



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



*Universidad de la República*  
*Facultad de Psicología*  
*Trabajo Final de Grado*

***Análisis de una intervención clínica en la Policlínica  
Tres Ombúes a la luz del cambio en el modelo de  
atención propuesto por la Reforma de la Salud del  
Uruguay***

Natalia Claudia Helander Garrido

C.I.:4.116.672-8

Tutora: Prof. Adj. Virginia Masse

Revisora: Prof. Adj. Mag. María Julia Perea

Montevideo, Uruguay

Febrero, 2019

## ÍNDICE:

-1- Introducción .....	Pág. 2
-2- Principales preguntas planteadas.....	Pág. 3
-3- Descripción de la intervención realizada:	
3.1- Policlínica de Tres Ombúes.....	Pág. 4
3.2- Caso clínico.....	Pág. 6
3.2.1- Datos que surgen de las entrevistas con la madre.....	Pág. 6
3.2.2- Datos que surgen de las entrevistas con el padre.....	Pág. 7
-4- Articulación de la intervención con conceptos teóricos:	
4.1- Reforma de la salud en nuestro país.....	Pág. 8
4.2- Equipos de salud del Primer Nivel de Atención.....	Pág. 10
4.3 -Rol del Psicólogo en el Primer Nivel de Atención.....	Pág. 13
4.4- Consulta psicológica: abordajes breves y focales. ....	Pág. 16
4.5- Método psicoanalítico y el trabajo clínico con niños.....	Pág. 17
4.6- El estatuto del juego.....	Pág. 19
4.7- Análisis del caso desde una perspectiva psicoanalítica en la Institución de Salud.....	Pág. 20
4.8- Psicoanálisis en la institución de salud pública.....	Pág. 29
4.9- Ética e implicación.....	Pág. 33
-5- Consideraciones finales.....	Pág. 36
-6- Referencias bibliográficas.....	Pág. 41
-7- Anexos.....	Pág. 49

## -1- Introducción

El presente Trabajo Final de Grado se plantea recoger la experiencia de una intervención clínica efectuada como practicante de psicología en la Policlínica Tres Ombúes, durante el año 2018, en el marco del Programa de Practicantes y Residentes correspondiente al convenio entre Facultad de Psicología y ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado).

En el año 2009 se formaliza el convenio señalado, dando comienzo en el año 2010 al Programa de Residentes y Practicantes de Psicología. (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2005)

Los objetivos del Programa subrayan la importancia de la formación de profesionales universitarios a través de la inserción en los servicios de salud, con la intención de capacitar de acuerdo a la nueva reforma de salud de nuestro país. (Bianchi, D., De la Cuesta, P., Gandolfi, A., Muniz, A., s/f) A su vez, se espera que el pasaje por el practicantado favorezca en la producción de conocimientos, a través del análisis de las prácticas realizadas en los servicios de salud y de su seguimiento continuo. Esto daría lugar a nuevas propuestas, a fin de dar respuestas a las complejidades de la comunidad.

Cabe señalar que dicho convenio se da en el contexto de la Reforma de la Salud a la que fue sometida el sistema de salud uruguayo, la cual se rige por los lineamientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En él, se profundizan la promoción y la prevención en salud, la cobertura universal, la intersectorialidad, la equidad y la accesibilidad a los servicios de salud.

La policlínica de Primer Nivel de Atención de Tres Ombúes está ubicada en la calle Alagoas y Pedro Giralt. En cuanto al organigrama institucional depende del Centro de Salud del Cerro y de la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana, ASSE. A su vez, es administrada por la Asociación Civil "Tres Ombúes".

El equipo de trabajo estuvo conformado en dicho momento por: Psicóloga de Área, una Residente y dos Practicantes de Psicología, dos Médicas de Familia y Comunidad, Trabajadora Social, Pediatra, dos Obstetras Parteras, Nutricionista, Auxiliar de enfermería, Auxiliar de farmacia, Auxiliar de limpieza y Conserje.

La incorporación como Practicante de Psicología a ésta policlínica, implicó un acercamiento al rol de Psicóloga de Área. Según Piñeiro, M. y Trillo, J. (2011), las principales líneas de acción que se establecen para dicho cargo son: actividades de Promoción, Educación y Prevención; actividades por Programas vinculadas a Etapas Vitales

y Problemáticas Psicosociales Prevalentes y Atención Programada en Policlínica o en Domicilio (si la situación lo requiere).

A partir del año 2008 se propone la integración de psicólogos de área como agentes de salud. El objetivo de este cambio en el modelo de atención ha sido:

proporcionar atención integral en Salud coordinando la actividad con los tres niveles de atención, priorizando las áreas de prevención y promoción, la atención de las personas en su medio, incluyendo a aquellas que padecen enfermedades mentales y el enlace con programas de rehabilitación y resocialización (Piñeiro, M. Trillo, J., 2011, p.145)

Desde este marco entonces, el psicólogo trabaja tanto en territorio a través de abordajes de tipo comunitario, así como a través de consultas psicológica que tienen lugar dentro de la policlínica.

Es objeto de este trabajo, el análisis de una intervención efectuada en la policlínica, en la cual se trabajó a través de la consulta psicológica.

## -2- Principales preguntas planteadas

La presentación de ésta experiencia tiene como objetivo analizar a través de un caso clínico, los cambios que se evidencian a partir del nuevo modelo de atención propuesto por la Reforma de la Salud.

¿Se logra cumplir con los objetivos del cambio en el modelo de atención que propone la reforma? Si es así, ¿qué ventajas se visualizan a partir de éste cambio? El usuario, ¿se ve beneficiado a partir de éstas transformaciones del sistema de salud?

A su vez, nos interrogamos acerca de la pertinencia de las concepciones psicoanalíticas en las instituciones de salud. ¿Es compatible el abordaje psicoanalítico en el Primer Nivel de Atención? ¿Cuáles son los obstáculos que se presentan al pensar las intervenciones desde ésta perspectiva?

De esta manera entonces, interesa a los efectos de este trabajo, analizar la intervención realizada teniendo en cuenta los cambios propuestos por la reforma, a fin de visualizar si se han tenido en cuenta en el abordaje señalado. A partir de allí, nos interrogaremos de manera crítica la intervención, a los efectos de visualizar tanto sus aspectos positivos, como negativos. También es objeto de este trabajo poner a dialogar el discurso institucional con el discurso psicoanalítico, con las complejidades que ello exige.

### -3- Descripción de la intervención realizada:

#### 3.1- Datos relevantes acerca de la Policlínica Tres Ombúes

La policlínica Tres Ombúes está ubicada en la calle Alagoas 742 esquina Pedro Giralt, en el barrio Tres Ombúes del departamento de Montevideo. Pertenece al Municipio A y al Centro Comunal Zonal 14.

El barrio está conformado en su mayoría por casas humildes aunque también existen allí algunos complejos habitacionales, dentro de los cuales se destaca uno del Banco de Previsión Social destinado a jubilados. En este sentido, es importante destacar la presencia de adultos mayores en la zona.

La población que habita allí ronda las 22 mil personas. A su vez, el barrio está rodeado por algunos asentamientos, de los cuales se destaca “La cantera del zorro”, donde se estima que habitan mil personas. (Delgado, N. 2012) Varias son las familias que viven marginalmente en los alrededores del Arroyo Pantanoso y sus cuencas, valiéndose del reciclaje de basura que llega en enormes cantidades al lugar, con lo cual los niveles de contaminación de la zona son altísimos. Esto ha producido la prevalencia de enfermedades como la plumbemia, de la cual la población de allí presenta altísimos índices de contaminación.

Sumado a ésto, otra particularidad del lugar es la acumulación de autos robados que tiene lugar en la zona, lo cual ha contribuido a la estigmatización y el aislamiento del barrio y sus habitantes. (Cabrera, R., 2011)

En Tres Ombúes confluyen varios programas estatales con la finalidad de abordar temáticas emergentes como lo son el Plan Siete Zonas de La Cantera del Zorro, programas de cercanías del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES): ETAF, Jóvenes en Red, Uruguay Crece Contigo, Plan Juntos, entre otros.

En ese sentido, interesa destacar la fortaleza observada en cuanto a la red interinstitucional que trabaja en el barrio, en donde a su vez se ejecutan las Mesas de Coordinación Zonal convocadas por el Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (SOCAT) “El Tejano” y Nodos Familia. Estos espacios de encuentro se realizan mensualmente y funcionan como núcleo de diversas instituciones educativas, de salud, grupos de vecinos, equipos territoriales, que confluyen allí para intercambiar propuestas relativas a las problemáticas del barrio.

En cuanto al organigrama organizacional, la Policlínica Tres Ombúes pertenece al Primer Nivel de Atención en Salud y depende del Centro Salud Cerro y de la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana, ASSE.

Los horarios de atención al público son de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas. El equipo de trabajo al momento de realizar la intervención, estuvo conformado por: Psicóloga de Área, una Residente de Psicología, dos Practicantes de Psicología, dos Médicas de Familia y Comunidad, Trabajadora Social, Pediatra, dos Obstetras Parteras, Nutricionista, Auxiliar de enfermería, Auxiliar de farmacia, Auxiliar de limpieza y Conserje.

Con relación al espacio físico, la policlínica cuenta con: un consultorio para la atención de partera – obstetra que incluye un baño, un consultorio odontológico en desuso, un consultorio para atención de auxiliar de enfermería y dos consultorios donde se alterna la atención de Médico de Familia y Comunidad, Psicóloga de Área, Residente y Practicantes de Psicología, Trabajadora Social y Nutricionista. Esto último ha generado grandes dificultades en la dinámica de trabajo, la cual se vió obstaculizada por la superposición de horarios en los que se desempeñaban las especialidades mencionadas. A su vez, la policlínica cuenta con una amplia cocina donde se llevan a cabo las reuniones del grupo de adultos mayores y una sala de espera.

En relación a las tareas de limpieza del lugar, la auxiliar realiza sus funciones durante tres horas diarias por día aproximadamente, con lo cual la policlínica se encuentra desprovista de personal encargado de estas tareas, las seis horas restantes de funcionamiento. Las causas de esto no han podido ser claramente determinadas en el período en el que realicé mis funciones como practicante, pero menciono esta particularidad ya que es un rasgo inquietante del lugar.

A su vez todos los consultorios, incluida la sala de espera, contaban con aire acondicionado. Sin embargo, en el período en el que me desempeñé como practicante, fueron robados sus cables en más de una oportunidad, ocasionado la imposibilidad de su uso durante largos períodos de tiempo. Este factor produjo algunas molestias en el equipo de trabajo, así como en la dinámica, sumado a los robos de los cables de las líneas telefónicas que de vez en cuando imposibilitaban el trabajo mediante las computadoras.

Otra problemática del lugar, fueron las inundaciones que se generaban sistemáticamente luego de días de lluvia, producto de la mala construcción de la locación.

Estas dificultades evidentemente obstaculizaban el trabajo y la fluidez en la atención, la cual muchas veces había que suspender cuando no se contaba con electricidad o cuando por motivos sindicales también escaseaban los distintos servicios que se brindaban desde la policlínica.

El hecho de habituarse a trabajar y a vivir en un contexto donde se naturalizan ciertas precariedades produce, según pude observar, una desvalorización del espacio por un lado, y por el otro, cierta adaptación a la variedad de adversidades que surgen a diario. Se puede advertir a partir de éstos procesos, que en el colectivo se da cierta invisibilización de aquello que no anda, asumiendo lo patógeno como natural.

En éste contexto, en marzo de 2018 llegó a la policlínica la solicitud de una consulta psicológica para una niña, la cual decidimos atender en dupla de practicantes.

Proponemos a partir del análisis del caso que detallaremos a continuación, analizar las distintas dimensiones que hacen a la salud, así como la organización sanitaria que pudimos observar a través de la práctica. Dicho análisis implicará una perspectiva psicológica de la autora, la cual siempre exige un posicionamiento teórico, ético e ideológico.

### 3.2- Caso clínico

Se trata de una niña de 5 años a la que llamaremos Yessica, quien es derivada en dos oportunidades por una psiquiatra infantil de INVE 18, (Policlínica de Salud Mental). En las notas de derivación se lee: “inhibición social muy marcada” y “elementos leves del desvío del desarrollo”.

Tomaremos algunos elementos tanto de las entrevistas de padres a los efectos de presentar el caso y poder articular la intervención con los conceptos teóricos adelantados. Más adelante, se expondrán recortes de entrevistas mantenidas con la niña para proceder al análisis del caso.

#### 3.2.1- Datos que surgen de las entrevistas con la madre

El núcleo familiar está compuesto por: madre, (quien se encuentra desocupada); padre, de 37 años de edad y se dedica a vender en la feria, y hermana de 11 años de edad. La última, había sido atendida en la misma policlínica el año anterior por problemas de inseguridad y bullying.

Los aspectos a destacar de la primer entrevista con la madre son: preocupación por la falta de comunicación de la niña fuera de la casa, dificultades para ponerle límites y que la niña los acate y la aparición de moretones en la piel por la repetición de golpes autoinducidos. Con motivo de ésto último se le realizaron estudios donde se descartó la presencia de vasculitis.

Un punto importante en el motivo de consulta es la sospecha por parte de la madre de un posible Trastorno del Espectro Autista de su hija. Durante el proceso, la niña es derivada por psiquiatra tratante a la Unidad Especializada en TEA del Centro Hospitalario Pereira Rossell. La madre relata con preocupación, que varias personas de su entorno le han sugerido consultar acerca de esta posible patología, en evidencia de las dificultades para socializar de la niña, así como de los golpes autoinducidos y la manera particular de expresarse. También es interrogada por maestra, pediatra y dentista en relación a esto.

Otro dato relevante de éstas primeras entrevistas es que la niña sufrió de “ahogos” en la infancia en el momento del llanto, los cuales la pediatra habría asociado al hecho de que su madre continuó fumando tabaco durante el embarazo. Por su parte, la madre de la niña opina que dichos “ahogos” se dieron debido a que en los primeros meses de vida, dejaba a la bebé llorar durante largos períodos de tiempo. Esto le generó un sentimiento de culpa, por lo cual a partir de ese momento, adoptó a una actitud sobreprotectora con la niña.

Otro aspecto que constituye reiteradas quejas en ambos padres, son lo que denominan como “mañas” de su hija. Según cuentan, Yessica reacciona de manera inusual ante algunas propuestas con las que no está de acuerdo, expresando su oposición mediante gestos que realiza con las manos, irritando a sus padres, quienes califican esos actos como añiñados. Sumado a eso, también critican el hecho de que se exprese con un lenguaje muy infantil, lo que asocian a los largos períodos que Yessica y su hermana pasan frente a la pantalla.

La niña es apodada por sus padres y algunos otros integrantes de la familia como “bebé”, o a veces por su madre como “gorda”. A propósito de esto, la madre relata que ella “se quiere comportar como un bebé que no es”.

“Parece que el problema es mi presencia”, dice la madre, aludiendo a que estos comportamientos de Yessica se dan siempre en presencia suya.

### 3.2.2- Datos que surgen de la entrevista con el padre

La presentación del padre resulta algo confusa, debido a algunas dificultades que tenemos para comprender sus palabras, producto de una particular manera de expresarse. Su aspecto es retraído y su impronta impresiona a la de un sujeto con ciertas limitaciones a nivel intelectual. Sin embargo, los aportes que realiza de su visión de la niña son atinados y concretos.

En lo que respecta a su nivel educativo, realizó la escuela pero comenta que él le decía a su madre que no iba a aprender. Más tarde, ella dijo que él no podía estudiar y lo

puso en una escuela especial. El hecho de que éste padre nos cuente esto, nos hace reflexionar acerca de cómo él mismo se ve desde la infancia con ciertas dificultades, las cuales confirma posteriormente al concurrir a una escuela especial. Es interesante pensar cómo esto se repite en su hija, quién es puesta por éstos padres también en un lugar de inferioridad con respecto a sus pares.

Considera que la niña es inteligente pero muy porfiada y que tiene mucha energía.

Comenta que algunas de las cosas que le preocupan de su esposa es que no trabaje, ya que le parecería importante que contara con una jubilación en un futuro y él es el único que trae ingresos a la casa. A su vez, la cataloga como una mujer “rara” y que fuma mucho.

#### -4- Articulación de la intervención realizada con conceptos teóricos:

##### 4.1- Reforma de la Salud

Comenzaremos viendo cómo se define la Atención Primaria en Salud, para ir despejando luego cómo se fue gestando la reforma que tuvo lugar en nuestro país a partir del año 2005.

Según la enunciación que tuvo lugar en Alma Ata (1978) la APS queda definida como:

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OMS, 1978, párr.VII)

La estrategia propuesta por la APS supone un cambio en lo que hasta entonces se entendía por Salud, como concepto unido a la ausencia de enfermedad, dando un puntapié con la declaración hacia una visión de la salud positiva.

La Salud entonces pasa a considerarse un derecho humano fundamental, siendo responsabilidad de los estados, garantizar el goce pleno de ésta. Pero para ello, no alcanza con la participación del sector salud, sino que se debía incluir lo social y lo económico. (OMS, 1978)

Con el lema de “Salud para todos en el año 2000”, se busca promover la participación de los individuos y la comunidad, en el alcance de una satisfacción plena de la salud, de una productividad económica y social. La autorresponsabilidad es un valor promovido por la estrategia de APS, la cual pone énfasis en lo comunitario y aleja de ésta manera, la visión asistencialista con la que se concebía hasta el momento la salud. De ésta manera, promueve el protagonismo de los propios integrantes de la comunidad en la resolución de los conflictos. (Essayag, M., 2012)

En 2005, se efectúa una nueva declaración en Montevideo, en la cual se incorporan nuevos contenidos en los sistemas de salud, tendiendo en cuenta ciertas variaciones demográficas y epidemiológicas que surgieron, luego de la última declaración. Sumado a ésto, es de destacar el desarrollo del concepto de determinantes de la salud – enfermedad propuesto por Marc Lalonde en el año 1974, el cual planteaba lo social como un factor de riesgo más. (Ferolla, A. et al, 2014)

Surge entonces una APS renovada, en la cual el punto clave es la transformación de los sistemas de salud. Se promueven valores de equidad, solidaridad y el derecho a la salud. Se asegura el acceso a una cobertura universal en salud y se enfatiza la promoción y la prevención (Ferolla, A. et al, 2014)

Es en este marco, que surge en nuestro país la reforma de la salud. Hasta el momento el sistema de salud con el que contábamos estaba conformado por subsistemas fragmentarios, en los que circulaban la inequidad y la desigualdad. En el año 2005, con la asunción del gobierno progresista, comienzan a implementarse una serie de modificaciones en varios ámbitos, económicos, sociales y de la salud. Las reformas en todas éstas áreas tenían como objetivo alcanzar un Estado que garantizara la equidad y la justicia social. (Gallo, L., 2015)

En el año 2007 queda establecido mediante la Ley 18.211 y su decreto reglamentario: Decreto 2/2008 del 1ro de enero de 2008, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). A través de éste, se estipulan cambios en varios ejes: modelo de gestión, modelo de financiamiento y modelo de atención. (Gallo, L.,2015)

Interesa a los efectos de este trabajo, profundizar en el cambio en el modelo de atención. Se caracteriza por ser el más complejo ya que está unido a los otros cambios mencionados, pero principalmente porque supone un cambio cultural profundo, en el que se

deben producir grandes modificaciones tanto en las instituciones de salud, como en los trabajadores y los usuarios. (Gallo, L., 2015)

El cambio del modelo de atención se centra en el pasaje de un modelo hospitalocéntrico, individual, especializado, asistencialista, hacia uno que considere a la persona de manera integral, a su familia y a la comunidad. En este sentido, son interesantes los aportes teóricos de Enrique Saforcada (1999), quien a definido dos paradigmas opuestos para categorizar a la salud: el individual restrictivo, sustentado en un reduccionismo biologicista, y el social expansivo, en el que el ser humano es concebido en su contexto social, donde la cultura adquiere relevancia. Es en éste último en el que está centrado el nuevo modelo de atención, donde la salud es concebida desde una mirada holística, donde confluyen varios saberes.

Un punto importante de la Ley, es el establecimiento de “Red de Atención de Salud”, en donde se establece que se priorizará el primer nivel de atención, tomando como estrategia la APS. Queda definido entonces el primer nivel como:

el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. (Ley N°18211. 2007, art. 36)

En el siguiente apartado, veremos cómo quedan conformados los equipos de trabajo según lo organiza el MSP.

#### 4.2- Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (ESPNA)

Según se expresa en el documento publicado por el MSP (2014) “*Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*”, éstos están compuestos por dos subgrupos: un Equipo de Proximidad y un Equipo de Primer Nivel de Atención.

El Equipo de Proximidad tiene la particularidad de ser fijo para todo el territorio y está conformado por médico de familia y auxiliar ó licenciada de enfermería, o en su lugar, por médico general, pediatra y auxiliar y/ó licenciada de enfermería.

Por su parte, el Equipo de Primer Nivel de Atención, está conformado por asistentes sociales, licenciados en enfermería, ginecólogos, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, etc. La composición de éste equipo deberá estar sujeta a las características de la población de usuarios. Con respecto a éstos, se lee en el documento:

El EPN adquiere así un carácter cambiante que responderá a las necesidades de salud de la población asumiendo los determinantes de salud tomando al sujeto como bio- psico- social e inserto en un proceso de salud enfermedad. Igualmente dentro del EPN se encontrará un conjunto de RHS estables de carácter transversal que se mantendrán fijo para toda la población a la hora de la conformación final. (MSP, 2014, p.6)

A su vez, la labor de los equipos tendrá como principal objetivo responder a las necesidades de la persona, grupo o población usuaria, con una perspectiva de atención integral de ésta. Se subrayan los principios de confianza y democratización de las relaciones, posibilitando un trato amable y respetuoso entre la institución y el usuario.

Cada equipo además, tendrá como labor esencial la planificación, ejecución y evaluación de sus tareas. Éstas incluyen un análisis de la situación de salud de la población usuaria para, a partir de allí, implementar tareas de prevención y promoción de salud. Éstas serán las que, a grandes rasgos, guiarán la labor de los equipos, entendiendo que hacen parte del cambio del modelo de atención. (MSP, 2014)

El trabajo en equipo es definido como "un pequeño número de personas que con conocimiento y habilidades complementarias, unen sus capacidades para lograr determinados objetivos y realizar actividades orientadas a la consecución de los mismos". (Ander- Egg E., Aguilar M. J., 2001, p.13)

La noción de trabajo en equipo, según pudimos ver, es fundamental en el trabajo en el PNA. Muy ligada a la función del abordaje interdisciplinario, en tanto produce una mirada integral de las problemáticas, una de sus mayores ventajas radica en posibilitar justamente, el entrecruzamiento de miradas, entendiendo el carácter de complejidad de los conflictos.

Teniendo en cuenta estas nociones, es que entonces nos preguntamos, ¿se tuvo en cuenta al momento de recepcionar a la usuaria, la posibilidad de un abordaje en equipo? ¿La conflictiva que presentaba ésta familia, ameritaba una intervención en equipo? Veamos más en detalle cómo fue la recepción y la estrategia que nos planteamos con ésta usuaria, a fin de despejar estas cuestiones.

Al momento de recibir la solicitud de asistencia, el equipo de trabajo no contaba con la Psicóloga de Área. La inserción del nuevo cargo, se dió en mayo de ese mismo año. Por

dicho motivo, nos planteamos como estrategia de intervención, el abordaje en conjunto entre las dos practicantes, considerando que de esa manera, nos apoyaríamos mutuamente en el ensayo de dicho rol. La ausencia de la referente en ese momento, fue clave para la toma de ésta decisión.

Es importante señalar que la incorporación del practicante a los servicios de salud, implica una progresiva y gradual adquisición de autonomía en las distintas tareas, la cual depende tanto de lo que el practicante se sienta capacitado para asumir, así como de lo que surja del intercambio con el referente del servicio.

El equipo de trabajo de la Policlínica Tres Ombúes de dicho momento se encontraba transitando por algunas variaciones, a saber: el traslado de una de las médicas de familia y comunidad y la renuncia de parte de la Psicóloga de Área y referente de las practicantes y residente de psicología. Ésto hizo que la dupla de practicantes se reforzara en las tareas asumidas a ese momento, planeando actividades en conjunto de tipo comunitario así como a nivel de policlínica. Ésto explica el por qué de la atención conjunta de este caso particular, el cual además, contó con la supervisión periódica con una de las referentes académicas del Programa.

Durante el proceso, establecemos una consulta con la madre donde se retoman algunos aspectos relacionados de su historia, evidenciándose sentimientos de inferioridad, baja autoestima, y el relato de una infancia muy conflictiva en donde se destacan situaciones de precariedad, padre alcohólico, madre negligente, etc.

En uno de los encuentros, nos anuncia que está embarazada y que ha querido interrumpir el embarazo sin éxito, ya que luego de tomar la primer pastilla abortiva ha tenido un ataque de pánico, los cuales viene sufriendo hace algún tiempo.

Fue entonces que surgió formalmente la idea de hacer una derivación con la policlínica INVE 18, donde ésta madre pudiera acceder a una atención psiquiátrica y psicológica, en vistas de las dificultades que presentaba ante el rechazo del embarazo que cursaba y lo que ella nombraba como "ataques de pánico", que se acrecentaban en ese último tiempo.

Luego de hacer el procedimiento de referencia mediante la médico de familia y comunidad de la policlínica, ella nos explicó que anteriormente había consultado con un especialista en psiquiatría por los ataques mencionados, con lo cual insistimos en la sugerencia de que pudiera brindarse un espacio terapéutico para ella, ofreciéndole el abordaje con alguna de las psicólogas con las que contaba la policlínica en ese momento, la psicóloga de área y la residente de psicología.

Solicitamos a ellas tuvieran en consideración la urgencia del caso planteado, habilitando en sus agendas las horas más próximas, con el fin de asegurar un espacio real de contención a ésta madre que cursaba por un momento que entendimos crítico.

Sin embargo, y pese a nuestra sugerencia, no tuvimos noticia de que hubiera concretado la consulta, lo cual pudimos constatar con ella al momento del cierre del proceso con Yessica.

Dicha derivación es representativa del trabajo en equipo que se espera que en el PNA se brinde, ya que se sugieren soluciones a las conflictivas que el grupo familiar atendido presenta, intentando así, dar respuesta a una situación que es captada por el equipo como obstaculizadora de la calidad de vida de los consultantes.

También interesa marcar que al inicio del abordaje, se contactó con la anterior practicante, quien había atendido a la hermana de Yessica un año antes. Ella aportó sus opiniones respecto de la familia y nos transmitió a grandes rasgos, los aspectos trabajados con la niña. En este sentido, consideramos una falla, el hecho de no contar en ese momento con un historial clínico de la hermana de Yessica. Esto podría haber ofrecido un rico material para seguir trabajando con la familia. De todas maneras, fue de gran utilidad lo aportado por la practicante anterior.

Es entonces que, pensando en lo anteriormente revisado acerca de la noción de trabajo en equipo, podemos considerar que éste caso fue abordado en equipo. No únicamente por quienes dirigimos las entrevistas, sino también por los intercambios que suscitó con la psicóloga de área, específicamente al momento de constatar las dificultades anteriormente mencionadas.

#### 4.3- Rol del Psicólogo en el Primer Nivel de Atención

¿Cómo abordar el caso, considerando que el rol del psicólogo en el Primer Nivel de Atención se espera que supere la frontera meramente asistencial? ¿Cómo contemplar la solicitud de asistencia terapéutica de ésta familia, sin perder de vista los límites que supone el trabajo clínico en el PNA?

El rol del psicólogo de área comprende un espectro variado de competencias y un alcance que supera el clásico modelo clínico, de carácter asistencial. Como hemos venido viendo, la reforma de la salud en nuestro país, implicó grandes modificaciones en el modelo médico individual y asistencialista, el cual mediante el establecimiento del SNIS y posteriores políticas públicas, efectos de aquel, comenzaron a trazar un nuevo modelo, que contemplara una atención integral del individuo, su familia y la comunidad.

En este proceso de reforma, se establecieron Programas Prioritarios, dentro de los cuales, afortunadamente tuvo su lugar el de Salud Mental. Dicho programa tiene como cometidos la atención de las personas con enfermedad mental, tanto en su medio como en el enlace con los demás programas de rehabilitación y resocialización. A su vez, se espera una actividad coordinada en los tres niveles, siempre priorizando la promoción y la prevención de la salud. (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011)

En este marco, se estableció el Proyecto de integración de psicólogos a los Equipos de Área de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE (RAP – ASSE). Dichos equipos son conformados por psiquiatras de adultos y pediátricos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y administrativos. Se establecieron Áreas Priorizadas en las Zonas de Salud, donde los equipos ejecutan su trabajo, asegurando el mayor alcance en aquellos lugares con índices más altos de vulnerabilidad social y pobreza. (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011)

Se fijaron entonces determinadas tareas para los Psicólogos de Área:

- Participar en promoción y prevención en las áreas y programas prioritarios.
- Realizar diagnósticos de situación y diagnósticos precoces.
- Diseñar intervenciones multidisciplinarias programadas.
- Orientar al usuario a través de estrategias y metodologías que tomen en cuenta la situación crítica del momento, con diferentes enfoques: individual, familiar y comunitario.
- Atender consultas psicológicas, focalizando la demanda puntual del usuario desarrollando mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia.
- Implementar seguimientos domiciliarios en casos necesarios. (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011, p.144)

A su vez, se determinaron las siguientes actividades, tomando en cuenta los requerimientos en los diferentes efectores y de acuerdo a su singularidad:

- Actividades de Promoción, Educación y Prevención. En ésta área se incluyen: mapeo de la zona y relevamiento previo de la situación de salud, fortalecimiento de las redes barriales mediante intervenciones comunitarias, participación en los Programas de Capacitación de Agentes y Promotores Comunitarios e Integración a Programas Intersectoriales de Educación para la Salud en el ámbito comunitario a través de Talleres y Ciclos Informativos.

- Actividades por Programas vinculadas a Etapas Vitales y Problemáticas Psicosociales Prevalentes. Estos son: Programa de Atención Integral al Niño y Adolescente articulado con el Programa de la Mujer, Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, Programa de Asistencia a la Población Víctima de Eventos Críticos, Programa de Atención a Usuarios de Drogas y Programa de Capacitación Permanente.

- Atención Programada en Policlínica o en Domicilio (si la situación lo requiere). Dentro de éste subgrupo tenemos: consultas psicológicas, acciones para la rehabilitación psicosocial y registros y actividades administrativas.

En la categoría “Consulta Psicológica” se detalla:

- Primera vez y seguimientos: entrevista individual, familiar, pareja.
- Consultas prioritarias e inter consultas.
- Tratamientos psicoterapéuticos breves o focalizados según diferentes modalidades.
- Asesoramiento y apoyo al paciente y la familia en complementación con los servicios de salud y otras instituciones.
- Talleres de Psicoeducación y Psicoprofilaxis.
- Intervención en eventos críticos. (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011, 147)

En la investigación realizada por María Julia Perea (2017) se realizó un estudio cualitativo, indagando cómo las psicólogas que trabajan en el Primer Nivel de Atención significan su quehacer. Según surge de dicha investigación, el modelo médico hegemónico sigue imperando en los centros de salud de nuestro país. Es considerado como principal obstaculizador en el cambio de modelo de atención.

Por otra parte, se subraya la necesidad de una formación que se ajuste a los requerimientos del trabajo en APS, la cual resulta insuficiente al momento de desempeñarse en este rol.

Esta investigación resulta un gran aporte en tanto acerca las percepciones en relación al cambio en el modelo de atención, a través de la voz de quienes ejercen el rol de psicólogas.

Con respecto a las modalidades de intervención psicológicas utilizadas en los distintos niveles de atención de salud, en abordajes individuales, el PNA trabaja a partir de modalidades sencillas de terapias comportamentales, cognitivos o terapia familiar sistémica. Mientras que en el segundo o tercer nivel, se manejan intervenciones psicoanalíticas o técnicas diagnósticas más complejas. El aumento en los niveles de atención implica una

mayor complejidad en las problemáticas de los usuarios, no en las técnicas utilizadas. (Perea, M.J., 2017)

Situemos entonces el tipo de intervención realizada. Se encuentra dentro de la categoría de Atención Programada en Policlínica, y dentro de ésta, de tipo: consulta psicológica. Tomemos entonces el concepto de Consulta Psicológica y en específico, las que se ubican como “tratamientos psicoterapéuticos breves y focales”, a fin de analizar la intervención realizada.

#### 4.4- Consulta Psicológica: intervenciones breves y focales.

Para aproximarnos al concepto de consulta psicológica, tomaremos en consideración algunos aportes que se basan en una perspectiva epistemológica donde el ser humano es concebido como sujeto complejo. A partir de allí, considerándolo en su singularidad, la consulta psicológica tomará como pilares fundamentales la escucha clínica y la pregunta.

Podríamos comenzar diciendo entonces, que la consulta psicológica es una de las intervenciones que utiliza el profesional de psicología como estrategia a un pedido de ayuda de uno o varios sujetos.

Según Bleger (1964), la consulta refiere a la solicitud de asistencia técnica o profesional, la cual puede ser satisfecha de múltiples formas.

Ante éste pedido de ayuda, el técnico debe responder aportando ya sea orientación, resolución y/o derivación. (De Souza, L., 2008)

Por su parte, Cristóforo (2002) argumenta que en la consulta se da un “pensar con” el que consulta, destacando el encuentro entre el consultante y el profesional mediante la comunicación y la relación que se produce entre ambos.

Interesa detenernos en la noción de “situación clínica”. Ésta refiere a la articulación de fenómenos que suceden en la consulta. Supone un abordaje en el que se toman en cuenta la heterogeneidad de factores que se dan en el marco de la consulta, alejándose de una postura lineal, en la que ésta puede ser abordada unilateralmente. (Menéndez, P., Bordón, C., Mayorga, P., 2005)

También tomando en cuenta a Bleger (1963), consideramos una situación a partir del estudio del contexto real de los factores que la configuran. El estudio de un fenómeno debe hacerse en función de sus relaciones y de acuerdo al momento en el que se desarrolla.

A su vez, dentro del marco de la consulta psicológica, una de las herramientas centrales que se utilizan es la entrevista. Constituye un instrumento fundamental del método

clínico, por lo tanto es considerada una técnica de investigación científica de la psicología. (Bleger 1973)

Pasamos ahora a una aproximación de lo que constituyen las terapias conocidas como abordajes breves o focales

Defey (2004) hace una clara distinción entre lo que se conoce como Terapia breve y Terapia focalizada. Mientras que la primera hace hincapié en el tiempo (acotado), la segunda pone el énfasis en el objetivo (preciso). Agrega el autor que en las terapias focalizadas, el foco refiere al qué se va a trabajar, mientras que los objetivos indican el para qué.

Braier (1984) sitúa la aparición de las psicoterapias breves como respuesta a las grandes demandas de atención asistencial. Como su nombre lo indica, se caracteriza por ser de tiempo acotado, en comparación con un tratamiento de tipo psicoanalítico. Como particularidades técnicas, encontramos la focalización, término que alude a la concentración de la labor terapéutica en determinado síntoma, problemática o sector de la patología del paciente.

Como podemos observar, estos abordajes guardan más de una diferencia con los tratamientos de corte psicoanalítico. Sin embargo, han sido recursos que los psicoanalistas han utilizado para adaptar la concepción psicoanalítica como teoría de la mente, a los escenarios y contextos en los que desarrollar la práctica clínica.

Si intentamos articular estos conceptos a la intervención realizada tenemos: por un lado, el pedido de ayuda de parte de ésta familia en el ámbito institucional, abordado mediante la consulta; la entrevista, como herramienta principal utilizada; y como modalidad terapéutica, la intervención breve.

A su vez, en éste abordaje, éstos conceptos son utilizados tomando al psicoanálisis como teoría de la mente. Es decir, se parte de una noción de sujeto dividido y a partir de esto, la situación clínica estaría configurada como un encuentro singular entre dos o más sujetos en donde la palabra pasa a jugar un rol central como motor de la cura.

Tomando como base estas cuestiones, es que proponemos un acercamiento a la teoría psicoanalítica, donde el inconsciente, el lenguaje, la sexualidad infantil, la transferencia y el apres coup, son algunas de las nociones que intervienen en el encuentro clínico.

#### 4.5- Método psicoanalítico y el trabajo clínico con niños

El método psicoanalítico fue creado por Freud a finales del siglo XIX. A lo largo de toda su obra fue planteando y reformulando sus teorizaciones, fruto de las observaciones que hacía de sus pacientes. Desarrolló varios conceptos vinculados al método clínico, como ser: transferencia, abstinencia, neutralidad, asociación libre, atención flotante, interpretación, entre otros. Todos ellos son constitutivos del trabajo psicoanalítico, pero la invención del psicoanálisis como disciplina, radica en el descubrimiento del inconsciente. Es a partir de allí, que el psicoanálisis desarrolla toda su teoría que basa en la interpretación de aquel. Un punto de partida que estipula para dicha interpretación, es a través del síntoma. Esta noción es rescatada por Freud de la medicina, disciplina de la que se alejará al descubrir un sentido oculto que guardaba el portador del síntoma. Dicho sentido sería desplegado mediante la palabra del paciente.

Asturiaga, E. y Unzueta, C., (2008) consideran que el espacio psicoanalítico, a su vez, representaría todo lo que hace y dice el paciente. Entonces, todo lo que acontece a nivel del consultorio adquiere relevancia. El espacio analítico funciona como estructurante en tanto liga elementos dispersos en un todo significativo.

Estas nociones sirven de base para la formación teórica en la disciplina. Sin embargo, con el correr de los años, se han ido encontrando variantes que intentan ajustarse con los requerimientos de nuevas patologías, así como de nuevas maneras de vivir que obligan ajustar la teoría, con la práctica clínica.

Podríamos centrarnos en otras corrientes ya que como hemos visto, el abordaje en el PNA, se espera que sea de tipo breve o focal, y partiendo de esto, existen varias corrientes que toman esta modalidad aparte de la psicoanalítica. Sin embargo, hemos elegido esta. Un poco por el peso de la formación, otro quizás por el análisis personal centrado en dicha técnica. Es posible que las causas sean múltiples. De todas maneras, interesa aclarar la corriente tenida en cuenta, ya que el análisis desde el psicoanálisis tiene sus particularidades. Pero aclaramos que la posibilidad de elección en este aspecto es abierta y propia de cada practicante, así como del psicólogo de área tratante.

Se han desarrollado diversas teorías y técnicas en relación al psicoanálisis de niños. A partir de Freud, quien dió lugar hace más de cien años a una manera de pensar distinto en relación a la figura del niño a través del desarrollo que hace en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), se sucedieron diversos autores postfreudianos y de otras escuelas, que dieron su aporte en relación al trabajo psicoanalítico con niños.

Dos de los grandes desarrollos en este sentido fueron dados por su hija, Anna Freud y por Melanie Klein. Sus modalidades distaban ampliamente en cuanto a manejo de la transferencia, interpretación en el análisis y lugar de los padres en la cura de los niños. Sin

embargo, cada una a su manera, logró mostrar que era posible el trabajo psicoanalítico también con los pequeños.

#### 4.6- El estatuto del juego

Existen varias concepciones que se han generado a partir del juego. Melanie Klein lo consideró como un retorno de lo reprimido y con valor fantasmático. Para ella, el juego constituye la vía al inconsciente así como lo son los sueños en los adultos. Winnicott, por su parte, opinó que el acto de jugar le permite expresarse al niño, es una actividad creadora y del orden cultural. Mannoni, lo pensó como una operación de reordenamiento del presente y pasado de aquello que el niño quiere o desea. Lacan, propuso que la actividad lúdica es una emergencia del lenguaje y por tanto, consideró su valor en la cura con niños. Para él, el juego equivale al texto, es decir, al discurso. Freud lo definió como una de las prácticas normales más tempranas del aparato anímico. (Asturizaga, E. y Unzueta, C., 2008)

Asturizaga, E. y Unzueta, C., (2008) consideran que el juego constituye una manera de responder ante las exigencias del Otro. A través de la repetición, el niño logra transformar en placentero lo displacentero.

En la obra de Freud encontramos algunas puntualizaciones que hace en relación a este tema. En *El creador literario y el fantaseo* (1908), el autor da una noción de juego en la que compara la actividad del niño al jugar, con la creación de un poeta. El juego es la actividad favorita del niño, y al jugar, el niño crea su mundo de manera tal que lo hace el creador literario.

Otro aporte, lo encontramos en las observaciones que hace de su nieto, en el juego que denominó como *fort-da*. Notó cómo en el despliegue que hacía el niño del carretel con el que jugaba a hacer desaparecer y aparecer el juguete, el pequeño tramitaba la angustia generada ante la ausencia de su madre. De esta manera entonces, Freud estableció al juego del niño como una manera de elaborar las situaciones traumáticas a través de su repetición. Al jugar, el niño toma una actitud activa en la que elabora sucesos vividos como traumáticos. (Freud, S., 1920)

Winnicott (1980), por su parte, hablando del trabajo clínico con niños, estableció que el juego era “un medio para hacer contacto con el niño” (p.11)

Piaget (1981) en *“Psicología del Niño”*, estableció distintas etapas en el juego de los niños. Al juego simbólico lo consideró como la asimilación asegurada por un lenguaje simbólico. Éste, es construido por el yo y modificable según las necesidades. En esta etapa

lo que prima es el simbolismo. Podemos ejemplificarlo en el juego de Yessica de la siguiente manera:

Yessica: ¿ta que yo era la hermana y tú la madre?

Yo: bueno...

Yessica: ¿y ta que ésto era la comida? Pizza porque es roja! (Haciendo referencia a una bola de plasticina color rojo que puso encima de una tacita de té)

El autor refiere en la misma obra que el juego simbólico “se refiere frecuentemente también a conflictos inconscientes: intereses sexuales, defensa contra la angustia, fobias, agresividad o identificación con agresores, repliegues por temor al riesgo o a la competición” (p.68-69)

Con respecto al juguete, nos dicen Velez, P. et al (2010) que es uno de los primeros modos que encuentra el ser humano para relacionarse con los objetos. Funciona como mediador de las relaciones del niño con su mundo. La riqueza del mismo, no está constituida por su naturaleza material, sino que es dada por la transformación que le da quien lo manipula para expresar sentimientos, necesidades, etc. (Landreth & Sweeney, 1997, citado en Vélez, P. et al, 2010)

Explican los autores que el juguete funciona como un sostén de representaciones. Esto quiere decir que toma la significación que el niño le dé, permitiendo de esta manera el despliegue de su mundo interno.

Pensemos en el caso relatado.

#### 4.7- Análisis del caso desde una perspectiva psicoanalítica en la Institución de Salud.

En la intervención realizada se intercalaron entrevistas con la niña y con sus padres. Consideramos por lo anteriormente expuesto, que con quien ameritaba generar más encuentros era con la madre, ya que portaba las mayores dificultades tanto en la crianza de las niñas, así como en diversos aspectos personales que desplegó.

Ésta familia que llega a la consulta había consultado anteriormente por su otra hija. Si bien el motivo de consulta inicial difería del de Yessica, algunos aspectos se relacionaban, como las dificultades que tenía la madre de poner límites y la cantidad de horas que pasaban las niñas frente a la pantalla.

A su vez, la niña había sido atendida por el Equipo de Estimulación Temprana de ANEP, donde le habían hecho un diagnóstico, con el cual coincidimos en varios de los puntos allí expresados. (Ver ANEXOS)

Finalmente, la madre consulta en la policlínica de INVE 18, donde la psiquiatra luego de pocos encuentros, deriva a la niña al PNA, considerando oportuna la valoración por parte de un profesional de la psicología.

En el transcurso de nuestra intervención a su vez, a pedido de la madre, dicha psiquiatra hace la derivación a la Unidad Especializada en TEA del Hospital Pereira Rossell. La profesional que allí la ve, solicita una nota nuestra indicando una breve valoración de la niña. Por este motivo, procedemos a la realización del informe. (Ver ANEXOS)

Teniendo estos elementos en cuenta, es que procederemos a dar una visión de lo que hemos podido ver y pensar acerca del análisis dinámico de este caso.

Para comenzar, parece importante hacer una mención acerca de qué entendemos por “caso clínico”.

Según Gómez, M. (2011), “caso” supone: lo que cae. Hace referencia a aquello que se articula en ideas que vienen a la mente. La redacción de un caso clínico implica una construcción. No así un detallado minucioso de datos y fechas. Sino aquello seleccionado por el o la practicante, su propio recorte del mismo.

La autora nos habla de la implicación del practicante a la hora de hacer el recorte y construcción del caso. Concepto crucial a tener en cuenta a la hora de exponer un caso clínico. Más adelante será retomado en otro apartado para su desarrollo.

Tomando en cuenta eso, la exposición de éste caso en particular, estará sesgada por la subjetividad de la autora, así como por su propio análisis, por las discusiones que suscitó en dupla de practicantes y por las supervisiones a las que fue sometida. Es decir, es producto de un entrecruzamiento de miradas que se entrelazan y arrojan como resultado final una construcción que surge de esta multiplicidad de sujetos que pensaron en ello.

Por su parte, Nasio, J. (2001) al hablar del caso para el psicoanálisis opina que constituye el relato de una experiencia de carácter singular. la cual escribe un terapeuta con el fin de testimoniar un encuentro con un paciente y promover la innovación teórica.

El autor nos habla de tres funciones de un caso clínico: la didáctica, ya que funciona como ejemplo para mostrar una teoría; la metafórica, porque funciona de metáfora de un concepto que quiere mostrar y la heurística, ya que es generador de conceptos nuevos. Nasio agrega que el caso clínico es una ficción. En este punto toma contacto con lo antedicho por Gómez, en tanto constituye una construcción basada en la experiencia del practicante con su paciente. Entonces, basado en el recuerdo de ésta, es que luego se pone

a escribir un recorte de aquello, que en la medida que debe ajustarse a los requerimientos del lenguaje escrito. El producto entonces se puede decir que resulta una ficción.

Tomaremos algunos momentos de las entrevistas mantenidas con la niña para exponer el análisis del caso.

En el primer encuentro pautado con la niña, al ir a buscarla a la sala de espera, se le pregunta si desea entrar sola o con su madre. Rápidamente, la madre se levanta y toma a la niña para ingresar al consultorio.

En la puerta del consultorio la madre dice las siguientes palabras: “Te darás cuenta que no habla mucho”. Así se inaugura el espacio de Yessica, quien arremete contra esta sentencia materna inundando de palabras el consultorio, desde que ingresa presentando a “Medianoche” (su gatito de peluche favorito), hasta que se despide.

Interactúa permanentemente con el peluche, lo hace ser protagonista muchas veces y nos cuenta que “Media” está feliz porque ella lo baña, le da de comer, lo acaricia, juega con él.

El niño habitualmente trae algún juguete de la casa, lo cual sucedía en cada encuentro con Yessica. Aberastury (1962) indica que es habitual que el niño traiga a la consulta algún elemento de su casa, lo cual relaciona a que quiere mostrarnos algo de la vida familiar de ese momento. También nos advierte la autora que en esta primer entrevista, el niño mostrará su actitud frente al mundo y su su fantasía inconsciente de enfermedad y de curación. Además, nos mostrará su aceptación o rechazo ante nuestro rol.

En este primer encuentro vemos, a modo de presentación, cómo Yessica se siente cuidada por su madre, al representar la escena maternal con el juguete, al cual cuida y protege tal y como lo hace su madre con ella. Lo que decimos es que la relación entre ambas se presume afectuosa, pese a que como veremos, el vínculo entre madre e hija es muy estrecho.

En el consultorio pusimos a disposición de la niña la caja de juegos. Ella hace uso de algunos materiales, los cuales toma con permiso de su madre, quien se muestra algo reacia a los requerimientos casi constantes de la niña.

Yessica habla casi sin cesar durante todo el encuentro. Llama la atención cierta prosodia en el lenguaje, recuerda a algún tipo de dibujo animado, (elemento anteriormente advertido por su madre). Se visualiza un tartamudeo en ocasiones y cuando se le pregunta algo no siempre contesta. Sin embargo, se expresa de una manera muy fluida y su lenguaje es muy rico, aunque se dificulta la comprensión del contenido por momentos.

En el despliegue del juego, la niña representa una escena familiar, protagonizada por madre e hija, quienes juegan en el patio de una casa e intercambian frases como “Mami,

quieres jugar conmigo? “Claro que sí, hijita”. Esta escena es muy representativa de las que desarrollará en el resto de los encuentros con escenas familiares, donde se visualizan relaciones de afecto y de dependencia materna, así como también la presencia pasiva de la figura paterna.

Esta entrevista con ambas resultó para nosotras muy rica en varios aspectos. Por un lado, y para nuestra sorpresa, Yessica contaba con un lenguaje riquísimo y un juego simbólico que la dejaban muy lejos de las sospechas mencionadas por su madre respecto de un posible TEA. Entonces nos preguntamos, ¿por qué se la colocaba a la niña en un lugar de patología? Si bien pudimos observar una prosodia particular en la niña, cierto tartamudeo a veces, la capacidad de simbolizar de la niña y el despliegue de la escena familiar en este primer encuentro hacían disminuir ampliamente las sospechas de una patología con la gravedad que supone un TEA.

Consecuentemente con esto, la sentencia materna del: “no habla” fue algo que nos sorprendió bastante. La niña no sólo habló durante la hora que duró la consulta, sino que cantó, jugó, representó distintos personajes, usó tonalidades distintas para ello, nos contó sobre su hermana, sobre lo que le gustaba hacer. Es decir, se mostró diametralmente opuesta a como su madre la había presentado.

En la segunda entrevista con Yessica, nos preguntábamos si su madre permitiría que la niña entre sola. Se lo propusimos, considerando que en la primer entrevista ya habíamos adquirido suficiente material acerca de cómo era su vínculo en casa: la niña demandaba, y la madre cubría esta falta enseguida, aunque lamentando las exigencias casi constantes de la niña. Yessica entonces, con 5 años, se comportaba de una manera muy demandante. Finalmente la niña entró sola al consultorio y sostuvo perfectamente este momento de separación con su madre. Entonces comenzamos a reafirmar la idea de que a la que le costaba el momento de separación era a su madre.

Así era cómo Yessica nos mostraba su mundo interno. Una madre fálica que todo lo podía, que siempre se mostraba a disposición de los requerimientos de ésta “bebé”. Un padre presente, aunque de forma pasiva, al que a veces la niña no sabía ni cómo nombrar.

Representación de escena familiar:

Nosotras: ¿ésta quién es?

Yessica: la madre, se llama Estrellita

Nosotras: ¿y la nena cómo se llama?

Yessica: Lily

Nosotras: ¿y el padre?

Yessica: no sé... se llamará José (es el nombre de su padre)

Un aporte importantísimo a la teoría psicoanalítica lo dio Donald Winnicott (1979) con su teoría sobre la “preocupación maternal primaria”. Resulta que al momento de nacer el niño, la madre es quien constituye el ambiente posibilitador de su maduración. Pero para esto, precisa apoyo del medio ambiente social más inmediato. Este lo constituye, con suerte, el padre. Sucede que la madre, en los momentos previos al parto y durante un buen tiempo posterior al nacimiento del niño, transita por lo que el autor ha llamado “preocupación maternal primaria”. En este período, la madre se entrega a las tareas del cuidado de su bebé, quien parece formar parte de ella. La madre se identifica mucho con el bebé al punto de sentir que sabe lo que éste precisa.

Si intentamos pensar en el caso de Yessica, podemos trasladar ésta teoría a las palabras de la madre que nos dice: “...le descubrí el ahogo cuando la dejé llorando” “...sentí culpa al dejarla llorar” “...así empezó la sobreprotección”

Al preguntarle por qué sentía que “debía dejarla llorar”, nos contestó que porque se sentía agobiada por los cuidados de la niña, entonces decidió dejarla llorar a ver si se le pasaba. Lejos de esto, la niña comenzó con estos “ahogos” que provocaron el sentimiento de culpa de la madre.

¿Qué cuestiones pasaban mientras ésta mamá transcurría por el período antes descrito por Winnicott? ¿Tenía el apoyo de su pareja? ¿Con quienes compartía su momento de angustia al dejar llorar a la niña, en una postura que adoptó de la que no parece haber estado convencida? ¿Acaso alguien se lo recomendó? Es posible que dichos llantos hayan sido el comienzo de su lugar de “mañosa” en la familia.

Sigamos indagando un poco más.

Winnicott (1981) ha establecido que la fase anteriormente descrita es de dependencia absoluta. Aquí se habría generado esta “sobreprotección” anteriormente expresada por la madre. La fase siguiente el autor la llama “dependencia relativa”. En esta etapa, la madre debe ir desprendiéndose poco a poco de los cuidados del niño. Es el momento en el que aparecen las primeras frustraciones, el niño aprende a esperar. Comienza a ser consciente de la dependencia materna.

Ocurre después que el niño llega a identificarse con la madre, lo cual le permite posteriormente percibir la propia experiencia personal separada ésta. A medida se van sucediendo estas etapas, el niño llega a comprender la existencia entonces de un mundo interno y un mundo externo. Winnicott llama “hacia la independencia” a los esfuerzos del niño pequeño y en la pubertad, por acceder a su autonomía.

A partir de las escenas de juego simbólico representadas por Yessica, vemos cómo se ha inscripto en su cuerpo la demanda del Otro, o sea de su madre. De alguna manera, este suceso tuvo su momento en la relación madre-hija ya que se puede observar con gran despliegue el juego de la niña. Si de lo contrario, esto no hubiera pasado, Yessica no jugaría. Es decir, estaría en posición de objeto. En este punto es importante recordar lo que Freud dice acerca del juego en tanto creación del niño. En el juego, el niño es el sujeto, se produce a sí mismo. Pone una ficción en escena que él mismo crea.

Yessica (jugando con madre y bebé Barbies):

-Ay hijita, abrígate hace frío.

-Bueno mami, pero déjame jugar un poco más.

-No hija. Debes abrigarte porque sino te enfermarás.

-Está bien, mamita.

Es importante destacar que el proceso transcurrió con una continuidad sostenida, lo cual facilitó el desarrollo del mismo así como la instalación de la transferencia con la niña y con los padres.

En cada encuentro, Yessica llevaba al consultorio algún peluche o juguete suyo, el cual utilizaba para el intercambio con nosotras, favoreciendo una comunicación activa y un vínculo afectivo con nosotras.

Las escenas representadas aluden generalmente a la conflictiva familiar y a su vínculo fraterno, en los que refleja cierta rivalidad, pero no sin dejar de evidenciar un vínculo afectuoso entre ambas.

También propone juegos de comunicación y de competencia. Utiliza el dado y elige las reglas de juego, otorga puntos y establece las consignas según el número resultante.

Su actitud es ampliamente dinámica, propone juegos y conversaciones, se vincula con respeto y afecto hacia nosotras.

En ocasiones plantea juegos en los que ocurre una "emergencia" o alguna catástrofe de la cual los protagonistas deben afrontar como incendios o ahogos. Esto nos muestra la capacidad de la niña para hacer frente a las adversidades que se presentan en lo cotidiano. Resuelve las situaciones de una manera positiva las más de las veces, aunque en ocasiones también deja que ocurran muertes, incendios y demás. Esto denota una necesidad de representar escenas traumáticas, lo cual constituye uno de los propósitos del juego en los niños. (Freire de Garbarino, M., 1986)

También disfruta del juego de “doctores”, en el cual siempre ocupa el rol de médica y nosotras las pacientes, quienes debemos padecer sus inyecciones, mostrando un gran entusiasmo en martirizarnos con esta actitud. Esto demuestra de igual manera, la necesidad de ocupar ese rol activo a través del juego, de lo que para ella es vivido desde la pasividad y el sufrimiento en la vida real.

Ya vimos a partir de Freud cómo a través del juego el niño simboliza estas situaciones y se transforma en ejecutor de estos sucesos que son vividos como traumáticos, consiguiendo así desapegarse de los mismos.

Visualizamos en el momento de cierre de las consultas cierta reticencia para afrontar este momento, así como una actitud imperativa al momento de la elección de juegos, propuestas. Así como en la casa, en el consultorio ella es quien dirige, ordena, decide. Esto nos habla de la falta de límites de la niña, aunque luego que se le propone algo diferente termina por acatarlo.

Se procedió a la realización de un informe final (ver ANEXO), en el cual se destacaron los aspectos positivos de la niña. Esto se dio a demanda del Jardín de Yessica y de una nota de la psiquiatra de la Unidad Especializada en TEA a la cual acudió la usuaria.

En este punto surgieron ciertas dudas acerca de si resultaría positivo la elaboración del informe, en el entendido de que el mismo encasilla al niño en pleno crecimiento y desarrollo en categorías que pueden ser tomadas por los adultos referentes como certezas, paralizando al sujeto en ese tiempo. Sin embargo, procedimos a la elaboración del mismo con énfasis en las fortalezas de la niña y la valoración ampliamente positiva de ella, lo cual creímos que era necesario para los padres escuchar y leer.

Otro aspecto que nos desafiaba en este sentido eran las sospechas respecto del posible TEA. Si bien la niña tenía ciertas particularidades tanto en el habla como en lo vincular, su actitud general correspondía a una niña con un desarrollo acorde a su edad. Esto sirvió de insumo para la elaboración del informe, en el cual planteamos, así como en la devolución final a los padres, nuestra postura alejada de la patologización de la niña, no sin desconocer las dificultades que presentaba, ni dejar de dar orientaciones al respecto.

Al proceder al análisis de caso resulta necesario, como hemos visto, contextualizar al niño en un tiempo y lugar determinado. A partir de allí, buscamos cuál es el punto de sufrimiento del sujeto, nos interrogamos acerca de qué lo aqueja. En el caso de la clínica con niños, particularmente, es importante tener en cuenta el grupo familiar.

¿Qué es lo que le pasaba entonces a Yessica? ¿En qué período de su desarrollo evolutivo se encontraba? Y a su vez, ¿cómo era su vida diaria, con quiénes vivía, cómo eran esas relaciones?

En este punto, es importante pensar en la concepción de subjetividad, la cual entendemos como la “modalidad singular de devenir sujeto” (Berenstein, I. 2004b, p.80) La pensamos como un constructo al que se accede mediante un proceso en el que están involucrados: una historia previa, las figuras parentales, los primeros momentos de vida, el lugar en el que crece el niño, las condiciones en las que vive, entre otras. Pero este devenir se da, en la medida de que exista un Otro que acompañe el proceso de construcción subjetiva.

Lacan (1949) explica en su teoría conocida como “el estadio del espejo”, cómo el infans vivencia la experiencia del propio cuerpo a partir de un otro habilitador. Esto se da en tres fases. Al principio el infans acompañado por un adulto, quien lo enfrenta a un espejo, confunde la imagen que allí aparece con la realidad. En un segundo momento adquiere la noción de la imagen, reconoce que el reflejo no es real. Por último, reconoce que la imagen que está al espejo es la suya. Así explica el autor cómo el sujeto se vive a sí mismo a través del otro, identificándose de esta manera a sí mismo. Es así que el sujeto entrará al registro imaginario, antecesor del simbólico.

Lacan nos va a dar la idea de que el lenguaje es transmitido por los padres u otras personas que lo sustituyan, los que se constituirán como el otro de la cultura. Un otro que ya poseía un lenguaje que antecede al sujeto y que se lo transmite. Este lenguaje se ubicará en un registro simbólico para Lacan. El registro imaginario está dado por lo sensorial.

El psicoanálisis y en especial las teorizaciones de Lacan, han situado al lenguaje un papel primordial en la constitución del sujeto. A partir de que entra en el campo del Otro, osea del lenguaje, deviene sujeto. (Asturizaga, E. y Unzueta, C., 2008)

La adquisición del lenguaje resulta central a la hora de pensar en el diagnóstico diferencial que nos presentó este caso.

En el caso de Yessica el lenguaje lo había adquirido hacia los 2 años de edad, lo cual es considerado dentro de los parámetros esperables en el desarrollo. Sin embargo, su madre refiere al momento de las primeras consultas que hasta los 3 años sólo pronunciaba algunas palabras.

En las entrevistas realizadas con la niña, se aprecian no sólo un lenguaje muy rico en contenido sino en cantidad, en tanto la niña se expresa oralmente en todas las entrevistas mantenidas.

Yessica: “¿sabés que es insólito? Mamá nunca hace nada, sólo toma mate y se pone frente a la estufa. Y me hace leche y leche y leche”.

Nótese que utiliza el término insólito, el cual no es habitual en una niña de 5 años.

Sumado a ésto, muchas veces utilizaba expresiones en inglés como: “what a fuck”, o “esto es un *fail* total”, o al hablar de sus juguetes los nombraba como “Yessica toys”.

En otro orden, el hecho de que Yessica pasara largas horas frente a la pantalla producía algunas de las quejas manifestadas por los padres. El lenguaje estereotipado, el gran monto de energía, son algunas de las consecuencias que podría tener el exceso en el uso de la pantalla.

El acúmulo de energía que el niño guarda en su exposición a estos estímulos audiovisuales, lo lleva a una gran excitación que luego intentará volcar en ausencia del elemento visual. Esta actitud trae aparejado un comportamiento altamente activo del niño en momentos que muchas veces los padres califican como inoportunos o como exacerbados de energía. Produce además, las consiguientes sanciones del mundo adulto, quedando como resto para el niño un rechazo del mundo. (Janin, B., 2011)

Es interesante en este punto la apreciación que hace la autora en su artículo *La construcción de la subjetividad: entre la violencia y la esperanza*, donde cita a Franco Berardi (2007) quien explica que un niño que se desenvuelve en un entorno en el que los contactos afectivos son sustituidos por flujos de información, puede tener dificultades en la socialización, por quedar atrapados a los estímulos visuales que obstaculizan el intercambio de pares. Si bien esta particularidad se pudo observar en Yessica, sobretudo en la manera de expresarse, es positiva la valoración que pudimos hacer al respecto del relacionamiento que generó con nosotras. Era evidenciable el monto de energía de la niña, pero también sus posibilidades de descarga de estos elementos en el juego simbólico, lo cual la diferenciaba de una actitud de juego autística.

A propósito de su comportamiento general, nos sentimos profundamente interpeladas acerca de la contrariedad que se instalaba en el pedido de los padres de que la niña dejara de comportarse como una bebé y el paradójal apodo con el que se la nombraba, vale decir: justamente de la manera que no se la quería.

Nuevamente resultan valiosos los aportes de la teoría lacaniana en este sentido. En el Seminario 11 Lacan (1964) plantea que el deseo surge a partir del deseo del Otro. Es por ello que el sujeto se interrogará al respecto de esto e intentará sostenidamente, actuar alrededor de esta premisa, intentando colmar los deseos de su madre, en este caso. Esto se pone en evidencia en el comportamiento de Yessica en tanto actúa el deseo de la madre, a saber: el deseo de que siga siendo una bebé.

Por su parte, Doltó (1979) comenta acerca del síntoma infantil, que refiere a la conflictiva de sus padres. Nos dice la misma autora a propósito de esto: “donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta” (Doltó, 1979, p.15)

Entonces, explica la autora, se da una depositación de la conflictiva parental en el cuerpo del niño.

¿Cuál era a nuestro entender la conflictiva parental? Sin dudas que habrían sido necesarias muchas más entrevistas tanto con la pareja parental como con la niña, para dilucidar estos aspectos. De todas maneras, según pudimos ver, habían cuestiones relacionadas a conflictos internos de la madre, que sin dudas se jugaban en la sintomatología de la niña. Una madre que la nombraba y quería como bebé, pero que luego se contradecía cuando la niña se comportaba de esa manera. Esto insumía mucho trabajo para ésta madre, quien se vinculaba a través del afecto con sus hijas, pero que asumía muchas veces una actitud persecutoria en relación a cómo eran miradas sus hijas ante los demás. A su hija mayor le hacían bullying las niñas “ventajeras” de la escuela, a Yessica debía “cuidar” de que no le sacaran cosas del jardín y volviera con todo a casa. En entrevistas mantenidas con nosotras, manifestó vergüenza al contarnos de su embarazo. “Van a creer que soy estúpida”, nos dijo al respecto. De la misma manera, le hablaba a Yessica cuando se comportaba como una bebé: “pareces tarada”.

Para concluir el análisis realizado, podríamos decir que, según surge de las entrevistas mantenidas, Yessica es una niña con un desarrollo acorde a su edad aunque con ciertos elementos a tener en cuenta, que podrían hablar de aspectos emocionales obstaculizadores de su desarrollo. Nos referimos principalmente al relacionamiento con su madre, el cual consideramos como un vínculo de dependencia muy fuerte, que estaría interfiriendo en la adquisición de autonomía y autoestima de la niña. (Ver en anexos recomendaciones del informe)

#### 4.8- Psicoanálisis en la institución de Salud Pública

En este capítulo interesa conectar lo que pudimos ver del análisis realizado de la consultante, con las particularidades que adquiere en el marco de una institución de salud pública. Es decir, considerando la situación familiar analizada en su complejidad, ¿qué hacer como institución? ¿Qué particularidades adquiere la intervención al ser abordada desde una institución de salud pública?

Ya vimos los aspectos relacionados con la teoría psicoanalítica. Entonces, ¿qué es lo que surge de la articulación entre ambos? Hablaremos del psicoanálisis en el marco de una

institución, no en el consultorio privado, sino en relación con los procesos subjetivantes que surgen de las relaciones que se dan a nivel institucional.

Parece imprescindible detenernos a precisar qué se entiende por Institución.

Kaminsky (1998) define a las instituciones como: “espacios de condensación social, porque en sus singularidades conjugan y anudan una constelación de discursos y prácticas económicas, sociales, políticas, jurídicas, técnicas” (p.32) El autor considera al término institucionalización como un juego en el que se da un intercambio entre lo instituyente y lo instituido. Este juego, a su vez, es producto del intercambio de los grupos que lo ponen en movimiento. La dimensión de lo instituido es constituida por lo ya dado, una estructura fija, mientras que lo instituyente se va haciendo mientras se produce ese “juego” del cual es parte la institución.

A su vez, éstas instituciones, funcionan regulando la actividad humana. Es decir, constituyen un ámbito de control social en tanto ejercen juicios valorativos al respecto del comportamiento humano y por tanto, actúan guiándolo. (Baremlitt, G., 2005)

Podemos llamar institución tanto al matrimonio, como a la educación, en tanto las entendemos como todo discurso que es formalizado en una sociedad. (Kaminsky, G. 1998)

Ahora bien, dichas instituciones, para ejercer su función de regulación de la vida humana, deben materializarse en organizaciones. Éstas son formas materiales muy variadas que a su vez están compuestas por establecimientos. Es decir: la escuela, la fábrica, la policlínica barrial. (Baremlitt, G., 2005)

Pensemos ahora en la intervención realizada. Tenemos por un lado, la institución Salud, de la cual surgen varias organizaciones que la componen, como ser ASSE, la RAP Metropolitana, el Ministerio de Salud Pública. Por último tenemos el establecimiento: la Policlínica Tres Ombúes.

Es importante pensar en esto para tener en cuenta que todos estos elementos que mencionamos, se interrelacionan a la vez y son generadores de procesos instituyentes y no de uno solo. Es decir, la salud como tal es una institución que está atravesada por la política, por la economía, por la justicia. Y a su vez, la policlínica, funciona como establecimiento de salud, pero también como lugar de formación para practicantes, como lugar de reunión del grupo de adultos mayores, como lugar en el que se accede a métodos anticonceptivos, etc.

Entonces nos preguntamos, ¿qué es lo instituyente y qué corresponde a lo instituido en la policlínica? Tener claro cómo operan dichos procesos nos ayuda a pensar en otras dimensiones que adquiere la intervención en éste ámbito. ¿Qué discursos son los que subyacen a las intervenciones? ¿Cuántas miradas interfieren en el abordaje? ¿Son compatibles entre sí, el discurso de la institución salud, el de la educación y el

psicoanalítico? ¿De qué manera se impone cada uno? ¿Cuál es el vínculo jerárquico entre ellos?

Dijimos al comienzo que la propuesta de éste apartado era vincular las concepciones psicoanalíticas con los lineamientos estipulados por la Reforma de la Salud. Las interrogantes que surgen entonces son: ¿es posible el trabajo psicoanalítico en la Institución de Salud Pública? ¿Pueden considerarse las terapias breves como abordajes psicoanalíticos? Y a su vez, ¿por qué seguir eligiendo al psicoanálisis para trabajar desde la psicología?

Para intentar responder a éstas interrogantes, deberíamos tener en cuenta, qué cuestiones se entrecruzan cuando un usuario consulta en una policlínica de salud pública. Por un lado, el psicólogo tendrá que ver cómo llega ese sujeto, qué malestar manifiesta en la consulta, qué dice y cómo lo dice; pero por otro, y lo que interesa señalar en este punto, qué aspectos transferenciales se juegan entre el consultante y la institución. (Campodónico, N., 2013)

La institución agrega otro factor interviniente entre el paciente y el analista: su interferencia en la transferencia. Es decir, ésta transferencia, es previa a la que se genera con el analista, y por ende, obstaculiza el tratamiento en tanto suele pasarse por alto. (Galende, E., 1990)

Según Galende (1990), dicha transferencia “está configurada por la relación regresiva que el paciente mantiene con la institución médico-asistencial, y suele expresarse tanto bajo formas de sometimiento como de exigencias despóticas de cuidados y atenciones” (p.267)

Según hemos visto, las consultas realizadas por el equipo de psicología en el PNA, se espera que sean resueltas en pocos encuentros. Esto pone en jaque al psicoanálisis, ya que sabemos que los tiempos del inconsciente no pueden acompasarse a los del tiempo real en la mayoría de los casos.

Al respecto de esto, Campodónico (2013) opina que: “(...) la posibilidad de un Psicoanálisis no depende del marco en el que se lleve adelante, ya sea éste público o privado, sino de la demanda del paciente y de la posición que asume un analista frente a la misma” (p.25)

Según López, G., (2014), la clave para mantener una postura psicoanalítica en la institución de salud, radica en poder sostener una lógica de la singularidad, sabiendo que el analista, representa una lógica general.

La concepción psicoanalítica de la clínica, va en contra de la “normalización” del sujeto consultante. Muy por el contrario, sigue los lineamientos de la ética del deseo. Este

punto es crucial cuando hablamos de psicoanálisis en la institución de salud. ¿Por qué decimos ésto? Si concebimos la salud como un estado de completo bienestar, tanto en sus formas biológicas, como sociales y emocionales, ¿deberíamos entonces desde nuestro rol propiciar en quienes nos consultan, este estado de gozoso bienestar? Podríamos responder afirmativamente a esta pregunta, aunque si consideramos los caminos por los que se orienta el psicoanálisis, nos alejamos completamente de ésta idea.

(...) el analista, en su práctica institucional, podrá posicionarse como tal, en tanto abra la brecha que posibilite establecer un dispositivo que se sustente en otra política, la del deseo, aquella que domina táctica y estrategia en la dirección de la cura (Campodónico, N. 2013,p.25)

Producir la interrogación del sujeto en su sufrimiento, bien podría ser un objetivo a plantearnos desde nuestro lugar como analistas. Escuchar al sujeto considerando su singularidad, es la particularidad con la que nos movemos desde el psicoanálisis.

Esto se contrapone con ciertas terapéuticas que buscan “normalizar” al sujeto, “psicoeducar”. De esto leemos fácilmente: hacer andar, llevar por el camino del bien, o por aquel que desde nuestro lugar consideramos que hará andar al sujeto. Pensándolo de ésta manera, el psicoanálisis se ubica como antítesis, tomando en cuenta que no trabaja para abolir el síntoma, sino para su interrogación e interpretación.

Según Rubinstein, A. (2009), la eficacia que se ha encontrado en tratamientos psicoanalíticos, reside en la respuesta y los recursos que el sujeto encuentra para enfrentarse a lo traumático. El tratamiento además posibilita un reposicionamiento del sujeto de su posición subjetiva.

Según hemos venido viendo, existe una tensión entre el analista y la institución de salud para la que trabaja: una tensión entre sus discursos.

Por un lado, tenemos la cuestión del deseo del analista que se juega de parte de quien cumple dicho rol, y que se basa en una política de ética del psicoanálisis, y por otro, la cuestión del discurso institucional, con sus pilares de promoción y prevención de salud, calidad de vida, promoción de DDHH, entre otros, al que debe ajustarse el analista.

El deseo del analista es enunciado por Lacan (1958) como un deseo vacío, un lugar que es propuesto como vacío, para que surja allí el deseo del analizante. Una ética del deseo inconsciente y singular de quien consulta.

Esto se yuxtapone con los enunciados de abstinencia y neutralidad propuestos por Freud. (López, G. 2014)

“El psicoanálisis no es, en sí, un aporte a la Salud Mental o a la psiquiatría, sino más bien la apertura a una dimensión no contemplada en la lógica del discurso científico: la dimensión subjetiva” (Fridman, P., 2011, p.35)

Es necesario, parece, estar advertidos de estas cuestiones cuando trabajamos en una Institución, cualquiera que ésta sea. Conocer, investigar, cuestionar y preguntarnos acerca de nuestra propia implicación, son algunas de las cuestiones que nos harán estar más alertas, más conscientes de nuestra labor en la institución. Estar advertidos de esto, consideramos que es un punto crucial y a la vez ético de nuestra profesión.

#### 4.9- Ética e implicación

Es difícil pensar en la exposición de un caso eludiendo la cuestión ética. Ética personal, ética profesional, ética institucional. Ética en plural. Éticas que se entrelazan y que arrojan como resultado una postura, o varias. Pero resulta imprescindible su consideración para el trabajo profesional, si partimos de la base que nuestro objeto de estudio también está constituido por una subjetividad, o muchas de ellas.

La bioética es la disciplina encargada de la reflexión filosófica y metódica de los problemas éticos que surgen en las ciencias de la vida. (François, O., 1999)

En un artículo muy interesante que se denomina *Valor ético fundamental: “el otro”* (1999), se plantea la idea del otro, como componente central del valor de la ética, entendiendo que el psicólogo, en su labor, trabaja con un otro. Entonces nos preguntamos, ¿cómo miramos a ese otro? Lo central de este planteo reside en que, en nuestra profesión, ya sea en el consultorio o en el territorio, trabajamos con la subjetividad de un otro. Y en este sentido, resulta imprescindible ponernos a pensar, más allá de las técnicas o estrategias de intervención realizadas, ¿de qué manera miro al otro?, ¿qué significa este otro para mí? Y si logramos cuestionarnos eso, entonces, ¿qué hacemos con la subjetividad del otro?, ¿qué de nuestra ideología se entromete en estas cuestiones?

El autor explica, que una cuestión en la que debemos reparar cuando intervenimos, es en aquello que tomamos en cuenta para tomar las decisiones. Es decir, debemos tener una rigurosidad técnica que nos aleje de posturas que impliquen opiniones de tipo “me parece que”, “me gustaría que”, etc. (Franca, O. 1999)

En ese sentido, es importante tener en cuenta, el valor que adquiere la palabra de un psicólogo al momento por ejemplo de dar un diagnóstico. Es a partir de lo que el psicólogo diga respecto de su paciente, que se generarán distintos tipos de miradas, categorías,

estigmas. Esto dependerá de los significados que adquiriera dicho padecimiento en ese sujeto, en su familia, en ese barrio, en ese país, y así.

Pensando en estos términos, entonces, ¿qué significados habrá adquirido nuestra palabra al momento de correr a Yessica del lugar patológico en el que era ubicada? ¿Qué peso tuvo en aquella familia nuestra palabra? ¿Habrán surgido otros síntomas en la niña que la hayan vuelto a colocar en un lugar patológico en esa familia?

Pensamos que al poner en palabras nuestras prácticas, al hacerlas circular en el ámbito académico, cruzarlas con otras disciplinas, fomentamos una actitud ética, en tanto, ponemos bajo lupa nuestras percepciones, entendiendo que no existe una única verdad, ni una forma, ni una técnica. Pero ésto no implica, que no debemos asumir las responsabilidades inherentes a nuestra labor disciplinar. En este caso, una de nuestras responsabilidades, era evaluar la sintomatología que traía la niña, para dar una respuesta en relación a los aspectos psicológicos que presentaba al momento.

Durante el transcurso del practicantado, afortunadamente hubo muchas oportunidades en las que se abría un lugar para el pensamiento, para la articulación de opiniones, manifestación de sentimientos. A ésto le llamamos análisis de la implicación en nuestras prácticas. A no abandonar nunca el ejercicio de poner nuestra profesión a disposición de otras subjetividades. A mantener una actitud crítica hacia nosotros mismos y con ello, evitar quedar abrazando certezas, cuestión de la que nuestra profesión sabe muy poco.

Para abordar la noción de implicación debemos remitirnos a las teorizaciones de Lourau y Lapassade, quienes a mediados de los años sesenta, protagonizaron un movimiento que se conoció como “institucionalismo”. Los aportes en torno al Análisis Institucional que hicieron los autores, servirán de guía para pensar acerca de ésta intervención.

Si se toma en cuenta el origen etimológico del término implicación, tenemos el prefijo “in” y el verbo latino “plicare”, que quiere decir plegar, doblar. A su vez, la terminación “ción” alude a movimiento. Esto nos habla “de algo doblado, o plegado de forma tal que no sería visible, aunque esté ahí” (Fernández, A. et al, 2014, p.7)

Lourau (1991) define a la implicación como un nudo de relaciones. Corresponde a una realidad que se da en la institución. Pero es el análisis de dicha implicación lo que produce alguna modificación en éstas, a través de analizadores que de alguna manera muestran aquellos procesos que están detrás de lo que parece estático.

A su vez, deja en claro que esta noción no es buena ni mala, simplemente existe. No es posible su manipulación. Se activa en la medida que se produce el encuentro con el otro, en tanto institución, grupo, u otros. Y a partir de allí, produce efectos.

La implicación institucional, constituye el conjunto de relaciones que existen entre el actor y el sistema institucional. Dichas relaciones pueden ser conscientes, o no. (Lourau, 1979-1975)

Reflexionar acerca de la implicación supone justamente, generar las condiciones para que lo que situamos como plegado, pueda desplegarse, para que se haga visible aquello que está ahí aunque no se pueda ver. Esto daría insumos para trabajar acerca de abordajes de tipo comunitarios, intervenciones en instituciones u otras relacionadas al campo de la subjetividad. (Fernández, A. et al, 2014)

Desde que surge el institucionalismo, varias son las disciplinas que han teorizado respecto a estas cuestiones. Tanto el análisis de la implicación, como la elucidación crítica, propuesta por Castoriadis en 1983 son cuestiones que colaboran con la tarea investigativa, en tanto operan relativizando las cristalizaciones que se producen en el sentido común y en las prácticas instituidas. (Fernández, A. et al, 2014)

Éstas cuestiones operan desde la latencia, por lo cual, el trabajo de hacerlas visibles, traerá nuevas posibles líneas de pensamiento, que serán puestas en duda en un futuro. Ésto no significa que sean invisibles, sino que están invisibilizadas. "Hacer explícito algo de lo que opera desde lo implícito produce desnaturalizaciones de sentidos instituidos, nuevas visibilizaciones y permite derivas de nuevos agenciamientos y conexiones de sentido". (Fernández, A. et al. 2014, p.17)

Por su parte, Manero Brito (1990), citado por Fernández, A.M. (2014) propone que a través del análisis institucional, pondremos en duda nuestras propias verdades, lo cual nos permitirá relativizar nuestro propio entendimiento, aún en el mismo terreno en el que trabajemos.

Es interesante pensar en la genealogía del término, la cual surge a partir de las primeras intervenciones institucionales. En ellas, se buscaba pensar en las nociones de transferencia y contratransferencia institucional, en el entendido de que se notaba que existían procesos transferenciales generados por ésta. (Fernandez, A.M. 2014).

Si utilizamos estas ideas para pensar en la práctica institucional en la policlínica de Tres Ombúes, nos preguntamos: ¿cuáles son los procesos transferenciales que genera la policlínica en los usuarios? Y a su vez, ¿cuáles genera en los que allí trabajamos? Nosotros, ¿incidimos con nuestras acciones u omisiones en los procesos transferenciales que se generan desde la institución? ¿De qué manera lo hacemos?

En primera instancia, se precipita la idea de que existe aún un modelo fuertemente arraigado de asistencialismo que sigue imperando en el vínculo transferencial de los usuarios con la institución de salud. La idea del cambio propuesto por la reforma, es ir derribando éstos modos de relacionarse, en los que el usuario queda puesto en el lugar de enfermo, de paciente (que padece), para que tome un rol protagónico de los cambios que él mismo, desde el vínculo en comunidad, siente que debe promover y propiciar.

De todas formas, hace ya algunos años que se promueven actividades comunitarias en la zona. Según pudimos ver, el psicólogo de área tiene asignadas en su rol actividades en territorio, con lo cual se estaría contribuyendo a que se modifique la mirada que se tiene del profesional. Al psicólogo ya no se lo ve sólo en el consultorio, sino que también aparece en la escuela, en el taller de padres del caif, en la jornada de anti-tabaquismo de la plaza, etc.

#### - 5- Consideraciones finales

Hemos hecho un recorrido por diferentes líneas de análisis que elegimos para intentar pensar acerca de una intervención realizada en la Policlínica Tres Ombúes. A continuación, se expondrán las principales conclusiones a las que se ha podido llegar a través de éste recorrido:

- En cuanto a la reforma de salud:

Como hemos visto, nuestro país se encuentra realizando diversas modificaciones con el fin de ajustarse a los lineamientos propuestos por el SNIS. Dentro de ellos, el Programa de Practicantes y Residentes se considera de relevancia, ya que tiene como objetivo principal, formar recursos humanos capaces de desarrollar su disciplina en instituciones de salud, con énfasis en la promoción y la prevención, pilares fundamentales de la reforma. En ese sentido entonces, dicho Programa ofrece una oportunidad muy rica, en tanto posibilita al estudiante próximo al egreso, la inserción en servicios de salud donde poder ejercitar la disciplina, con las supervisiones correspondientes.

Por otra parte, vimos que en la intervención realizada, se trabajó de acuerdo a una de las actividades que corresponden al rol del Psicólogo de Área: la atención en policlínica. Tal como se pudo apreciar en el recorrido realizado, el cambio en el modelo de atención está puesto en el pasaje de un modelo hospitalocéntrico, asistencialista, a uno comunitario, en el que el sujeto es abordado en su integralidad, y en el que el psicólogo también adquiere

otro dinamismo. Es por esta razón, que podría resultar cuestionable a los fines de analizar el cambio en el modelo de atención, la elección de una intervención efectuada dentro del consultorio. Sin embargo, lo consideramos como válido, ya que como surge del análisis realizado, la intervención supuso ciertas características que entendemos fueron específicas del nuevo modelo de atención. Dentro de éstas nombramos: el trabajo en equipo, el sistema de referencia, el abordaje focal.

Queda claro que el trabajo en policlínica a nivel individual, siempre ha sido la principal tarea del psicólogo que se desempeña en una institución de salud. Dicha constatación, ha hecho que surjan propuestas para producir un cambio en este sentido, otorgándole un lugar privilegiado al trabajo del psicólogo en territorio. De todas maneras, no podemos desconocer que tanto el trabajo clínico individual, así como el familiar (como en el caso presentado), tiene por sí mismo su fundamento y relevancia, en tanto ofrece una respuesta al consultante en relación a su sufrimiento psíquico.

En cuanto a las recomendaciones que se le dieron a ésta familia en particular, una de ellas fue la inserción de la niña en un grupo de niños. Desde la policlínica, por diferentes razones, no se pudo brindar ese espacio. Pero consideramos que en el caso de ésta niña, hubiera sido de gran aporte.

Considerando la intervención realizada en su totalidad, el abordaje parece pertinente ya que, como vimos, el PNA constituye la puerta de entrada de la población al sistema de salud. A partir de allí, se recepciona el caso y se valora su pertinencia en dicho nivel o si se debe derivar a uno más especializado. Desde nuestro lugar, aún considerando a la niña desde una perspectiva psicoanalítica, se procedió a la realización de un informe final, que fue entregado a los padres. Dicho punto fue cuestionado en el equipo, en tanto su realización podía equiparar nuestro abordaje con un psicodiagnóstico, efecto que no queríamos producir. De todas maneras, considerando lo singular del caso, procedimos a su realización, entendiendo que al reforzar los aspectos positivos de la niña, contribuiríamos a su despatologización.

Finalmente, se vio que quien portaba con las dificultades mayores en el grupo familiar era la madre, por lo que sugerimos con vehemencia un tratamiento psicoterapéutico para ella.

- En cuanto al psicoanálisis como técnica:

Desde el PNA se realizan abordajes que pueden ir desde la resolución de la consulta en el primer encuentro, la derivación hacia niveles de atención más especializados,

derivación a otros profesionales, ó el tratamiento breve o focal como en el caso presentado y que corresponde ínfimamente a los cometidos del PNA.

Tanto para el abordaje de la intervención, así como para el análisis estricto del caso, se tomó como marco teórico al psicoanálisis, por tratarse de un campo en el que la autora ha tenido más formación y por ende ha orientado su práctica en esa línea.

Como pudimos ver, no existen normativas que exijan al Psicólogo de Área el abordaje de acuerdo a una corriente específica dentro de la variedad con la que dispone la disciplina.

En este sentido, y de acuerdo al análisis del caso expuesto, podemos concluir que el psicoanálisis constituyó en esta experiencia, una herramienta privilegiada dentro del campo de la psicología.

Consideramos de gran valor sus aportes en tanto inciden en la subjetividad del sujeto, posibilitando que se interrogue acerca de su padecimiento. Éste elemento, resulta destacado en la técnica, en contraposición con otras que funcionan direccionando al sujeto hacia lugares donde el profesional entiende conveniente, desde su lugar de saber.

Como profesionales de la salud y específicamente trabajando en el campo de la salud mental, entendemos que dichas posturas actúan obturando la resolución de conflictos, debido a que funcionan como correctivos del sujeto, operando desde una verticalidad y despotismo. A su vez, dicho posicionamiento aumentaría, a nuestro entender, la brecha entre el modelo asistencialista y el social expansivo, que propone Saforcada (1999) en tanto ejerce sobre el sujeto un asistencialismo, brindándole soluciones a sus problemas, desde un lugar de falso saber. Un modelo social expansivo no implica únicamente, un aumento en la cantidad de actividades que se realizan a nivel comunitario, sino que supone un empoderamiento del sujeto, en tanto portador de autonomía y responsabilidad en el curso de su vida. En este sentido, deberíamos delimitar claramente el campo en el que los psicólogos ejercemos la psicoeducación. Entendemos que dichas prácticas tienen sus propios fines y por tanto, las consideramos adecuadas para trabajar en ámbitos comunitarios, a través de talleres, charlas en sala de espera, grupos, etc. Dichas instancias tienen como objetivo una educación emocional. Resultan oportunas para brindar información donde se encuentran puntos de oscuridad o donde la comunidad lo reclama. Muy distinto es el trabajo clínico, en el cual nuestro saber queda limitado al manejo de la transferencia, del encuadre, del *timing*. En este terreno, regido por los tiempos del inconciente, lo que opera es la ética del deseo, la cual como vimos, lejos está de poder amaestrarse.

- Fortalezas y debilidades encontradas en la intervención:

Una vez analizados los puntos más relevantes del caso propuesto en este trabajo, consideramos que su valoración final contiene puntos a favor y otros que debieran mejorarse para próximas intervenciones.

Con respecto a los aspectos que consideramos positivos, encontramos que la intervención realizada fue favorable en primer lugar para la niña, ya que el abordaje psicológico que realizó con nosotras la separó, al menos desde nuestra enunciación, de la posible patología que se le atribuía. Reconocemos que al menos al momento, no es posible evaluar si nuestra intervención resultó suficiente en tanto no se realizó un seguimiento de la familia.

Otro de los puntos a favor, fue la continuidad con la que transcurrió el proceso. Esto se debió al compromiso que demostró dicha familia, en el cual valoramos la actitud respetuosa tanto con la institución, así como con nuestro trabajo. Este aspecto deja en claro que, pese a las dificultades observadas a nivel familiar, existe una búsqueda real de ayuda. Es decir, se evidencia a nivel familiar, una postura de parte del grupo que reconoce sus propias fallas. En el acto de traer a sus hijas a consulta, los padres ya experimentados en el tema, reconocen al mismo tiempo, que algo no anda. Se traen ellos también a consulta, sabiendo que ello supone revisar aspectos de su propia historia, en principio. Esto se da, aunque no pueda ser visualizados de manera consciente por el grupo familiar.

Ahora bien, ¿esto alcanza? Creemos que no y entonces vemos los puntos de oscuridad.

En primer término, creemos que esta familia debiera haber sido abordada en conjunto. Es decir, el año anterior a nuestra intervención, la misma familia había consultado por su primer hija. Al tratarse del mismo núcleo familiar, naturalmente ambos procesos tenían más de una coincidencia. Desde la policlínica no se pudo brindar ni el abordaje de tipo familiar, ni el grupo de niños para Yessica, a quien recomendamos ampliamente ese abordaje. Desde nuestro lugar de practicantes, claramente no podíamos brindar el espacio de abordaje familiar ya que excedía los límites de nuestra formación al momento. Tampoco contábamos con la disposición de la psicóloga de área, la cual podría haber hecho sus aportes en este sentido.

Otro punto cuestionado fue el seguimiento de la familia. Por cuestiones que no alcanzamos a precisar, no se llegó a realizar. Debilidades a nivel de equipo, interferencias de tipo institucional, quizás un mal manejo de la ética en este período exploratorio. Quedan para reflexionar estas cuestiones y para perfeccionar a futuro. Sabemos que tanto el seguimiento, como las visitas domiciliarias, son promovidas en el trabajo en el PNA. En otros

dispositivos institucionales dichos aspectos no están contemplados ni avalados, de manera que si el usuario no vuelve, el sistema lo pierde.

Con respecto a ésta intervención, y al acto de intervenir en general, consideramos que siempre arroja conflictivas disciplinares, estratégicas y políticas, en tanto exige priorizar teorías, técnicas, ideologías y en el mismo acto dejar de lado otras. Consideramos positiva la visualización de estos aspectos, no para su resolución, cuestión que no estimamos del todo posible, sino porque entendemos que exige una mirada crítica hacia nuestras prácticas.

En lo que respecta al trabajo en equipo, si bien consideramos que fue de gran aporte en esta intervención, también reconocemos que tuvo sus limitaciones. En el caso analizado, podemos pensar que los factores que pudieron haber obturado, estuvieron relacionados con algunos movimientos que tuvo el equipo en dicho momento, y con algunas problemáticas que se daban a nivel institucional.

Por último, interesa pensar en lo importante del diseño de historias clínicas de tipo familiar. Existen muchas familias que son realmente numerosas que reinciden en la institución. Con la implementación de una única historia clínica por familia, evitaríamos el desgaste que supone para el grupo familiar, reiniciar un proceso psicológico en el que obligadamente se debe rearmar la historia, con las dificultades que muchas veces eso supone. En beneficio de quienes ocupamos el rol de psicólogos, sería valioso de ésta manera, poder pensar a los sujetos consultantes en su historicidad, lo cual sería de gran aporte para trabajar desde la disciplina.

Ya vemos que queda mucho por hacer. Asistimos a un cambio profundo en el que debemos ocupar un rol activo, interrogando la teoría de forma permanente y proponiendo alternativas que entendamos mejoren la vida en sociedad. La realización de este Trabajo Final de Grado pretendió, más allá de reunir teoría y práctica, ser un insumo para seguir pensando de qué manera mejorar las prácticas disciplinares en las que tenemos influencia como actores sociales y profesionales.

## -6- Referencias bibliográficas

Aberastury, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.  
(12° ed.)

Administración de Servicios del Estado & Facultad de Psicología (2009) *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República – Facultad de Psicología*. Montevideo, Uruguay. 30 de Diciembre de 2009. Recuperado de:  
[https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/64343/mod\\_resource/content/1/Convenio%20ASSE.pdf](https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/64343/mod_resource/content/1/Convenio%20ASSE.pdf)

Ander- Egg E., Aguilar, M.J. (2001) *El trabajo en equipo*. México: Progreso. Recuperado de:  
file:///home/ceibal/Descargas/LIBRO\_eltrabajoenequipo.pdf

Asturiaga, E. y Unzueta, C. (2008). *El estatuto del juego en la clínica psicoanalítica con niños*. *AJAYU*, 6 (1), 1 – 21

Baremblytt, G. F. (2005) Sociedades e Instituciones. En *Compendio de Análisis Institucional*. (31-43) Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo

Berenstein, I. (2004). El sujeto como otro entre (inter) otros. En: Glocer, L (Ed) *El otro en la trama intersubjetiva* (p.76-97). Buenos Aires: Lugar Editorial

Bianchi, D., De la Cuesta, P., Gandolfi, A. y Muniz, A. (s.f) *Formación de Psicólogos para el sistema de salud*. Primer Congreso Latinoamericano de Salud: determinantes

sociales y participación ciudadana. Programa de Practicantados y Residencias.

Facultad de Psicología. Udelar. Recuperado de:

[https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59051/mod\\_resource/content/1/Primer%20Congreso%20Latinoamericano%20de%20salud%20-%20Practicantado%20en%20ASSE%20-%20Bianchi%20C%20De%20la%20Cuesta%20y%20Gandolfi.pdf](https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59051/mod_resource/content/1/Primer%20Congreso%20Latinoamericano%20de%20salud%20-%20Practicantado%20en%20ASSE%20-%20Bianchi%20C%20De%20la%20Cuesta%20y%20Gandolfi.pdf).

Bleger, J. (1963) Situación y campo. Cap. III de Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba.

Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica su empleo en el diagnóstico y la investigación. En: *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. (pp.9-38). Buenos aires: Nueva Visión.

Bleger, J. (1973) La Entrevista Psicológica. De Temas de Psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Braier, E. (1984) *Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Cabrera, R., (2011) Primeras reflexiones. *Municipio A*. Recuperado de: <http://municipioa.montevideo.gub.uy/comunicacion/noticias/primeras-reflexiones>

Campodónico, N. (2013) Acerca de la demanda psicológica en un dispositivo asistencial: La salud mental y el psicoanálisis. *Perspectivas en Psicología – Vol 10 – pp.18-25*- Recuperado de: file:///home/ceibal/Descargas/Revista%20Perspectivas%20(4).pdf

- Cristóforo, A. (2002) La noción de intervención en el marco de la consulta psicológica. En Muniz, A. compiladora (2005), *Diagnóstico e intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica* Tomo III (pp.29-31) Montevideo. Editorial: Psicololibros-waslala.
- De Souza, L (2008). La consulta psicológica. En: Añon, G. Couso, M. De Souza, L. Guerrero, L (2012), *Unidad operativa docente asistencial de especialización clínica en el campo de la consulta psicológica*. Montevideo: Facultad de psicología.
- Defey, D. (2004) Psicoterapia Psicoanalítica Focalizada. En: Defey, D. (comp.) Montaldo, G.; Navarro, R.; Rubín, E.: *Vidas en crisis. La técnica de la psicoterapia psicoanalítica en vivo* .Tomo I. Universidad Católica de Pelotas: EDUCAT Editora.
- Delgado, N. (2012 ) Un barrio al fondo a la izquierda. *El Observador*. Recuperado de: <https://www.elobservador.com.uy/nota/un-barrio-al-fondo-a-la-izquierda-2012112321>  
530
- Doltó, F. (1979) Prefacio. En: M. Mannoni, *La primera entrevista con el psicoanalista*. (pp. 9-40). Barcelona: Gedisa.
- Essayag, M. (2012) *El rol del psicólogo en la Atención Primaria de la Salud en algunos países de Latinoamérica y el Caribe*. (Tesina) Facultad de Humanidades. Carrera de Licenciatura en Psicología. Buenos Aires. Recuperado de: [http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1283/549\\_Essayag.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1283/549_Essayag.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Fernández, A., López, M., Borakievich, S. Ojam, E., Cabrera, C. (2014) La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad, *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 8, Octubre, pp. 5-20. Recuperado de <http://anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2015/03/La-indagaci%C3%B3n-de-las-implicaciones.-UN-APORTE.-ARCIS-2014.pdf>

Ferolla, A., González, P., Vignolo, J., Brescia, A., Noble, A. Benavidez, C.,...Olivera. M.C (2014) *Cambio del Modelo de Atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Documento realizado por el Grupo de Trabajo para el cambio de Modelo de Atención conformado por Ordenanza N° 471 de fecha 26 de agosto de 2014. Recuperado de: <http://institutodeformacionsindicalenriquebarrios.org/wp-content/uploads/2017/04/CAMBIO-DEL-MODELO-ATENCION-2014.pdf>

François, O. (1998) Valor ético fundamental: "El otro". Conferencia dictada el 26 de Agosto de 1998. Publicación de *Aportes*.

Freud, S. (1986). *El creador literario y el fantaseo*. En: J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. IX pp.123-135). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1908)

Freud, S (1986). *Más allá del principio del placer*. En: J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. XVIII pp.123-135). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1920)

Freire de Garbarino, M. (1986). La entrevista de Juego. En: *El juego en psicoanálisis de niños (compilación)*. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Volumen 1- 1986

- Fridman, P. (2011) "El psicoanalista no puede desentenderse de las consecuencias del Otro institucional en su clínica". En: *Psicoanálisis y el hospital, N°40 La institución revisitada*, pp. 33 - 37.
- Galende, E. (1990) Las prácticas del psicoanálisis en salud mental. En *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. (pp.231-294) Buenos Aires: Paidós.
- Gallo, L., (2015) El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. *Revista Monitor estratégico*, 7, Enero-Junio, pp.38-43. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf>
- Gómez. M. (2011). La construcción del Caso en Psicoanálisis. Su utilidad y uso en la elaboración del informe final para la práctica clínica en la formación académica de grado. *Revista Tesis. N°1* pp 127-138. Córdoba, Argentina.
- Janin, B. (2011). La construcción de la subjetividad: entre la violencia y la esperanza. En: *La patologización de la infancia. ¿Niños o Síndromes?*
- Kaminsky, G. (1998). *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lacan, J. (1949) El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos 1*, Siglo XXI Editores, 1984.

Lacan, J. (1958) *La dirección de la cura y los principios de su poder* En *Escritos 2*. México, Siglo XXI Editores, 1984.

Lacan, J. (1959-60) Seminario VII. *La ética del psicoanálisis*. Publicación en 1988.

Lacan, J (1995). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En: *El seminario de Jacques Lacan*: Libro XI. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado 1964)

Ley N.º 18211. *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo, Uruguay. 13 de Diciembre de 2007. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6040336.htm>

López, Giselle, A. (2014). *Discursos institucionales y discurso analítico: reflexiones acerca de posibles dilemas éticos del psicoanalista en dispositivos públicos de salud*. Anuario de investigaciones. Volumen XXI. pp. 85 – 92. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994050>

Lourau, R. [(1970-1975)]. *El Análisis Institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lourau, R. [(1987-1990)] Implicación y sobreimplicación. Conferencia dictada por René Lourau en “*El Espacio Institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales*”. Encuentro organizado por la Asociación Civil “El espacio Institucional”, en Buenos Aires, del 21 al 24 de Noviembre de 1991. Recuperado de: <http://catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/rl%20iys.pdf>

Menéndez P., Bordón, C., Mayorga, P., (2005), Aplicación del modelo de situación clínica a la consulta psicológica, *Anuario de Investigación*, vol.13, pp. 19-31. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862006000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862006000100002)

MSP (2014) *Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*. Elaborado por División de Recursos Humanos del SNIS/MSP. ISSN: 1688-8235. Recuperado de: <file:///home/ceibal/Descargas/DT%202014.%20Equipos%20de%20salud%20del%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20-%20202014.pdf>

Nasio, J. D. (2001). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós

OMS. (1978) *Declaración de Alma Ata*. En Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma – Ata, URSS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Perea, M.J. (2017) *“Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud”* (Tesis de maestría) Facultad de Enfermería. Centro de Posgrados. Montevideo

Piaget, J. Inhelder, B. (1981). La función semiótica o simbólica. En *Psicología del niño*. Madrid: Morata

Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2005) *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de: <https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>

Rubinstein, A. (2009) *Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales*. Facultad de Psicología- UBA- Secretaría de Investigaciones. Anuario de investigaciones. Volumen XVI. pp. 147 – 156. Recuperado de: file:///home/ceibal/Descargas/Efectos%20terapeuticos%20en%20psicoanalisis%20(1).pdf

Saforcada, E. (1999) Análisis de las concepciones y prácticas de salud. En: *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención en salud*. (pp.63-104) Buenos Aires: Paidós

Vélez, P., Loaiza, D., Alveiro, D., Botero, M.E. y Vélez, M. (2010) El juguete como sostén de representaciones en la relación terapéutica: Construcciones a partir de la experiencia de psicoterapeutas. *Revista CES Psicología*, volumen 3 – Número 2. issn 2011-3080. Recuperado de: file:///home/ceibal/Descargas/1207-5068-1-PB.pdf

Winnicott, D. (1979). Preocupación maternal primaria. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1980) *Clínica psicoanalítica infantil*. Publicación original de 1971. Bs. As.: Hormé.

Winnicott, D. (1981). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo (1963) Capítulo séptimo. En: *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Editorial Laia.

-7- Anexos



Día	Mes	Año
28	8	17

Serie O N° 502025

Nombre: \_\_\_\_\_  
 C.I.: \_\_\_\_\_

Receta válida para un sólo medicamento

Rp. 3 visitas:  
 Leer con esta ma a  
 control. Solicito atención psicológica  
 reciente para inhibición social  
 a nivel escolar con ciertos  
 conductos de desvio del desarrollo  
 muy buen a nivel intelectual

Firma del Médico y  
 Contrafirma

Recuerde que puede hacer reservas por el 0800 2773  
 (Medicina General, Ginecología y Pediatría). Llamada sin costo



Día	Mes	Año
28	11	17

Serie Ah N° 736265

Nombre: \_\_\_\_\_  
 C.I.: \_\_\_\_\_

Receta válida para un sólo medicamento

Rp. Pase a psicología  
 Dx: 4211m  
 Inhibición social muy  
 marcado.  
 Elem. leves de desvio del  
 desarrollo que se evalúan  
 muy buen nivel intelectual  
 inferido

Firma del Médico y  
 Contrafirma

Recuerde que puede hacer reservas por el 0800 2773  
 (Medicina General, Ginecología y Pediatría). Llamada sin costo

Administración Nacional de Educación Pública  
Consejo Directivo Central

Unidad de Promoción, Intervención y Desarrollo Educativo  
División de Estimulación Temprana

Montevideo, 7 de agosto de 2017

Nombre de la niña: [REDACTED]

Fecha de nacimiento: 08/12/2012

Edad cronológica: 4 años 8 meses

Jardín de Infantes Nº 237, Nivel 4 (escolaridad previa: Nivel 3 en el mismo Jardín con asistencia irregular).

Motivo de consulta: timidez, inhibición.

Antecedentes personales y familiares: pertenece a grupo familiar integrado por sus padres y una hermana mayor. Es producto de primera gestación BC y BT. Parto normal a término a los 38 semanas con PRN 3080, APGAR 8/9. Pecho directo hasta los 10 meses, biberón hasta la actualidad. Marcha independiente a los 12 meses. Control de esfínteres 2 años. Adquisición y desarrollo del lenguaje dentro de parámetros esperados.

Su madre relata que en situaciones de alegría o estrés se golpea intensa y repetidamente sus piernas.

Conducta observada: se trata de una niña inquieta y muy disponible a las propuestas. En el encuadre personalizado de la entrevista, habla de forma permanente sin lograr mantener la atención en la tarea que está realizando. Se comunica espontáneamente relatando temáticas referidas a dibujos animados o películas de internet, con intención comunicativa. En el lenguaje se aprecian alteraciones fonético-fonológicas y en la prosodia. Muestra buen contacto visual. Se observa estrabismo.

En el plano gráfico aún no ha definido su lateralidad manual con adecuada prensión del instrumento en ambas manos. Sus producciones gráficas se encuentran dentro de lo esperado para su edad cronológica. El dibujo de la figura humana se ubica en etapa de transición a figura humana de frente. En la copia de figuras geométricas logra desprenderse del modelo y las

Montevideo- Uruguay - Av. Bvar. Artigas 4346 Tel:23099444 int 5 o 9

Administración Nacional de Educación Pública  
Consejo Directivo Central

Unidad de Promoción, Intervención y Desarrollo Educativo  
División de Estimulación Temprana

reproduce correctamente con adecuado manejo del espacio de la hoja. Denomina correctamente dos de las cuatro formas. Conoce todos los colores. Reconoce su nombre y lo escribe. Maneja cuantificadores. Cardinalza hasta 6. Recita serie numérica hasta 20. Discrimina código alfabético de numérico. Aparecen indicadores emocionales que se asocian con inseguridad, timidez y dependencia.

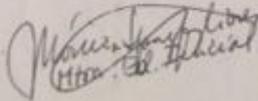
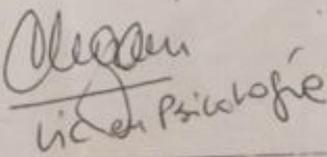
En suma: se trata de una niña de 4 años 8 meses que presenta un desarrollo neuropsicológico dentro de lo esperado para su edad cronológica con elementos de desvío y la negativa incidencia de factores emocionales y ambientales que no contribuyen al despliegue de sus potencialidades

Se recomienda:

- Consultar con OFTALMÓLOGO a la brevedad posible
- Iniciar tratamiento psicológico por cobertura ASSE
- Se orienta a la madre en pautas de crianza saludables que eviten contacto con pantallas sustituyéndolo por actividades plásticas y situaciones de juego compartido dirigidas al diálogo y a la comunicación, así como al estímulo de la autonomía (alimentación e higiene) y la seguridad en sí misma.

Por Equipo de Estimulación Temprana

**U.P.I.D.E.**  
UNIDAD DE PROMOCIÓN, INTERVENCIÓN  
Y DESARROLLO EDUCATIVO  
ANEP - COOICEM

  
  
Lic. en Psicología

Montevideo- Uruguay - Av. Bvar. Artigas 4346 Tel:23099444 int 5 o 9

## INFORME PSICOLÓGICO

Policlínica “Tres Ombúes” (ASSE)

Fecha: 9/7/2018

### DATOS PERSONALES:

Nombre:

C.I.:

Edad: 5 años, 7 meses

Fecha de nacimiento: 8/12/2012

Domicilio:

Escolaridad: Cursando nivel 5 de preescolar en Jardín de Infantes N°237.

ESTUDIO PSICOLÓGICO: Intervención breve, focal y de orientación donde se trabajó a partir de entrevista de juego. Período: Abril a Junio del corriente año con una frecuencia semanal.

### MOTIVO DE CONSULTA:

Derivación a consulta psicológica por parte de psiquiatra de INVE 18, Dra. ....., por inhibición social muy marcada.

Es derivada también por la psiquiatra a la Clínica Psiquiátrica Pediátrica Unidad especializada en TEA del Centro Hospitalario Pereira Rossell, donde se prevee que le realicen evaluación diagnóstica.

No recibe tratamiento farmacológico.

No cuenta con intervención psicológica previa.

NÚCLEO FAMILIAR: Vive con su madre (ama de casa), padre (feriante) y hermana seis años mayor.

#### DATOS SIGNIFICATIVOS EXTRAÍDOS DE LA CONSULTA CON LA MADRE:

Durante la primera infancia presenta “ahogos” en el momento del llanto que se repiten con menor frecuencia en la actualidad. Su madre los asocia al hecho de haber fumado durante el embarazo, a partir de lo cual fundamenta su conducta sobreprotectora con la niña.

Relata además que la niña se autoinflinge en aisladas ocasiones provocándose moretones, por lo que se realizaron estudios que descartaron una posible vasculitis.

Manifiesta preocupación por la dificultad que siente a la hora de poner límites a su hija y por la imposibilidad que la niña tiene de acatarlos.

El padre aparece como una figura presente pero poco participativa en la cotidianidad familiar.

Yessica es nombrada por su familia con el apodo de “bebé”.

#### ASPECTOS A DESTACAR EN EL ABORDAJE REALIZADO

##### PRESENTACIÓN:

Yessica se presenta alineada e ingresa al consultorio junto a su madre en el primer encuentro, mostrándose muy apegada a ella. No obstante, mantiene durante la entrevista un juego libre y se comunica permanentemente. Se observa en su discurso cierta disfluencia a nivel del habla, que dificulta por momentos la comprensión.

A partir del segundo encuentro ingresa sin requerir la compañía de su madre, mostrándose abierta a la comunicación; simpática, afectuosa y con buena disposición a la consigna de entrevista de juego.

##### CONDUCTA MANTENIDA DURANTE EL PROCESO:

La niña mantiene un proceso continuado, en el que se observa una inhibición selectiva, establece contacto visual y muestra interés en incluirnos en su juego.

Se observa la preponderancia del juego simbólico con contenidos que aluden a la conflictiva familiar donde da cuenta de: riqueza en el lenguaje, resolución creativa de las situaciones, presencia afectiva de los referentes paternos, gran capacidad empática. A su vez, presenta

una buena discriminación mundo interno – externo así como una correcta ubicación témporo espacial, evidenciando además una adecuada comprensión causa – efecto.

Se visualiza un correcto nivel de integración perceptivomotriz y de prensión al lápiz.

A nivel de los gráficos no presenta dificultad en el manejo de los instrumentos y muestra un correcto desempeño al esbozo de la figura humana, respetando el orden cefalocaudal en el mismo.

Posee un dominio del lenguaje con contenidos variados que se consideran muy satisfactorios para la edad evolutiva de la niña. Existe una prosodia particular, que se presume pueda estar asociada a la cantidad de horas que utiliza la pantalla, dando cuenta de expresiones extraídas de dibujos animados. Ante situaciones que le producen ansiedad se aprecian leves “bloqueos” en el habla.

#### EN SUMA:

Yessica es una niña de 5 años que posee un buen nivel intelectual y un desarrollo psicomotor y del lenguaje acorde a su edad evolutiva. Presenta una inhibición selectiva y ciertas dificultades ante la puesta de límites que podrían estar asociados al vínculo de dependencia y apego con su madre. En este sentido se recomienda la estimulación de la autonomía de Yessica para el normal desarrollo de habilidades personales.

#### RECOMENDACIONES:

Estimular la autonomía y la incorporación a actividades grupales en el entendido de que los pares a esta edad tienen un lugar habilitante y de reconocimiento.

Valorar la posibilidad de una mayor participación de la figura paterna en la crianza de la niña.

Ajustar los mensajes que se le dan a Yessica a partir de una puesta de límites claros.

Correrla del lugar de “bebé” en el que se la ubica ya que esto puede oficiar de obstáculo para su desarrollo evolutivo.

Controlar el tiempo y los contenidos de la exposición a la pantalla.

.....

Prof. Adj. Mag. Ma. Julia Perea

Referente Programa Practicantado y Residentado

de Servicios de Salud (PPRSS)

(convenio ASSE-Fac. de Psicología)

.....

Br Natalia Helander

Practicante del PPRSS