

GÉNERO, SUBJETIVIDAD Y SALUD MENTAL: APORTES POSIBLES PARA UN PSICOANÁLISIS SITUADO

*GENDER, SUBJECTIVITY, AND MENTAL HEALTH:
POSSIBLE CONTRIBUTIONS TO A SITUATED
PSYCHOANALYSIS*

*GÊNERO, SUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL:
POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA UMA PSICANÁLISE
SITUADA*

Loana Viola

Universidad de la República

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: loana.viola97@gmail.com

ORCID: 0009-0005-3635-4390

Recibido: 13/3/26

Aceptado: 31/7/26

Submitted: 3/13/26

Accepted: 7/31/26

Recebido: 13/3/26

Aceite: 31/7/26

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

VIOLA, L. (2026). Género, subjetividad y salud mental: aportes posibles para un psicoanálisis situado. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 7(2), 35-53.
DOI: 10.53693/ERPPA/7.2.2

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

Este artículo explora la articulación entre género, subjetividad y salud mental desde la perspectiva de género. A partir de la práctica clínica en instituciones de salud pública, se analiza cómo las desigualdades de género inciden en los procesos de salud-enfermedad-atención y en la producción del padecimiento psíquico. Se examinan los modos de subjetivación femenina recuperando aportes de psicoanalistas rioplatenses que han contribuido al diálogo entre psicoanálisis y feminismo. Se introduce la interseccionalidad como herramienta para comprender la complejidad del sufrimiento psíquico. Finalmente, se propone la noción de *psicoanálisis situado* como horizonte clínico y ético capaz de articular lo intrapsíquico con las condiciones sociohistóricas que atraviesan la constitución subjetiva.

Palabras clave: género, subjetividad, salud mental, interseccionalidad.

Abstract

This article explores the articulation between gender, subjectivity, and mental health from a gender perspective. Drawing on clinical practice in public health institutions, it analyzes how gender inequalities affect health-illness-care processes and the production of psychic suffering. It examines modes of female subjectivation, incorporating contributions from Río de la Plata psychoanalysts who have contributed to the dialogue between psychoanalysis and feminism. Intersectionality is introduced as a tool for understanding the complexity of psychic suffering. Finally, the notion of situated psychoanalysis is proposed as a clinical and ethical horizon capable of articulating the intrapsychic with the sociohistorical conditions that shape subjective constitution.

Keywords: gender, subjectivity, mental health, intersectionality.

Resumo

Este artigo explora a articulação entre gênero, subjetividade e saúde mental a partir da perspectiva de gênero. Com base na prática clínica em instituições de saúde pública, analisa-se como as desigualdades de gênero incidem sobre os processos de saúde-doença-cuidado e sobre a produção do sofrimento psíquico. São examinados os modos de subjetivação feminina, recuperando contribuições de psicanalistas rio-platenses que têm contribuído para o diálogo entre psicanálise e feminismo. Introduz-se a interseccionalidade como ferramenta para compreender a complexidade do sofrimento psíquico. Por fim, propõe-se a noção de psicanálise situada como horizonte clínico e ético capaz de articular o intrapsíquico às condições sócio-históricas que atravessam a constituição subjetiva.

Palavras-chave: gênero, subjetividade, saúde mental, interseccionalidade.

INTRODUCCIÓN*

En las últimas décadas, los estudios de género han producido importantes avances teóricos y, acompañados por la consolidación de movimientos sociales feministas, han transformado el debate público. Estas transformaciones no solo han impactado en el campo social y político, sino que interpelan directamente las prácticas clínicas y han permeado el psicoanálisis. Frente a estos cambios, surge una pregunta inevitable: ¿qué efectos producen estos desplazamientos discursivos y sociales en los modos de escucha del sufrimiento psíquico dentro de los dispositivos de salud mental?

Paralelamente, asistimos a la crisis y redefinición de categorías sociales que históricamente organizaron las identificaciones y los modos de subjetivación. Quienes consultan hoy no responden necesariamente a las configuraciones sobre las cuales el psicoanálisis construyó gran parte de su teorización clásica. Las transformaciones en los lazos familiares, en los ideales de género y en las configuraciones vinculares producen formas de malestar que requieren ser pensadas desde coordenadas contemporáneas.

En este contexto, nos encontramos ante una pluralidad de sujetos atravesados por múltiples determinaciones que inciden en la producción del sufrimiento psíquico. Esta diversidad de experiencias y demandas, especialmente visible en el ámbito de la salud pública, exige a su vez una heterogeneidad de intervenciones y una revisión de los marcos teóricos que orientan la práctica. Sostener la vigencia del psicoanálisis implica asumir esa complejidad incorporando perspectivas diversas sin renunciar a su especificidad clínica.

En tal sentido, los aportes de las psicoanalistas rioplatenses Mabel Burin, Irene Meler, Ana María Fernández, Eva Giberti, Débora Tajer,

* Este artículo fue aprobado por la editora Mariana Payrá.

Rosario Allegue y Elina Carril han resultado fundamentales para incorporar la perspectiva de género a la práctica clínica. Sus desarrollos analizan la incidencia de las desigualdades estructurales y las relaciones de poder en la constitución psíquica, cuestionan la supuesta «neutralidad» de las categorías universales y visibilizan cómo la patriarcalidad y los mandatos sociales atraviesan diferencialmente las trayectorias vitales de mujeres y varones.

Las interrogantes que orientan este trabajo emergen de la práctica clínica desarrollada en instituciones de salud pública, en el marco de un programa universitario de la Universidad de la República, y se sitúan específicamente en la clínica psicoanalítica. Esto implica considerar cómo las dimensiones sociohistóricas se articulan con la singularidad del sujeto y orientan la intervención clínica. El artículo se propone analizar de qué modo las desigualdades de género inciden en los procesos de salud-enfermedad-atención (Tajer, 2012) y en la producción del padecimiento psíquico, para abrir camino hacia la construcción de un psicoanálisis situado.

GÉNERO, SUBJETIVIDAD Y PSICOANÁLISIS: LA PRODUCCIÓN DEL MALESTAR EN EL CAMPO DE LA SALUD

Hasta los años sesenta, *sexo* y *género* se empleaban como sinónimos. Los estudios de género introdujeron una ruptura al conceptualizarlo como una construcción social e histórica que organiza diferencias, roles y jerarquías entre varones y mujeres (Lamas, 2013). Estructurado en lógicas relacionales y de poder (Giberti, 2017), el género no designa identidades naturales, sino posiciones producidas en un entramado simbólico que incide en los modos de subjetivación. Allegue y Carril (2000) señalan que lo que suele considerarse natural o esencial en cada género responde a una construcción cultural e histórica, y se constituye en una categoría social y psicológica en tanto permite estudiar cómo esa construcción se inscribe en la subjetividad.

La *subjetividad* refiere a los modos de vivir, sentir, pensar y actuar que se configuran en contextos históricos determinados (Bleichmar, 2006). No se trata de un dato universal, sino de un proceso que se configura en el cruce entre condiciones sociales, políticas y culturales. En este sentido, no se reduce al psiquismo individual, sino que refiere a una posición simbólica y relacional desde la cual el sujeto se inscribe en el lazo social (Bleichmar, 2004).

Hablar de producción de subjetividad implica preguntarse cómo se constituye la singularidad humana en el cruce entre universales necesarios para la constitución psíquica y relaciones particulares que instituyen a los sujetos en un marco histórico y social. Estos procesos no son lineales ni cerrados; en sus tensiones y transformaciones se abren posibilidades de emergencia de nuevas formas de subjetivación (Bleichmar, 2004). Esta dimensión histórica introduce la necesidad de pensar en plural los modos de constitución subjetiva y, en consecuencia, las formas de malestar que de ellos se derivan. Las desigualdades de género constituyen, en este sentido, un terreno propicio para analizar cómo las normatividades sociales se inscriben en los cuerpos y en las trayectorias vitales.

Desde allí, el psicoanálisis se vuelve un campo central para pensar los procesos de constitución subjetiva y las formas que adquiere el malestar psíquico, lo que implica interrogar cómo ha pensado la diferencia sexual y sus implicancias subjetivas. Sin embargo, Freud no dispuso en su tiempo de la categoría *género*, aunque sus desarrollos contienen antecedentes significativos: conceptos como *feminidad*, *sexualidad femenina*, *homosexualidad femenina*, *virilidad* o *masculinidad* dan cuenta de su preocupación por la diferencia sexual y sus efectos subjetivos (Reid y Lo Russo, 2025). No obstante, la ampliación freudiana del campo de la sexualidad se desarrolló en una matriz cultural que situaba al varón como modelo, sin profundizar en la articulación entre lo social, lo político y el malestar femenino.

Por otro lado, el movimiento feminista produjo conocimiento orientado a transformar las representaciones sociales de las mujeres y promover una reconfiguración intersubjetiva que las reconozca como

semejantes, lo que da un lugar primordial a su subjetivación (Reid y Lo Russo, 2025). Así, las mujeres comienzan a ser vistas como sujetas de enunciación.

En este contexto, su ingreso en la escena intelectual fue fundamental para construir aportes sustanciales dentro del psicoanálisis. Balán (1991) menciona que la transición del diván al sillón, es decir, de pacientes al lugar de analistas, abrió la posibilidad de posicionar a las mujeres como sujetas productoras de saber sobre sus psiquismos, capaces de elaborar teoría. Sin embargo, la relación entre feminismo y psicoanálisis estuvo marcada por tensiones. Desde ciertos sectores feministas se cuestionó el sesgo patriarcal de la teoría freudiana, mientras que desde el psicoanálisis algunos reclamos fueron leídos como expresiones sintomáticas neuróticas o bien reducidas a la categoría de demandas histéricas (Reid y Lo Russo, 2025).

Allegue y Carril (2000) señalan que el movimiento de revisión crítica ha provenido principalmente de las feministas hacia el psicoanálisis, sin reciprocidad equivalente. Las instituciones psicoanalíticas no estuvieron dispuestas a replantearse metodologías ni a deconstruir los puntos oscuros de su propia teoría. Esto introdujo consecuencias directas en la clínica, donde hombres y mujeres no podían ser escuchados en sus sufrimientos de género. No obstante, estas controversias también impulsaron procesos de revisión que habilitaron una lectura política de los conflictos humanos en el dispositivo analítico, y así superaron las dicotomías clásicas entre individuo y sociedad, entre lo singular y lo colectivo.

Estos desarrollos contemporáneos fueron complejizando la perspectiva clásica. Harris (2009) propone pensar el género como un ensamblaje blando (*soft assembly*), dinámico y situado, no circunscripto a una identidad fija, sino a una organización siempre en proceso. Esta perspectiva desestabiliza dichas dicotomías clásicas y permite comprender cómo el género se actualiza de manera diferencial según los contextos vinculares e históricos, sin remitir a una esencia o destino.

En consonancia con esto, Dio Bleichmar (1997) sitúa el género como un organizador central de la subjetividad, en tanto interviene en

la configuración del ideal del yo, el superyó y el deseo, y no se limita a la prescripción de roles. En este marco, Layton (2006) introduce el concepto de *inconsciente normativo* para designar los procesos psíquicos mediante los cuales las jerarquías sociales (género, clase, raza) se infiltran en la subjetividad. Este mecanismo organiza identificaciones y defensas que obligan al sujeto a escindir y reprimir aquellos aspectos de su identidad que desafían las normas culturales dominantes. Así, asegura su conformidad social, pero a costa de un empobrecimiento psíquico. Desde esta perspectiva, el análisis no puede limitarse a la exploración del conflicto intrapsíquico sin interrogar las normativas que lo estructuran.

En tal sentido, Tajer (2022) propone distintos modos de subjetivación femenina, que pueden coexistir en una misma trayectoria vital y que marcan efectos diferenciales dentro del proceso de salud-enfermedad:

- El modo tradicional se estructuró en torno a la maternidad y la conyugalidad como ejes centrales del proyecto vital femenino. La hostilidad tiende a ser inhibida y retorna contra sí misma bajo formas depresivas o masoquistas. El erotismo pasivizado y subordinado al deseo masculino favorece trastornos de la serie histérica, fóbica y depresiva (Burin, 1987).
- El modo transicional añade la inserción de las mujeres en el mundo público (anteriormente destinado únicamente a varones), pero sin desarticular el ideal tradicional, lo cual produce tensiones que derivan en culpa, sobreexigencia e insuficiencia.
- El modo innovador plantea la maternidad y la conyugalidad como opciones, pero la multiplicidad de ideales (éxito profesional, realización afectiva, cuidado corporal, desempeño maternal) en un contexto aún patriarcal produce configuraciones narcisistas altamente demandantes y, por lo tanto, agotamiento subjetivo aun en trayectorias objetivamente exitosas.

Estas configuraciones permiten advertir que los padecimientos psíquicos no pueden comprenderse por fuera de los contextos históricos que modelan las representaciones de género. Meler (2009) señala

que los criterios de salud mental participan de la reproducción social: aquello que se define como saludable o patológico responde a valores culturales.

Asimismo, García Dauder y Guzmán Martínez (2019) muestran cómo las definiciones históricas de *género* han influido en los estándares diagnósticos y en la conceptualización de la «locura», funcionando en ocasiones como dispositivos de regulación de conductas. Basaglia (1987) problematiza la naturalización de ciertos atributos asignados a las mujeres como indicadores de salud, mientras que su transgresión puede ser leída como un fenómeno contra natura y, por tanto, patológico. Como señala Harris (1997), algunas respuestas femeninas (entre ellas, la agresión y la expresión intensa de hostilidad) tienden a ser patologizadas precisamente porque contradicen los ideales de feminidad internalizados tanto por las pacientes como por los equipos de salud mental.

En esta misma línea, Tajer (2012) se interroga cómo las asimetrías de género en el proceso salud-enfermedad-atención se articulan con otras fuentes de inequidad (edad, raza, clase social y orientación sexual) y producen vulnerabilidades específicas. La producción de subjetividad y la producción de inequidades aparecen, así, entrelazadas y dan lugar a demandas heterogéneas que interpelan de manera diversa el campo de la salud.

En consecuencia, el ámbito de la salud mental no puede pensarse como un espacio neutral ni universal, ya que interviene sobre sujetos situados en tramas sociales diversas. Las experiencias de sufrimiento se producen en la intersección de múltiples determinaciones que delimitan qué experiencias son reconocidas como malestar y cuáles quedan invisibilizadas.

En la práctica clínica, los padecimientos contemporáneos dan cuenta de estas múltiples determinaciones, así como de las marcas de género, pero estas no operan de forma aislada. Las condiciones materiales de existencia, las posiciones de clase, raza, territorialidad y sexualidad, configuran entramados complejos que exceden cualquier explicación unidimensional. ¿Qué sucede cuando estas dimensiones

se entrecruzan en la constitución del padecimiento? Es allí donde la interseccionalidad emerge como una categoría imprescindible.

SALUD MENTAL EN CLAVE INTERSECCIONAL: HACIA UN PSICOANÁLISIS SITUADO

El concepto de *interseccionalidad* surge en los feminismos afrodescendientes de Estados Unidos y fue formalizado por Kimberlé Crenshaw en 1989 para mostrar que las desigualdades no actúan de manera aislada, sino en la articulación de múltiples ejes (género, clase, raza, sexualidad, territorialidad), que configuran posiciones sociales específicas (Migliaro González et al., 2020). Esta perspectiva cuestiona la idea de una experiencia femenina homogénea y permite comprender cómo distintas formas de opresión se entrecruzan y producen vulnerabilidades diferenciales (Viveros Vigoya, 2016).

En el campo de la salud mental, esta perspectiva resulta central para abordar la pluralidad de consultas. Las intersecciones de desigualdad condicionan no solo los modos de enfermar y consultar, sino también el acceso, la continuidad y la calidad de la atención. Allegue y Carril (2000) han señalado que dicho campo ha sido históricamente uno de los más sensibles para el ejercicio del control social y que las concepciones de salud y enfermedad tienen bases ideológicas, políticas y sexistas que es necesario visibilizar.

En *El malestar en la cultura*, Freud (1930/2006) señala que el inconsciente no puede pensarse por fuera de la cultura y reconoce, además, que las renunciaciones pulsionales que esta impone no se distribuyen de manera homogénea. Esto habilita pensar que el malestar se encuentra atravesado por condiciones históricas diferenciadas. No obstante, el psicoanálisis clásico ha tenido dificultades para integrar estas determinaciones en la lectura del síntoma. Los desarrollos estructuralistas tendieron a ubicar lo social como una dimensión externa al conflicto psíquico (Reid y Lo Russo, 2025), privilegiaron la exploración intrapsíquica y relegaron a un segundo

plano el análisis del género y las relaciones de poder en la producción de subjetividad (Tajer, 2022).

En esta línea, Bleichmar (2005) propone que la patología no puede pensarse como efecto directo del inconsciente, sino como resultado de su articulación con las representaciones sociales. El síntoma emerge en la intersección entre la conflictividad psíquica y los marcos simbólicos disponibles para significarla.

Desde esta perspectiva, el género puede comprenderse como una categoría estructurante que organiza identificaciones, ideales y mandatos, al distribuir posiciones diferenciales de poder y vulnerabilidad. Cabe preguntarse, entonces, cómo las interseccionalidades atraviesan el discurso y el lazo social, configurando modos específicos de padecimiento. ¿Qué efectos produce una lectura del malestar desde un enfoque individual y despolitizado en torno al género? ¿De qué condiciones sociales e históricas son efecto los síntomas?, ¿cómo podemos leerlos en relación con las estructuras sociales y no solo como manifestaciones individuales?

En la práctica clínica, estas intersecciones se vuelven visibles tanto en el consultorio como en dispositivos grupales y comunitarios. En el espacio individual, mujeres que consultan por cuadros de ansiedad y depresión en contextos de violencia y precarización laboral, adolescentes atravesados por discriminación racial o tensiones en torno a su identidad sexual y/o de género, y varones cuya modalidad sintomática se articula con mandatos de masculinidad que obstaculizan el pedido de ayuda evidencian cómo en el síntoma se articulan la historia singular y las desigualdades estructurales. En los dispositivos grupales, estas marcas pueden expresarse en silenciamientos y dificultades de participación; en intervenciones comunitarias y de rehabilitación psicosocial, las trayectorias de exclusión inciden en la posibilidad de sostener tratamientos y elaborar proyectos con autonomía.

¿Cuáles son los riesgos institucionales de no incorporar esta perspectiva? ¿Puede la institución convertirse en un espacio de expulsión allí donde el alojamiento debería constituir la primera intervención? La naturalización de largas listas de espera, la rigidez de los criterios

de atención, la minimización de ciertos relatos o la reproducción de estereotipos por los equipos configuran, además, formas de violencia simbólica que desalientan la consulta y reproducen desigualdades.

Para ilustrar estas tensiones, se presentan a continuación escenas clínicas que permiten situar cómo se producen estos desplazamientos en la lectura y en la intervención clínica.

Una mujer de alrededor de cuarenta años, trabajadora del sector informal, llega a consulta refiriendo «ponerse mal» ante cualquier conflicto, sobre todo con su pareja. Atribuye ese malestar a su propio carácter o a su «sensibilidad exagerada». Se describe, a su vez, como una mujer miedosa. En las primeras entrevistas fue relatando situaciones reiteradas de violencia psicológica: su pareja la acusaba de estar «loca» cuando lloraba, la desafiaba frente a los hijos y le exigía que dejara de trabajar. Sin embargo, no nombraba estas situaciones como violencia, sino como evidencia de su propia falla. Ante una humillación pública, menciona que fue ella quien lo provocó y que, si no fuera tan sensible, estas cosas no pasarían.

La intervención, desde el trabajo de análisis, consistió en detenerse en su propio término: *sensible*. En ese movimiento, comenzó a desplegar una serie distinta: que lloraba cuando él la insultaba, que se angustiaba cuando le impedía trabajar, que tenía miedo cuando él aparecía sin avisar y que a veces prefería no decir nada por temor a sus reacciones.

Lo que inicialmente aparecía como un rasgo de carácter comienza así a leerse como una serie de respuestas frente a situaciones que la exceden. Desde la perspectiva de Layton (2006), la paciente ha internalizado una norma de género que patologiza la respuesta defensiva frente a la opresión y transforma la vulnerabilidad impuesta por la violencia en un rasgo de identidad fallido. Al interrogar sobre el término *sensible*, la intervención clínica habilitó que lo escindido comenzara a retornar no como síntoma individual, sino como respuesta frente al contexto de asimetría y opresión. En términos de Tajer (2022), la paciente se inscribe en un modo de subjetivación tradicional en el cual la hostilidad tiende a ser inhibida. Lo que ella llama «sensibilidad

exagerada» puede leerse como el nombre que su sistema de ideales le otorga a una respuesta que, en otro marco simbólico, sería reconocida como legítima.

En este sentido, la intervención clínica no consistió únicamente en señalar una contradicción, sino en ofrecer un marco donde aquello que había sido organizado como rasgo identitario fallido pudiera comenzar a leerse como respuesta frente a condiciones concretas de asimetría. Es allí donde lo interseccional se vuelve visible, al enunciarse en el espacio clínico: el género, la clase y la posición de esta mujer en el mundo del trabajo informal convergen en producir un padecimiento que ella misma no podía reconocer como efecto de su situación, sino solo como expresión de su propia insuficiencia.

Una lógica similar puede observarse en dispositivos grupales que atienden a personas con diagnóstico de trastorno mental severo y persistente. Una usuaria expresó su malestar ante una situación que vivía como injusta. Su respuesta fue leída por el equipo como signo de descompensación psiquiátrica y se evaluó la posibilidad de internación. Sin embargo, una lectura más detenida permitía advertir que se trataba de una expresión de enojo frente a una situación concreta de vulneración. La intervención consistió en ofrecer un espacio donde ese malestar pudiera ser escuchado sin ser reencuadrado inmediatamente en términos de descontrol, lo que permitió comenzar a trabajar las condiciones en las que esa expresión se producía.

Estas operaciones no son aisladas. Ambos casos dan cuenta de una tendencia histórica a patologizar a las mujeres que desafían los mandatos de género y evidencian que los criterios diagnósticos y, por tanto, las intervenciones no son neutrales (Reid y Lo Russo, 2025). Conductas que cuestionan la subordinación han sido frecuentemente leídas como desajuste o trastorno, lo que invisibiliza los contextos de violencia o desigualdad en los que se producen. De este modo, respuestas como el miedo o la hostilidad pueden ser interpretadas como manifestaciones patológicas cuando, en realidad, constituyen modos defensivos frente a situaciones de opresión.

Otra escena clínica está constituida por un adolescente de dieciséis años derivado por el equipo docente de su liceo por conducta disruptiva y dificultades para integrarse al grupo. La derivación llega formulada como un problema de impulsividad. La familia accede con desconfianza, tras experiencias previas en las que sintieron no haber sido escuchados. En las primeras entrevistas, el adolescente se muestra reticente y refiere reiteradamente situaciones que describe como injustas. Paulatinamente va relatando que es uno de los pocos estudiantes afrodescendientes en su grupo, que es objeto de burlas sostenidas por sus compañeros y que, cuando responde, es él quien recibe la sanción. Sus expresiones de enojo son leídas como agresividad y su silencio posterior, como desinterés.

Una lectura centrada exclusivamente en la dinámica individual podría reducir ese enojo a un *acting-out*. Sin embargo, la discriminación racial sostenida forma parte de las condiciones en las que ese sujeto está intentando construir identidad y pertenencia.

La mirada interseccional del caso permite advertir que el padecimiento no puede comprenderse desde una sola línea de determinación: ser joven, afrodescendiente y varón en un contexto de discriminación sostenida configura una posición subjetiva específica. En esta misma línea, Bleichmar (2005) permite pensar que el síntoma no emerge directamente del inconsciente, sino de su articulación con los marcos simbólicos disponibles. En este caso, no hay un lugar desde el cual su enojo pueda ser significado como legítimo.

En términos de Layton (2006), el inconsciente normativo opera de manera diferencial. Por un lado, en el adolescente, a través de la internalización de una posición de inferioridad cuya respuesta oscila entre el silencio y la explosión; y, por otro lado, en el equipo docente, al organizar lecturas que recortan ciertas conductas como agresividad patológica y otras como respuestas esperables. Así, lo que el dispositivo escolar nombra como *impulsividad* puede leerse como un efecto de esas normas sobre el sujeto que no logra inscribirse en ellas.

La intervención se orientó, entonces, a desplazar la nominación de *impulsividad* que traía la derivación, retomando sus dichos sobre las

situaciones de injusticia y restituyendo su enojo como respuesta situada frente a experiencias de discriminación. Esto habilitó un trabajo de historización en el que esas vivencias comenzaron a inscribirse no como fallas individuales, sino como parte de experiencias de desigualdad que atraviesan su posición como adolescente varón afrodescendiente, tanto en su trayectoria vital como en su entorno familiar.

Las escenas clínicas presentadas permiten mostrar que una intervención en clave interseccional no se define por la incorporación explícita de categorías sociales, sino por una operación sobre la lectura del padecimiento. Se trata de restituir las condiciones en las que se produce dicho padecimiento, sin por ello diluir la singularidad del sujeto. Esta lectura no es un paso previo a la intervención, sino su condición: es porque se lee de otro modo que se interviene de otro modo. Precisamente, siguiendo a Carril (2018), el desafío del psicoanálisis de género no es solo abrir campos de visibilidad teórica, sino también abrir posibilidades de intervención.

En este marco, se propone pensar un psicoanálisis situado como una práctica clínica que, en diálogo con la perspectiva interseccional, no toma el padecimiento como expresión exclusiva de un conflicto intrapsíquico, sino que interroga las determinaciones sociales, históricas y vinculares en las que este se produce. Implica explicitar las relaciones de poder que inciden en la constitución del psiquismo y reconocer las estrategias de resistencia que los sujetos despliegan frente a ellas. Supone, a su vez, articular las condiciones de existencia con los procesos inconscientes que participan en la formación del síntoma, para complejizar su lectura y ampliar las posibilidades de intervención (Reid y Lo Russo, 2025).

Por otro lado, Allegue y Carril (2000) complejizan esta perspectiva al introducir la ideología del terapeuta como dimensión constitutiva del espacio clínico. Ubicar la subjetividad sexuada en el centro del campo analítico implica visibilizarla como variable activa en la transferencia. Desde este enfoque, la transferencia y la contratransferencia se configuran en cuerpos insertos en posiciones sociales concretas.

Layton (2006) advierte que el inconsciente normativo del analista (sus propias internalizaciones de género, clase y raza, entre otras) opera en la escucha, en las intervenciones y en los silencios que produce. Esta puntualización trasciende el espacio de análisis individual: atraviesa también a los equipos de salud y a las instituciones en su conjunto (como nos muestra la segunda escena clínica), y organiza qué demandas son reconocidas como legítimas, qué relatos merecen atención y qué sujetos quedan excluidos antes de que cualquier intervención analítica sea posible. Si esta posición no se problematiza éticamente, se corre el riesgo de que la supuesta neutralidad técnica se transforme en una actuación normativa que reproduzca las mismas desigualdades y jerarquías que el dispositivo clínico debería poder alojar y deconstruir.

En los servicios de salud mental, esto exige reconocer que no se reciben demandas homogéneas, sino sujetos con trayectorias vitales atravesadas por múltiples determinaciones. Las condiciones de precariedad económica, las experiencias de violencia, el racismo, la desigualdad de género o la exclusión territorial no constituyen un contexto externo al síntoma, sino dimensiones que participan activamente en su configuración e inciden en los modos de simbolización, en la constitución de la autoestima y en las posibilidades de proyección subjetiva.

Esta perspectiva no supone abandonar los fundamentos psicoanalíticos, sino someterlos a una interrogación permanente. Implica reconocer que la clínica se ejerce en contextos históricos específicos y que los modos de sufrir se transforman junto con las configuraciones sociales que los producen.

La intervención no es neutral: puede reproducir discursos hegemónicos o contribuir a su cuestionamiento. Esta doble escucha (de la singularidad del sujeto y de las condiciones históricas que lo producen) constituye, a la vez, una posición clínica y ética. De allí que la tarea no consista únicamente en identificar factores determinantes, sino en comprender la singularidad con la que cada subjetividad tramita

el malestar a través de las redes simbólicas, afectivas y fantasmáticas que la constituyen (Reid y Lo Russo, 2025).

En este movimiento, la escucha no solo opera sobre el síntoma, sino también sobre las tramas que lo vuelven inteligible, para evitar tanto la patologización de problemáticas sociales como la desresponsabilización de las instituciones frente a las desigualdades que atraviesan a los sujetos. Lejos de debilitar al psicoanálisis, esta perspectiva fortalece su potencia transformadora al abrirlo a la pluralidad de sujetos, experiencias e intervenciones que configuran el campo actual de la salud mental.

CONSIDERACIONES FINALES

El recorrido propuesto en este artículo permite advertir que *género* y *subjetividad* no son categorías paralelas, sino constitutivamente entrelazadas. Los modos de subjetivación femenina descritos por Tajer (2022) no constituyen tipologías abstractas: se expresan en la clínica cotidiana como formas concretas de sufrimiento que no pueden leerse exclusivamente en clave intrapsíquica. El diálogo entre psicoanálisis y feminismo, aunque no exento de tensiones, ha resultado profundamente enriquecedor para situar la práctica clínica de forma ética y política.

Incorporar una perspectiva interseccional en salud mental no constituye un añadido externo, sino una profundización de la escucha. Reconocer la articulación entre género, clase, raza y territorialidad en la producción del padecimiento permite complejizar la lectura del síntoma, evitando tanto la individualización de lo estructural como la patologización de las respuestas que emergen en contextos de opresión. Como se ha intentado ilustrar en las escenas clínicas presentadas, un psicoanálisis situado sostiene que el síntoma habla tanto de la singularidad del sujeto como de las condiciones históricas que lo producen. Revisar los fundamentos no implica abandonarlos, sino sostener la

pregunta que atraviesa a toda práctica clínica: ¿a quién escuchamos y desde qué posición lo hacemos?

Finalmente, este trabajo no pretende clausurar el debate, sino abrir interrogantes que orienten el pensamiento y la práctica en nuestro contexto: ¿de qué modos pueden las instituciones de salud mental revisar sus propios dispositivos para no reproducir, bajo el nombre de la técnica, las desigualdades que pretenden abordar? ¿Es posible construir criterios clínicos que distingan el conflicto intrapsíquico de la respuesta a la opresión estructural, sin disolver la singularidad del sujeto en lo colectivo ni lo colectivo en lo individual? ¿Cómo sostener una clínica que, aun reconociendo las determinaciones sociales, no renuncie a la pregunta por el deseo y la singularidad inconsciente? ¿Es posible una neutralidad que no sea indiferencia ante la injusticia?

El psicoanálisis situado no ofrece respuestas cerradas a estos interrogantes, sino la disposición ética a seguir habitándolos, para garantizar que el espacio analítico sea un territorio de alojamiento y no un dispositivo de normalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEGUE, R. y CARRIL, E. (2000). El género en la construcción de la subjetividad. Un enfoque psicoanalítico. En L. de Souza, L. Guerrero y A. Muñiz (comps.), *Femenino-Masculino. Perspectivas teórico-clínicas* (pp. 1-12). Psicolibros.
- BALÁN, J. (1991). *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*. Planeta.
- BASAGLIA, F. O. (1987). *Mujer, locura y sociedad*. Escuela de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Puebla. <https://antipsiquiatriaudg.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/basaglia-franca-mujer-locura-y-sociedad.pdf>

- BLEICHMAR, S. (2004). *Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis*. Topía. Un Sitio de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. <https://www.topia.com.ar/articulos/l%C3%ADmites-y-excesos-del-concepto-de-subjetividad-en-psicoan%C3%A1lisis>
- BLEICHMAR, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Topía.
- BLEICHMAR, S. (2006, abril). *Estallido del yo, desmantelamiento de la subjetividad*. Topía. Un Sitio de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. <https://www.topia.com.ar/articulos/estallido-del-yo-desmantelamiento-de-la-subjetividad>
- BURIN, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Grupo Editorial Latinoamericano.
- CARRIL, E. (2018). *El género en el espacio psicoanalítico*. Topía. Un Sitio de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. <https://www.topia.com.ar/articulos/genero-espacio-psicoanalitico>
- DIO BLEICHMAR, E. (1997). *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. Paidós.
- FREUD, S. (2006). El malestar en la cultura. En *Obras completas* (vol. 21, pp. 57-140). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930.)
- GARCÍA DAUDER, D. y GUZMÁN MARTÍNEZ, G. (2019). Locura y feminismo: Viajes de sujeción y resistencia. *Átopos*, 20, 57-82.
- GIBERTI, E. (2017). *Mujeres y violencias*. Noveduc.
- HARRIS, A. (1997). Envy and ambition: The circulating tensions in women's relation to aggression. *Gender and Psychoanalysis*, 2, 291-325.
- HARRIS, A. (2009). *Gender as soft assembly*. Routledge.
- LAYTON, L. (2006). Racial identities, racial enactments, and normative unconscious processes. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(1), 237-269. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00039.x>
- LAMAS, M. (comp.) (2013). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. Miguel Ángel Porrúa.
- MELER, I. (2009). *Género y salud mental*. Topía. Un Sitio de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. <https://www.topia.com.ar/articulos/g%C3%A9nero-y-salud-mental>

- MIGLIARO GONZÁLEZ, A., MAZARIEGOS GARCÍA, D., RODRÍGUEZ LEZICA, L. y DÍAZ LOZANO, J. (2020). Interseccionalidades en el cuerpo-territorio. En D. T. Cruz Hernández y M. Bayón Jiménez (coords.), *Cuerpos, territorios y feminismos. Compilación latinoamericana de teorías, metodologías y prácticas políticas* (pp. 63-82). Abya Yala.
- REID, G. y LO RUSSO, A. (2025). *Políticas de Eros. Sexualidades y géneros en la escena analítica*. Letra Viva.
- TAJER, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer (comp.), *Género y salud. Las políticas en acción* (pp. 1-20). Lugar.
- TAJER, D. (2022). *Psicoanálisis para todxs. Por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*. Topía.
- VIVEROS VIGOYA, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>.