

margen N° 121 - junio de 2026

Entrevista a la Dra. Leticia Gastaldi

“Ejercer el psicoanálisis es ir a contrapelo”: neoliberalismo y disputas por el sentido en el campo de la salud mental

Por Santiago Lo Vuolo y Leandro Sánchez

Santiago Lo Vuolo. Doctor en Filosofía por la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Leandro Sánchez. Licenciado en Sociología por la Universidad Nacional del Litoral, Argentina

La siguiente entrevista fue realizada a Leticia Gastaldi, psiquiatra y psicoanalista que trabaja en el hospital público y en el ámbito privado de la ciudad de Santa Fe (Argentina). Leticia Gastaldi es psiquiatra, especialista en Salud Mental y practicante del psicoanálisis; trabaja en Salud Pública desde 2013 (de 2013 a 2023 en la provincia de Entre Ríos y desde 2022 hasta la actualidad en la provincia de Santa Fe, Argentina). Es docente de la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos (FHAyCS-UADER) desde 2018.

Gastaldi responde a nuestro requerimiento sobre el aumento de intentos de suicidio en edades tempranas, consumos problemáticos y descompensaciones psicóticas, así como la expansión del paradigma neurobiológico, la medicalización del sufrimiento y la proliferación de terapias alternativas, situando la especificidad del psicoanálisis —“ir a contrapelo”— en medio de estas transformaciones.

Intentos de suicidio, consumo y psicosis: los grandes núcleos de malestar

—Pensando en tu práctica, tanto en el consultorio como en el hospital, ¿qué problemáticas o malestares te parecen más frecuentes en los últimos años?

—Hoy una de las problemáticas más comunes son los intentos de suicidio y todo lo que tiene que ver con la ideación suicida. Lo que vemos son intentos de suicidio en edades cada vez más tempranas, además de prácticas como el cutting, autolesiones e ingestas medicamentosas que a veces no tienen un objetivo autolítico claro, pero sí implican daños a sí mismos.

La otra gran problemática es el consumo de sustancias. En el hospital ingresan pacientes por el consumo o bien internados en otros servicios —traumatología, cirugía— que además tienen un consumo problemático, y allí intervenimos por interconsulta.

Un tercer núcleo son las descompensaciones psicóticas. Hoy vemos muchas más que hace unos años, tanto en el hospital como en el consultorio. Muchas veces son presentaciones psicóticas que no responden del todo a las formas clásicas, pero que igualmente son psicosis. Jacques-Alain Miller propone el concepto de “psicosis ordinarias” para este tipo de cuadros. Creo que hoy es de

gran actualidad clínica. Diría que esos tres ejes —suicidio, consumo y psicosis— organizan buena parte del malestar que atendemos.

Pandemia, mundo laboral e incertidumbre

—Si pensamos estos malestares como propios de una época, ¿cómo los relacionás con la pandemia y con el mundo laboral actual?

—Creo que hay cuestiones que vienen de antes y otras que se profundizaron en los últimos años. En relación a lo estructural, trabajamos a partir de Miller la idea de la evaporación del Nombre del Padre: una figura rectora que organiza las estructuras psíquicas y que hoy, a nivel social, está bastante disuelta. Religiones, partidos políticos y otros mojonos de identificación ya no ordenan como antes, y eso deja a muchas personas desorientadas.

Buena parte de la patología actual tiene que ver con ese simbólico frágil: se multiplican los acting ligados a lo imaginario o a lo real del cuerpo —cortes, autolesiones— porque algo del orden simbólico no está operando. Eso no empieza con la pandemia, pero el contexto reciente no ayudó.

En el ámbito público aparece además algo muy concreto: personas con obra social que no pueden pagar medicación o cumplir con los requisitos para una internación, y que entonces se atienden en el sistema público, donde la demanda crece muchísimo.

En el consultorio privado se escucha más directamente el vínculo entre dificultades económicas y malestar en el trabajo. En el hospital, en cambio, los temores se ligan a la internación: miedo a perder el trabajo en un contexto de flexibilización laboral y trabajo en negro. Estar internado supone preguntarse: “¿cuando salga de acá voy a seguir teniendo laburo?”. También vemos personas adultas que son el único sostén de familias extendidas, y para quienes una internación significa dejar de trabajar y dejar a otros sin ingresos.

Muchos intentos de suicidio se articulan con esas situaciones: “perdí el laburo”, “no puedo sostener el comercio”, “tengo muchas deudas”. En jóvenes, la dificultad para insertarse en el mundo laboral se mezcla con exigencias familiares y, a veces, con consumos que funcionan como evasión y desembocan en intentos suicidas. Hay historias de marginalidad y pobreza de larga data. Por eso digo que muchas cosas no son “de la pandemia”, aunque sí se profundizaron después: gente que ya estaba en condiciones de vulnerabilidad y se desestabilizó aún más.

Virtualidad y adolescencias

—¿Y qué pasa con la virtualidad, el trabajo remoto, las clases online?, ¿ves efectos diferenciales según generaciones?

—Quienes ya teníamos lazos construidos en la presencialidad pudimos retomar con más facilidad. A quienes más afectó la virtualidad fue a chicos que estaban en primaria o secundaria y pasaron uno o un año y medio con clases online.

Ahí se ve retraimiento, dificultad para establecer lazos por fuera de la pantalla, jóvenes que pasan horas jugando en línea o scrolleando, con el celular o computadora en la habitación, y que llegan a la edad universitaria con escasos vínculos presenciales.

Eso produce mucho malestar. En el hospital lo vemos cuando llegan después de una ingesta o un intento de suicidio; en el consultorio privado aparece como angustia y dificultad para relacionarse. A eso se suma el vaciamiento del sistema de salud y el hecho de que muchas escuelas no detectan a tiempo estas situaciones. Entonces, cuando los casos llegan, llegan ya muy complejos.

Malestar individual, causas sociales y trabajo interdisciplinario

—En tu descripción aparece siempre un trasfondo social muy fuerte; sin embargo quien consulta es un individuo, ¿cómo se aborda clínicamente un sufrimiento que es social, pero se presenta como malestar individual?

—Ahí se vuelve central la interdisciplina. Ni como psiquiatra ni como analista puedo abarcar sola toda la dimensión social. Necesito trabajar con una trabajadora social, a veces con terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, etcétera.

Lo que el psicoanálisis me permite es escuchar al sujeto sin encasillarlo desde el inicio en categorías del DSM o del CIE-10. Puedo pensar, por ejemplo, que alguien no está “depresivo” solo porque no se levanta de la cama, sino que atraviesa situaciones de violencia, duelo, precarización, soledad. Una parte de eso se trabaja en el análisis; otra parte requiere de otras intervenciones.

Lo que abunda hoy es la medicalización de la vida cotidiana. Estás angustiado, llorás, te cuesta ir a trabajar, y eso se lee inmediatamente como “depresión” a tratar con psicofármacos. Por ejemplo, cuando a una mujer en situación de violencia de género en vez de trabajar a partir de su malestar le medimos serotonina en plaquetas porque interpretamos que “está depresiva”. Si se lee únicamente como un trastorno biológico, la respuesta será aumentar medicación y agregar fármacos sin tocar la raíz del problema. En cambio, si particularizo su historia, puedo decidir si es necesario medicar, cuánto y para qué, y qué parte del sufrimiento admite trabajo analítico y qué parte exige intervenciones sociales.

Paradigma neurobiológico, TCC y cultura de la felicidad

—Recién mencionabas el paradigma neurobiológico, ¿cómo lo ves hoy en las instituciones educativas y en la formación?

—El paradigma americano viene muy fuerte. En universidades públicas y privadas el enfoque neurobiológico pisa cada vez más, y el psicoanálisis se ve cuestionado, salvo en algunas carreras de Psicología donde aún conserva presencia.

En muchas privadas predominan enfoques cognitivo-conductuales, muy afines a la psiquiatría tal como se ejerce hoy, fuertemente apoyada en la farmacología.

—Esa afinidad con la psiquiatría biológica parece ir de la mano con más medicalización...

—Sí, y no solo por la formación, sino también por un aire de época. Hay un imperativo de ser feliz y demostrarlo en las redes. La terapia cognitivo-conductual y la medicalización prometen soluciones relativamente rápidas, alivio sintomático y retorno rápido a la “productividad”.

El psicoanálisis propone otra cosa: abrir tiempo, darle lugar a la angustia, no exigir ser feliz todo el tiempo. Va a contramano de la cultura de la imagen, donde valen más la foto y los “likes” que lo que efectivamente le pasa al sujeto.

En este contexto, en los mayores de 50 aparece todavía el “no estoy loco” ligado al estigma de la medicación. En los más jóvenes, en cambio, la demanda suele formularse como “dame algo, no quiero estar así, pero no quiero saber nada de lo que me pasa”. Son dos modos muy distintos de presentación, y en ambos casos el trabajo analítico va contra la respuesta inmediata y silenciante.

La política del psicoanálisis

—*En ese contexto suena bastante contracultural sostener una práctica analítica, ¿lo vivís como un hecho político?*

—Sí, aunque hay que precisar qué entendemos por “político”. Para mí, es político en salud mental en tanto implica una posición sobre el sujeto, el sufrimiento, la responsabilidad, los determinantes sociales. También es una política del psicoanálisis y, sobre todo, una ética.

En la Escuela de Orientación Lacaniana se habla de la “política del síntoma”: ir tras lo singular de cada sujeto, aquello que se repite, y que este pueda apropiarse de eso y encontrar una versión menos mortificante de su síntoma. Inventar otro modo de estar en el mundo es, en ese sentido, una intervención política, aunque no partidaria.

—*¿Sentís que, en determinado orden social, el psicoanálisis pueda estar en riesgo de perder su lugar?*

—Sí. Un ejemplo claro fue la propuesta de Marine Le Pen de prohibir la enseñanza y el ejercicio del psicoanálisis en Francia. Muestra que hay proyectos políticos a los cuales el psicoanálisis les resulta incómodo.

Creo que existen muchos intentos, directos o indirectos, de reducirlo a algo marginal, porque no va en la misma línea que ciertos intereses capitalistas. En ese sentido, ejercer el psicoanálisis es ir un poco a contrapelo. Para mí, vale la pena.

Salud mental: entre la OMS y Freud

—*Te preguntamos algo más conceptual, ¿trabajás con alguna definición de “salud mental”?*

—Definiciones hay muchas. La primera que se me viene a la mente es la de la OMS, que habla de un “completo bienestar biopsíquico, social, histórico, económico”, y no solo de la ausencia de enfermedad. Desde el campo de la salud mental se amplía ese concepto, pero ese “completo bienestar” es bastante ideal e inalcanzable.

También se puede pensar la salud mental como un territorio de disputa, un campo donde diferentes disciplinas se disputan lugares de saber y de intervención.

Y, desde el psicoanálisis, aparece inevitablemente la fórmula de Freud: salud es poder trabajar y amar. No es una definición cerrada, pero orienta.

Trabajo, proyecto de vida y generaciones jóvenes

—*Antes hablabas del sufrimiento ligado a la marginalidad respecto del trabajo, ¿también ves malestar en personas insertadas en el mundo laboral?*

—Con pacientes no siempre se formula directamente como “pérdida de sentido del trabajo”, pero sí se escuchan esas notas, sobre todo en colegas del ámbito público: mucha desazón, sensación de sinsentido, gente que se va.

En lxs jóvenes aparece más crudamente la ausencia de proyecto. En nuestra generación estaba la pregunta “qué quiero ser”, en tensión con el deseo de los padres. Hoy, con frecuencia, te encontrás con chicos de 18, 19, 20 años que no saben qué hacer de su vida, y cuyo “proyecto” se reduce a ser instagramer, youtuber o algo por el estilo.

En el hospital recibimos pacientes desde los 15: entre los 15 y los 20 cuesta muchísimo que puedan ubicar un proyecto de vida. Una pelea de pareja a esa edad puede vivirse como si se viniera el mundo abajo, y allí aparecen ingestas y autolesiones. No hay un proyecto ni un simbólico que ate a la vida más allá de esa relación puntual.

Lo hablamos mucho entre colegas: preocupa trabajar con jóvenes sin proyecto y con padres muy desorientados que no saben qué hacer con ellos.

Nombre del Padre, función paterna y clases sociales

—*Esos padres también parecen desorientados frente a un cambio de reglas...*

—Sí. No solo no conocen las reglas del mundo de sus hijxs, sino que muchas veces no pueden sostener la función de habilitar y prohibir. Vuelvo a la evaporación del Nombre del Padre: padres que buscan ser “pares”, que no se bancan ocupar el lugar de “los malos” y a quienes una mirada negativa de sus hijos los hiere narcisísticamente. Los hijos, sin embargo, saben que no son pares en el mismo sentido que sus amigos y les esconden cosas. Ahí hay mucho para trabajar con las familias.

—*¿Y todo esto cómo se cruza con las clases sociales?*

—La cuestión de clase atraviesa fuertemente las presentaciones. Muchas de las escenas que describía recién las veo sobre todo en pacientes de clase media. En sectores medio-bajos y bajos las situaciones suelen ser más extremas.

Aparecen historias de consumo desde edades muy tempranas, abusos sexuales infantiles sostenidos durante años con conocimiento familiar, jóvenes con múltiples intentos de suicidio y vulneraciones de derechos de todo tipo. Cuando digo que “esto viene de hace veinte o treinta años” es porque escuchás a alguien de veinte que fue abusada a los cinco y te preguntás dónde estaban la escuela, la salud y la justicia en ese momento.

Se puede acotar algo del sufrimiento individual y trabajar lo traumático, pero hay daños que son muy difíciles de reparar y un machismo fuertemente arraigado que sigue revictimizando.

Precarización de los equipos y fragmentación de lo colectivo

—*Todo esto se vuelve más complejo por las condiciones de trabajo en salud mental...*

—Totalmente. Consultorios y salas saturados, tiempos que no se corresponden con la complejidad de lo que se escucha, muy pocos profesionales para una cantidad enorme de situaciones. La tensión entre imposibilidad e impotencia suele ser muy grande.

No suele haber espacio para reponerse ni para conversar clínicamente con un colega lo que uno escucha. Esos espacios tan necesarios que desde afuera, muchas veces se leen como tiempos ociosos, cuando en realidad no sólo no lo son sino que se trata de condiciones laborales necesarias para el propio cuidado de quienes trabajamos allí.

En lo gremial también hay mucha dificultad. Cuesta pensarnos como trabajadores del Estado o de la salud mental con capacidad de organización. Cuando se intentan medidas de fuerza, los ajustes vienen peores: descuentos, amenazas sobre paritarias. Eso va fragmentando lo colectivo y deteriorando mucho el tejido gremial. No soy muy optimista en ese punto.

Terapias alternativas, vacío de sentido y sugestión

—*Quisiéramos pasar a otro eje: lo que se suele llamar “terapias alternativas” u holísticas. ¿Ves un auge reciente?*

—Sí. Frente a la evaporación del Nombre del Padre aparecen ofertas que prometen sentido. Muchas terapias holísticas vienen a rellenar ese vacío: constelaciones familiares, biodecodificación y un abanico de prácticas no avaladas científicamente.

Funcionan abrochando sentidos: “me pasa esto porque un ancestro hizo tal cosa”, “porque se me desacomodaron las energías”, etc. Pueden producir cierto alivio, una tranquilidad momentánea. Antes, tal vez, ese sentido venía de la religión; hoy cambia el vocabulario, pero la estructura de la respuesta rápida se mantiene.

—*¿Distinguirías prácticas más o menos peligrosas?*

—Sí. Hay prácticas directamente peligrosas, sobre todo cuando brindan sentidos ajenos a la persona y de contenido muy delicado: pacientes que salen convencidos de que su padre fue abusado, por ejemplo, y no saben qué hacer con eso. Eso puede desencadenar mucha angustia e incluso descompensaciones psicóticas.

Otras prácticas se inscriben más en el sistema de creencias de cada uno y, mientras no dañen, pueden tolerarse, aunque uno no las aliente. El reiki, por ejemplo, tiene una tradición en medicina oriental; hoy, sin embargo, lo que más veo es constelaciones y biodecodificación, y esas sí me parecen más riesgosas.

Con rituales con sustancias, como la ayahuasca, soy muy cauta. Introducís un alucinógeno que levanta la represión de golpe. En personas psicóticas podés desencadenar brotes de difícil manejo; en neuróticos, hacer emerger material inconsciente en masa, sin los encuadres necesarios. No lo recomiendo.

El caso del aceite de cannabis fue similar: una moda muy extendida, con extractos de composición incierta y sin suficiente conocimiento sobre interacciones con psicofármacos. En pacientes ya medicados, desaliento su uso.

Entre psicoanálisis, terapias alternativas y medicación

—Recién decías que muchas terapias alternativas funcionan por sugestión y por ofrecer un sentido rápido y cerrado. ¿Dirías que ese es, en general, el efecto principal?

—En muchos casos, sí. La lógica es: “tu sufrimiento tiene este sentido, es esto”, y la persona se va con esa respuesta rápida, sin demasiado lugar para preguntarse por algo propio. Es una causa que viene “de afuera”: de un tatarabuelo, de una vida pasada, de los registros akáshicos...

—Algunas de estas corrientes se presentan, sin embargo, como críticas de la medicalización, ¿cómo ves ese vínculo?

—He escuchado esas críticas y, en principio, uno podría simpatizar con cierto cuestionamiento a la sobremedicalización. El problema es cuando se convierten en posiciones anti-medicación. Yo no soy anti-medicación: soy psiquiatra.

El psicofármaco puede ser una buena herramienta si se usa responsablemente, pero no puede ser la respuesta a todo. Del mismo modo, es riesgoso demonizar toda medicación o reemplazarla sistemáticamente por “compuestos naturales” u otras prácticas, sobre todo en pacientes frágiles o con cuadros complejos.

Después hay personas a las que realmente les funciona una lógica de sentidos cerrados y ajenos, y vuelven cada tanto a que se los reafirmen o renueven. Yo no acuerdo mucho con eso, pero existe.

También hay identidades profesionales híbridas: gente con formación clásica en medicina o psicología que incorpora prácticas alternativas. Y no estamos exentos: culturalmente, todos circulamos por esos lugares. En mi caso, cuando era más joven, probé algunas de esas prácticas; después seguí buscando y hoy lo que más me convence es el psicoanálisis, tanto como paciente como como analista. Sigo analizándome y es desde ahí desde donde elijo trabajar.

A modo de cierre

A lo largo de la entrevista, las coordinadas clínicas que propone Leticia Gastaldi permiten leer en el sufrimiento contemporáneo algo más que una suma de patologías individuales. Intentos de suicidio tempranos, consumos problemáticos, descompensaciones psicóticas, precarización institucional y proliferación de ofertas terapéuticas de sentido rápido aparecen como efectos de un orden social que exige respuestas inmediatas y desalienta la pregunta por lo singular.

En ese contexto, el psicoanálisis se perfila menos como una técnica entre otras que como una práctica ética que insiste en abrir tiempo, sostener la palabra y resistir la reducción del malestar a protocolos, fármacos o soluciones cerradas. “Ir a contrapelo”, tal como se desprende de esta conversación, no implica desconocer los condicionamientos sociales ni renegar de los recursos disponibles, sino apostar —aun en condiciones adversas— por una clínica que no renuncie al sujeto ni a su responsabilidad en la invención de un modo posible de estar en el mundo.