



**UNR** Universidad  
Nacional de Rosario

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Trabajo Integrador Final**

(Ensayo)

*Sobre el oficio de no ser un alquimista*  
**EL PSICOANÁLISIS EN LOS TERRITORIOS**

**Autor:**

Sacchini, Julio César  
(S-2322/1)

**Docente responsable:**

Elder, Nicolás

-Año 2018-

## ÍNDICE

Resumen - Palabras clave \_\_\_\_\_ pág. 03

Introducción \_\_\_\_\_ pág. 05

### CAPÍTULO PRIMERO: De la Salud Mental y sus discursos

Lo que *google* diga \_\_\_\_\_ pág. 08

Los restos de una historia a la  
que, eternamente, vemos retornar \_\_\_\_\_ pág. 09

Otros discursos posibles \_\_\_\_\_ pág. 11

### CAPÍTULO SEGUNDO: De los giros del psicoanálisis

Una diferencia en la repetición \_\_\_\_\_ pág. 14

El malestar sobrante \_\_\_\_\_ pág. 15

Giros copernicanos  
de la vida cotidiana \_\_\_\_\_ pág. 17

### A MODO DE CIERRE

El Oro y el Cobre:  
algunas reflexiones finales \_\_\_\_\_ pág. 21

Bibliografía \_\_\_\_\_ pág. 22

## **Resumen**

Este trabajo tiene por finalidad reflexionar en torno a lo que el autor reconoce como un modo posible para la dirección de la práctica clínica en el campo de la Salud Pública, al decir de Fernando Ulloa, *estando* psicoanalista. Para ello se realiza una historización de ciertas batallas simbólicas por la monopolización de las definiciones y prácticas en Salud, situando el lugar del psicoanálisis en este campo de luchas. Desde aquí se recorren las dimensiones de un *malestar en la cultura* vuelto, en la actualidad, *malestar sobrante*, indicando luego la novedad del psicoanálisis frente a ciertos discursos que, aunque presentándose como propuestas para aliviar dicho malestar, tienden a reproducirlo. Tal novedad refiere a las herramientas que el psicoanálisis aporta para interpelar lo que el autor visibilizó como un *empuje a la clausura* propio de la cultura. En este punto se arriba a la noción central del trabajo, que reside en ubicar que el psicoanálisis, en tanto práctica del discurso, habilita cierta operación de lectura que sitúa la intervención de un analista como la irrupción en el orden del discurso de aquello silenciado que, a partir de su puesta en evidencia, produce como efecto un acontecimiento que cambia la naturaleza de los seres que, testigos vivenciales de esa experiencia, hacen su aparición en tanto sujetos. Finalmente, se arriba a pensar el lugar de un psicoanalista en la cotidianeidad de su práctica en el campo de la salud pública, como función a partir de la cual realizar *giros copernicanos de la vida cotidiana*.

## **Palabras clave**

Psicoanálisis, Malestar en la Cultura, Malestar Sobrante, Salud Pública, Salud Mental, Clínica ampliada

## INTRODUCCIÓN

“Asimismo, en la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar quizá el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa”.

Sigmund Freud.

*Los caminos de la terapia Psicoanalítica*

Introducir al lector al texto, creo, está estrechamente vinculado, no solo a transmitir lo que será el *quid* del mismo, sino también a reconocer los intereses que, como autor, lo han movilizad o en su escritura. Bien, el presente trabajo encuentra su fin, digamos oficial, en relación al cumplimiento de una legalidad: la realización de un Trabajo Integrador Final (T.I.F) como requisito para la conclusión de la carrera de grado de Psicología. Sin embargo, los móviles que motorizan la escritura de estas líneas que aquí se suceden trascienden en mucho tal cuestión. Muchos han sido los momentos en los que, a lo largo del cursado de la carrera, me vi interpelado en lo tocante a mi modo de pensar, o mas bien de *estar en el mundo*. Sin embargo, sobre el final de la misma aconteció lo que quizás conmovió de forma más rotunda los fundamentos de, lo que consideraba, la naturaleza de la inserción de un psicólogo, o mas precisamente, de un psicoanalista en el campo de la salud pública, y con esto, los fundamentos de la *dirección de la práctica* sostenida desde el psicoanálisis. El *Insight* tuvo lugar en el marco del cursado de la asignatura “Práctica Profesional Supervisada” (P.P.S.), cátedra “B”, específicamente al momento de la escritura respecto de mi experiencia de prácticas: los saberes que había adquirido como cursante de la carrera de psicología se mostraban sumamente insuficientes (quizás inexactos) para poder dar cuenta de lo que estaba aconteciendo a partir de mi inserción, como practicante, al equipo de salud mental de un efector de Atención Primaria de Salud (A.P.S.) de la ciudad de Rosario.

A partir de aquí entonces, al modo de un relato (quizás algo novelado), y siempre en el registro de la resignificación, me embarcaré en la escritura de una *Experiencia* respecto de una *Práctica*, esto en pos de situar las coordenadas de lo que reconocí como un modo de hacer (y pensar la) Clínica en *los territorios*, al decir de Fernando Ulloa (1995), *estando* psicoanalista. La modalidad será la del ensayo, y esto tiene razones precisas. Retomo la noción que Ulloa (1995) recibe de *Macherey* y que denomina como “fluctuación ambigua”. Tal idea hace hincapié en cierta *movilidad recíproca* que se pone en juego entre, el juicio crítico que el autor realiza respecto de una obra o fragmento de ella, y la puesta en cuestión de las condiciones contextuales en las que el autor realiza su propia obra. Esto, que a primera vista parece ser una recomendación estilístico-literaria (que de por sí ya enriquece mis recursos como autor), se desliza sutilmente hacia otros terrenos, dando cuentas de una posición tanto clínica, como epistemológica que aquí sostengo y que tiene la siguiente forma: el trabajador de la salud no está situado en un punto neutro y externo respecto a su campo de intervención, reflejando pasivamente los datos de un mundo independiente e indiferente a toda experiencia. Los fundamentos metodológicos que me orientan, entonces, en este modo de leer y recorrer los territorios, y que hacen base en la noción de *observador participante*, los recupero de los postulados que Rosana Guber (2011) haga de la *Etnografía* en tanto herramienta para pensar la inserción de un analista en su campo de prácticas. Por un lado, en relación a la elaboración conceptual que él mismo haga de su experiencia, en tanto antagónica de la noción de experimento. A partir de la *etnometodología* se piensa al lenguaje en su función performativa, es decir, respecto de su propiedad para la reflexividad: el código no es externo a la situación, sino que es eminentemente práctico y constitutivo. “Así, según los etnometodólogos, un enunciado transmite cierta información, a la vez que genera el contexto en el cual esa información puede aparecer y cobrar sentido”. (Guber, 2011, p.44). Se busca entonces, desde el trabajo de campo etnográfico así entendido, romper con cierto *ontologismo realista* propio de las corrientes positivistas-naturalistas. Es desde aquí que sostengo que los relatos del practicante producen las situaciones al tiempo que las describen. Por otro lado, a partir de pensarse el analista como un sujeto social y político, no habría pues un “afuera” de esa realidad construida, desde el lenguaje, y en el entre de la interacción con los actores que configuren ese campo social de prácticas. Es así, por tanto, que el autor/trabajador/practicante, testigo vivencial de un acontecimiento tanto ajeno como propio, re-inventa a cada paso con su testimonio las coordenadas de lo acontecido, obligado a danzar los imperiosos compases de una movilidad fluida entre el campo y su condición de sujeto.

Finalmente, y para situarlo del todo, diré que discurriremos junto al lector (quien en su operación de lectura reescribirá el texto de mi letra) por los diferentes senderos, cruces

y escondrijos que impone la resignificación de una experiencia, tan singular y compartida como cualquiera, siempre con otros y siempre en relación a Otro, una experiencia donde *práctica y doctrina, azar y determinismo, psicoanálisis y salud pública, oro y cobre* configuran, como pares complementarios, un paisaje corriente. Es así que en el marco de una legalidad que retorna deseo, comienzo aquí lo que sitúo, ni más acá, ni más allá de lo que se dice cuando se lo expresa: mi Trabajo Integrador Final.

## **CAPÍTULO PRIMERO**

### **De la Salud Mental y sus discursos**

“Clínica del sujeto? Sí, una clínica centrada en los Sujetos, en las personas reales, en su existencia concreta, inclusive al considerarse la enfermedad como parte de esta existencia”.

Gastão Wagner de Sousa Campos.  
*Gestión en salud. En defensa de la vida*

*Lo que google diga...*

Quisiera comenzar este capítulo con una viñeta a colación del modo en cómo se sucedió el inicio de este escrito. Espero con esto poner de relieve los resultados de numerosas y complejas *batallas simbólicas* (Bourdieu, 2006) por la monopolización del sentido y las interpretaciones en Salud y Salud Mental (división que tampoco excede a tales vicisitudes), entre los que cuentan el fuerte avance del discurso medico-psiquiátrico a la hora del reconocimiento social respecto de las definiciones y prácticas en salud.

Por azar (y determinismo) descubro que el día en que decido comenzar a escribir mi T.I.F estaba aconteciendo la conmemoración del “Día Mundial de la Salud Mental”. Al momento en que escucho la noticia, se interrumpe súbitamente mi atención en la situación, irrumpiendo en mí un torrente de pensamientos al modo de micro-reflexiones en torno a la cuestión, también recuerdos de mi práctica, entre otras cosas. Acostumbrado, según la recomendación Foucaultniana de operar al modo de un *arqueólogo de conceptos* (Foucault, 2002), es decir, a recorrer los trazos de la historia de las condiciones de posibilidad de ese saber, inmediatamente me hice las siguientes pregunta: a partir de qué o quién se conmemora esta fecha? Qué se diría en los medios de comunicación, o en las redes sociales sobre lo que es o *deja de ser* Salud Mental? Cualquiera de las posibles respuestas ensayadas me resultaban, a partir de cierta alarma anticipatoria, penosas. De pronto me encontré rastreando lo que *google* clasificaba respecto de este título: “Día Mundial de la Salud Mental”. Los resultados arrojaron, en primer lugar, esta definición:

El Día Mundial de la Salud Mental se conmemora todos los 10 de octubre, con una campaña que busca concentrar la atención mundial en la identificación, tratamiento y prevención de algún trastorno emocional o de conducta destacado para ese año. (Día Mundial de la Salud Mental, s.f.)

“Trastorno emocional o de conducta”. Mis pronósticos se estaban cumpliendo. *Clickeé* en el hipervínculo, y ya me encontraba leyendo la definición de “trastorno emocional”:

Los trastornos del estado de ánimo son un conjunto de trastornos definidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR) cuya principal característica subyacente sería una alteración del estado de ánimo del individuo. (Trastorno emocional o de conducta, s.f.)

Solo con esto podemos situar el paradigma: habría pues, un estado de animo que sería la *norma*, el estado de salud, y una alteración del mismo, donde encontraríamos “lo enfermo”, lo “no saludable” de la “mente” del individuo.

Ésas eran las definiciones que arrojaba google como ganadoras. Pero, como ya mencionamos, para llegar al podio debieron atravesar por diferentes luchas, luchas de intereses, *luchas simbólicas* (Bourdieu, 2006) por la visión legítima del mundo social, o específicamente, del campo de la salud / salud mental. En palabras de Galende:

Nuevas alianzas de intereses entre profesionales y mercado, nuevas herramientas para la producción de una subjetividad acorde a este consumo, nuevas herramientas de publicidad y marketing para asegurar el poder y la hegemonía. (s.f., p.25).

## *Los restos de una historia a la que, eternamente, vemos retornar*

Situar los diferentes cruces ideológico-político-económicos, epistemológicos, técnicos, y demás, que configuran los problemas en salud y sus diferentes respuestas disciplinares, excede en gran medida los fines de este trabajo. Sin embargo quisiera situar las condiciones de surgimiento, y sus deslizamientos hacia el presente, de ciertos *discursos* que, tal y como vimos en el punto anterior, al igual que pude observar a largo de mi experiencia de prácticas en el centro de salud, se los encuentra reapareciendo una y otra vez.

Podemos ubicar, según Alfredo Carballada (2012), los comienzos de la *intervención en lo social* a partir de la denominada *cuestión social*. Con el advenimiento de la modernidad, todo aquello que no coincidiera con una *racionalización de la sociedad* en cada uno de sus espacios (locura, minoridad, enfermedad, escuela, muerte, etc.) deberá ser reordenado e introducido en la “vida metódica” que imperaba como único modo de construir y sostener los pilares de la época: *orden y progreso*. Tiempos estos de la ilustración, donde “la barbarie” acechaba como un mal a iluminar (erradicar). A partir de aquí, y con el tiempo, comienzan a configurarse ciertos modos de construir la *intervención en lo social* y que operarían en dos tempos. El primero, al que llamaré la *etapa de diagnóstico*, tenía por finalidad, a partir de determinados modelos clasificatorios de la época (que con el tiempo se irán afinando y transcribiendo en manuales de diagnóstico), distinguir lo “Normal” de lo “Patológico”. Foucault (2001) ubica, a comienzos del siglo XIX, una fuerte demanda social en relación al reconocimiento y la corrección de cierto *monstruo humano*. Esto se da a partir de una serie de crímenes que transcurrieron entre 1800 y 1835, y que irrumpieron en la sociedad de forma inesperada, crímenes excesivamente violentos producidos dentro de la esfera doméstica y que, por tanto, eran considerados “contra natura”. Es en este contexto que se hace un llamado a la *ciencia* para abstraer un principio de discriminación de estos hombres-monstruo pertenecientes a una clase biológica, anatómica y psicológica “desviada”. Se inaugura así una *psiquiatría del crimen* en relación a una *patología de lo monstruoso*; el diagnóstico: *monomanía homicida*. (Foucault, 2001). En esta búsqueda de *estigmas patológicos* (tarea de tiempo completo, ya que algunos de estos monstruos tenían la habilidad de “mezclarse entre la gente normal y de buen vivir”) hacia el reconocimiento de estos “individuos peligrosos” (Foucault, 2001) fueron desarrollándose numerosas categorías conceptuales-disciplinares como *locura moral, locura instintiva, degeneración y perversión*. De esta manera, en una obsesión por dar diagnóstico a los miembros de esta indefinida y confusa familia de *monstruos*, se fue avanzando hacia una *patologización* (y consecuente *criminalización*) de la diferencia que alcanza las prácticas profesionales de nuestro actual siglo XXI. Sin embargo, no bastaba sólo con reconocer a estos “anormales”, sino que hacía falta una *intervención en sí* para prevenir y/o corregir la expansión de este mal a lo largo del “cuerpo social”.

Si la psiquiatría se convirtió en algo tan importante en el siglo XIX no es simplemente por aplicase una nueva racionalidad medica a los desordenes de la mente o de la conducta, sino porque funcionaba como una forma de higiene pública. (Foucault, 2001, p.163).

Se abrirá paso entonces a la aplicación de diferentes formas de disciplinamiento, no solo con el fin preventivo/correctivo antes mencionado, sino también para dar una señal a la sociedad respecto de ese “otro” sobre el cual se intervendrá. *Iglesia, Escuela, Ejército y Hospital Psiquiátrico* serán instituciones modelo de la modernidad, *instituciones de encierro* (Foucault, 2014) que agruparán y disciplinarán a los diferentes miembros de la sociedad en todas sus etapas, corrigiendo sus “almas” en el marco de una empresa de *ortopedia social*. Estas instituciones, en alianza con ciertos medios de comunicación, funcionarán, según Louis Althusser (2008) al modo de *Aparatos Ideológicos del Estado*, a partir de los cuales se transmitirá la *ideología dominante*, esto a los fines de la producción y reproducción de las relaciones sociales de producción (que no son otra cosa que

relaciones de explotación). La *construcción de verdad* se asienta en el positivismo y se enmarca en “el método” de las ciencias naturales, esto acompañado de propaganda al “saber científico” en aras de la legitimación de intervenciones tendientes a reproducir el orden instituido.

La noción de salud, a esta altura, será interpretada como *ausencia de enfermedad*, con prácticas sanitarias sostenidas en un marco interpretativo acotado exclusivamente a una mirada biologicista del sujeto, con un tinte moral entretejido en el juego de lealtades propias de una sociedad burguesa-occidental-judeo-cristiana.

Las bases doctrinarias de los discursos sociales sobre la salud emergen en la segunda mitad del siglo XVIII, en Europa Occidental, en un proceso histórico de disciplinamiento de los cuerpos y constitución de intervenciones sobre los sujetos. Por un lado, la higiene, en tanto conjunto de normalizaciones y preceptos a ser seguidos y aplicados en el ámbito individual, produce un discurso sobre la buena salud francamente circunscripto a la esfera moral. Por otro lado, las propuestas de una Política (o Policía) Médica establecen la responsabilidad del Estado como definidor de políticas, leyes y reglamentos referentes a la salud en lo colectivo y como agente fiscalizador de su aplicación social, remitiendo de esta forma los discursos y prácticas de salud a la instancia jurídico-política. (Filho, 1999: 9).

Como sabemos, la posición ideológica no es una simple tendencia o afinidad del sujeto hacia tal o cual representación partidaria, sino que tiene el peso de lo que se ubica como una *posición en el discurso*, discurso que, como tal, antecede y determina. Es así que tal posición se expresa, incluso, en las infinidades de minuciosos y pequeños actos de palabra de la vida cotidiana. Recuerdo la primera vez que llegué al centro de salud. Ese día se había organizado una reunión de equipo y me invitaron a participar de ella. Se puso sobre la mesa la siguiente situación: una usuaria histórica del centro de salud requería los resultados de un estudio con urgencia, estudio que se había realizado ya dos veces y que, por errores en el procedimiento de la toma de la muestra, habría que repetirlo por tercera vez. Por ciertas singularidades subjetivas, la usuaria no podía afrontar con autonomía esta situación respecto de su proceso salud-enfermedad. A esto se sumaba el hecho de que la familia no parecía estar en posición de hacerse cargo de tal circunstancia. Es así que se intenta diagramar una estrategia desde la institución y en equipo para abordar de forma efectiva esta situación, ya que los esfuerzos individuales y aislados de los miembros del equipo habían fracasado en tal empresa. Para esto había que producir algún acuerdo que, per se, no estaba garantizado, con algunos miembros del hospital donde la usuaria debía realizarse el examen. Nunca me voy a olvidar del “aporte” que hizo el ginecólogo:

- En el hospital la gente es un número, que a nosotros no nos guste no quiere decir que deje de ser así. Yo ya intente todo; ¡listo, me cansé! –mencionó-. Un poco después estaba haciendo chistes respecto del aseo personal de dicha usuaria, para finalmente dejar correr cierta burla respecto del grupo familiar que podría llegar a acompañar la estrategia. Por otro lado, contaban en el equipo trabajadores con gran sensibilidad respecto a las problemáticas del territorio, sostenidas sus prácticas en una lógica comunitaria y atendiendo siempre a la no culpabilización (esto no implica desresponsabilización) de los usuarios respecto de sus modos de existencia. Por ejemplo, en esa misma reunión, quien era la coordinadora del centro de salud le respondió al ginecólogo:

- ¡Y bueno..., encarguémonos de que no sea un numero entonces!

## Otros discursos posibles

En Europa, luego del fuerte impacto sobre las condiciones de vida y salud de las poblaciones que produce la revolución industrial, se incorporan rápidamente a la agenda de reivindicaciones de los movimientos sociales de ese período temas relativos a la salud. Surgen así, a mediados del S. XIX, interpretaciones de la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social que, en su conjunto, recibieron la denominación de "Medicina Social". (Filho, 1999)

A partir del ingreso de discursos, que podríamos agrupar dentro de las llamadas teorías críticas, al campo de significaciones y prácticas en salud, se plantea una ruptura radical con las tesis de corte positivista. Jaime Breilh (2003) realiza un fuerte cuestionamiento al modelo de la *teoría del riesgo* a partir de situar que ésta aísla los factores de su contenido histórico y en todo caso no busca la génesis explicativa de los fenómenos reduciéndolos a un conjunto de probabilidades. En su lugar, la epidemiología crítica deberá poner la mirada sobre los condicionantes estructurales en la producción de los fenómenos de *salud-enfermedad-atención*.

Quisiera extenderme en una cita de Ferrara (1985), ya que pone de manifiesto con mucha precisión cuestiones nucleares que hacen a la ruptura de estos modelos con la tradición normativa

Ya en otras oportunidades se ha expresado el reconocimiento al avance que significó conceptualmente la idea de la O.M.S. al expresar que la salud es el completo estado de bienestar físico-mental y social, por el aporte significativo que ello implicó en la búsqueda de una totalización e integralidad conceptual. Resultó importante para el pensamiento sanitario la ampliación del marco interpretativo más allá del único y frecuentemente limitado marco de lo físico o biológico. Cuando la definición incluye a los aspectos mentales y sociales coloca a sus intérpretes en una posición de mayor amplitud, de mayor comprensión del proceso salud-enfermedad. Sin embargo es también sabido que se le critica a tal definición su apreciación básica de bienestar, vale decir la de otorgarle a la salud sólo la perspectiva de involucrar con el bienestar sus atributos de sentirse bien o de estar bien que transforma así a la definición en una simple e irreductible tautología. Las expresiones utilizadas como sinónimos que intentan corregir esa tautología, adaptación, madurez, equilibrio tampoco han cumplido con el requerimiento profundo de la idea de salud-enfermedad. También ellas le otorgan un evidente sentido estático a la definición de salud. Es necesario, por el contrario, hallar las referencias lingüísticas que abarquen el sentido dinámico, (...) de la salud-enfermedad, que comprendan a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia. No es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver el conflicto físico, mental o social lo que certifica la idea de enfermedad. (...) Esto define la ubicación conceptual, al reparar en la salud-enfermedad como un proceso incesante, cuya idea esencial reside en sus caracteres histórico y social. (pp.15-16)

En relación con la Salud Mental, en la década del sesenta y a partir de la legitimación y el aporte de *otros* saberes en la comprensión y abordaje del padecimiento subjetivo, como lo son la Psicología, el Psicoanálisis, la Antropología, etc., se desarrollan, según Galende, las bases para un nuevo paradigma en salud mental.

En el nivel de las disciplinas intervinientes, se trataba de cuestionar la hegemonía de la medicina mental. (...) Un eje central de las transformaciones que se proponían consistía en restablecer un trato menos jerarquizado de los profesionales con los enfermos, y devolver [a estos] un mayor protagonismo en los procesos de reparación. Lo cierto es que los cuidados de la salud mental, tanto la asistencia en todos sus niveles, como la prevención y promoción de valores en Salud Mental, dejó de ser un ámbito exclusivo de los médicos, para pasar a postularse su abordaje interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional. (Galende, s.f.a, pp.1-2).

En este contexto se da lo que el autor ubica como un *nuevo objeto* para la Salud Mental, que no se recuesta ya sobre la noción de *individuo*, sino más bien sobre las relaciones que permiten pensar el sujeto en comunidad.

En 1978 y a partir de la *Conferencia Internacional sobre A.P.S.* promovida por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en Alma-Ata, se afirma el *acceso a la salud como un derecho*, bajo la responsabilidad política del Estado, dando un gran paso respecto a la *desmercatilización* de la salud. En esta tradición Argentina inscribe la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (en el marco de un conjunto de leyes sostenidas sobre la protección de derechos) modificado sustancialmente los marcos regulatorios en relación a las prácticas en Salud Mental. Esta política de reconocimiento de derechos, promueve una lógica de tratamiento de las afecciones subjetivas, que va a contracorriente de un proyecto manicomial, cuestionando, de este modo, el supuesto de la cronificación de las personas con sufrimiento mental.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria (...) basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p.19).

De esta manera, se ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria, reconociendo los múltiples entrecruzamientos del campo de la salud (en tanto contextos de alta complejidad), incluyendo necesariamente un enfoque integral, intersectorial e interdisciplinario.

Me interesa situar que el efector en salud donde realicé mi práctica, sostiene los procesos de atención a partir de Equipos de Referencia con Apoyo Especializado Matricial y según el modelo de la *clínica ampliada*. Esta noción está profundamente influenciada por la perspectiva de ciudadanía activa, y que parte del reconocimiento del usuario de salud como un sujeto de derechos, argumentando sobre la necesidad de prepararlo para hacer valer los derechos propios, antagonizando así con el enfoque asistencial e individual propio del *discurso médico hegemónico*, desde donde se promueven prácticas en salud centralizadas en el profesional, asignándole al paciente un papel pasivo.

Haciendo una analogía con el concepto de Institución Total de Goffman (1996) se podría hablar de Enfermedad Total. Para la medicina ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales del enfermo, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva identidad. Las personas dejarán de ser viejas, jóvenes, padres, madres, trabajadores, jubilados o desempleados, músicos o profesores, y todos serán enfermos de alguna cosa. (...) Se sugiere, por lo tanto, una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la Clínica, (...) colocar la enfermedad entre paréntesis (...) para permitir la entrada en escena del paciente, del sujeto enfermo. (Sousa Campos, 2009, p.75)

Finalmente, quisiera volver a poner de relieve la complejidad que define al campo de la salud pública. Tal como indicamos, campo de luchas, de múltiples cruces y determinaciones: políticas, económicas, jurídicas, disciplinares, territoriales, etc. Sin embargo, en el recorrido argumentativo, pudimos asilar dos grandes paradigmas a la hora de definir y producir acciones en salud, y que encuentran su fundamentación en tradiciones epistemológicas antagónicas. Primero, recorrimos las condiciones de surgimiento de ciertos discursos en salud como respuesta a cierta demanda social de la modernidad y que podríamos agrupar dentro de una tradición epistemológica normativa. Luego mostramos los efectos, que en el campo social, tuvo la intrusión de novedosos discursos alineados a una tradición de pensamiento crítico. A lo largo del próximo capítulo, podremos despejar cuestiones que hacen la entrada del psicoanálisis como discurso y propuesta clínica a este campo de luchas que define la salud pública.

## CAPÍTULO SEGUNDO\*

### De los giros del psicoanálisis

*A partir de este diseño, inicialmente simplificado y hasta ingenuo, fui asumiendo que ser psicoanalista es sólo un rumor, por más títulos válidos que se acrediten. El asunto es que alguien, desde sus antecedentes, logre estar psicoanalista en una determinada y singular situación, (...) cualquiera sea el encuadre clínico del que se parta.*

Fernando Ulloa.  
*La novela clínica psicoanalítica*

---

\* Las argumentaciones que se agrupan en este capítulo son el resultado de reflexiones compartidas con Nicolás Elder, docente responsable del seguimiento del presente trabajo.

## *Una diferencia en la repetición*

A lo largo del tránsito por el Plan de Estudios de la Carrera de Psicología fui atravesando diferentes asignaturas que, en sus *programas*, aluden a la transmisión del psicoanálisis. Sin embargo, no fue hasta sexto año, momento en que realicé el cursado de la P.P.S. "B", que se dieron las condiciones para la aparición de una pregunta que me interpelaba insistentemente y que ahora resignifico como el antecedente principal de lo que sería un desacople definitivo entre lo doctrinal que había podido aprehender a lo largo de la carrera y lo que efectivamente estaba experimentando en el campo de prácticas de la salud pública. La pregunta, confusa entonces, estaba orientada respecto de las *condiciones de posibilidad de una práctica del psicoanálisis en lo público*. Lo que sigue versa sobre, lo que serán, intentos por dar respuesta a esta pregunta.

## *El malestar sobrante*

Me gustaría, en este punto, poner de manifiesto las dimensiones de lo que podríamos denominar: *los modos actuales del malestar en la cultura*, y a partir de aquí poner de manifiesto ciertos discursos y propuestas que se han presentado como *intentos por aliviar dicho malestar*, y que sin embargo, tienden a reproducirlo.

Si hay algo de lo que Freud (1992c) da cuentas en *El mal estar en la cultura*, es del siguiente hecho: el psicoanálisis tiene el instrumental necesario para interpelar cierto *empuje a la clausura* propio de la cultura. Como tuvimos oportunidad de situar, la modernidad adviene a partir de un ideal de unificación, de síntesis, de universalización de los *modos de goce*. Todas las instituciones modelo de este período, construidas una a imagen y semejanza de la otra, se enmarcan en un proyecto civilizatorio que no deja lugar a singularidades renuentes ni imprevisibilidades azarosas; todo será enmarañado en las cadenas del método científico a las luces de un “dios matemático [que] lanza la red de sus leyes sobre la totalidad de la naturaleza [y la cultura]”. (Gérard Pommier, 2002, p.53)

Por otra parte, han ocurrido en los últimos años una serie de transformaciones que dan el marco para un nuevo *drama cultural* propio, ya no de las sociedades disciplinarias, sino y al decir de Gilés Deleuze (s.f.), de las “sociedades de control”. El autor pudo echar luz respecto de la implantación, cada vez mas evidente, de un novedoso modo de vida, recostado principalmente sobre las tecnologías digitales: flujos financieros en tiempo real, interconexión de redes globales de comunicación; todo esto en una vorágine de competencia y autosuperación que se levanta en los medios de comunicación, oficiando éstos de nuevo criterio de verdad cultural, frente al derrumbe de las ya lentas y pesadas instituciones de la modernidad. Mercado, tecnociencia y medios de comunicación son los vectores fundamentales de un mundo que toma a la empresa como modelo.

Según Marcuse (1993) se ha alcanzado, como fase avanzada del capitalismo, una civilización industrial donde, como señal del progreso técnico, se vive en una ausencia de libertad cómoda, suave y razonable. Para el autor, en esta sociedad industrial avanzada, el aparato productivo tiende a hacerse totalitario en el grado en que determina, no sólo las ocupaciones, aptitudes y actitudes socialmente necesarias, sino también las aspiraciones individuales, creando falsas necesidades e integrando de esta manera al individuo en el sistema de producción y consumo, generando así las condiciones para la producción de subjetividades unidimensionales, sin posibilidad de consciencia o crítica alguna respecto a este orden social que las determina. Castel (1997) por su parte precisa que:

Definir el conjunto de la cuestión social a partir de la exclusión es una trampa. El *continuum* entre los integrados y los excluidos está roto por efecto de la automatización que ha tomado el mercado y que ha producido una ruptura en la tradición vigente. Eso es, ha desconectado el trabajo de las medidas de protección y lo ha convertido en una mercancía. Todo esto produce una desafiliación del sujeto y una anomia social, ya que el mercado, por sí mismo, es incapaz de reconstruir la cohesión social. (s.p.)

Frente a este contexto, Ulloa retoma el título freudiano para hablar de *un malestar que se hace cultura, una cultura de la mortificación* propios de nuestra actualidad. Se trata de:

Una luz mortecina, como la alienación, la apolítica, la zozobra de las costumbres: lo que es un hecho anómalo pasa por ser parte de la cultura. Es el malestar hecho cultura, hecho hábito, hecho costumbre. (...) No hay transgresiones, sino infracciones. La infracción es un acto ventajista, descomedido, que no valora la vida. En cambio, la transgresión -en mi código- es fundadora de la toma de conciencia. (Ulloa, s.f.a)

Bleichmar (2005) dirá que frente a la profunda mutación histórica sufrida en los últimos años a partir del avance del neoliberalismo, “se deja a cada sujeto despojado de

un proyecto trascendente que posibilite, de algún modo, avizorar modos de disminución del malestar reinante”. (p.18)

Ahora bien, históricamente se han erguido ciertos discursos que ofertan “soluciones” para, efectivamente, *aliviar el malestar en la cultura*. Por un lado, tanto la *religión*, como su versión moderna, *el discurso científico* (Pommier, 2002), operan oficiando de obturadores de la falta. En el caso de la religión, a partir de la palabra de un padre todopoderoso, se promete un *más allá* de completud y felicidad, donde ningún resto de este imperfecto y viciado mundo terrenal tendrá lugar. En el caso de la ciencia, ya conocemos la operación de forclusión del sujeto al tiempo del silenciamiento de los planetas. Lacan (2008c) sitúa, a partir de la intervención de la ciencia sobre el *discurso del amo*, una *torsión perversa* del mismo, dando por resultado el *discurso capitalista*. Es a partir de aquí que se ordena un goce homogeneizable, que no es otra cosa que el goce del fetiche: mercado del saber y mercado del goce puestos al servicio de la producción de objetos que clausuren la cadena significante. Galende (s/f a) dirá que “la consideración del trastorno como enfermedad por parte de la psiquiatría positivista prescinde del sujeto, ignora el conflicto que expresa el síntoma (...), y se propone por consiguiente suprimirlo a través del medio artificial del medicamento”. (p. 26). En ambos caminos subyace un anhelo de desubjetivación bajo el ideal de ausencia total de malestar, malestar propio del vivir que porta todo sujeto en tanto arrojado a la vida. Aparecen en la actualidad versiones mixtas de estos discursos (religión y ciencia), configurados sobre los más variados y extraños cruces entre, por un lado componentes místicos que proponen cierta indiferencia frente a los devenires post-modernos, por otro, una escasa argumentación que utiliza categorías propias de la física, o en algunos casos, de la medicina tradicional. Estos postulados se orientan explícitamente al desarrollo de las potencialidades individuales del espíritu, promoviendo el desapego respecto de un otro “tóxico” y la deshistorización de los procesos sociales que determinan la subjetividad, esto transmitido muchas veces a partir de significantes aislados como “soltar”, “sonreír”, “desear”, etc. En el capítulo siguiente me interesa poner en valor la gran novedad que presenta el psicoanálisis en tanto antagonico de estos discursos, a la hora de problematizar la cuestión del malestar en la cultura.

Finalmente, me interesa situar, para dar cierre a este momento de la escritura, que el malestar en la cultura ha sido el registro del cual me he servido para leer el territorio, dentro de lo que fuera un paisaje cotidiano de mi experiencia de prácticas en el centro de salud, malestar que interpela la transmisión del psicoanálisis en la universidad, malestar que circulaba por los cuerpos de usuarios y trabajadores, por los pasillos de la institución, por las calles del barrio, malestar que se dejaba oír en el zumbido de los disparos, en el llanto de los adultos, en el silencio de los niños, malestar impregnado de violencias, violencias de las más variadas, violencias estructurantes y estructuradas de y por ciertos modos de lazo, violencias impregnadas de malestar también, de un malestar violento, silenciado, de un malestar que excede los conflictos que remiten únicamente a las renunciaciones pulsionales que se exigen como condición para el ingreso del sujeto a la cultura, violencias impregnadas de un “malestar sobrante” (Bleichmar 2005) producto de modos injustos de dominación, sobrante de políticas neoliberales, sobrante de desocupación, de marginalidad, de cosificación, de fragmentación social, de vulneración de derechos, sobrante de sentencias, de clasificaciones, de medicalización, de diagnósticos, sobrante de ausencias, de ausencias del estado, de ausencia de otros, sobrante dijimos..., malestar sobrante...

## *Giros copernicanos de la vida cotidiana*

Lo que sigue será un intento por mostrar que el psicoanálisis como *discurso* (aunque no el único) y el psicoanalista como *función* interpelan cierto ideal cultural occidental, racional y capitalista que ya situamos como un *empuje a la clausura*, a la clausura de sentidos y significaciones que no sean afines a la conservación y reproducción de su propio orden, a la clausura de la diferencia y la diversidad por sobre la síntesis en universales, a la clausura del pensamiento crítico por sobre la lógica binaria, a la clausura de hacer visible lo silenciado, a la clausura de admitir la falta y el conflicto como constitutivos de la existencia, a la clausura de construir problemas en lugar de afirmar certezas, a la clausura de prácticas que promuevan la emergencia de un sujeto autónomo, crítico y empoderado.

Al decir de Lacan (2008), Freud introdujo algo radicalmente nuevo con su descubrimiento, y que refiere a lo siguiente: hay algo de lo cuál el *yo* no quiere (ni cesará de no querer) saber. “El inconsciente escapa por completo al círculo de certidumbres mediante las cuales el hombre se reconoce como *yo*”. (Lacan, 2008, p.18) La técnica analítica trasciende cierta ingenua ilusión del hombre contemporáneo como ser libre que se “hace” a sí mismo. Bajo el estatuto de la *tercer herida narcisista* el psicoanálisis sostendrá que el *yo* no es amo en su propia casa, no es más (ni menos) que un lugar en la estructura, avasallado en distintas direcciones y a partir de múltiples sobredeterminaciones. Tampoco el *yo* es sustancia pensante, síntesis de las operaciones del espíritu y consciente de sí, y por tanto, tampoco es criterio de verdad fiable para construir certezas universales, ya que su propia constitución se da a partir de un engaño, de un espejismo en tanto identificación a una imagen especular; imagen de otro (semejante) y a partir de Otro. No hay individuo, sino división, división del sujeto entre un significante y el otro, entre saber y verdad.

Vemos que lo que el psicoanálisis pone de manifiesto es que tanto el *sujeto* como la *cultura* se constituyen a partir de una *falta en ser* imposible de colmar, aunque se intente, una y otra vez, remediarla. Así, al decir de Lacan (2008b) el descubrimiento freudiano tiene exactamente el mismo sentido de descentramiento que aporta el descubrimiento de Copérnico, por lo que merece el título de *revolución copernicana*.

Lo que *emerge* a partir de esta *operación de descentramiento*, es entonces, el *sujeto* en tanto no se confunde con el individuo. Este sujeto está estructurado en y por el lenguaje, estructura montada en derredor de una falta, y por tanto, sin centro donde hacer pie. La puesta en valor de esta falta interpela eso que, bajo la forma de ideales velados culturalmente, estaría destinado a la repetición *ad infinitum*, arrojado al círculo infernal del eterno retorno, teniendo, silenciosamente, un efecto de clausura (muchas veces mortífero) sobre la *dirección de la práctica clínica*. Lo que se habilita entonces, a partir del *discurso de un analista*, y aquí reside su gran aporte al trabajo en el campo de la salud pública, es poder echar luz sobre los conflictos inherentes a las diferentes dimensiones de la vida del hombre, los modos de lazo social, las relaciones con el otro, los modos de intercambio, etc., La función del otro para la vida psíquica no se limita a su papel estructurante del sujeto, sino que se evidencia el hecho de que no existe padecimiento subjetivo que no ponga de relieve el problema de la alteridad en todas sus dimensiones.

Me interesa retomar aquí la pregunta con la que inicié este capítulo y que está orientada respecto de las condiciones de posibilidad de una práctica del psicoanálisis en lo público. Me vi enredado, por mucho tiempo, en laberintos de lecturas y preguntas que me regresaban una y otra vez al mismo lugar. Finalmente, al tiempo de la escritura de este trabajo, encuentro cierta solución, a partir, justamente, de una *operación copernicana* llevada a cabo por Ulloa (1995), operación en donde se subvertía los fundamentos mismos de la pregunta, sustituyendo el “¿qué es ser psicoanalista?”, por “¿cuál es la dimensión del *estar* psicoanalista”? La noción de *estar* psicoanalista, frente a la de *ser* psicoanalista, resulta sumamente disruptiva de una tradición de pensamiento impregnada en el lenguaje, que resulta solidaria con cierta ontologización de los conceptos de la clínica, presentándolos en términos de

permanencia, inmutabilidad, etc. El tiempo aquí será, por el contrario, el de la emergencia. El *estar* hace su irrupción en un momento (lógico, más que cronológico), momento en que se realiza una *operación de lectura* respecto de aquello de lo que no se quiere saber, pero que, silenciosamente (aunque a veces lo haga a gritos), produce efectos. Ésta es la clave para entender *la intervención de un analista como la irrupción en el orden del discurso de aquello silenciado que, a partir de su puesta en evidencia, produce como efecto un acontecimiento que cambia la naturaleza de los seres que, testigos vivenciales de esa experiencia, hacen su aparición en tanto sujetos*.

Ubico entonces a la práctica clínica psicoanalítica como una *práctica del discurso con efectos clínicos*, a partir de una dirección, que es la de la ética de la abstinencia. Y en este punto encuentro las herramientas para echar luz sobre ciertos fenómenos clínicos que pude observar en mi experiencia clínica comunitaria y que ahora resignifico de la siguiente manera: la práctica del psicoanálisis desde la *numerosidad social* (Ulloa, 1995) parece tener, tanto en su lectura como en sus efectos clínicos, una triple direccionalidad: hacia el sujeto, hacia la institución y finalmente hacia el territorio en general.

Finalmente, es partir de esta experiencia de escritura de prácticas que interpelan teorías, y teorías que resignifican prácticas, que se produce, como novedad, un modo de entender el lugar de un psicoanalista en la cotidianidad de su práctica en el campo de la salud pública, y que denominaré como *giros copernicanos de la vida cotidiana*. Se trata movimientos de descentramiento, de interpelación al *discurso del amo*, a la *cultura de la clausura*, giros que deconstruyen y desnaturalizan nociones instituidas, y que configuran el quehacer corriente de un psicoanalista en el territorio de la salud pública. Giros copernicanos de la vida cotidiana decimos, práctica copernicana bajo la dirección de un ética, ética de la abstinencia, ética que suspende certezas y habilita preguntas, que detiene el orden del juzgamiento franqueando la moral de los poderes y el servicio de los bienes, al preguntar: “¿has actuado de acuerdo a tu deseo?” *De la vida cotidiana* porque en el día a día se da la oportunidad de franquear la moral de los poderes deconstruyendo *prácticas objetivantes* (Silvia Grande s.f.), por ejemplo: cuando se escucha a un sujeto en lugar de asistir a un enfermo; cuando se revaloriza la palabra frente a la medicalización del conflicto, también cuando se promueve la restitución de la historia frente a la cosificación de los diagnósticos; del mismo modo que cuando se logra instalar una diferencia en la repetición de las lógicas hospitalarias en pos de lograr que “los pacientes ya no sean números”. Estrategias clínicas, tratamientos y dispositivos que alojan singularidades, que promueven encuentros intergeneracionales, redes participativas-comunitarios son el quehacer cotidiano de la práctica copernicana del psicoanalista en los territorios. Desde esta posición el psicoanalista también derrumba “encerronas trágicas” (Ulloa, s/f.b) poniendo en valor el lugar del testigo en tanto terceridad que puede dar entidad a un hecho que, por soterrado, no ha podido inscribirse. Frente a situaciones de violencia infantil, violencia de género, de violencias ejercidas en la intimidad del hogar, en donde la víctima se encuentra totalmente a merced de quién ejerce sobre ella un acto de crueldad sin que haya una ley que regule ese vínculo, sin terceros de apelación, muchas veces los profesionales de las instituciones en donde los sujetos están referenciados pueden interpelar ese espacio de dos lugares a partir oficiar de únicos confidentes, y con esto significar algo de ese horror que la víctima no ha podido sancionar como tal. Por otro lado, estas violencias requieren, en cierta manera, un soporte sociocultural solidario a su reproducción. He aquí también el valor psicoanálisis en los territorios, en tanto discurso disruptivo de silenciamientos naturalizados.

Qué hace el psicoanalista en la vida cotidiana entonces? En tanto oficiante del *no-todo*, trabaja con los *restos*, con lo que cae, lo que cae de la cadena significativa, lo que cae de los ideales culturales, de las certezas de otros discursos, de las certezas del yo. Su verdad no está afuera, tampoco adentro, sino en el *entre*, en el entre de la

relación analítica, en el entre de la división del sujeto, en el entre de la institución y el usuario, en el entre del sujeto y el otro.

## **A MODO DE CIERRE**

*Sosteníamos la pregunta: ¿cómo desplegar una práctica en lo público que rescate la potencialidad de este espacio y no se constituya en un pariente empobrecido, en una degradación de lo privado?*

Silvia Grande, Iris Valles, Liliana Baños.  
*Una historia sencilla. Tres escenarios y una pregunta que insiste*

## *El Oro y el Cobre: algunas reflexiones finales \**

Durante mucho tiempo, tal y como lo fui puntualizando en el discurrir de este trabajo, me vi interpelado por la pregunta en relación a la posibilidad de ejercer una práctica clínica psicoanalítica en el ámbito de lo público, aunque, en cierta manera, mi experiencia de prácticas, de por sí, ya me permitía contestarlo: era evidente que, en el trabajo del equipo de salud mental del centro de salud, había una dirección de la práctica sostenida desde el psicoanálisis. También como vimos, la dificultad se presentó al momento de la escritura, en principio de esa práctica, pero fundamentalmente de este trabajo, y tuvo que ver con cierta dimensión de encierro respecto de las respuestas que estaba pudiendo articular para dar cuentas de la especificidad de ese modo de hacer (y pensar la) clínica. Acontece aquí un movimiento respecto de la pregunta por la posibilidad, hacia otra, en mucho más compleja, respecto de la especificidad. Finalmente pudimos advertir que tal dificultad se desprendía del hecho de que en los fundamentos mismos de la pregunta, estaba operando ya cierta clausura. El movimiento de descentramiento respecto de esta cuestión fue revelador de algo que ya había operado: un desacople definitivo entre lo que había podido aprehender a lo largo del cursado de la carrera de psicología, y la experiencia como practicante y autor de la escritura de esa misma práctica. A partir de ese espacio abierto, de esa disrupción entre mi posición como alumno y mi experiencia clínica comunitaria, se motorizó cierto ejercicio de interpelación de la teoría por la práctica, a partir de la resignificación de la práctica por la teoría. Nuevamente la fluida movilidad, nuevamente esa danza dialéctica, ahora entre práctica y doctrina. De los restos de este movimiento cae, como novedad, lo que considero una dirección posible para una práctica clínica psicoanalítica en el campo de la salud pública. Clínica de *fluctuaciones ambiguas* entre amores teóricos y desencantos prácticos; clínica de resignificaciones, de re-trabajos, de supervisiones, por lo tanto clínica con otros; clínica también que historiza, clínica de biografías y no de enfermedades, por tanto clínica ampliada, ampliada respecto del modelo clínico oficial, ampliada hacia la consideración de los conflictos como constitutivos de la existencia, hacia acciones en salud fuera del espacio del consultorio, hacia la construcción de redes participativas-comunitarias, hacia la protección de derechos, hacia nuevos encuadres, hacia la puesta en valor del trabajo interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional, hacia el reconocimiento del campo de prácticas como un campo de luchas. Clínica como *praxis*, como práctica social, como práctica del discurso, de la escucha, de giros copernicanos, de descentramientos: del *ser* al *estar*, de lo *universal* a lo *singular*, de lo *binario* a la *terceridad*, del *yo* a la *abstinencia*; por tanto práctica ética, ética que suspende del deslizamiento del diván hacia un lecho de Procusto, no forzando a los diferentes y complejos campos sociales a ajustarse a la medida del dispositivo analítico tal y como fue constituido en sus prácticas fundacionales, en tanto práctica privada.

Finalmente arribamos, luego de este ejercicio de escritura, a la definición de esa posible dirección de la práctica que haga el psicoanalista en tanto inserto en el campo de la salud pública, a partir de una *posición* frente a su quehacer, y que ubico en los términos de un *oficio*. Tal noción, que de por sí ya refiere a una acción, habita en el *entre* de la tensión siempre latente entre el arte y la ciencia, encontrando aquí, en cierta manera, las coordenadas de su especificidad: nuevamente como efecto de ambiguas fluctuaciones, ahora entre metodologías epistemológicamente legitimadas y trabajos artesanalmente singularizados. Desde esta posición, el psicoanalista se conduce como un *orfebre* en tanto reverso de la figura del alquimista, conjurador de falsas prácticas e ingenuas ilusiones. Reverso también de la actividad industrial, solidaria a aleaciones siempre estandarizadas. Desde su lugar, en cambio, el psicoanalista en tanto orfebre realizará aleaciones siempre singulares, siempre ajustadas al tipo de situación que se presente, entre el Oro puro del psicoanálisis, y el Cobre propio del campo de la salud pública.

---

\* Este título hace referencia a el libro *el oro y el cobre (del a-meghino y otros fragmentos)* que tiene a Carlos Paola como autor.

## Bibliografía

- Althusser, L. (2008). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Buenos Aires: Impresiones Sud América.
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bourdieu, P. (2006). *Sobre el poder simbólico. Intelectuales, Política y Poder*. Buenos Aires: Eudeba.
- Carballeda, A. J. (2012). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (1997). Entrevista realizada por Javier Ubieta para Rambla 12. *Revista de la asociación promotora de trabajo social N° 9* (1997). Recuperado 07 de noviembre de 2018 de <http://www.rambla12.arrakis.es/articulos/entrev.pdf>
- Día Mundial de la Salud Mental (Sin fecha). En *Wikipedia*, recuperado 10 de Marzo de 2018 de [https://es.wikipedia.org/wiki/D%C3%ADa\\_Mundial\\_de\\_la\\_Salud\\_Mental](https://es.wikipedia.org/wiki/D%C3%ADa_Mundial_de_la_Salud_Mental).
- Deleuze, G. (sin fecha). *Posdata sobre las sociedades de control*. Recuperado 07 de Noviembre de 2018 de <http://www.fundacion.uocra.org/documentos/recursos/articulos/Posdata-sobre-las-sociedades-de-control.pdf>
- Ferrara, F. A. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Filho, A.N. (1999). *La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. En Cuadernos "Médico Sociales No 75". Rosario: CESS.
- Foucault, M. (2001). *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (2002). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- \_\_\_\_\_ (2014). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Freud, S (1992a). "Psicología de las masas y análisis el yo" . En José L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1921)
- \_\_\_\_\_ (1992b). *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial*. En José L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 20). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1926)
- \_\_\_\_\_ (1992c). *EL malestar en la cultura*. En José L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 21). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1927)
- Galende, E. (sin fecha a). *Psicofármacos y Salud Mental. La Ilusión de no ser*. Recuperado 28 de Octubre de 2018 de [http://www.academia.edu/34874944/Galende\\_Psicofarmacos\\_y\\_salud\\_mental](http://www.academia.edu/34874944/Galende_Psicofarmacos_y_salud_mental).

- \_\_\_\_\_ (sin fecha b). *La Nueva Configuración De La Salud Mental*. Recuperado el 07 de Junio de 2017 de: <https://www.buenastareas.com/materias/la-nueva-configuracion-de-la-salud-mental-emiliano-galende/0>
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Grande, S., Valles, I., y Baños, L. (sin fecha). *Una historia sencilla: Tres escenarios y una pregunta que insiste*. Material recuperado del material de estudio de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria de la Universidad Nacional De Rosario. Inédito.
- Lacan, J. (2001). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 1. Los Escritos Técnicos de Freud (1953-1954)*. Paidós. Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (2008a). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 2. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (1954-1955)*. Buenos Aires: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2008b). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 17. El reverso del psicoanálisis (1969-1970)*. Buenos Aires: Paidós.
- Masueco, M. (sin fecha). "Plan de trabajo. PPS "B" Año 2017". Inédito.
- Paola, C. (2008). *El oro y el cobre (del a-meghino y otros fragmentos)*. Buenos Aires: Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Pommier G. (2002). *Los cuerpos angelicos de la post modernidad*. Buenos Aires: Nueva vision argentina.
- Trastornos del estado de ánimo. (Sin fecha). En *Wikipedia*, recuperado 10 de Marzo de 2018, de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos\\_del\\_estado\\_de\\_%C3%A1nimo](https://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_del_estado_de_%C3%A1nimo).
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (sin fecha a). Los argentinos viven en una cultura de la mortificación. *La Gaceta*. Recuperado 04 de noviembre de 2018 de: <https://www.lagaceta.com.ar/nota/182698/informacion-general/argentinos-viven-cultura-mortificacion.html>.
- \_\_\_\_\_ (sin fecha b). *La encerrona trágica en las situaciones de tortura y exclusión social. Pensar el dispositivo de la crueldad*. Recuperado 06 de noviembre de 2018 de: <https://www.pagina12.com.ar/1998/98-12/98-12-24/psico01.htm>