

Salud mental desde los bordes: contexto, equipos e intervenciones posibles

Mental health from the margins: context, teams, and possible interventions

*Saúde mental desde as margens: contexto, equipes e
intervenções possíveis*



Rosana Teresa Onocko-Campos¹ ([ORCID: 0000-0003-0469-5447](#))

Contacto:

Rosana Teresa Onocko-Campos -Email: rosanaoc@unicamp.br

Filiaciones:

1. Unicamp, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Citar como:

Onocko-Campos RT. *Salud mental desde los bordes: contexto, equipos e intervenciones posibles*. Desde Acá. 2025; 5: 66-80.



Resumen

Este ensayo pretende articular algunos datos sobre la situación mundial de la salud mental y las configuraciones de la subjetividad en lo contemporáneo. Las transformaciones del mundo del trabajo, aceleradas en la última década, colocaron gran parte de la población al margen del usufructo de políticas clásicamente consideradas como de “seguridad social”. El “emprendedurismo” lanzó a millones de trabajadores a un nuevo tipo de trabajo a destajo. Dependiendo del momento y del país, esto se agrava por la inestabilidad laboral y el desempleo.

Al mismo tiempo, el discurso ultra neoliberal descalifica los servicios públicos y desfinancia los efectores públicos poniendo en jaque el acceso e impidiendo medidas reparadoras y de rehabilitación social.

En ese contexto, se torna indispensable repensar los dispositivos de salud mental, así como su articulación e - inclusive - cuales serían los parámetros clínicos que pueden darles sustento.

Este ensayo busca presentar algunas propuestas para enfrentar estos desafíos. Salidas que tengan en consideración la historia violenta de colonización y desigualdades de nuestra región latinoamericana.

Palabras Clave: Salud mental, psicoanálisis, políticas públicas.

Abstract

This essay aims to articulate certain data regarding the global situation of mental health and the configurations of subjectivity in contemporary times. Transformations in the world of work, accelerated over the last decade, have placed a large part of the population outside the scope of policies traditionally considered as "social security." The rise of "entrepreneurship" has pushed millions of workers into a new type of piecework labor. Depending on the moment and the country, this is further aggravated by job instability and unemployment.

At the same time, the ultra-neoliberal discourse discredits public services and defunds public providers, jeopardizing access and preventing reparative measures and social rehabilitation.

In this context, it becomes indispensable to rethink mental health devices, as well as their articulation and—even—the clinical parameters that may provide them with support.

This essay seeks to present some proposals to confront these challenges, considering the violent history of colonization and inequalities in our Latin American region.

Keywords: Mental health, Psychoanalysis, Public policies.

Resumo

Este ensaio pretende articular alguns dados sobre a situação mundial da saúde mental e as configurações da subjetividade na contemporaneidade. As transformações no mundo do trabalho, aceleradas na última década, colocaram grande parte da população à

margem do usufruto de políticas tradicionalmente consideradas como de “seguridade social”. O “empreendedorismo” lançou milhões de trabalhadores em um novo tipo de trabalho por tarefa. Dependendo do momento e do país, isso se agrava pela instabilidade laboral e pelo desemprego.

Ao mesmo tempo, o discurso ultraneoliberal desqualifica os serviços públicos e desfinancia os efetores públicos, colocando em xeque o acesso e impedindo medidas reparadoras e de reabilitação social.

Nesse contexto, torna-se indispensável repensar os dispositivos de saúde mental, bem como sua articulação e — inclusive — quais seriam os parâmetros clínicos que podem lhes dar sustentação.

Este ensaio busca apresentar algumas propostas para enfrentar esses desafios, levando em consideração a história violenta de colonização e desigualdades de nossa região latino-americana.

Palavras-chave: Saúde mental, psicanálise, políticas públicas



Salud mental desde los bordes: contexto, equipos e intervenciones posibles



Rosana Teresa Onocko-Campos

Introducción

La noción de cuidado se ha vuelto clave para el análisis y la investigación social y gerontológica, como así también para el diseño de políticas de cuidados en el marco de las agendas internacionales de derechos de las personas mayores como en las de las políticas públicas.

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) son muy frecuentes y representan una gran carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Subsiste una amplia brecha entre la capacidad de los sistemas de salud y los recursos disponibles, entre lo que se necesita urgentemente y lo que está disponible para reducir la carga. Aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental, pero solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental. Los trastornos MNS interfieren de forma sustancial con la capacidad de los niños para aprender y la capacidad de los adultos para funcionar adecuadamente en la familia, en el trabajo y en la sociedad en general.¹

En los últimos años, las investigaciones han demostrado la factibilidad de ofrecer intervenciones farmacológicas y psicosociales en el nivel de atención no especializada.

Algunos estudios indican que, aunque los abordajes sean diversos, hay una substancial sobreposición disciplinar. Los artículos de psicología y psiquiatría tienden a concentrarse en las habilidades sociales o las emociones como características de la enfermedad mental, mientras que los artículos de salud pública y ciencias sociales tienden a concen-

trarse en las relaciones sociales, el estatus o en el contexto como determinantes de la enfermedad mental. En medicina, los artículos publicados se concentran en los resultados sociales de la enfermedad mental. Áreas de potencial crecimiento son los particularmente escasos proyectos de investigación acción basados en abordajes sociales. Esas interfaces son necesarias si deseamos una colaboración interdisciplinaria más eficaz².

Como destacan Shin et al,

At present, most healthcare systems are reactive, focusing on symptom control. They over-emphasize impairments, disorders, disabilities, and risk factors, without sufficient attention to individuals' and communities' strengths, positive psychosocial characteristics, protective and preventive factors, and the promotion of well-being. This disorder-oriented approach may contribute to a broadening gap between the healthcare service needs of the rapidly increasing urbanized world population and the supply of adequately qualified healthcare providers.³ (p 1) ¹

Ese énfasis en los “trastornos”, como destacan los autores citados, negligencia fundamentalmente los determinantes sociales e – incluso – comerciales de la salud mental.

La propia Organización Mundial de Salud con su clásica definición de salud como “*completo bienestar bio-psico-social*”, acuñada en 1948 y sostenida a lo largo de los últimos casi 80 años, dio pie a la medicalización de todo tipo de malestar e injusticias. Frecuentemente, bromeo con mis estudiantes de medicina que no se trata de la definición de la salud sino de la definición de un orgasmo o de un estado de intoxicación aguda...

Gambetear el malestar, soportar la tristeza o la rabia y darles destinos socialmente aceptables es parte del proceso de madurecer psíquico nos enseñó Winnicott⁴. Veamos cuáles son las principales dificultades que tenemos en el sur global.



1. “Actualmente, la mayoría de los sistemas de salud son reactivos y se centran en el control de los síntomas. Exageran las deficiencias, los trastornos, las discapacidades y los factores de riesgo, sin prestar suficiente atención a las fortalezas de las personas y las comunidades, las características psicosociales positivas, los factores de protección y prevención, y la promoción del bienestar. Este enfoque centrado en los trastornos puede contribuir a una brecha cada vez mayor entre las necesidades de servicios de salud de la creciente población mundial urbanizada y la oferta de profesionales de la salud adecuadamente cualificados” (traducción de la autora)

De que se sufre en lo contemporáneo de cara al sur

América latina fue fundada sobre un genocidio indígena. Ese genocidio perpetró también un epistemicidio, pues hemos perdido numerosas referencias y hasta lenguas nativas. El proceso colonizador acrecentó la violencia esclavista en numerosos países de la región variando solamente la duración y la cantidad de esclavizados. No hubo - en nuestros países - políticas reparadoras y la abolición significó para muchos la exclusión social. Los y las esclavizadas y sus descendientes fueron arrastrados a los márgenes de las ciudades, creando los emergentes bolsones de pobreza, y sometidos al racismo más abyecto. Violencia y racismo se entrelazan en nuestra historia de forma indisoluble.

Continuamos siendo una región con altos índices de violencia, desigualdad extrema y cercenamiento del acceso a los derechos humanos fundamentales. Con sistemas educativos y de salud inequitativos, abandono de las infancias, desamparo de las vejeces.

No es necesario ser muy imaginativo para percibir que toda esa situación, sin dudas, afecta la salud mental de gran parte de la sociedad. Otros estudios ya mostraron esto con relación a los casos de psicosis en el contexto europeo⁵. Estudios brasileros también destacaron la relevancia de las variables socioeconómicas con relación a la salud mental infantil⁶.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la transmisión transgeneracional de la violencia es un factor importante y de efectos deletéreos. En otros trabajos hemos defendido que la política pública precisa incorporar dispositivos específicos para intervenir en esa situación y que la reproducción de la violencia no es atávica^{7,8}.

Winnicott afirmaba⁹ que una democracia sólo podría existir donde hubiera suficiente cantidad de personas con un grado razonable de madurez mental. Para este autor, el proceso de maduración psíquica precisa que la agresión primaria sea tolerada y los mecanismos de reparación puedan actuar⁹. De esta forma, podemos estimar que, en la realidad latinoamericana, se coloca esa posibilidad en jaque al no propiciar un acceso equitativo a las políticas que podrían contribuir con ese ejercicio de reparación psíquica, social y cultural.

En un trabajo anterior¹⁰, llamé a esa fragilidad (que hace que los adultos no sean psíquicamente maduros) “falla de la función adulto”. Muchas personas adultas que vemos – inclusive en nuestros servicios públicos – sufren importantes fragilidades narcisistas que hacen que precisen ser reparadas todo el tiempo, lo que se manifiesta en la necesidad permanente de sentirse amadas u obedecidas (lo cual es incompatible con educar a otro ser humano, por ejemplo). O se estructuran como falsos *selves* tornando-se rígidas, poco creativas y – lo que es peor – muchas veces crueles, sádicas y autoritarias. Será muy difícil interrumpir ese ciclo secular de violencia e injusticias si no contamos con maneras de fortalecer y propiciar un amparo adulto y maduro para nuestras infancias.



Veamos ahora de qué manera podríamos enfrentar algunas de esas cuestiones en nuestros servicios públicos de salud, asistencia social y educación.

De que sufren nuestros sistemas de cuidados y sus trabajadores

Nuestros sistemas de salud, asistencia social y educación sufren de sub-financiamiento crónico. En el actual contexto latinoamericano, así como en muchos países del Sur Global, el debate sobre políticas públicas siempre es apagado por los argumentos fiscalistas, y las políticas públicas continúan compitiendo entre sí por recursos escasos. En Brasil, por ejemplo, estudios estiman que una reducción de un punto porcentual en la tasa Selic (tasa básica de interés), mantenida durante un año, reduciría la deuda bruta de Brasil en un 41,4%, lo que equivale aproximadamente al 0,4% del PIB brasileño¹¹.

Esta crisis crónica (que el genial pensador brasileño Darcy Ribeiro denunció con relación a la educación diciendo: “*la crisis de la educación brasileña no es una crisis, es un proyecto*”) fragiliza la capacidad de respuesta de nuestros servicios públicos, sea por falta de personal, por la infraestructura deteriorada e insuficiente, como también por la carencia de capacitación adecuada de las y los agentes públicos.

Winnicott¹² decía que los objetos intermediarios debían estar disponibles en el lugar y en el momento oportuno, de modo que el niño pudiese imaginar que los había creado. Siguiendo esa idea de los objetos intermediarios, la investigadora norteamericana Bonnie Honig¹³ propuso que pensemos las cosas públicas como objetos intermediarios necesarios para la recreación democrática. Ellas deberían estar allí, disponibles en el momento y en el lugar en que sean necesarias, “invisibles a plena vista” como la madre suficientemente buena winnycottiana.

Acompañando en paralelo el raciocinio de Honig¹³, para que los servicios públicos cumpliesen este lugar estructurante de “objetos intermediarios para la recreación democrática” de nuestras sociedades, sería imprescindible que tuviésemos espacios que permitan los procesos reparadores a los que nos referimos anteriormente, condición para propiciar que contemos cada vez con más ciudadanos y ciudadanas con un grado de madurez psíquica adecuada para sustentar la democracia y el desarrollo de las generaciones futuras. Personas adultas que funcionen como tales.

El neoliberalismo, por el contrario, estimuló y estimula la degradación de las cosas públicas, su desguace y desmantelamiento.

Las prácticas gerencialistas, con sus vestimentas eficientistas, degradaron hace tiempo las prácticas de numerosos trabajadores de la salud, del trabajo social y de la educación. Carentes de capacitaciones, sometidos a condiciones de trabajo indignas y estresantes,

sin espacios “suficientemente tróficos” para recrear la esperanza en las instituciones,¹⁴ las y los trabajadores se burocratizan.

...el fracaso de la ilusión institucional priva a los sujetos de importantes satisfacciones y debilita el espacio psíquico común de inversiones imaginarias que apoyarán la realización del proyecto de la institución.¹⁴ (p 34)

La burocratización funciona como una defensa psíquica para esas personas trabajadoras, pues les evita entrar en contacto con tanto dolor y sufrimiento. Pero, al hacerlo, simultáneamente, las aísla de las y los usuarios, las aliena de su objeto y objetivo de trabajo y las lanza a un engranaje de repetición y rutinas vacías de sentido. Junto con la alegría y el orgullo por el propio trabajo se pierden también la politización y la capacidad de juntarse con otras personas para mejorar las cosas. Muere la militancia.

Silvia Bleichmar enseñaba:

...trabajar significa hacer un trabajo frutífero. Eso significa que nuestro trabajo no es simplemente una rutina. Significa que no vamos simplemente seguir un cronograma, pero que creemos en la posibilidad de mejorar lo que existe o de producir algo nuevo. Y me parece que, para merecernos ese sentimiento, tenemos también que tener la confianza de que vamos a producir ciertas transformaciones.¹⁵ (p 57)

El vínculo red como forma de cuidado

Insistía Bleichmar:



La respuesta mecánica es una respuesta desubjetivadora y tan seria cuanto el silencio. El silencio también es una forma de残酷. Por tanto, la no respuesta a las necesidades de los otros son formas de残酷 y violencia silenciosa.¹⁵ (p 64)

Esa crisis “planeada” de las políticas públicas de cuidado nos lleva a pensar estrategias diferentes de las que ya experimentamos si no queremos resignarnos a la repetición al infinito de lo mismo. La残酷 en forma de indiferencia.

Benghozi¹⁶ sostiene que los espacios de afiliación serían capaces de producir reparaciones en situaciones de transmisión transgeneracional de situaciones traumáticas. En la obra de este psicoanalista, preocupado con situaciones extremas en casos de guerras, genocidios y migraciones forzadas, encontramos herramientas teóricas para enfrentar la difícil situación de las personas de las periferias de las grandes ciudades brasileiras.



Benghozi¹⁶ destaca que cuando los lazos de filiación están comprometidos (como frecuentemente vemos en las mujeres que llegan a nuestros grupos terapéuticos teniendo padres, tíos o abuelos que las violaron) la función de vínculo puede ser desarrollada por una relación de afiliación. Así, grupos, comunidades y servicios que generan ese sentimiento de afiliación pueden desempeñar aquella función de ligación que él llama de vínculo-red.

Hemos experimentado, inspirados en esas referencias teóricas (Winnicott, Bleichmar, Benghozi, Kaës) algunas estrategias para operar concretamente esa idea del vínculo-red, particularmente para abordar las secuelas de la violencia de todo tipo: racial, de género y edad. Y en varias localizaciones: centros de atención primaria, escuelas, centros de atención de la seguridad social, etc.

Para ello, elaboramos varias directrices técnicas que guían nuestra forma de operar, y nos organizan cuando las reverberaciones de la violencia producen también confusión en nuestro equipo².

1. **Acogimiento radical y restauración de los espacios de dignidad:** recibir siempre de forma empática, recibir de forma oportuna y sin demora. A veces un primer contacto breve puede ser muy resolutivo en términos de producir acogimiento y un primer espacio de afiliación, restaurar una esperanza. Inscribir un primer trazo de ternura, como nos enseñaba Ulloa. En ese aspecto, es muy importante en el caso de la violencia preocuparse de no revictimizar y – al mismo tiempo – testimoniar la veracidad del sufrimiento, no incurriendo en lo que Ferenczi¹⁷ nos enseñó ser tan deletéreo: la desmentida.
2. **Cuidar de quien cuida, dar nombre aquello de lo que se sufre:** siguiendo las huellas de Kaës¹⁴, creemos que a veces se sufre en la institución, precisamente, de no saber “de qué” se sufre. Ofrecemos espacios de cogestión y apoyo matricial intersectorial de manera que trabajadores de salud, asistencia y educación tengan también un espacio propio de afiliación, que pueda contribuir para repararlos y recuperar la capacidad de operar clínicamente. En nuestro servicio realizamos esto en tres modalidades: ruedas de apoyo intersectorial presenciales en la universidad; apoyo matricial intersectorial itinerante y participación nuestra en las reuniones intersectoriales de las políticas públicas ya establecidas. En todas esas instancias, buscamos, además de recrear esos espacios suficientemente tróficos de los que nos habla Kaës, ayudar a tejer el *remallage* fino del vínculo red para las personas usuarias. Destaco con esto que evitamos que el lugar de cuidados de las y los trabajadores se transforme en más un espacio de alienación, en el cual las personas usuarias serían de nuevo puestas de lado o aparecerían como asunto secundario.

² Esas directrices fueron publicadas por primera vez por la autora en “Psicoanálisis en los bordes, cuidando de la ética de lo público” in: Tratar de la locura, Ed Enclave, 2024 (M Desviat org)

3. **Una clínica que permita sobrevivir a los ataques del comportamiento antisocial:** Winnicott¹⁸, al presentar su teoría sobre el comportamiento antisocial, explicó que las expresiones violentas y los más variados tipos de transgresiones aparecen muchas veces en las y los jóvenes como el último bastión de una pequeña esperanza de que el ambiente les proporcionará lo que no consiguió proporcionarles en la primera infancia. Para Winnicott, sería fundamental que el objeto atacado sobreviviese – y sin represalias – para garantizar que estos jóvenes sean incluidos de forma creativa y transformadora en la sociedad. En todo caso, es muy difícil – reconoció este autor – soportar esos ataques juveniles. No nos gusta ser atacados o robados. ¿Y cuándo las agredidas son las personas trabajadoras del centro de asistencia social o de la escuela del barrio? Se abre ahí un campo ético-político muy delicado y de difícil intervención.

En términos winnictianos, expulsar un(a) joven de la escuela por mal comportamiento equivale a que el objeto agredido no sobreviva. Es importante que podamos pensar (y autores como Winnicott y Bleichmar nos ayudan) que la posibilidad de recrear otra sociabilidad para esos millares de jóvenes no puede ocurrir sólo a través de las propias familias, exige también que la sociedad como un todo “*reabsorba los restos del despedazamiento*”¹⁵ que sufrimos durante estos años.

Silvia Bleichmar destaca con mucha precisión que el problema de la violencia debe ser separado de una vez por todas de la miseria material, y que debe ser comprendido no por la exposición a la situación de pobreza en sí que sufren esas familias, sino por efecto del resentimiento y del odio que generaron años de frustraciones y promesas no cumplidas. Por tanto, para esa autora, la cuestión escolar no se resuelve fijando límites, sino con la restauración de las legalidades.

Por ejemplo, es muy común que en el caso de niños o jóvenes que “encubren” a sus pares en ciertas transgresiones, esa actitud sea vista rápida y livianamente como una característica perversa, siendo, al contrario, muchas veces, una evidencia de que esos jóvenes tienen algún tipo de vínculo para con el otro¹⁵. La legalidad no puede ser establecida por la fuerza, ella se instala en el sujeto por amor y respeto a quien la establece. Acaso por eso, precisamente las escuelas sean palco de muertes violentas perpetradas por jóvenes. En otro trabajo, relacionamos este fenómeno con la presencia de fuerzas destructivas en la educación de las infancias, y también con la devastación del espacio y de los equipamientos públicos – un fenómeno típico del neoliberalismo periférico¹⁹.

En el caso latinoamericano también es importante no subestimar el efecto del trauma transgeneracional acumulado después de siglos de racismo y patriarcado. En nuestros grupos de psicoterapia psicoanalítica breve, muchas mujeres perciben por primera vez la secuencia transgeneracional de violencia patriarcal cuando se escuchan y escuchan de otras la triste saga de madres, abuelas e inclusive de sus propias hijas sometidas al mismo tipo de violencia.

Pensar estrategias para re-simbolizar la realidad o producir por primera vez representaciones simbólicas de tanta violencia secular acumulada es condición esencial si queremos verdaderamente reconstruir una región como la nuestra.

En nuestra clínica, muchas veces percibimos como las y los jóvenes se sienten aliviados cuando conseguimos nombrar como racismo u homofobia lo que aparece eufémicamente nombrado como *Bullying* en las escuelas. El anglicismo escamotea nuestra realidad poscolonial.

4. **Soportar oír lo innombrable:** es importante en esta clínica - que llamaré del *mal-lage* y la reparación - que podamos estar atentos a los efectos de las “astillas” de la violencia en las y los terapeutas. La violencia produce silenciamiento, confusión y presión para la actuación. No es que no deban ser realizadas, en muchos casos, algunas medidas urgentes, pero aquí deseo resaltar la necesidad de que para realizar un verdadero trabajo clínico es necesario que recusemos la urgencia por hacer o por aconsejar. Y que mantengamos viva nuestra capacidad de soportar escuchar, de testimoniar y no desmentir, a veces hasta de nombrar lo que no puede ser nombrado.

Encontramos amparo clínico en las ideas de Bleichmar²⁰ y Ferenczi. De Ferenczi¹⁷, como ya citamos, la necesidad de no producir una desmentida que se tornaría una nueva violencia y dejaría al sujeto violentado perdido y confuso. Este autor ya nos alertaba sobre la insuficiencia del ejercicio interpretativo en este tipo de pacientes.

Silvia Bleichmar²⁰ nos proporcionó un recurso clínico precioso con su formulación sobre “lo arcaico”, aquello que nunca se trató por el lenguaje. Para ella, esos fragmentos de la realidad psíquica se fijan al inconsciente, inscriptos, pero no articulados. Se constituyen como experiencias traumáticas no metabolizables. Ellos se tornan inaccesibles al trabajo de la interpretación, pero no por causa de la resistencia, sino por su desligamiento de lo simbólico. Por esto, ella nos sugiere que nuestra manera clínica de operar debería ser diferente.

Bleichmar destaca que esos pacientes - muchas veces – no tienen relaciones de objeto metafóricas, sino metonímicas. Por eso, ella sugiere el método de la abducción, que tiene un carácter hipotético. El analista seguiría así (al estilo de un Sherlock Holmes) indicios. Igual que un cazador que sigue una huella, para poder trabajar de esta manera, el terapeuta precisa saber lo que está buscando. Esos modos de representación “no ligados” en el aparato psíquico no estarían fijados en la memoria, sino que el sujeto estaría fijado a ellos. Serían tipos de “huellas mnémicas” que continúan operando, desligadas. Esa forma de funcionamiento estaría por atrás de muchas compulsiones, comportamientos que no son raros de encontrar en personas que fueron expuestas a violencias y desamparo extremos.

Bleichmar retoma la idea de Freud de que, en muchos de esos casos, el objetivo de la terapia sería obtener el olvido, pero no por vía de la represión, sino de la ligación.

Esa autora nos ofrece el concepto de simbolizaciones de transición, como estrategia para entramar lo desgarrado. Ella formula lo que llama autotransplantes psíquicos: pedazos de relatos de eventos y contextos, que, habiendo sido ya relatados en etapas anteriores del análisis, no pueden ser relacionados al elemento emergente por el paciente. La apropiación de ese elemento representacional puede ser apoyada por el terapeuta de forma análoga a la de una construcción (aquí la diferencia con las *Construcciones em Análisis*, de Freud, estaría dada por el hecho de que el paciente había relatado esos fragmentos, que no son ‘creaciones’ del analista en la transferencia).

5. ***Mallage y remallage: redes exclusivas e inusitadas:*** Benghoz¹⁶ destaca en su formulación del vínculo-red que la función de vínculo puede ser desarrollada por una relación de afiliación. Es preciso buscar articular diversos servicios y profesionales en una fina trama de relaciones establecidas caso a caso. Un flujo establecido en un organigrama es importante para organizar una línea de cuidados, pero no constituye una red.

Es muy común que los servicios que existen, además de ser escasos y precarizados, se encuentren desarticulados y trabajen sin ningún tipo de estrategia integradora. Para Benghozi¹⁶, la malla se constituye siempre en el entrelazamiento de vínculos filiatiros e afiliativos. Para él, el *mallage* se constituye así en una función psíquica del vínculo, siendo el *remallage* una función reparadora del vínculo filiativo. Las redes serían así efímeras y exclusivas para cada paciente. En ellas las nociones de nudo, de vulnerabilidad, de vínculo, de adaptación y de desarrollo deberían siempre ser analizadas. La red no es una institución y el nacimiento de una red no se decreta. Ella se funda por la cuestión/problema de cada caso.

Al mismo tiempo, una red no es confusión. Ella presupone el ejercicio del respeto a la diferencia, de las especificidades y de las competencias de cada persona. La invasión del espacio del otro o el borramiento de las diferencias constituirían casos de perversión del vínculo-red.

A nivel transferencial, la relación con la red es la de una pre-transferencia con luto anticipado. La vida de una red es estructurada en relación a esa plasticidad psíquica. La red es “una estructuración de lo efímero en transformación”¹⁶ (p43).

El vínculo-red tendría una función de soporte, una especie de andamio psíquico. Su característica efímera combina con las psicoterapias breves y con las estrategias grupales. El vínculo-red en acción se torna lugar de depósito, de tratamiento y de transformación de la transmisión genealógica de los vínculos en sufrimiento.

Por eso, existe una sustentación mutua del sufrimiento entre los propios profesionales que se sienten, muchas veces, ellos mismos afectados. El continente red es frecuentemente objeto de los ataques al vínculo.

Aquí, la noción de meta encuadre es central para poder pensar estrategias de cuidado. En nuestra experiencia, trabajamos con lo que llamamos de camadas de cuidado. Como ejemplo: cada sesión de grupo es supervisionada, así como las acciones de apoyo matricial y, al mismo tiempo, existe otra instancia de supervisión del servicio como un todo en una ardua lucha contra la fragmentación y la repetición de los comportamientos violentos al interior del equipo.

Las relaciones inter transferenciales también merecen atención, y ese concepto de Kaës²¹ se ha mostrado muy útil para pensar nuestras relaciones en medio a tantas intensidades y desafíos.

La lucha continua

No existe separación entre las cuestiones políticas y los aspectos clínicos que detallamos. Luchar por la designación de cargos asistenciales es un camino insoslayable. Defender que las y los agentes de las políticas públicas tengan estabilidad, acceso a capacitaciones y recursos de supervisión no es superfluo. Son condiciones inherentes a la reparación histórica de la que aún carecemos en la mayoría de nuestros países del sur global, y en América latina en particular.

Cuando la OMS denuncia que la inversión en salud mental está desfazada de las verdaderas demandas, apunta una triste realidad. Las inequidades en salud mental son más grandes que en la salud en general y eso es grave porque como vimos la carga de agravios también se distribuye de forma desigual.

Además, precisamos, como intentamos mostrar, de nuevas técnicas y estrategias que huyan de los flujos burocráticos y encorsetados. Estrategias de reparación también para nuestras y nuestros trabajadores, agentes públicos maltratados por nuestros estados neoliberales y patrimonialistas.

Por otro lado, el psicoanálisis latino americano aún está en deuda con el pueblo. Repetir la formación de analistas mudos sólo lanzará a nuestra gente a nuevas experiencias de vacío y abandono. Precisamos inventar nuevos *settings* y nuevos repertorios, sin perder nuestro compromiso con la autonomía del sujeto. Salir de los encuadres repetitivos y crear nuevos. Estudiar nuestros autores con nuevas perspectivas. Estirar la teoría hasta el límite para poder mantenerla viva y libertadora.

¡Ojalá sepamos!



Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021 [citado 2025 Dic 12]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Cruwys T, Brossard B, Zhou H, Helleren-Simpson G, Klik KA, Van Rooy D, Batterham PJ, Callear AL. Disciplinary differences in the study of the relationship between social variables and mental health: a systematic mapping review. *Health.* 2021;25(1):1–19. doi:10.1177/13634593211063049
3. Shin J, Halbreich U, Jeste DV. Positive global mental health: an overview. *Mental Health & Well-Being.* 2025 Mar; doi:10.20935/MHealthWellB7578
4. Winnicott DW. *Explorações psicanalíticas.* Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed; 2007. (Original de 1963).
5. Wicks S, Hjern A, Dalman C. Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *Am J Psychiatry.* 2010;167(11):1240–6.
6. Assis SG, Avanci JQ, Vasconcellos RA, Oliveira C. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(Supl 1):92–100.
7. Onocko-Campos RT. Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winniciottiana para as políticas públicas. *Interface.* 2018;22(65): DOI:10.1590/1807-57622017.0315
8. Onocko-Campos RT. Leituras de Winnicott: apontamentos para a cultura brasileira contemporânea. *Revista Cult.* 2018; pp.36–9.
9. Winnicott DW. *A família e o desenvolvimento individual.* Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes; 2001. (Original de 1965).
10. Onocko-Campos RT. Settings winniciottianos: como adaptá-los às políticas públicas na atual conjuntura brasileira? In: Atas do Colóquio Settings Winnicottianos de Campinas. Campinas; 2020.
11. Folha de São Paulo. Entenda por que cada ponto percentual da Selic pesa 41 bi na dívida bruta do Brasil. *Folha de São Paulo.* 2024 Jun 21.
12. Winnicott DW. *Realidad y juego.* Trad. Floreal Maziá. Barcelona: Gedisa; 1999. 199 p. (Original de 1971).

13. Honig B. The politics of public things: neoliberalism and the routine of privatization. Lecture in: Thinking Out Loud series. Sydney: University of Western Sydney; 2013. Forthcoming in book form with Fordham University Press.
14. Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, Vidal JP, editores. *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. p.1–39.
15. Bleichmar S. *Violencia social, violencia escolar: de la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires: Noveduc; 2012.
16. Benghozi P. *Malhagem, filiação e afiliação – Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo: Vetur; 2010.
17. Ferenczi S. Confusões de língua entre os adultos e a criança e reflexões sobre o trauma. In: *Psicanálise IV*. Trad. Álvaro Cabral; rev. técnica Cláudia Berliner. 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011. (Obras completas de Sandor Ferenczi, v.4; original de 1933).
18. Winnicott DW. *Privação e delinquência*. Prefácio de Clare Winnicott. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes; 2005. (Original de 1984).
19. Onocko-Campos RT. Em busca de explicações para os massacres nas escolas. *Outras Palavras* [Internet]. 2023 [citado 2025 Dic 12]. Disponível en: <https://outraspalavras.net/outrasaude/em-busca-de-explicacoes-para-os-massacres-nas-escolas/>
20. Bleichmar S. *El desmantelamiento de la subjetividad: el estallido del yo*. Buenos Aires: Topia Editorial; 2010.
21. Kaës R. *Un singular plural: el psicoanálisis ante la prueba del grupo*. Trad. Mirta Segoviano. Buenos Aires: Amorrortu; 2010. 304 p.