a la que se vuelve imprescindible volver una y otra vez, nos recuerda que toda relación, sea terapéutica, educativa o social, tiene un núcleo ético que depende de nuestra capacidad de ofrecer hospitalidad al otro y a sus conflictos, sin expulsarlos ni moralizarlos. El gesto hospitalario inaugura una ética distinta: la del encuentro que no calcula, la del amor que hospeda, la de una ternura que funda subjetividad y repara el lazo social.

Interrogar cada una de nuestras prácticas y formas de intervención, repensar e inventar modos de hospitalidad, es y sigue siendo fundamental en salud pública.

### **Bibliografía:**

Derrida, J. y Dufourmantelle, A. (2000). *La hospitalidad*. Ed. de la Flor.

Dufourmantelle, A. (2013). *Escuchar*. En *Potencia de la dulzura*. Ed. Nocturna.

Dufourmantelle, A. (2013). *Cuidar*. En *Potencia de la dulzura*. (33-34). Ed.

Nocturna Lévinas, E. (2003). *De otro modo que ser o más allá de la esencia*. Ed.

Sígueme.

Lévinas, E. (2000). *De la diferencia a la hospitalidad*. En

<https://filosofiaeducacion.org/actas/index.php/act/article/download/615/605>

Winnicott, D. (2002). *El desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro*. En

Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós.

Winnicott, D. (1988). *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño*.

En *Realidad y juego*. Ed. Gedisa.

## La institución originaria

Horacio G. Martinez

Para Freud, la primera institución, la que diferenció al humano del primate, fue la fratría: ese grupo que se reconoció como “hermanos” provenientes de un origen común, y que compartían la culpa de haber asesinado a aquel que, luego de su muerte, elevaron a la categoría de “padre”.

Lacan, por su parte, parece inclinarse por el lenguaje. Este sería lo que nos diferencia de todas las demás especies, “eso” que nos hace, para bien o para mal, “seres hablantes”. En el sistema del lenguaje, el “padre muerto” freudiano adquirirá la dignidad del significante: nombre-del-padre.

En la medida en que se trata, en uno y otro caso, de la institución originaria, ambas crean “subjetividad”. Así, el sujeto freudiano será por siempre un Edipo que debe expiar la culpa de haber asesinado (o de haber deseado asesinar) a su padre, y esto para arrebatarle un conjunto de hembras, entre las que, comprendió después, estaría su madre. Ese deseo imposible se convertirá, para Freud, en el punto nodal de lo reprimido originario.

El sujeto que Lacan imagina no está adherido a la culpa. Es, más bien, un sujeto siervo del lenguaje, es decir, de esa institución que lo hizo surgir a partir de una alienación originaria. Dividido entre un significante cualquiera que lo representa ante el desfile de todos los otros significantes. Y habiendo perdido, quizá para siempre, algo de sí que buscará reencontrar, aunque más no sea en sueños, más allá del lenguaje.

Dos subjetividades distintas, con deseos distintos: el sujeto freudiano es un sujeto de entrada culpable, cuyo deseo es abominable y debe ocultarse por todos los medios. Mientras que el sujeto lacaniano no parte de un crimen, sino de un sacrificio: donó su libra de carne, y pugnará por reencontrarla en cualquier objeto que brille ante sus ojos.

El eslabón entre ambas concepciones probablemente sea Lévi-Strauss en *Las estructuras elementales del parentesco*, interrogando el pasaje entre naturaleza y cultura, halla un elemento común en todas las civilizaciones: una ley de prohibición del incesto o, más bien, una regla de reparto de los intercambios posibles e imposibles. Esa ley, diferente en cada agrupamiento humano, se rige, al igual que el signo saussureano, por el principio de arbitrariedad: no importa sobre qué elemento recae la significación, pero, una vez establecida, es inmodificable para toda persona humana sujeta a esa ley.

Hacia el final de su libro, Lévi-Strauss contrasta su investigación con la que Freud llevará a cabo en *Tótem y tabú*. Dirá entonces:

Sin embargo, como todos los mitos, el que presenta *Tótem y tabú* con tanta fuerza dramática implica dos interpretaciones. El deseo de la madre o la hermana, el asesinato del padre y el arrepentimiento de los hijos sin duda no corresponden a un hecho o a un conjunto de hechos que ocupan en la historia un lugar determinado. Pero traducen tal vez, bajo forma simbólica, un sueño a la vez perdurable y antiguo, y el prestigio de ese sueño, su poder para modelar los pensamientos de los hombres a pesar de ellos, proviene precisamente del hecho de que los actos que evoca jamás fueron realizados porque la cultura se opuso a ellos, siempre y en todas partes. Las satisfacciones simbólicas a las que se inclina, según Freud, la nostalgia del incesto, no constituyen entonces la conmemoración de un acontecimiento. Son otra cosa y más que eso; son la expresión permanente de un deseo de desorden o más bien de contraorden. (P. 569)

La labor del psicoanalista en su trabajo clínico, dirá, es inversa a la que Freud lleva a cabo en ese texto. El analista “al profundizar la estructura de los conflictos, de la que es escenario el enfermo, para rehacer su historia y lograr así la situación inicial alrededor de la cual se organizaron todos los desarrollos subsecuentes”, sigue los pasos de la ciencia moderna “que espera, del análisis del presente, el conocimiento de su futuro y de su pasado”. Y concluye: “en un caso [el del analista, el de la ciencia moderna] se va de la experiencia a los mitos y de los mitos a la estructura; en el otro, se inventa un mito para explicar los hechos: para decirlo todo, se procede como el enfermo, en vez de interpretárselo” (p. 570).

Así, el asesinato del padre se vuelve un sueño de Freud, como Lacan lo llamará en el *Seminario 17*. Todo ello llevará a Lacan a postular una dirección de la cura que va en el sentido inverso al de la neurosis, buscando producir los significantes-amo a los que el sujeto está sometido, en un trabajo en contra del sentido que intenta lograr hacer evidente a los ojos del analizante el poco sentido de aquellos significantes que lo dominan y de los que él cree que depende su ser.

#### **Referencias bibliográficas:**

- Freud, S. (1912). *Tótem y tabú. Obras completas*. España 1970: Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (1969-70). *El Seminario, Libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires, 1992.
- Levi-Strauss, C. (1949). *Las estructuras elementales del parentesco*. España 1981: Paidós.