



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**LAS PRÁCTICAS PSICOLÓGICAS
CLÍNICAS DENTRO DE LA
SALUD PÚBLICA:
EFECTOS DE UNA RELACIÓN COMPLEJA**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA
SOCIAL**

AUTOR: FEDERICO CASAS ALVAREZ

**DIRECTORA DE TESIS Y ACADÉMICA: PROFA. AG. DRA.
GABRIELA ETCHEVERRY CATALOGNE**

MONTEVIDEO, MARZO DE 2023

A la memoria de Fany, piedra angular de mi existencia.

Resumen

Desde el año 2007 Uruguay inició un camino de transformación de su sistema de salud, implementando una estrategia que contempla a todo el sector público así como también al privado. Amparado en principios como la *promoción de salud*, la *cobertura universal*, la *equidad en el acceso* a las prestaciones, el *usuario de la salud como sujeto de derecho*, la *información continua*, o la *participación activa* de toda la población, el Sistema Nacional Integrado de Salud generó un mojón en la historia del país.

Tomando dicho marco como referencia, esta Tesis de Maestría en Psicología Social da cuenta del intercambio surgido de entrevistas con psicólogos y psicólogas insertos en la Salud Pública uruguaya en diferentes establecimientos del territorio nacional, acerca de las vicisitudes que ha de atravesar la psicología actualmente para lograr llevar adelante su tarea en dicho ámbito. En estas páginas se reflexiona a su vez, acerca de los efectos que conlleva el hecho de que una disciplina como la psicología se inscriba dentro del funcionamiento de la salud pública, preguntándose acerca de qué posibilidades quedan allí para las prácticas psicológicas clínicas y en cómo afecta todo esto a los psicólogos y psicólogas que encarnan dicha inscripción a partir del desarrollo cotidiano de su trabajo, y en cómo todo ello afecta finalmente al usuario.

Para el abordaje de la problematización mencionada se elaboró un diálogo entre la palabra de los entrevistados, textos públicos elaborados por organizaciones de salud pública y literatura académica pertinente a la discusión.

Palabras clave: *salud pública, práctica psicológica clínica, salud mental, Estado, producción de subjetividad.*

Abstract

Since 2007, Uruguay has embarked on a path of transformations of its health system by implementing a strategy that includes the public and private sectors. Based on principles such as health promotion, universal coverage, equity in access to services, the health user as a subject of rights, continuous information, and active participation of the entire population, the Integrated National Health System has made a landmark in the country's history.

Taking this framework as a reference, this Master's thesis in Social Psychology accounts for the exchange that arose from interviews with psychologists working in the Uruguayan public health system in different establishments throughout the national territory. The thesis focuses on the difficulties that psychology faces in carrying out its work in this field. In these pages, the effects of a discipline like psychology being incorporated into the functioning of public health are also reflected upon, questioning what possibilities remain there for clinical psychological practices and how all of this affects the psychologists who embody this incorporation in their daily work, and ultimately, how it affects the users.

To address the mentioned complex subject, a dialogue was developed between the words of the interviewees, public texts elaborated by public health organizations, and academic literature relevant to the discussion.

Keywords: *Public health, Clinical psychological practice, Mental health, State, Subjectivity production.*

Agradecimientos

A Teresa Alvarez, mi madre, porque su apoyo constante ha sido motor fundamental de cada cosa que he alcanzado. Siempre ha logrado que crea en la posibilidad del siguiente paso.

A mis amigas y amigos, quienes han ido conmigo a lo largo de estos años. Su compañía ha hecho que el recorrido sea más liviano.

A los psicólogos y psicólogas que aceptaron la invitación para conversar y reflexionar acerca de su práctica, sin su valiosísimo aporte esta tesis no hubiera sido posible.

A Shubert Silveira, quien colaboró con su lectura minuciosa de la tesis. Sus correcciones gramaticales enriquecieron el texto considerablemente.

A Graciela Castro, compañera de inicio a fin en este recorrido sinuoso.

Especialmente a Gabriela Etcheverry Catalogne. Tutora con mayúsculas, quien me ha acompañado dando soporte en los vaivenes que he habitado en estos años, ofreciendo su conocimiento, rigurosidad, respeto y amistad en todo momento. Junto a ella he crecido.

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Agradecimientos	5
Índice	6
Comentarios Iniciales	8
Capítulo I. La Fase Inicial: Intersticios del Proyecto de Investigación	11
Problema de Investigación	11
Estado del Arte	14
Preguntas de Investigación	20
Pregunta Principal	20
Preguntas Auxiliares	20
Objetivos	20
General	20
Específicos	21
Diseño Metodológico	21
Capítulo II. Apuntes Acerca de la Cuestión Institucional	26
Inicialmente	26
Breves Apuntes Sobre la Cuestión Institucional	28
Resistencias Institucionales	32
Apuntalamientos Institucionales	36
Encargos Institucionales	38
Capítulo III. El Psicólogo Entre los Desfiladeros Institucionales	43
Quehacer Cotidiano	44
Fuera de Rol	47

No Hay Lugar	52
Psicólogo Motu Proprio	55
Angustia del Profesional	59
Capítulo IV. La Práctica Psicológica en la Salud Pública Desde la Perspectiva	
de los Entrevistados	63
¿Derecho a Psicoterapia?	64
Entre la Oferta y la Demanda	70
No es Suficiente	75
Capítulo V. Avatares de la Clínica: ¿Entre lo Ideal y lo Posible?	81
Nociones de Clínica	82
Lo Que se Escucha	83
Sufrimiento, Padecimiento, Dolor	89
Clínica de la Transformación: ¿Lugar Para el Sujeto?	93
El Dispositivo Clínico: Entre Psicología y Psiquiatría	98
La Clínica Posible	106
Capítulo VI. Digresión Ética Acerca de la Calidad de las Propias Prácticas	111
Calidad de la Tarea a la Luz de la Ética	112
Comentarios Finales	120
Referencias	125

Comentarios Iniciales

Holz [madera, leña] es un antiguo nombre para el bosque. En el bosque hay caminos [Wege], por lo general medio ocultos por la maleza, que cesan bruscamente en lo no hollado. Es a estos caminos a los que se llama *Holzwege* [caminos de bosque, caminos que se pierden en el bosque]. Cada uno de ellos sigue un trazado diferente, pero siempre dentro del mismo bosque. Muchas veces parece como si fueran iguales, pero es una mera apariencia. Los leñadores y guardabosques conocen los caminos. Ellos saben lo que significa encontrarse en un camino que se pierde en el bosque. (Heidegger, 2012, p.9)

Los elementos que componen esta tesis provienen de fuentes diversas, aunque conectadas entre sí a partir de ciertos elementos que les son comunes. Textos de diferentes naturalezas se reúnen en diálogo en las siguientes páginas con el fin de establecer un ejercicio de pensamiento co-existencial (Heidegger, 2014), es decir, un pensamiento que es posible en la medida en que es compartido con otros. Dichos textos se entrecruzan aquí para dar cuenta de los recorridos surgidos de la investigación denominada *Las prácticas psicológicas clínicas dentro de la salud pública: efectos de una relación compleja*, enmarcada en la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología (UdelaR).

El camino que esta tesis deja ver no pretende una posición definitiva ni mucho menos la universalización de conceptualizaciones o posiciones teóricas, sino que las preguntas transitadas han sido guía para eliminar la maleza cerca de elementos que se entienden sumamente importantes para la salud mental pública en nuestro país en la actualidad. Es esta tesis la evidencia de un recorrido compartido, así como también una invitación a reflexionar con contundencia acerca de la psicología dentro del ámbito de la

salud pública en tiempos de un marcado desarrollo del capitalismo mundial integrado (Guattari, 2004). No son más importante las informaciones y conclusiones obtenidas que las preguntas que las hicieron surgir, dado que el proyecto de investigación que dio vida a esta tesis surge de una interrogante genuina a partir de una experiencia sumamente cercana al ámbito mencionado.

La pregunta central de la investigación, la que orientó los intercambios con los profesionales entrevistados y los textos que alimentaron al pensamiento dialógico fue la siguiente: *¿Qué relaciones existen entre las Prácticas Psicológicas Clínicas y la Salud Pública en Uruguay, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud?* A partir de dicho punto como orientador del campo problemático (Deleuze, 1989), se intercambió con psicólogos y psicólogas insertos en la salud pública uruguaya en diferentes establecimientos del territorio nacional, y desarrollando sus tareas en los tres niveles de atención, acerca de las vicisitudes que ha de atravesar la psicología actualmente para lograr llevar adelante su tarea en un ámbito tan nuestro como por momentos desconocido en sus particularidades.

La interrogante mencionada buscaba indagar a su vez los efectos que conlleva el hecho de que una disciplina como la psicología se inscriba dentro del funcionamiento de la salud pública, preguntándose acerca de qué posibilidades quedan allí para las prácticas psicológicas clínicas y en cómo afecta todo esto a los psicólogos y psicólogas que encarnan dicha inscripción a partir del desarrollo cotidiano de su trabajo. Todo lo mencionado, reflexionando en directa relación con los efectos que dicho vínculo entre psicología y Estado genera sobre los usuarios que por un motivo u otro llegan a los establecimientos de salud pública en busca de abordar algún tipo de padecimiento que los está aquejando.

Para el abordaje del campo de problemas mencionado esta tesis está organizada en seis capítulos, los cuales cobraron existencia a partir de los elementos propios de la investigación. Dichos capítulos están constituidos principalmente por la palabra de los

entrevistados en diálogo constante con los elementos obtenidos de la investigación documental, y ambos con elementos teóricos a partir de autores que fueron surgiendo como necesarios para sostener la discusión.

Siguiendo lo propuesto por Heidegger (2012) en *Caminos de bosque*, esta tesis muestra un recorrido de pensamiento, que se generó exclusivamente a partir de las conversaciones con los entrevistados, partícipes esenciales para todo el desarrollo de lo que aquí se encuentra. Lo que aparece aquí, no existía antes, es la muestra de un camino transitado, hollado.

Quien lea las páginas que siguen, no encontrará una organización clásica del documento donde el marco teórico aparezca primero, para dar sostén a una discusión que vendrá después, sino que la metodología de escritura elegida ha sido el constante entretendido de todos los textos participantes. Tomando los principios esbozados por Gianni Vattimo (2002) a partir de los cuales el ejercicio de la hermenéutica filosófica es principalmente una apertura a la escucha del lenguaje cuyo principal objetivo es abrir el diálogo, es que esta tesis está organizada en forma de capítulos donde en cada uno de ellos conversarán la palabra y teoría de autores convocados, la narrativa de cada uno de los entrevistados y la información organizacional esgrimida en documentos oficiales.

Las preguntas que dieron vida a esta investigación, son también las que han mantenido la tensión al momento del desarrollo de esta tesis, y es de la misma forma que a partir de los cuestionamientos que vayan surgiendo se invita a quien lea a sostenerlas a través de su lectura.

Capítulo I

La Fase Inicial: Intersticios del Proyecto de Investigación

Problema de Investigación

En el año 2007 el Uruguay comienza a recorrer un camino de transformación de su sistema de salud a nivel masivo, a partir de la implementación de una estrategia que contemplaría a todo el sector público así como también al privado, marcando líneas de funcionamiento que indicarían el andar de los modos de atención a la población.

Sostenido en principios como la promoción de salud, la cobertura universal, la equidad en el acceso a las prestaciones, el usuario de la salud como sujeto de derecho, la información continua a quien no pertenezca al sector salud, o la participación activa de toda la población, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (IMPO, 2008) generó un mojón en la historia del país. La denominada estrategia de Atención Primaria en Salud, desarrollada en primera instancia en otros países, fue el marco desde el cual se montó el SNIS en el Uruguay, a lo largo y ancho del territorio.

La división de la maquinaria de atención en tres niveles de complejidad, con claro énfasis en el primer nivel de atención, organizó el desarrollo de las tareas de los profesionales de la salud de una manera particular y hasta entonces no conocida por quienes desarrollaban sus prácticas.

Así, la atención en salud mental comienza a entrar en la órbita de la discusión de las políticas públicas, estableciéndose en el año 2011 el denominado *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (MSP, 2011), el cual amparado en el marco institucional que se venía asentando, propone una serie de lineamientos respecto de cómo se comenzaría a desarrollar la atención en salud mental, estableciendo sectores de población prioritarios así como el tiempo de atención según la

problemática de abordaje y el modo mediante el cual han de ser abordados por el profesional o el equipo de profesionales según correspondiera.

La discusión respecto de la salud mental en nuestro país tuvo continuidad, deviniendo esto en la publicación en el año 2017 de la denominada Ley de Salud Mental (IMPO, 2018), que se inscribe como enmarcada en el Sistema Nacional Integrado de Salud, con la intención de potenciar los principios allí redactados una década atrás. Se redacta allí una definición acerca de qué se entiende por Salud Mental desde el Estado uruguayo, y los marcos estratégicos para comenzar a abordarla, destacándose principalmente el artículo octavo, en donde se establece la creación de un Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) (MSP, 2020), el que sustituirá en sus estrategias al anteriormente elaborado en el año 2011.

Surge así el denominado plan, que propone los caminos a transitar durante el período 2020-2027, amparado en la Ley anteriormente mencionada y desde el que se indican puntos notoriamente visibles para el desarrollo de las prácticas, tales como: el modelo de atención comunitario, el trabajo en forma interdisciplinaria e intersectorial, con fuerte énfasis en el respeto a los derechos humanos, sosteniendo como vías principales la promoción y prevención en salud, así como el fomento de hábitos saludables en todos los aspectos que atañen a la vida de la persona, entendida siempre como parte de un sistema comunitario; entre otros puntos de relevancia.

Es así entonces que, desde la creación del SNIS en Uruguay, la atención ha visto modificaciones, siendo el trabajo en relación a la salud mental un punto de importancia a lo largo de estos quince años de historia reciente. La psicología comienza a formar parte de las redacciones estatales respecto de la salud nacional, pasando de un lugar de cierta existencia primordial en la esfera privada a ser considerada una de las disciplinas propias de la salud pública en el entendido de que tiene algo que aportar al bienestar de la población.

Interesó a esta investigación, indagar acerca de cómo ha ido desarrollándose la relación entre las Prácticas Psicológicas Clínicas y las diferentes esferas institucionales de la Salud Pública en el Uruguay. Cuáles han sido los efectos que pueden identificarse de esta interrelación entre la clínica psicológica en los diversos establecimientos estatales, desde los lineamientos propuestos tanto por el SNIS, como por la Ley de Salud Mental, así como por los planes estratégicos de abordaje de dicho campo problemático en estos últimos años, a partir de la palabra de los psicólogos y psicólogas que desarrollan sus prácticas en la salud pública; estableciendo un diálogo con los textos mencionados y otros que favorecieron el desarrollo del pensamiento en relación al tema. Algunas de las preguntas que alimentaron al problema de investigación fueron: ¿Cuáles son los espacios terapéuticos que existen para aquellos que lo necesiten y no tengan posibilidades económicas para sostenerlo? ¿Cómo funcionan tales espacios? ¿Cuáles son las concordancias entre la letra de las políticas públicas y aquello que sucede efectivamente? ¿Qué lugar existe para la práctica clínica en la salud pública en Uruguay actualmente?

Desde la creación en nuestro país del Sistema Nacional Integrado de Salud, la psicología logró permear en lugares en los que antes de ello no estaba, no tenía presencia. Quince años después de que esa maquinaria comenzara a moverse y a intentar cambiar las lógicas de la atención en salud, ¿Qué tienen para decir los psicólogos y psicólogas que trabajan en la salud pública uruguaya respecto de sus prácticas clínicas? ¿Cómo entienden su práctica y cuáles son sus objetivos? ¿Qué consideraciones tienen los psicólogos y psicólogas acerca de la clínica y su relación con el Estado?

La relación con el campo de problemas emergió de haber transitado como Residente de Psicología (Programa de Practicantes y Residentes del convenio ASSE-Facultad de Psicología UdelaR) en diversos servicios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) entre 2019 y 2021, lo que permitió desplegar una batería de interrogantes, que dieron sustento al proyecto. Así entonces, desde esta investigación, se buscó abordar algunas aristas de las cuestiones planteadas desde la palabra de aquellos profesionales de

la psicología que ejercen su práctica en la salud pública del Uruguay; elaborando un diálogo entre ese cuerpo de experiencias y opiniones con diversos textos creados desde el Estado de pública circulación.

Se ha entendido que, una investigación como ésta aporta información de calidad para la reflexión acerca de cómo se desarrollan las Prácticas Psicológicas en nuestra Salud Pública más allá de los objetivos propuestos por la letra de las políticas estatales. Es decir, aportando al pensamiento desde una posición crítica, buscando así dar lugar a nuevas perspectivas.

Estado del Arte

Para la elaboración del cuerpo de antecedentes de esta investigación, se tomaron diversos materiales provenientes de fuentes variadas, pero que mantienen entre sí una vinculación con el tema desde una arista u otra. Se citan trabajos publicados desde el año 2007 hasta el año 2023, con la intención de abordar un período amplio de documentos; al tiempo en que se tomaron en cuenta publicaciones provenientes de países como Chile, Argentina, Brasil, Colombia, España, Portugal, así como de Uruguay.

En el año 2007, se publica un artículo en relación a una investigación realizada por Judith Scharager Goldenberg y María Loreto Molina Aguayo pertenecientes a la Pontificia Universidad Católica de Chile. Dicho trabajo fue nombrado como *El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile*. Allí, Scharager y Loreto (2007) describen la pretensión de su investigación como la búsqueda de la caracterización del “quehacer de los psicólogos que se desempeñan en los centros públicos de salud primaria de Chile y analizar el grado en que las actividades desempeñadas se ajustan a las especificaciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” (p.149). Resultó de sumo interés cómo en su investigación contrastan los

intereses de dicho plan y las tareas efectivamente desarrolladas por los profesionales en sus centros de inserción laboral.

La revista *Psicologia em Estudo* publica en el año 2009 un artículo escrito por el Doctor en Historia Alejandro Dagfal, titulado *O ingresso da psicanálise no sistema de saúde pública na Argentina* en el cual analiza el devenir de la clínica psicoanalítica a partir de su instalación en la órbita de la salud pública en ese país a partir del año 1955. Focaliza su trabajo en el servicio de psicopatología del Hospital Lanús, tomando al psicoanálisis y sus transformaciones como punto nodal para la investigación.

Juliane Fernandes Simões de Mattos Andrade y Cristiane Simon son las autoras del texto denominado *Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas*, publicado en el año 2009. Allí, proponen caracterizar cómo logró insertarse la psicología en la atención primaria en salud en Ribeirão Preto, Brasil. Para desarrollar el trabajo entrevistaron a profesionales de la psicología insertos en el campo de trabajo, lo que lo hizo útil, además de por el tema de investigación, por la vía de obtención de la información.

En el año 2011 surge la publicación del artículo *Atuação do psicólogo nos hospitais da Grande Vitória/ES: uma descrição*, escrito por la Doctora en Psicología Luziane Zacche Avellar. Interesó también, por su objeto de estudio así como por la metodología de recolección de la información, dado que entrevistó a más de veinte profesionales de la psicología. En este abordaje, Zacche Avellar (2011) propone “verificar la existencia de la psicología profesional en los hospitales de la Región Metropolitana de Vitória, describir las actividades que desarrollaron, sus objetivos de trabajo y discutir la integración de estos profesionales en los hospitales” (p.491).

Interesó asimismo agregar una publicación del mismo año 2011, escrita por Rita Meurer Victor y Fernando Aguiar denominada *A Clínica Psicanalítica na Saúde Pública: Desafios e Possibilidades*, debido a que indagan en relación a la clínica psicoanalítica y sus posibilidades dentro del sistema de salud en Brasil, lo que se acerca ciertamente a las

intenciones de esta investigación. Se destaca que “la viabilidad de la clínica psicoanalítica en los ambulatorios brasileños es constantemente cuestionada y amenazada, pues son innumerables las divergencias entre las demandas institucionales y el trabajo analítico” (Meurer Victor y Aguiar, 2011, p.41).

La Psicología de la Salud en Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas públicas en el área de la salud, es el nombre de un texto a cargo de los autores Aragaki, Spink y Bernardes publicado en 2012 por la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. Allí, quienes escriben, se acercan al análisis de la “reorganización de la atención de la salud en Brasil, por medio del Sistema Único de Salud (SUS), y su impacto en la actuación, el mercado de trabajo y la formación en Psicología en el país” (Aragaki et al, 2012, p.65).

Más adelante, también en el año 2012 surge el texto *Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas*, desarrollado por Pedro Brandão Junior y Vera Lopes Besset. Este material es de sumo interés para la investigación dado que tanto su enfoque como su temática de abordaje resultan próximos, compatibles. En él, los investigadores buscan conocer cómo es la relación entre la política pública que marca un camino a seguir en el trabajo con la salud mental, y la tarea que efectivamente realizan quienes en ese campo trabajan. Brandão y Lopes (2012) relatan que a partir de la reforma, el trabajo en el campo de la salud mental “deve ser de base comunitária e implicar vários profissionais. Nesse contexto, nas respostas às demandas de atendimento os profissionais devem respeitar as diretrizes do SUS e da política pública de saúde mental brasileira, assim como a particularidade de cada caso” (p.523).

José Carrobles es el autor del artículo *Psicólogo clínico y/o Psicólogo general sanitario* del año 2012, a través de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Interesó particularmente este texto porque allí se plantean las dificultades que comenzaron a darse en España a partir de la creación de la Ley General de Salud Pública desde la que surge una nueva figura de psicólogo que discute con lo existente hasta el

momento. El texto da cuenta de esa puja y de los entramados institucionales que logran visualizarse.

La Universidad de la República en conjunto con la Comisión Sectorial de Investigación Científica dieron marco a la publicación en 2013 del libro *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*, texto que fue coordinado por el Prof. Ag. Dr. Nelson de León, y que está integrado por textos de diferentes profesionales que aportaron su mirada en relación a la temática de la salud mental en el Uruguay. Interesó primordialmente el texto *Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud*, propuesto por Ángel Ginés, por trazar una de las relaciones intrínsecas al problema de investigación que guió esta investigación.

En el año 2015, Déborah Rydel Niski presenta su tesis de maestría en la Facultad de Psicología (UdelaR), denominada *Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los usuarios*. Si bien el foco de dicha investigación está puesto en los usuarios y en qué tienen para decir respecto de los servicios que han recibido, interesó dado que establece la relación entre las intervenciones psicológicas, la Red de Atención Primaria (RAP) de ASSE y el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los autores Railda Fernandes, Sylvia Jiménez-Brobeil, Maria do Carmo, Danyelle Almeida de Andrade, Elizabeth do Nascimento y Patrick Araújo elaboran en el año 2016 el informe acerca de su investigación titulado *Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal*. Fue de particular interés dado que sus “objetivos fueron conocer los discursos de psicólogos respecto a su práctica en los servicios de salud pública de atención primaria, secundaria y terciaria” (Fernandes et al, 2016, p.357).

Psicologia e Saúde Pública: Cartografia das Modalidades de Prática Psicológica nas Policlínicas, es el nombre de un artículo elaborado por Ana Paula Cimino y Danielle Leite del año 2016. Dicho texto mantiene vinculación con esta investigación dado que se

investigó allí la inserción de los psicólogos en el sistema de salud pública en Brasil y cómo se ha ido sosteniendo la puja entre la práctica clínica tradicional y las propuestas novedosas de las políticas públicas.

Fue también de utilidad para el sustento de esta investigación el artículo *Intervenciones clínicas del psicólogo en hospital general*, elaborado por Walter Lisboa y Avelino Rodríguez en 2017, nuevamente tanto por el tema así como por su modalidad. Dan cuenta de haber investigado acerca de las intervenciones de psicólogos en hospital general, dentro del Sistema Único de Salud en Brasil, utilizando para ello un método de investigación en diálogo entre la revisión bibliográfica y la discusión acerca del trabajo de los profesionales.

Dado el problema de investigación que se desarrolló, que tomó la pregunta acerca de la psicología como pasible de entrar en una trama de producción de subjetividad, fue cercano y provechoso el trabajo elaborado en el año 2019 por José Loredó para la UNED, denominado *La Psicología como Técnica de Subjetivación*. Dirá Loredó (2019) que en su investigación “se marca distancia con la llamada Psicología crítica y se argumenta que la Psicología importa más por lo que hace que por lo que dice (aunque decir es también hacer) y que funciona ante todo como una práctica de subjetivación” (p.31).

En sintonía con algunos antecedentes referidos anteriormente, resultó cercana la investigación realizada por María Artola en el año 2020 enmarcada en la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología (UdelaR). Allí Artola (2020) propone que haber incluido el abordaje psicoterapéutico “en el SNIS supone grandes desafíos, en tanto implica modificaciones en las condiciones y contextos de dichas prácticas que históricamente se realizaron en la órbita del consultorio privado. Se vuelve entonces necesario conocer y analizar las nuevas realidades asistenciales” (p.5).

El psicólogo Xacobe Fernández-García escribe el artículo *Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento*, que fue

publicado en junio del año 2021 y está enmarcado en el Servicio Gallego de Salud. En dicho texto Fernández-García (2021) relata que la “especialidad en psicología clínica es hija tanto de la reforma sanitaria como del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica [...] El propósito de este artículo es realizar un análisis de la situación actual de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)” (p.31).

Finalmente, el más reciente de los antecedentes que alimentaron el cuerpo teórico y crítico de esta investigación es un artículo denominado *La misión imposible de la terapia psicológica en la sanidad pública*, publicado en El País de Madrid, redactado por el periodista Pablo Linde. Allí, el autor en diálogo con una psicóloga que trabaja para la salud pública española, da cuenta de la situación de la psicología pública en dicho país, destacándose fragmentos tales como “todo un mensaje desde la sanidad pública a sus usuarios: si no dispones del dinero suficiente para pagar a un psicólogo privado, el suicidio se convierte en una alternativa aceptable” (El País, 2023, s/p).

Preguntas de Investigación

Pregunta Principal

¿Qué relaciones existen entre las Prácticas Psicológicas Clínicas y la Salud Pública en Uruguay, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud?

Preguntas Auxiliares

¿Cuáles son los efectos que surgen de la inscripción de las prácticas psicológicas clínicas en la salud pública?

¿Qué prácticas clínicas son posibles dentro de la trama de la salud pública?

¿Qué efectos tiene para la práctica de un psicólogo desarrollar sus tareas inserto en el marco de una política pública?

En Uruguay, ¿cuál es la cobertura para aquel que demanda un espacio de escucha y no puede sostenerlo económicamente? ¿Qué particularidades alberga?

Objetivos

General

Indagar los efectos de la relación entre las Prácticas Psicológicas Clínicas y la Salud Pública en el Uruguay, a partir de la palabra de los psicólogos que desarrollen sus prácticas en dicho ámbito.

Específicos

- Explorar las particularidades del ejercicio de las prácticas psicológicas clínicas en la órbita de la salud pública.
- Indagar las concepciones en torno a la Práctica Psicológica Clínica que sostienen los psicólogos que trabajan dentro de la Salud Pública.
- Investigar los diálogos posibles entre las narrativas de los psicólogos entrevistados y la literatura relacionada con los territorios mencionados.

Diseño Metodológico

Para el desarrollo de esta investigación, se propuso un enfoque cualitativo, a partir de que resultó la estrategia más adecuada según los intereses y el campo a investigar. Con esta investigación no se pretendió alcanzar resultados universales, sino hacer énfasis en las relaciones intrínsecas al campo de problemas que se presentó, sin plantear confirmación o descarte de hipótesis *a priori*. Así, un enfoque cualitativo resultó apropiado al momento de una investigación en la que prevaleció el diálogo entre los elementos del campo, los relatos de los participantes y los datos obtenidos a partir del relevamiento de los diversos documentos de texto. La exploración fue dialógica y no estadística. Se entendió así, con Hernández Sampieri (2014) que desde este enfoque de investigación, quien investigó hubo de observar “los procesos sin irrumpir, alterar ni imponer un punto de vista externo, sino tal como lo perciben los actores del sistema social”; siendo “capaz de manejar paradojas, incertidumbres, dilemas éticos y ambigüedades” (p. 10).

Tomando esta posición como punto de orientación para trabajar, se entendió que los actores primordiales del proyecto fueron los participantes del mismo, dado que la recolección de información desde un enfoque cualitativo “consiste en obtener las

perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos)” (Hernández, 2014, p. 8).

A punto de partida entonces de un enfoque metodológico cualitativo como marco de orientación para el desarrollo de esta investigación, se buscó la relación con el campo desde dos vías de recolección de la información: entrevistas semiestructuradas e investigación documental.

En primer lugar, realizar entrevistas semiestructuradas se propuso habida cuenta de que “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández, 2014, p. 403). Dicha modalidad de entrevistas se entendió como la adecuada dado que si bien se planteó un foco o tema sobre el cual dialogar, el surgimiento de emergentes propios del encuentro resultaron también primordiales, dado que un emergente es un elemento que aparece en un momento determinado, a partir del entrecruzamiento de fuerzas múltiples que permiten la generación de nuevos sentidos posibles. Existe así un momento tal, en que “todas las tensiones de la estructura que convergen en un punto dado hacen salir un emergente” (Pichon- Rivière, 1980, p.28). El emergente irrumpe en cuanto ciertas condiciones de posibilidad habilitan a que esto ocurra. El trabajo con emergentes permitió la generación de un diálogo abierto a múltiples significaciones. A partir de todo ello, se entendió que este tipo de entrevistas era la vía indicada para lograr la producción de narrativas, ya que al decir de Gloria Pampillo (2004), el campo de la narrativa “no es algo que está, sino que está siendo hecho” (p.146).

La elección de los participantes para el proceso de entrevistas surgió del previo conocimiento de trabajadores a partir del recorrido del investigador como Residente de Psicología en varios servicios de ASSE, en permanente diálogo con la tutora académica del proyecto y teniendo en cuenta la cercanía de los posibles colaboradores con los intereses de la investigación. Se estimó una cantidad de entrevistados no superior a las 15 personas,

concretándose finalmente 8. Dichos intercambios se desarrollaron en un tiempo que rondó la hora de duración en la mayoría de los casos, existiendo oscilaciones propias de la narrativa de cada uno de los entrevistados

Seguido de lo descrito anteriormente, en relación a la investigación documental, se propuso examinar los distintos documentos y producciones escritas de las organizaciones pertenecientes al Estado uruguayo que tuvieran que ver con el trabajo en Salud Mental en la órbita de la Salud Pública. Esto, entendiendo también con Hernández Sampieri (2014) que una vía sumamente interesante para obtener datos cualitativos “son los documentos, materiales y artefactos diversos. Nos pueden ayudar a entender el fenómeno central del estudio. Prácticamente la mayoría de las personas, grupos, organizaciones, comunidades y sociedades los producen y narran, o delinean sus historias y estatus actuales” (p. 415).

Tales elementos aportaron a la investigación en pro de conocer antecedentes, vivencias, posicionamientos teóricos y circunstancias que se originan en las organizaciones en cuestión. Resultó de suma validez para esta investigación recuperar un cuerpo discursivo estatal en relación a las prácticas de Salud Mental en la Salud Pública desde el Sistema Nacional Integrado de Salud como guía de orientación, a partir de la pregunta acerca de cómo y con qué efectos operan los diversos engranajes estatales como posible maquinaria de *producción de subjetividad*.

Propiamente, la cultura de masas produce individuos: individuos normalizados, articulados unos con otros según sistemas jerárquicos, sistemas de valores, sistemas de sumisión; no se trata de sistemas de sumisión visibles y explícitos, como en la etología animal, o como en las sociedades arcaicas o precapitalistas, sino de sistemas de sumisión mucho más disimulados [...] lo que hay es simplemente *producción* de subjetividad. (Guattari y Rolnik, 2006, p.28)

Tomando lo anteriormente referido como estrategias de recolección de la información proveniente del campo de investigación, se propuso un método analítico hermenéutico-documental; entendiendo que la hermenéutica filosófica con raíces en las enseñanzas de Martin Heidegger y perpetuadas por Hans-Georg Gadamer, es una excelente vía analítica dado que “la hermenéutica filosófica es el arte del entendimiento que consiste en reconocer como principio supremo el dejar abierto el diálogo” (Aguilar, 2004, p. 61).

La denominada hermenéutica surgió en principio como la vía para decodificar los mensajes en los textos sagrados, mas luego del conocido pasaje por la filosofía a partir de la tríada Heidegger, Gadamer, Vattimo, dicha disciplina es entendida a partir de sus postulados como método de diálogo entre componentes pertenecientes a distintas naturalezas. Esto cultiva la posibilidad de establecer relaciones dialógicas entre narraciones, textos, documentos, y aún más; promoviendo la constante apertura de interrogantes que amplíen el campo de problemas al que se enfrente quien investiga. De esta manera se entendió que la hermenéutica filosófica es una posición esencial para sostener las preguntas de esta investigación; dado que una vez realizada la investigación documental y las entrevistas, se hizo dialogar el material emergente de cada uno de los campos mencionados.

En relación a esto, Gianni Vattimo (2002) propone que:

La experiencia a la que la filosofía en toda su historia siempre quiso remitirse como a su fundamento y a su legitimación no puede pues entenderse de ninguna manera como un encontrar las cosas en el tiempo y el espacio, o por lo menos no primordialmente así, sino como un escuchar el lenguaje. El pensamiento es fundamentalmente una escucha del lenguaje en su originaria condición poética, esto es, en su fuerza de fundación y de creación: por eso, el elemento en el cual se desarrolla nuestra experiencia es la proximidad de

pensar y poetizar. Como escucha del lenguaje, el pensamiento es hermenéutica (p. 120).

Así, asentar el análisis y la articulación de los elementos de esta investigación en una estrategia hermenéutico-documental se sustentó en la convicción de que es un “procedimiento científico, un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema. Al igual que otros tipos de investigación, éste es conducente a la construcción de conocimientos” (Morales, 2003, p. 2).

Capítulo II

Apuntes Acerca de la Cuestión Institucional

Inicialmente

Los ocho entrevistados a lo largo de este período de encuentros han logrado expresarse acerca de sus inscripciones como psicólogos dentro de las complejas tramas institucionales en las que desarrollan sus prácticas diariamente. Ha sido fundamental la posibilidad del intercambio con ellos, dado que sus inscripciones justamente se dan de maneras diversas y en diferentes áreas de la salud mental pública en el Uruguay. Algunos de los entrevistados desarrollan sus tareas dentro de lo que comprende al primer nivel de atención en salud, entendiéndose a sí mismos y su rol como psicólogos de territorio; otros se desempeñan como psicólogos en un nivel más especializado, trabajando con problemáticas que ya están instaladas como el consumo problemático de sustancias o los trastornos mentales severos y persistentes; al tiempo en que otros realizan sus tareas como psicólogos en el área de la privación de libertad. Tomando el cuerpo de las entrevistas se puede dar cuenta de que están contemplados los diferentes niveles que componen al sistema de atención en salud, desde un primer nivel más universal en cuanto a su especificidad así como un tercer nivel donde la especificidad es mayor, abarcando asimismo lo que tiene que ver con la población que accede a cada uno de estos niveles y su contemplación tangencial a través de la palabra de los entrevistados.

Las inserciones tan diversas también implican desarrollo de tareas y técnicas ciertamente diversas, a partir de lo cual aparece el trabajo en coordinación de talleres informativos, coordinación de grupos terapéuticos, realización de prácticas individuales de escucha, actividades comunitarias y de difusión acerca de problemáticas de salud en general, participación en reuniones de equipo, planificación de estrategias de abordaje

institucionales, entre otras. Es decir, de la palabra de los entrevistados surge un campo de significantes diverso y que se toma como *petit* muestrario de un gran entramado que está funcionando constantemente a lo largo y ancho del país, todos en este caso, atravesados por el hilo común de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y el Ministerio de Salud Pública (MSP) como entes rectores de dicha diversidad.

En este apartado se buscará desarrollar tanto descriptiva como analíticamente algunas dimensiones del campo institucional que se entienden pertinentes en función de los emergentes propios de las entrevistas realizadas, tomando en cuenta las insistencias con que éstos fueron apareciendo a lo largo de los encuentros con los profesionales. Los nombres elegidos para reflejar dicho cuerpo de insistencias es en alguna medida arbitrario, dado que es una decisión del investigador, de quien escribe estas líneas, pero con la intención de buscar dar cuenta de lo que luego se desarrollará bajo tal nomenclatura. Así entonces, este capítulo estará constituido por tres grandes ejes: el primero, que se denomina *Resistencias Institucionales* busca reflexionar en conjunto con la letra de los entrevistados acerca de aquellos elementos que generan obstáculos a la hora de lograr realizar la práctica de la psicología en los diferentes establecimientos en los que trabajan y qué interpretaciones son posibles desde sus experiencias cotidianas. El segundo eje que compone este capítulo se denomina *Apuntalamientos Institucionales* y dialoga con el anterior justamente como su contracara, o aquello con lo cual ejerce tensión, a partir de lo que se entiende como márgenes de condición de posibilidad para que el asunto de la psicología logre desplegarse en el entramado institucional. Finalmente, el tercer eje de este capítulo, *Encargos Institucionales*, pone en reflexión aquellos tabiques que existen en las tramas institucionales, muchas veces de forma explícita y muchas otras de forma tácita, que indican cómo debe realizarse una tarea, para qué y bajo qué presupuestos. Tomando estos ejes como orientadores para la reflexión: ¿Qué posibilidades tiene quien desarrolla sus prácticas dentro de un entramado institucional tan complejo? ¿Qué instituciones son las que

hablan y en qué momentos? ¿Es posible dar cuenta de qué habla en cada acto en una trama institucional? ¿Darse cuenta?

Breves Apuntes Sobre la Cuestión Institucional

Escribe Georges Lapassade (2008):

La práctica psicosociológica tiene que ver con instituciones, pero siempre a través de los grupos que hablan: el habla de la sociedad pasa a esos grupos como habla reprimida, ideologizada, censurada por las instituciones, como lenguaje del desconocimiento, y en esa alienación del habla inacabada se muestra y oculta la dimensión política (p. 217).

Las instituciones están ahí permanentemente, constituyendo una inmensa maquinaria dentro de la cual existimos. No hay actividad humana que se dé por fuera de la trama institucional. No hay un más allá de las instituciones. Nuestras prácticas cotidianas se desarrollan en una constante tensión dialéctica entre momentos de mayor *inmersión* en las lógicas institucionales y momentos de menor *inmersión*, subjetivándonos constantemente en el andar de tales articulaciones. Especie de funcionamiento de alienación y desalienación en estado constante. Expresará Castoriadis (2007) que "las instituciones pueden ser, y son efectivamente, alienantes en su contenido específico" (p.101). Al tiempo en que aportará René Kaës (1989) que:

... la institución nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y sus discursos; pero, con este pensamiento que socava la ilusión centrista de nuestro narcisismo secundario, descubrimos también que la institución nos estructura y que trabamos con ella relaciones que sostienen nuestra identidad. Más radicalmente, nos vemos enfrentados al pensamiento de que una parte de nuestro sí-mismo está "fuera de sí", y que precisamente eso que está "fuera de sí" es lo más primitivo, lo más

indiferenciado, el pedestal de nuestro ser, es decir, tanto aquello que, literalmente, nos expone a la locura y a la desposesión, a la alienación, como lo que fomenta nuestra actividad creadora (p.16).

Se produce una lógica alienante cuando aquello que está instituido existe en un plano dominante respecto de aquello que permite instalar lo instituyente, al decir nuevamente de Kaes (1989).

Como si se tratara de un juego inmenso de matrioskas rusas, podemos decir junto con Jean Paul Sartre (1963) que nadie puede estar por fuera de un grupo, salvo que al momento de sustraerse de uno inmediatamente esté inscripto dentro de otro. No parece existir una *meta-grupalidad*, así como tampoco parece existir una *meta-institucionalidad*. Ahora bien, respecto de las instituciones existen diversas escuelas de pensamiento, formas de entender tales fenómenos así como posicionamientos al respecto. Para el desarrollo analítico de algunos fragmentos de esta tesis, se establecerá un diálogo, principalmente, con los aportes y desarrollos de René Lourau y Georges Lapassade, así como de aquellos que han dado continuidad a sus proposiciones.

¿Qué es una institución? ¿Cómo se entiende tal cosa? Dirán las autoras Conde Rodrigues y Batista de Souza (1989) que podemos entender a las instituciones como toda aquella “forma que produce y reproduce las relaciones sociales o forma general de las relaciones sociales, que se instrumentaliza en establecimientos y/o dispositivos” (p.128). A su vez, Gregorio Barembliitt (2005) sostiene que una institución es

una serie de prescripciones, prohibiciones, y de opciones indiferentes, que guían la vida social, de manera consciente o no. Esas prescripciones para la toma de decisiones, son al mismo tiempo lógicas, éticas, estéticas, etc., es decir que se plantean de acuerdo con valores que definen lo que es verdadero o falso, lo que es justo o injusto, lo que es bello o feo, etc, para la Sociedad en cuestión (p.33).

Es decir que, siguiendo esta línea de pensamiento, las instituciones están ahí para entramar el tejido del cuerpo social, manteniéndolo, posibilitando ciertas configuraciones que hacen que no sea un constante paño agujereado sino que se establezca así una criba que genere condiciones de posibilidad para la existencia. No solamente desarrollando un principio de orden, sino que también marcando un rumbo hacia el cual han de ir las cosas de la vida social. La trama de las instituciones y su constante pujanza, darían cuenta de esa especie de deseo inherente al cuerpo social que habitamos todos. Siguiendo los postulados de Baremblytt, nos encontramos también con la idea de que las instituciones en ese constante acto de orientación de la vida social, establecen parámetros de valor mediante los cuales lo que sucede, deviene posible. Lo que tiene valor en un momento determinado de la historia para una determinada sociedad, aquello que es bien visto y aquello que es mal visto, las cosas que son prioritarias, las decisiones políticas que las personas han de tomar, entre tantísimos otros ejemplos posibles, son orientados a partir de las pronunciaciones que respecto de ellos realizan las instituciones.

Señala Lourau (2007) que:

Una norma universal, o considerada tal, ya se trate del matrimonio, de la educación, de la medicina, del régimen del salario, de la ganancia o del crédito, es designada institución. El hecho de fundar una familia, el acta de matrimonio, así como el fundar una asociación, de iniciar un negocio, de crear una empresa, un tipo de enseñanza, un establecimiento médico: también estos fenómenos llevan el nombre de institución [...] Por último, formas sociales visibles por estar dotadas de una organización jurídica y/o material: una empresa, una escuela, un hospital, el sistema industrial, el sistema escolar, el sistema hospitalario de un país, son denominadas instituciones (pp. 9, 10).

Sumado a lo anterior, al decir nuevamente de Conde Rodrigues y Batista de Souza (1989), podemos dar cuenta de instituciones cuando hablamos de elementos propios de la

vida que vamos desarrollando día tras día; siguiendo sus postulados estamos hablando de instituciones cuando nos referimos por ejemplo a “la formación, la supervisión, la evaluación, la psicología, el psicoanálisis, el dinero, el contrato, la subjetividad, la salud mental, el dominio de lo privado, etc.” (p.130). Todo aquello que ha pasado por el tamiz dialéctico de la puja instituido-instituyente, y ha logrado formar parte de esos intercambios que dan cuerpo al campo social, ha de entenderse como institución, cada una con su complejidad y en relación jerárquica con las demás. No todas las instituciones afectan de la misma manera, ni en los mismos lugares. Para poder entender algo de todo esto, resulta importante poder reflexionar en “jerarquías, en direcciones, en agentes, en vínculos entre instituciones y entre organizaciones en procesos de producción y de reproducción, en puntos de resistencia mayores y menores, en movimientos instituyentes y prácticas instituidas, en acontecimientos reveladores y en rituales ocultadores” (Conde Rodrigues y Batista de Souza, 1989, p. 128).

Ahora bien, las instituciones en sí mismas no logran operar sobre el tejido social, sino que forman parte de complejos dispositivos (Barembliitt, 2005) que hacen que ello sea posible; dado que éstos son artefactos que conectan fuerzas y elementos de naturalezas heterogéneas, en sus dimensiones semióticas y pragmáticas. Al ser entendidas de esta manera, las instituciones para efectuarse y realizarse, se instrumentalizan y materializan en organizaciones, y más directamente en establecimientos; lo que permite que tales instituciones pasen constantemente por un proceso dialéctico de producción, reproducción y transformación. No existen en un plano quieto y de una vez y para siempre, sino que son pasibles de modificación. Existen, en una constante tensión entre un estado instituido y una fuerza instituyente. Aquello que parece haberse logrado, definido y alcanzado en un punto tal, y aquello que lo tensiona, que lo desvía al infinito.

Teniendo en cuenta los intereses de la investigación, es importante poder hacer énfasis sobre la noción de organización. Al decir de Barembliitt (2005) podemos entender a las organizaciones como pequeños y grandes “conjuntos de formas materiales y funcionales

que concretizan las opciones que las instituciones distribuyen y enuncian” (p.36). Es decir que, siguiendo este razonamiento un ministerio es una organización, e incluso son organizaciones algunas de las reparticiones internas a éste.

Por caso, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es una organización compleja, que contiene dentro de sí organizaciones más pequeñas como ASSE, dentro de las cuales coexisten instituciones como la salud, la salud mental, lo público, el cuidado, el salario, el trabajo, las relaciones laborales, entre tantas otras; las que se efectivizan constantemente en establecimientos tales como hospitales, policlínicas o centros de salud.

Así, ¿qué instituciones están presentes en los diferentes momentos laborales? ¿A qué nudo institucional está alienado un trabajador de la salud mental en un momento determinado? ¿Qué grados de visibilidad e invisibilidad hay habilitados para el desarrollo de las prácticas de salud mental? ¿Qué dicen aquellos que integran el grupo de los psicólogos de la salud mental respecto de sus inserciones cotidianas en el campo de la salud mental pública en Uruguay? Siguiendo la palabra de los profesionales entrevistados, ¿cuánto permiten y cuánto inhabilitan las instituciones que constituyen la salud mental en nuestro país?

Resistencias Institucionales

Lo que se busca nombrar en este apartado bajo la denominación de resistencias institucionales es aquella dimensión que resulta evidente en el momento en que determinadas organizaciones comienzan a generar acciones que a primera vista irían en contra de los principios que rigen su andar, y que en alguna medida les otorgan sentido de existencia. A lo largo de las diferentes entrevistas fue surgiendo una insistencia desde donde se identificaba por parte de los profesionales un cuerpo de dificultades con las que ellos tenían que lidiar cotidianamente para lograr desarrollar su trabajo lo más cercano posible a lo imaginado. El desarrollo de esa relación particular entre los profesionales y las

trabas institucionales se desarrollará en el siguiente capítulo de esta tesis, por lo cual el foco en este apartado está puesto en la relación entre las instituciones y la población que recurre a los establecimientos en busca de una ayuda en particular.

Uno de los entrevistados, reflexionando acerca de cuánto influye el plano organizacional sobre la posibilidad o no del desarrollo de un tratamiento, dice lo siguiente:

¹Como ese compromiso ¿no? Que, creo que es fundamental. Y también vimos claramente que cuando eso no está, los pacientes no sostienen, ¿no? O sea, más allá de que se puede leer... Muchas veces como resistencia del paciente, que faltó, o llegó tarde, que no sé qué; también las instituciones son enemigas de los tratamientos y son super hostiles. Y muchas veces cosas que se leen como resistencias en realidad tienen mucho que ver con la institución y con las personas que trabajan en las instituciones, que no generan ningún tipo de vínculo ni de compromiso con los pacientes. Y eso los pacientes lo actúan ¿No? Se ve claramente (Entrevista 4, 30/5/2022).

Aparece ahí una posición clara respecto de esa relación íntima entre la posibilidad fluida de un despliegue en la estrategia de un posible tratamiento y las organizaciones que comienzan a manifestarse allí. El entrevistado nombra las instituciones como una generalidad, desde una lectura ciertamente abstracta al respecto, pero no por ello menos elocuente a la hora de enunciar un mensaje. Instala asimismo la idea de una resistencia, que queda ubicada del lado de las organizaciones.

Siguiendo la misma línea, otro pasaje de entrevista deja ver:

Todas las trabas que tienen los pacientes para llegar a las consultas. Tienen que pasar por tres o cuatro ventanillas, les das un horario y después le dan otro. Los del grupo, por ejemplo, todas las semanas tienen que ir... mi grupo es a las 9:00 y les dan para las 15:00. Y después que le dan, en la computadora sale a las 15:00. Entonces después el

¹ A lo largo de esta tesis, el discurso de los entrevistados aparecerá escrito en cursivas.

paciente viene a las 15:00, yo qué sé... ¿Qué lectura vas a hacer? Si es...todo atravesado como decías vos, por la institución, que es claramente expulsivo (Entrevista 4, 30/5/2022).

Al anterior asunto mencionado como resistencia, se le suma un elemento que es identificado como expulsivo. Instituciones que funcionan a partir de una fuerte presencia de resistencias hacia la posibilidad del desarrollo de los tratamientos, así como también instituciones que desarrollan mecanismos expulsivos respecto de la presencia de los pacientes en los diversos establecimientos.

Otro de los entrevistados, relata respecto de las posibilidades del desarrollo de sus tareas:

Es difícil establecerlo en el hospital porque está todo atravesado por la institución y cuando no, la pobreza. En el caso de otros Centros donde trabajo, aparte de que son todos pacientes con trastornos mentales severos y persistentes, aparte de eso, son todos muy pobres, super pobres. Y entonces el sistema es, como, muy duro con el loco y el pobre junto (Entrevista 4, 30/5/2022).

De los tres fragmentos de entrevista seleccionados, surgen puntos ciertamente interesantes para focalizar la reflexión desde el punto de vista institucional. Se identifican ahí, tres elementos que, según la palabra de quienes trabajan en el campo de la salud mental, están presentes cotidianamente en los establecimientos. Se identifica una dureza hacia el loco y el pobre, una lógica de expulsión hacia los pacientes en diversas formas, así como una lectura en términos de resistencia hacia la posibilidad de que los tratamientos se desarrollen correctamente, sin inconvenientes burocráticos, al menos.

Al desarrollar una lectura del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 elaborado por el MSP, nos encontramos con un apartado en el que se identifica una serie de nudos críticos que dan alimento justamente a las nuevas orientaciones que el plan pretende establecer. La letra del plan organiza tales nudos críticos en categorías. Así, existen tres puntos identificados que dialogan con lo que han dicho los entrevistados, en una sintonía

evidente. Dentro de la dimensión denominada *cambio cultural*, el plan dice que actualmente existe una “persistencia de concepciones estigmatizantes que afectan los procesos de atención de personas con problemas de salud mental y/o uso problemático de drogas y su inclusión en la comunidad” (MSP, 2020, p.25).

Sumado a ello, en la dimensión *accesibilidad* se identifica que persisten “barreras para acceder a la atención en salud mental institucional, con un modelo tradicional que genera, sumado a otros factores, tiempos de espera prolongados, con los costos asociados para el usuario/a” (MPS, 2020, p.25).

Finalmente, la dimensión *equidad* del Plan de Salud Mental del MSP (2020) informa que se mantiene una “inadecuación de los servicios existentes para atender a grupos poblacionales en situaciones de vulnerabilidad (situación de calle, PPL, entre otros)” (p.26).

Existe una coherencia entre las denuncias que realizan los entrevistados y aquellas cosas que ha identificado el propio plan de salud mental. ¿Cómo puede explicarse que en el propio seno de organizaciones destinadas al abordaje de problemáticas de salud mental se desarrollen actos de resistencia y expulsión hacia los usuarios que allí consultan? ¿Es un asunto de desviación de los raíles propios de estas organizaciones, constituyendo una especie de perversión institucional o es un asunto de pujas donde ciertas instituciones en juego priman por sobre otras? Podríamos aventurar por ejemplo, que en un momento histórico donde el principio económico rige los planos de existencia a nivel global, el asunto del ahorro esté primando por sobre otras cosas. Un principio económico rector, bien puede explicar que exista la menor cantidad de personal posible para atender a la mayor cantidad de usuarios posibles, utilizando el tiempo como moneda de uso fundamental en dicha estrategia. La mayor cantidad de usuarios posibles, atendidos en un lapso comprimido de tiempo, a partir del mejor aprovechamiento posible del personal disponible para ello. ¿Qué lugar queda para un tratamiento sostenido en el tiempo? ¿Qué lugar queda para el despliegue de los conflictos psíquicos? ¿Qué lugar queda para el desarrollo de los tiempos

del inconsciente, que claramente no son los mismos que los de una policlínica que sigue las lógicas temporales de un supermercado?

Apuntalamientos Institucionales

En consonancia con el apartado anterior, varios de los entrevistados reflexionaron acerca de ciertas aristas que entendían debían brindar las organizaciones respecto del cuidado tanto de los profesionales como de los usuarios, en pro de la posibilidad de generar las mejores condiciones posibles para llevar adelante las intervenciones y los tratamientos. En líneas generales, en la mayoría de los casos aparecen ideas o reflexiones respecto de cómo les gustaría que fuera, de qué estrategias imaginan como necesarias para el apuntalamiento de su trabajo, mas, en clave de algo que no sucede. El relato aparece como identificando una ausencia, algo que no está.

Respecto de la presencia de dispositivos de pensamiento en su lugar de inserción laboral, uno de los entrevistados sostiene:

...para mí hay que vincularlo con la ausencia de dispositivos institucionales para pensar la tarea, ¿no? Porque quizás si los hubiera o si tú dices, funcionasen bien, quizás eso no pasaría o bueno, por lo menos bajarían las posibilidades de que ese tipo de cosas ocurran (Entrevista 1, 21/5/2022).

En otro pasaje de entrevista, respecto de estrategias para cuidar de los equipos de trabajo, aparece el siguiente enunciado:

Entonces, ¿cómo desde la salud pública se contrata a un equipo para que trabaje con un equipo externo, para que trabaje con el equipo de salud mental y la intervención consista pura y exclusivamente en eso? Yo dije yo no participo más de esto, esto es un divague, parece mentira (Entrevista 1, 21/5/2022).

Otro de los entrevistados se refiere al soporte e incentivo de formación hacia los profesionales que ofrece la salud pública. Relata lo siguiente:

No, salud pública no ofrece nada, nada. Sencillamente para, respecto a la pregunta puntual de salud pública, no ofrece nada. Un solo curso una vez al año, que es realmente de muy escaso nivel y que está pensado para que lo realicemos todos los funcionarios de todas las áreas, con lo cual es realmente muy pobre desde el punto de vista conceptual. Para generar un ingreso extra. Pero bueno, este, no sé muy bien cuál es el cometido, pero es lo único que ofrece (Entrevista 6, 13/6/2022).

Siguiendo este hilvanado pero con cierto alejamiento respecto de los fragmentos anteriores, uno de los entrevistados reflexiona acerca de cómo se constituyen los diversos centros de salud y policlínicas, ubicando allí el valor que entiende se le da a la salud mental en las estrategias de elaboración de dichos lugares físicos en cuanto a la distribución de recursos. Relata:

La necesidad de esta primacía del cuerpo y la salud del cuerpo, es la que moviliza los recursos como para que se construya una policlínica en un lugar. Nadie va a construir una policlínica de salud mental, salvo que haya una política de Estado super potente, que diga, bueno, vamos a invertir en esto...(Entrevista 2, 10/6/2022).

Afirma Gregorio Barembliitt (2005) que todas las organizaciones e instituciones en mayor o en menor medida están ahí para cumplir funciones, y dar lugar a funcionamientos. Sostiene que estas funciones son “acciones que regulan, constituyen y operan en la sociedad tal como ésta se encuentra, es decir, rigurosamente en el estadio que han alcanzado en relación a determinado Modelo de cómo una sociedad debería ser para realizar sus valores máximos” (p.39).

¿Cuáles serán entonces los valores máximos de esta sociedad que estamos constituyendo actualmente? ¿Qué funciones cumple la salud mental dentro de los tejidos de dicha sociedad? Siguiendo los apuntes desarrollados por Suely Rolnik y Félix Guattari

(2006) pareciera que hay la necesidad de sostener ciertas formas molares sedimentadas que mantengan el rumbo actual de las cosas, en el entendido de que el “orden molar corresponde a las estratificaciones que delimitan objetos, sujetos, las representaciones y sus sistemas de referencia” (p.370).

Encargos Institucionales

Mantener el estado de cosas pareciera ser una de las premisas que marcan el andar de los trabajadores de la salud pública en nuestro país. Da cuenta de ello algunos de los apuntes que se han ido dejando plasmados en este recorrido, todo aquello que a nivel de las organizaciones va imprimiendo en la tarea de los psicólogos un conjunto de delimitaciones que indican por dónde ir, de qué manera y por dónde no transitar si se quiere mantener el calor del sostén institucional. Ese nivel molar de las estratificaciones y las grandes formas sociales, necesita de inmensos dispositivos para mantenerse, para perpetuarse dentro de ciertos parámetros.

Este apartado, que se denomina *encargos institucionales*, si se sigue a la letra la noción que desarrollan los institucionalistas convocados, seguramente no mantenga un vínculo de precisión y notoria fidelidad, dado que un encargo es una herramienta de lectura al momento de un trabajo de intervención institucional determinado. Fundamental en la aplicación de ciertos dispositivos donde resulta importante diferenciar aquello que le es solicitado a un equipo de trabajo de aquello que subyace, que demanda desvío. De todas maneras, se entiende que convocar dicha conceptualización es de aporte para el desarrollo de esta tesis, salvedades mediante.

Según Barembliitt (2005) el denominado encargo se constituye de “sentidos no explícitos, no manifiestos, disimulados, ignorados o reprimidos y que comportan una demanda de bienes o servicios [...] refiere a una solicitud o exigencia de soluciones imaginarias o de acciones destinadas a restaurar el orden constituido” (p.157). A dicha

afirmación se puede agregar también que los encargos son parte de estrategias de gobierno organizacionales que

no vacilan en adoctrinar a quien se precisa acallar, o a aplicar verticalmente un modelo de planeamiento y gestión destinado, no a resolver los conflictos o propiciar las intervenciones-transformaciones, sino a acabar de una vez con los síntomas o signos de un disfuncionamiento o de un malestar. (Baremblytt, 2005, p.113)

Varios de los profesionales entrevistados hicieron alusión a tener que vérselas con diversos encargos en sus centros de trabajo. La primera interrogante que se podría dejar plasmada sería, ¿a qué Encargo responden los pequeños encargos que se van instalando en el campo de la salud mental? ¿Hay una lógica hacia la que están yendo las estrategias políticas en este campo? ¿Se favorece lo novedoso o la mantención del *statu quo*?

Respecto de la organización en la que trabaja, un entrevistado comenta:

Igualmente estamos transversalizados por las cuestiones políticas, por ejemplo esta participación en la XX (nombre omitido de la organización), no tiene que ver ni con mi formación, ni con mi elección de desarrollar una tarea en esa línea, es un verticalazo que viene que tenemos que participar y bueno. Y ahí uno intenta ver qué es lo que puede llegar a producir ahí, que hay que ser muy creativo, porque hacer dialogar paradigmas opuestos puede ser hasta violento en algún punto (Entrevista 3, 26/5/2022).

Agregando más adelante:

A mí lo que me pasa últimamente es que me encuentro con lineamientos de participar de cosas con las que no estoy de acuerdo y no estoy pudiendo tener la libertad de decidir. Entonces, esos lineamientos desde mi experiencia puntual no coinciden ni con lo que yo me formé ni con lo que yo entiendo que hay que hacer, pero bueno, uno queda, como, entrampado como trabajador, donde tiene que participar en cosas con las que no está de acuerdo (Entrevista 3, 26/5/2022).

De esa entrevista se desprende una clara disconformidad con el hecho de sentirse obligado a participar de determinadas actividades, que se instalan como ineludibles y prioritarias, sin dejar margen a la posibilidad de reflexionar acerca de dichas prácticas, ni de optar en función de la formación del profesional. Pareciera leerse allí que se instala una clara preeminencia de una política de funcionamiento, que sigue determinados parámetros, por sobre la formación de aquellos que lo llevarán adelante. El entrevistado hace claro énfasis en que la solicitud es por resolver una petición, para la cual no tiene ninguna formación técnica. Esto instala la idea de que a partir de esa jerarquización de solucionar un asunto de intereses mayores, por urgencia o porque está escrito en la letra del algún plan de gobierno, no interesa la calidad de cómo esto se lleve adelante. Pareciera como si un tren arremetiera, sin preguntar quién o qué se está llevando por delante a su paso.

¿Qué lugar queda para el despliegue de las herramientas técnicas? ¿Da lo mismo que cualquiera resuelva cualquier cosa? ¿No existe la formación específica en la salud mental? ¿Todos los psicólogos pueden abordar todos los dispositivos existentes? ¿Cualquiera puede coordinar un grupo, cualquiera puede llevar adelante un proceso psicoterapéutico, cualquiera puede trabajar con adicciones, cualquiera puede desarrollar talleres de prevención?

En otra veta de lectura, respecto de cómo y bajo qué posibilidades llegan los pacientes a la atención psicológica, uno de los entrevistados aporta:

Según el caso, y es que a veces las derivaciones están tan, tan sesgadas que tienen que ser...si está en tal modo son tantas, si está en el otro, son tantas... Y también ahí, con este tiempito cortito, hacé lo que puedas y ya está. Y uno a veces ve cada situación complicada, de intentos de autoeliminación o situaciones así. No sé, un año no, no se puede trabajar sólo, no, dos años o menos. Hay veces que son modos, creo que es el modo dos, que son seis meses, una cosa ridícula, que bueno, que, si bien las mutualistas de privado también se enganchan; pero es algo que viene de salud pública (Entrevista 7, 13/6/2022).

El profesional entrevistado identifica un problema allí donde pareciera que se le impone una modalidad de atención donde hay determinada cantidad de sesiones, en determinado tiempo preestablecido y siguiendo ciertos parámetros de atención.

En la palabra de más de un entrevistado aparece la dimensión de unas indicaciones previas acerca de qué temas priorizar, en cuánto tiempo abordar dichos temas y cuáles han de ser los tiempos establecidos para el desarrollo de dicha tarea. Nuevamente, la relación entre la psicología y las temporalidades institucionales parecen enfrentarse en un nodo crítico, siguiendo los términos propuestos por el plan de salud mental. ¿Es posible diagramar los tiempos de un tratamiento, antes de que éste suceda?

Agrega otro entrevistado:

Pero bueno, me parece que a veces es como demasiado y los tiempos son muy pocos para los usuarios. Y bueno, después sí, que el psicólogo pudiese tener más tiempo. En el tiempo, digo, no solamente la hora reloj, sino en el proceso de la consulta, porque bueno, porque para poder trabajar como decía determinados temas en poco tiempo no se puede (Entrevista 7, 13/6/2022).

La dimensión del tiempo aparece con insistencia en más de la narrativa de un entrevistado. Parecen acordar en que el tiempo preestablecido es poco, y que se utiliza en pro de la mayor cantidad de resolución de consultas posibles, quedando en un segundo plano la calidad de dichas atenciones.

Finalmente, un entrevistado reflexiona acerca de la relación entre el trabajo de la psicología y los lineamientos propuestos:

Esto es ir modulando la oferta de las consultas que nosotros hacemos a ciertos parámetros de los cuales de alguna manera se ha ido corriendo o se ha ido como desenfocando, ir como ajustando las prácticas nuestras a este plan de atención (Entrevista 8, 15/6/2022).

Amoldarse o perecer. De varias de las entrevistas surgen elementos en relación a aquello que está prescripto, en una letra que da indicaciones que permean los espacios más microscópicos de los consultorios de la salud mental pública. Los entrevistados parecen dar cuenta de sentir ciertas presiones laborales, pero que al enfocar la mirada, parecen no detectar con precisión el lugar de donde éstas vienen. Indicaciones acerca de a quiénes atender prioritariamente, qué temas abordar preferentemente, en cuánto tiempo atender y resolver dichos asuntos, amoldarse, tal y como dice el último fragmento citado. Amoldarse a las proposiciones.

Expresa Heidegger (2014) que es en el momento en que el Uno deviene indetectable, inapresable, el momento en que logra instalar su verdadera dictadura.

Disfrutamos y gozamos como se goza; leemos, vemos y juzgamos de literatura y arte como se ve y juzga; incluso nos apartamos del montón como se apartan de él; encontramos sublevante lo que se encuentra sublevante. El Uno, que no es nadie determinado y que son todos, si bien no como suma, prescribe la forma de ser de la cotidianidad. (Heidegger, 2014, p.143)

Sostener un estado de cosas general pareciera ser la premisa mayor, volcando hacia abajo, llegando así a cada consultorio, incluso a cada intervención realizada por un psicólogo. ¿Qué lugar deja esto para la práctica clínica? ¿Qué clínica es posible cuando hay un terreno tan estriado?

Capítulo III

El Psicólogo Entre los Desfiladeros Institucionales

Tomando como punto de partida los desarrollos elaborados en el capítulo anterior, donde a partir de la palabra de los profesionales entrevistados se buscó dar cuenta de ciertos aspectos relacionados con la cuestión institucional y organizacional en la cual éstos desarrollan sus prácticas es que en este apartado se tomará como tarea la puntualización de la experiencia del psicólogo *dentro* de dicha trama. Reconociendo que no existe una lógica de dentro y fuera tal como dejaron desarrollado tanto Ana María Fernández (1992) cuando dice que “el contexto es texto grupal y que el texto, a su vez, es generador de múltiples sentidos” (p.106) y Jacques Derrida (1986) cuando sostiene que no hay nada que esté por fuera del texto.

De todas maneras, esa inserción de los profesionales de la psicología dentro de diferentes roles, inscriptos en organizaciones que corresponden a grandes entrecruzamientos institucionales como el MSP y ASSE, genera vivencias ciertamente particulares así como posiciones de pensamiento respecto de sus tareas. A partir del intercambio con los entrevistados, algo de estas experiencias fue cobrando un lugar preponderante, prácticamente todos tuvieron algo para decir respecto de qué hacían cotidianamente, qué dificultades encontraban constantemente para el desarrollo de sus tareas y qué afectos producía en ellos cada una de estas vicisitudes con las que convivían, al menos hasta el momento de realizadas las conversaciones.

Se entiende que el desarrollo de este apartado dialoga directamente con el apartado anterior, dado que se desprende de ahí, existe como continuidad en la elaboración del pensamiento respecto de la cuestión institucional y en cómo ésta afecta los cuerpos de aquellos que desarrollan sus tareas allí, en el campo de la salud mental pública.

Para ello, y tomando como guía nuevamente la palabra de los entrevistados, en este apartado se buscará acceder a algunos resquicios íntimos del psicólogo en la salud pública. Inicialmente se elaborará una puntualización descriptiva acerca de cuáles son las tareas que los entrevistados identifican como propias de su rol, aquellas que efectivamente llevan a cabo semanalmente. Sumado a ello, se realiza un desarrollo de dos emergentes que por su insistencia se transformaron en temáticas propias del cuerpo narrativo de los entrevistados. En primer lugar se reflexionará acerca del psicólogo *Fuera de rol*, punto a partir del cual muchos de los entrevistados se expresaron acerca de aquella batería de tareas que veían debían llevar adelante y que entendían no pertenecen a su rol como psicólogos. En conjunto con esto, el segmento *Psicólogo motu proprio*, identifica un ejercicio en común entre los entrevistados, que da cuenta de la necesidad de resolver cosas realizando esfuerzos que consideran extras, para poder llevar adelante la tarea para la que fueron contratados efectivamente.

No hay lugar, es el significante que busca aglomerar expresiones de diversos profesionales con los que se conversó cuando daban cuenta de que dentro de los diferentes establecimientos la psicología no tenía lugar físico para desarrollar sus prácticas. El último segmento de este capítulo, *Angustia del profesional*, intenta reflexionar acerca de los afectos que habitan en los entrevistados al momento de encontrarse con los obstáculos desarrollados anteriormente.

Quehacer Cotidiano

Los psicólogos entrevistados fueron describiendo sus tareas, a punto de partida de una pregunta sencilla: *¿Cuáles son las tareas que desarrollas como psicólogo en el ámbito de la salud pública?*

Como ya se ha dejado escrito en esta misma tesis, los entrevistados trabajan en diferentes áreas dentro de la salud pública, abordando los tres niveles de atención propuestos por el Sistema Nacional Integrado de Salud y contemplando en sus tareas a una población notoriamente heterogénea. Se destaca inicialmente que dos de los entrevistados trabajan en el área de la privación de libertad, en recintos carcelarios; otros tres desarrollan sus prácticas como psicólogos de territorio, manteniendo actividades en el primer nivel de atención repartiendo sus actividades entre tareas de atención y comunitarias; otro trabaja particularmente en un servicio especializado en la temática del consumo problemático de sustancias; otro de los entrevistados trabaja con trastornos severos y persistentes; y el último de los entrevistados que conforman este grupo desarrolla sus tareas en un hospital especializado del tercer nivel de atención cuyo foco estratégico es el asunto ginecológico y pediátrico, y sus alrededores.

Fue intención al momento de desarrollar el trabajo de campo para esta investigación abordar una amplitud de situaciones que diera cuenta de realidades diversas dentro de un campo tan complejo, entendiendo que no se trata en lo absoluto de una realidad a modo de monolito, sino justamente que todo lo contrario, aunque con hilos comunes.

A partir entonces de la pregunta mencionada, estas fueron algunas de las respuestas vertidas por los profesionales respecto de las tareas que realizan:

- Hacemos atención individual y atención grupal. Y a veces... yo no estoy participando ahora, a veces existen algunos otros dispositivos como tratamiento de consumo problemático de drogas. En algunos momentos, proyectos de egreso (Entrevista 1, 21/5/2022).

- Entonces yo por un lado hago dos cosas, hago trabajo de policlínica y trabajo de sala... (Entrevista 2, 10/6/2022).

Resolución de la consulta, acompañamientos, e instancias grupales (Entrevista 3, 26/5/2022).

- ...las tareas que tenemos, que tengo yo específicamente como psicóloga, son: las entrevistas de ingreso o de primera vez para... el que hace el psicólogo o psiquiatra como de manera indistinta, después tengo los seguimientos de pacientes que serían como los tratamientos propiamente dichos de consultas psicológicas y tengo dos grupos. También tengo el seguimiento de pacientes internados en sala (Entrevista 4, 30/5/2022).

- Pero básicamente se trabaja en un primer nivel de atención. Tiene diversos cometidos. El apoyo, la contención, el seguimiento, la derivación a otros niveles de salud cuando la situación así lo amerita, el abordaje de diferentes situaciones, de todo lo que puede traer de un paciente de todas las edades, desde niños pequeños hasta personas de la tercera edad. O sea que es un, es una puerta (Entrevista 6, 13/6/2022).

- ...en la actualidad estoy como coordinadora en un centro de salud y, bueno y, como psicóloga coordino grupos terapéuticos, hago seguimientos individuales, coordino reuniones multifamiliares, seguimientos familiares, entrevistas de ingreso de usuarios, entrevistas de ingreso de familia (Entrevista 7, 13/6/2022).

De todas las expresiones reunidas, se infiere a primera vista que cada profesional no mantiene una única tarea en su puesto de trabajo, sino que al menos realiza dos, y en muchos de los casos, más. Aparece la coordinación de espacios grupales, los denominados seguimientos individuales y el trabajo con las familias desde diversas áreas técnicas como elementos comunes. Así también, aparecen factores como la necesidad del trabajo en equipo con otras disciplinas y la participación en coordinaciones y estrategias de abordaje a problemáticas en particular.

La figura del psicólogo en ASSE pareciera estar constituida de múltiples tareas, no se adivina de buenas a primeras un perfil claro y evidente de cómo es éste dentro de la

salud pública, sino que para poder resolver esa interrogante habría que ubicarse en la posición que ocupa dentro del gran organigrama. Dicha imagen, siguiendo las proposiciones compartidas por los entrevistados, es relativa al punto en que están insertos, lo que imprimirá en la tarea una u otra particularidad, así como también los focos serán prioritarios de manera diferente según los objetivos de cada organización, incluso, de cada establecimiento. Pareciera existir una cierta *autonomía* de los establecimientos que rige también el desarrollo de las prácticas que contempla. ¿Autonomía o desorden?

Fuera de Rol

Varios de los psicólogos que participaron de la investigación reflexionaron acerca de sus tareas luego de comentar aquellas que están directamente relacionadas con el rol para el que fueron contratados. En varios de los casos apareció una vía de expresión de cierta disconformidad con una adjudicación de prácticas en las cuales se veían involucrados, compelidos a resolverlas mediante modos directos o indirectos pero que en todos los casos afectaban aquello para lo cual entendían habían sido efectivamente contratados.

Se produce una queja por parte de los profesionales en función de que a partir de la atención a las encomiendas recibidas, entienden se ven disipadas sus potencialidades respecto de la tarea central; afectando tanto su despliegue como técnicos así como ulterior y principalmente aquello que reciben efectivamente como atención los usuarios de los diversos centros en los que trabajan. Algunas líneas atrás se mencionó que no pareciera quedar del todo claro el perfil del psicólogo dentro de la salud pública en nuestro país, debido a que el abanico de tareas que realizan es ciertamente amplio, abarcando varios niveles de atención, lo que implica tareas de índoles muy variadas. A esto podemos sumarle entonces las reflexiones que fueron plasmando los entrevistados en relación a sus roles institucionales.

¿De qué habla este emergente? El solo hecho de que cueste formarse la imagen del psicólogo en la salud pública a partir del relevamiento de sus tareas: ¿Qué nos dice acerca de las tramas institucionales que lo colocan allí? ¿Cuál es el efecto que conlleva una figura con múltiples tareas?

Dos de los profesionales que fueron entrevistados, se refieren al tiempo que utilizan en sus horarios laborales para realizar tareas administrativas, relatándolo de la siguiente manera:

Termino asumiendo tareas como de gestión, o de coordinación, tareas administrativas que capaz que no debería. A mí me pasa. Pero no creo que... no le pasa a todos los psicólogos, creo que capaz que ahí yo, esto es más algo mío, ¿no? De terminar asumiendo o aceptando tareas que no me involucran, pero que podría no aceptarlas o no sé (Entrevista 4, 30/5/2022).

Y son tareas que en realidad son de coordinación institucional, ¿no? Que yo no digo que no tengamos que hacerlas, pero que está...después quedas como referencia para que te llamen, para coordinar por tal paciente, para, no sé, concentrar a otras instituciones, quedas como referencia y eso también. Todo eso son tareas que se te agregan (Entrevista 4, 30/5/2022).

A la manifestación respecto de las tareas de administración y coordinación que observamos recién, otros dos entrevistados suman su reflexión acerca de cómo esto termina finalmente afectando primero el tiempo de trabajo, que identifican como *tiempo robado* o *tiempo perdido*; y luego cómo esto afecta directamente sobre la posibilidad de atender pacientes en forma efectiva y con calidad.

Expresan:

Al tiempo. Exacto, exacto, roban tiempo. Y eso también lo que termina significando es que tengas menos tiempo general de atención, por ejemplo, a esto lo que llamamos

seguimiento. ¿No? Porque vas a tener menos primeras veces, vas a tener menos grupos, y seguramente de eso se obtenga que los pacientes vengan menos veces, por ejemplo (Entrevista 4, 30/5/2022).

Que es una pérdida de tiempo, muchas veces en llenada de historias, varias veces que el sistema del hospital, de la historia clínica digital no funciona en todos los lugares. No, no accedes a ella y entonces tenés que hacerla en papel. Y después si vas a acceder a hacerla también digital, es como, como todo tan demorado, todo demorado y sí, son ratos y horas que se pierden de estar con alguien atendiéndolo (Entrevista 7, 13/6/2022).

Vale en este mismo punto del desarrollo de esta tesis recordar una de las preguntas que hila todo el recorrido de la investigación, la cual hace referencia a qué prácticas clínicas son posibles dentro de las organizaciones de salud pública en Uruguay. Si un psicólogo realiza una multiplicidad de tareas en su puesto de trabajo, al tiempo que recibe constantes encomiendas de ejecución de tareas que identifica como más allá de su rol de contratación: ¿Qué lugar queda para el desarrollo efectivo de un proceso terapéutico? ¿Qué lugar para el despliegue de una práctica psicológica clínica con sus tiempos lógicos particulares? ¿Hay tiempo? ¿Hay sintonía entre los tiempos institucionales y los tiempos psíquicos de quien consulta?

Expresa Deleuze (2005) que Chronos, el tiempo que marca el ritmo del andar cronológico es un tiempo que se identifica principalmente por ser un tiempo pulsado. Siguiendo esa línea de pensamiento, afirmará también que el tiempo pulsado

...es siempre un tiempo territorializado. Puedo recorrer mi territorio de mil modos, no forzosamente en un ritmo regular, pero cada vez que recorro o frecuento un territorio, cada vez que asigno un territorio como mío, me apropio un tiempo pulsado o pulso un tiempo (p.351).

Un tiempo territorializado, que queda ahí establecido bajo ciertos parámetros de otra cosa que lo identifica a una forma. Arroja esto la sensación de algo que en cierto punto se

manifiesta encerrado, *despotenciado*, si se permite el uso del neologismo. El tiempo ya no parece ser ahí un tiempo donde prime la posibilidad por la pregunta ontológica (Heidegger, 2014) que acompaña a un paciente. Esa introspección por la que pasa el Ser cuando comienza a reflexionar acerca de sí mismo, sino que pareciera instalarse una preeminencia del ente. Como dice uno de los entrevistados, el tiempo ha sido robado por las tareas administrativas, el tiempo ha quedado perdido en tareas de coordinación. Gana la burocracia organizacional, pierde la pregunta ontológica.

Escribe Martin Heidegger (2014) en *El ser y el tiempo* que “este ente que somos en cada caso nosotros mismos y que tiene entre otros rasgos la *posibilidad de ser* del preguntar, lo designamos con el término ser-ahí (Dasein)” (p.17). Es decir que, siguiendo por el hilo de su formulación, aquello que diferencia al hombre (que es él también un ente) del resto de las cosas, es la posibilidad inherente a sí mismo de realizar lo que para él es la pregunta fundamental: la pregunta por el Ser. El Dasein es el único de los entes existentes que tiene esa posibilidad. Es el hombre el que tiene la posibilidad de preguntarse, de habitar el plano del pensamiento, de buscar el Ser de los entes, posicionándose en el plano de lo ontológico.

Agrega Heidegger (2014) que el Dasein tiene ciertas preeminencias sobre el resto de los entes, de donde la “primera preeminencia es *óptica*: este ente es, en su ser, determinado por la existencia. La segunda preeminencia es *ontológica*: en razón de su ser determinado por la existencia, es el Dasein en sí mismo ontológico” (p.23). Ocurre así una diferencia sustancial entre el plano de lo óptico, todo aquello relativo al mundo de las cosas y el plano de lo ontológico, la capacidad única de lo humano que alberga la posibilidad del pensamiento y la pregunta por el Ser de las cosas. Expresa Gianni Vattimo (2002) que óptica es toda aquella “consideración, teórica o práctica, del ente que se atiene a los caracteres del ente como tal, sin poner en tela de juicio su ser; ontológica es en cambio la consideración del ente que apunta al ser del ente” (p.20).

¿Qué lugar queda para las inscripciones ontológicas cuando reina el mundo administrativo? Si acordamos en que algunas de las tareas de la psicología son dar lugar a que se instalen ciertas preguntas, habilitar a que aquel que padece reciba alivio en su malestar, ir con otro en el trayecto sinuoso de sus interrogantes existenciales: ¿De qué nos habla lo que manifiestan los entrevistados?

Algunos de los síntomas orientadores de la existencia de sufrimiento en la institución son: por un lado la parálisis o el aturdimiento, acompañados de sentimiento como que no pasa nada, que siempre es lo mismo, pura rutina y repetición o, por el contrario, la agitación y el activismo improductivo consumido en tareas secundarias y burocráticas. (Bibbó, 2016, p.4)

Expresa Gregorio Barembliitt (2005) que la antiproducción sucede cuando las “potencias productivas de todo tipo: naturales, psíquicas, sociales y técnicas (en especial las instituyentes), son capturadas por las grandes entidades de control y reproducción (por ejemplo: el Estado, el Capital, etc)” (p. 147). Agregando más adelante que las fuerzas de dichas potencias productivas son de esta manera “vueltas contra sí mismas, llevándolas a la repetición de lo estéril o a la autodestrucción” (Barembliitt, 2005, p.147).

Aportará asimismo Barembliitt (2005) que sucede la reproducción cuando aparecen las “tentativas de reiterar algo idéntico, igual o similar a lo que ya existe, cumpliendo su función conservadora. De esa manera se procura detener los devenires, acontecimientos y transformaciones naturales, sociales, culturales y subjetivas” (p.174).

De los fragmentos obtenidos pareciera entonces desprenderse que dentro de ciertos sectores de la salud pública se producen manifestaciones de reproducción y antiproducción que generan como resultado dificultades para el desarrollo de la atención a aquellos que consultan en los establecimientos de salud cuando se ven afectados por algún malestar anímico, del tipo que sea.

Una de las interrogantes que emergieron en el capítulo anterior, hacía referencia justamente a ese movimiento aparentemente inherente a algunas instituciones de salud, a partir del cual comienzan a desarrollar comportamientos *opuestos* a aquello que les brinda sentido de existencia. Vale convocar a René Kaës (2004) para reflexionar a este respecto, cuando sostiene que

...las instituciones de cuidados están sometidas a un proceso de inversión de su objetivo terapéutico. Llamo desvío institucional al hecho de que una institución cuya tarea es de cuidar termine por desviarse de sus objetivos y su funcionamiento para transformarse en una institución de no cuidados y aun de anti-cuidados (p.661).

No Hay Lugar

Propone José Bleger (1999) que

...la institución tiende a adquirir la misma estructura y el mismo sentido que el problema que se propone resolver. El asilo tiene en su organización la misma alienación que sus pacientes: los enfermos tienden a ser tratados como cosas, la identidad se pierde totalmente, los contactos sociales se empobrecen, se llega a una monotonía con una fuerte deprivación sensorial que refuerza y afianza la alienación de los pacientes (p.91).

En diálogo intrínseco con lo desarrollado anteriormente, a partir de las narrativas recogidas en las entrevistas, surge un emergente que hace énfasis en que la psicología pareciera no tener lugar dentro de algunos establecimientos destinados al trabajo con problemas de salud mental. El campo de la salud mental pública en nuestro país busca acceder a aquellos que no quedan inscriptos en mutualistas privadas y que sufren de algún malestar psíquico, cualquiera sea este. La amplitud de abordajes es ciertamente vasta y se

sostiene en los principios rectores de la Ley de Salud Mental N° 19529 del año 2017. La ley tiene como objetivo principal generar las garantías para que se cumpla el derecho a la protección de “la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental” (IMPO, 2018, s/p), enmarcado en las lógicas inherentes al Sistema Nacional Integrado de Salud.

La salud mental está inscripta dentro de los marcos de la Constitución como algo a ser contemplado otorgando al usuario todas las condiciones para su atención, siendo justamente la psicología una de las disciplinas fundamentales para alcanzar esto. Psicología y psiquiatría se erigen como buques insignia del campo de la salud mental en nuestro país, siendo partícipes designados incluso de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. No es la psicología un participante tangencial, sino principal.

Habiendo dejado el comentario inicial, retomamos la reflexión a partir de lo que fueron desarrollando los profesionales entrevistados, respecto de su relación con los espacios asignados en sus establecimientos laborales:

A ver, yo cuando entré a trabajar en, por primera vez en la RAP, que trabajaba en el Cerro me acuerdo, yo estaba sometido a que a una de las enfermeras viejas de la policlínica se le había ocurrido que yo tenía que pagar derecho de piso. Me rompía las pelotas con el uso del consultorio. Entonces, de repente yo no sabía si iba a tener la llave, si esa semana no venía, yo qué sé, extracción de sangre y yo me iba quedar sin consultorio... Cito gente y no sé si voy a tener que atender en el baño, ¿viste? (Entrevista 2, 10/6/2022).

A nosotros nos pasa lo mismo, no hay consultorios, siempre están ocupados, no tenemos lugares, no tenemos un consultorio fijo para atender. Entonces muchas veces atendemos al paciente en lugares distintos. Todo eso hace que todo sea como muy, pero muy móvil y variable (Entrevista 4, 30/5/2022).

O el consultorio también es un ejemplo muy sencillo, pero el consultorio ya está resuelto cuando llegan. Ya saben dónde van a tener que atender. Y nosotros no, los psicólogos no, como que siempre estamos como en otro, como en un escalón más abajo (Entrevista 4, 30/5/2022).

Fenómeno curioso el que describen varios de los entrevistados, donde exhiben a partir de sus narrativas una psicología fuera de lugar. Aparece una psicología sin lugar dentro de los establecimientos, de lo cual se puede extraer una mínima aseveración: en pleno año 2022 (tiempo en que fueron realizadas las conversaciones) algunos psicólogos pujan por encontrar consultorio donde atender dentro de algunos establecimientos destinados a la salud mental pública en el Uruguay. ¿Exclusión a aquello que trabaja con lo excluido? ¿De qué da cuenta este fenómeno tan particular?

Existe una tendencia general de parte de nuestra sociedad de excluir y encerrar la locura, es decir a las personas con diagnóstico psiquiátrico severo. Esto lo podemos vincular a varios aspectos, por un lado lo enigmático de las enfermedades mentales, el miedo que provoca el estigma de “peligroso”. Por otro lado, también existe cierta responsabilidad de los trabajadores de la salud y de las corporaciones científicas, a través de los cuales se siguen reproduciendo determinadas lógicas de poder, de encierro, de cosificación del paciente. (Techera y Apud, 2013, p.26)

Como dejó escrito Michel Foucault (1998) respecto de la tan nombrada nave de los locos, atrapado “en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo” (p.13). El loco, excluido del resto de la sociedad, enviado a pagar sus incorrecciones cívicas y morales, casi que como aquella tan famosa imagen del chivo expiatorio, que utilizado en sacrificio mantenía la paz en el alma de toda la población. Históricamente, como sostiene Foucault (1998), el loco ha sido enviado a las periferias del cuerpo social, o ha sido escondido en las

catacumbas del encierro. De una forma u otra, la regla general ha sido que la locura no tiene lugar dentro de la sociedad.

No resulta un detalle menor que algunos de los entrevistados que participaron del proyecto de investigación, y cuyas voces se encuentran plasmadas entre las que arman el cuerpo de este capítulo, son profesionales cuyas inserciones se llevan a cabo dentro de diferentes recintos carcelarios. Si bien los fragmentos obtenidos dan cuenta con claridad de que el fenómeno de una psicología sin lugar no es privativo de un sitio en particular, los establecimientos carcelarios son puntos de subrayado a este respecto. En organizaciones destinadas principalmente al disciplinamiento de los cuerpos, en base al castigo, regidas por una lógica de control y maltrato, lo cual roza (siendo bondadosos) el vejamen de los derechos humanos fundamentales, la psicología como en tantos otros servicios que simplemente se dedican a la atención de la salud no tiene lugar. A esto vale agregar una leve pero para nada desdeñable particularidad: la psicología no tiene lugar, mas, la psiquiatría sí tiene lugar ¿Por qué?

Diremos junto con José Pedro Barrán (1995) que

...la enfermedad mental fue considerada violencia, derrumbe y desmoronamiento de la personalidad, angustia y dolor, fue sobre todo sentida y descripta como la gran desobediencia a los valores establecidos. Esta opción convirtió a la psiquiatría del Novecientos en una tecnología suave que procuró el ajuste del sujeto al statu-quo (p.126).

Psicólogo Motu Proprio

Ese sitio ciertamente solitario institucionalmente en el que pareciera quedar el psicólogo dentro de los diversos establecimientos, buscando un lugar para atender, estableciendo estrategias para resolver los conflictos que se le imponen cotidianamente o

teniendo que vérselas con tareas que *a priori* están por fuera de la función para la que fueron contratados, genera la imagen de un profesional perseverante, combatiente, instala un dejo de heroicidad sacrificada en aquel que se encuentra con el relato pleno. El psicólogo en las instituciones, solo y dando pelea. ¿Qué nos dice esa figura? ¿Cómo poder pensarla?

Relatan los entrevistados:

Por todo lo que te contaba en realidad es un desastre, porque básicamente quedamos como un tipo de voluntarista que le metemos toda la onda, hacemos todo lo que podemos e intentamos hacerlo lo mejor posible. Por lo menos no me atrevería a decir que todo el mundo hace lo mismo, pero le metemos onda, quiero decir, le metemos estudio, le metemos compromiso, le metemos pensar las situaciones, ¿verdad? (Entrevista 1, 21/5/2022).

Entonces es como, esta cuestión de cierta desidia, ¿no? Entonces claro, todo eso luego favorece las defensas, las defensas ¿no? Defensas rígidas y que cada uno se defiende con lo que puede, con lo que tiene, con lo que sabe, ¿no? (Entrevista 1, 21/5/2022).

En su texto acerca de la expresión de la angustia en los equipos técnicos de trabajo, Luis Bibbó (2016) comenta que:

El sentimiento de “estar en la guerra con un tenedor” es la expresión más frecuente que adquiere la angustia en estas situaciones, dando cuenta de la cualidad que la sostiene: soledad, desamparo, peligro. El técnico se siente perdido en un mundo que le resulta ajeno y hostil, sin saber en quién confiar (p.7).

Como se desarrolló en fragmentos anteriores de esta tesis, la rejilla institucional que da sostén a las prácticas pareciera verse en un estado deficitario en la salud pública uruguaya. No parecen existir mayores espacios de pensamiento para las prácticas, así

como tampoco se visualiza a partir de la palabra de los entrevistados, que existan intervenciones externas, desde una terceridad, con el fin de poder poner las propias prácticas de los equipos a la luz del pensamiento. No hay lugar para pensar las prácticas, así como tampoco hay lugar para alojar la angustia de los equipos. Lo que no se piensa, corre el serio riesgo de manifestarse como actuación (Bibbó, 2016).

Uno de los riesgos más notorios de estas carencias, es desarrollar posicionamientos ambivalentes en el interior de los propios establecimientos de trabajo. Según los desarrollos de Roberto Manero Brito (1990), quien toma los aportes fundamentales de Guattari (1972) y de Lourau (2007) para el tema, existen dos subdivisiones de los denominados *grupos objeto*: aquellos grupos cuyos comportamientos en las organizaciones hacen énfasis en sí mismos, priorizando en todo momento las lógicas de la horizontalidad y las relaciones inherentes al propio grupo. Todo lo que viene de otro lado pareciera quedar descartado, no hay otra verdad que la suya propia. Por otro lado, se desarrollan los denominados grupos de trabajo, cuyo principal objetivo es respetar a rajatabla los encargos institucionales, alienándose en un alto grado a las solicitudes que imprime la organización en la que se encuentran inscriptos laboralmente. Tanto unos como otros, constituyen lo que Guattari (1972) denominó como grupos objeto. Dirán Kaminsky y Varela (2001) que en dichos grupos “las decisiones se toman en otra parte, sin que se les consulte, con lo cual se presentan como separados de los diversos sistemas de poder, carentes de una enunciación colectiva auténtica y objeto de enunciados estereotipados” (p.4).

Haciendo contrapeso a esto, existe la posibilidad del desarrollo de los denominados *grupos sujeto* (Guattari, 1972), dentro de los cuales Manero Brito (1990) identifica al que nombra como grupo de acción, el cual

...se constituye como un grupo que actúa su propio proyecto, lo cual le permite salir de la horizontalidad absoluta de la instancia GB o la verticalidad absoluta de la instancia GT. El grupo de acción presenta un trabajo determinado desde sus propios

deseos, sus propias demandas, elaborando su distancia y su identificación institucional (p.148).

De los postulados mencionados, bien puede comprenderse que ninguno de los grupos se constituye como un lugar definitivo al cual se debe ir, sino que seguramente se oscile entre una posición y otra en el recorrido de una trama organizacional, de años de tareas. Lo interesante sería quizá poder poner en cuestión cuando uno de estos puntos comienza a sedimentarse, generando que aquellos que habitan esa posición parezcan no poder salir de allí, al punto en algunos de los casos de ni siquiera notar que hace rato entraron en dicha codificación institucional.

Expresa Guattari (1972) que la búsqueda siempre ha de ser por lograr el mayor coeficiente de transversalidad posible dentro de todo el entramado organizacional en el que un grupo va desarrollándose. Dado que la “transversalidad es el lugar del sujeto inconsciente del grupo, el más allá de las leyes objetivas que la fundan, el soporte del deseo del grupo” [...] la cual podrá ser puesta en relieve en aquellos grupos que “intentan asumir el sentido de su praxis y de instaurarse como grupo-sujeto, poniéndose así en posición de tener que ser el agente de su propia muerte” (p.106).

Se entiende que todo esto no es posible de buenas a primeras, ni porque sí. Han de poder generarse las condiciones de posibilidad para que ello ocurra.

Entre el sometimiento alienado a las figuras preestablecidas, molares y que desarrollan el crecimiento de las formas instituidas a través de los encargos, y la heroicidad combativa que busca cortar con las líneas de todo aquello que obstaculiza la tarea, llevando por momentos al actuar en solitario, por la propia cuenta o en una lógica de ghetto, transita la psicología dentro de los mares institucionales de la salud mental pública. Muchas veces con un coeficiente de transversalidad cercano a la nulidad, con las vías del pensamiento obturadas. Bibbó sostiene que existe una dimensión de angustia que ya no es patrimonio exclusivamente de aquel que puede habitarla de forma individual, particular, sino que ésta

se circunscribe con ciertas características a los grupos de trabajo dentro de las organizaciones. Es decir, todo esto no es sin efectos, y pareciera que el desarrollo de angustia es uno de ellos.

Angustia del Profesional

De los elementos trabajados hasta este momento del desarrollo de la tesis se desprende que muchas de las situaciones enunciadas por los entrevistados dejan ver (en algunos casos desde un primer plano evidente y en otros casos desde un plano más tangencial pero igualmente identificable) manifestaciones de la angustia en los equipos que integran. Angustia que como hemos venido diciendo hasta acá, no solamente es aquella que habita en cada profesional como *parlêtre* (ser hablante, hablanser) (Eidelsztein, 2018), sino que se trata de una angustia producida en el seno de los plexos institucionales que se manifiestan en cada organización, en el montaje y cruce justamente de organizaciones. Los motivos de la generación de dichos accesos de angustia son múltiples, y tampoco es el objetivo de esta tesis desmenuzarlos dado que no se trata de un trabajo de análisis institucional puramente. De todas formas, así como la angustia que habita en cada uno de nosotros no es bajo ningún concepto sinónimo de algo negativo, expresa Luis Bibbó (2016) que en los equipos técnicos, particularmente en aquellos que “trabajan con la exclusión social, la angustia –reconocida o no- está siempre presente. La angustia puede funcionar como motor para el trabajo o adquirir un carácter patógeno, generador de sufrimiento que compromete la tarea primaria de la institución” (p.11). Está siempre ahí, mas, de ciertas configuraciones depende cómo esta vaya marcando el paso de quienes se insertan en las organizaciones.

Respecto de esto, uno de los entrevistados se expresa en relación a la combinación entre la angustia que viene con cada uno, y aquello que produce la institución:

- Viene del profesional decís la angustia...

- Sí, sí, sí... Bueno, uno se enfrenta permanentemente con la primera línea de sufrimiento del otro y eso evidentemente nos afecta. No hay chance de que así no sea. Y esto de alguna manera nos lleva a cómo son los dispositivos institucionales donde no... donde en términos generales no hay lugar como para pensar sobre todos estos aspectos (Entrevista 1, 21/5/2022).

Siguiendo por la misma línea de discusión, sosteniendo la tensión entre aquello que es propio y aquello que provee la institución, un fragmento de entrevista deja ver la siguiente reflexión:

Y ahí, bueno, un poco el discurso que se ha generado, por lo menos en algunos momentos, ha sido como que bueno, ustedes no hacen cosas, ustedes están paralizados por la angustia; que puede haber algo no digo que no, así como unos pueden reaccionar de una forma más de tipo maniaco... Capaz que otros podremos.... bueno, pero bueno, muchos hemos entendido que bueno, más vale frenar y pensar y no ir a trabajar en cualquier condición (Entrevista 1, 21/5/2022).

Para concluir con las citas de los entrevistados en este apartado, en otra de las entrevistas realizadas aparece la reflexión acerca de qué posición tomar frente al hecho de sentirse derrotado por las condiciones laborales:

¿Qué hago? Me quedo acá, me cruzo de brazos y listo. Que pasen las horas. Entonces, está eso, es algo que también hay que tener cuidado, porque es tentador, como que eso de la trampa. Que tiene que ver con los cansancios, con los agotamientos, con los malos sueldos, con las malas condiciones de higiene y de seguridad... Y bueno, de no sé, de todo... del frío, del calor, de todo lo que uno pasa en esos lugares (Entrevista 7, 13/6/2022).

La angustia aparece en los equipos de trabajo desde su polo más obturador en el punto en que el ideal de la tarea a realizar dentro de la trama organizacional se ve ciertamente desmembrado. Se comienza a percibir una clara distancia entre aquello que el

profesional imagina que debe hacer, para lo que está preparado técnicamente, y aquello que luego efectivamente realiza. Se encuentra un tope infranqueable entre el ideal y la realidad, que abre interrogantes, genera quejas y malestares, y por sobre todas las cosas, pone en cuestión la capacidad del profesional, su formación y los objetivos de su práctica. Trabajar en organizaciones de salud pública conlleva, pareciera que casi inherentemente una necesaria relación con lo que podríamos llamar *frustración*, o todos aquellos movimientos que atentan contra el polo narcisista del profesional en cuestión.

Esto en sí mismo, cuando se instala de forma más permanente que casual, acarrea ciertos riesgos para la vida profesional dentro de las organizaciones.

La exposición permanente a la angustia cuando está bloqueada la vía sublimatoria, activa estrategias defensivas que, secundariamente, tienden a cronificarla. La negación y la desmentida, utilizados en principio para aliviar el sufrimiento y mantener la acción, terminan, de mantenerse, por limitar la capacidad de asombro y la actitud crítica, imprescindible para poder rebelarse y promover cambios. (Bibbó, 2016, p.9)

Seguramente uno de los efectos más nocivos de la aparición de la angustia en los profesionales que componen equipos de trabajo en la salud pública, sea la obturación de la capacidad de pensamiento. Confundir queja con pensamiento, confundir acción maníaca con pensamiento, confundir reivindicación con pensamiento, confundir combate moral o de valores con pensamiento. Pensar tiene directa relación con la búsqueda de lo transversal, pensar está íntimamente relacionado con poner-se ahí a disposición de un análisis que pueda hacer saltar los propios tapones, como decía Guattari (1972) maravillosamente, abrirse a la posibilidad de ser agente de la propia muerte. El pensamiento implica un necesario acto de salirse de sí mismo, arrojarse a una aventura que no asegura el hecho de salir ileso. El que piensa seriamente, arrojándose en ello, implica como dice Jacques Derrida (2010) un acto de “revolución, quizá la primera revolución que cuenta”, porque al

hacerlo “abriría virtualmente *sus* Estados Generales y daría en él la palabra a todos los estados, a todas las voces, a todas las instancias del cuerpo psíquico como cuerpo social múltiple. Sin coartada” (p.36). Así, “lo que adviene, el acontecimiento de lo otro que llega, es lo imposible que excede y derrota siempre, a veces cruelmente, a aquello que la economía de un acto performativo, se supone, produce soberanamente” (Derrida, 2010, p.37).

Capítulo IV

La Práctica Psicológica en la Salud Pública Desde la Perspectiva de los Entrevistados

Este capítulo se constituye principalmente por las apreciaciones que fueron realizando los psicólogos entrevistados en relación al actual estado de la atención psicológica dentro de los diferentes ámbitos de la salud pública respecto de los cuales tenían algún tipo de conocimiento. Sus narraciones estuvieron enmarcadas y sostenidas bien por su experiencia cotidiana de trabajo, por participación en reuniones de psicólogos pertenecientes a la salud pública en eventos puntuales, por intercambio con colegas y por las manifestaciones que han ido recibiendo de los pacientes a lo largo de sus años de trabajo. Es decir que, el texto obtenido como emergente final se nutre de fuentes variadas, que le aportan riqueza a la hora de ser utilizado como herramienta de lectura de cierto trazo de una realidad particular, como lo es la de la psicología dentro de la salud pública de un país.

Se tomará como orientador de la lectura el siguiente fragmento plasmado en el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (MSP, 2020):

El Plan Nacional de Salud Mental tiene como propósito contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención (p.25).

Si bien este es el cuarto capítulo de esta tesis, cada cosa que va apareciendo vale como insumo de lectura, relectura y resignificación de lo dicho en fragmentos anteriores. Se lee hacia adelante y también se lee hacia atrás, por lo cual, si bien se abordarán determinados puntos particulares en esta sección, se entiende que se relacionan íntimamente con los desarrollos anteriores acerca de las tramas institucionales, de hecho se propone a quien lee, dicho ejercicio como necesario.

¿Qué de lo desarrollado en la letra del plan se lleva adelante? ¿Cómo ven los psicólogos que trabajan efectivamente en la salud pública la realidad que los constituye y que asimismo ellos constituyen constantemente? Tres emergentes guiarán el recorrido para intentar dar respuesta a estas interrogantes en conjunto con algunas otras: *¿Derecho a psicoterapia?*, donde los profesionales se expresan respecto de su posición frente al hecho de que exista el acceso público a la psicoterapia; *Entre la oferta y la demanda*, emergente que surge a partir de las reflexiones que realizaron los entrevistados acerca de la relación que existe actualmente entre las horas de trabajo disponibles y cómo estas se aprovechan o no efectivamente luego; y finalmente el reflejo de los pensamientos acerca de lo logrado por la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud en relación a la salud mental, bajo el enunciado *No es suficiente*.

¿Derecho a Psicoterapia?

Sobre el final de las entrevistas, luego de, en algunos de los casos, más de una hora de conversación con los psicólogos entrevistados, tenía lugar una pregunta que fue transformándose ya desde la primera conversación. La pregunta inicialmente tenía un cariz más general, con notoria escasez de precisión. Indagaba en un principio la perspectiva del entrevistado respecto de la atención terapéutica en la salud pública, y si notaban diferencias con la atención en el sector privado. Rápidamente esta pregunta vio modificada su

búsqueda, dado que comenzó a instalarse en los entrevistados la posibilidad de reflexionar acerca del derecho de los usuarios de la salud pública a recibir atención psicoterapéutica por parte de un psicólogo, que les brindara el tiempo suficiente, sin que tuvieran que preocuparse por el dinero que esto les iba a insumir. La pregunta entonces se transformó en la posibilidad de reflexionar acerca del Estado y su soporte para brindar una posibilidad de atención clínica o no, a aquel que por algún motivo lo necesitase.

En el mes de agosto del año 2011, a cuatro años de la puesta en marcha en todo el país del Sistema Nacional Integrado de Salud, el Ministerio de Salud Pública aprobó el texto del *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud*, el que fue inscripto en el catálogo de prestaciones a partir de un decreto firmado en el mes de setiembre del mismo año. Es decir que, luego de cuatro años de análisis de las situaciones en las que se encontraba la salud mental en el país a partir de la gran reforma que implicó el SNIS, se crea un plan elaborado a conciencia por un grupo amplio de profesionales de diversas disciplinas con el fin de reparar allí donde se vislumbraban errores, y al mismo tiempo potenciar aquello que se venía haciendo en forma adecuada.

Todas las entrevistas realizadas para este proyecto de investigación se llevaron adelante en el correr del año 2022; once años después de la instalación del plan nacional de prestaciones en salud mental, y quince años después de la implementación del SNIS en todo el territorio. Una década y media, para un asunto que se entendía como urgente, parece un tiempo prudente como para una lectura de la situación.

Uno de los primeros puntos a destacar en la letra del Plan de Prestaciones, indica que “la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud” (MSP, 2011, p.8).

Dentro del espacio donde el plan busca dar cuenta de las prioridades, en base a las falencias encontradas en el funcionamiento hasta el momento de su creación, nos encontramos con el siguiente texto:

...existe una brecha significativa entre las necesidades terapéuticas de estas poblaciones y la falta de atención a las mismas; y si nuevamente discriminamos entre adultos, y niños y adolescentes, en estos últimos la brecha es aún mayor. Esto pone de relieve que los servicios de salud no están brindando respuesta adecuada y efectiva a la demanda y que la atención a los grupos vulnerables o en riesgo con necesidades especiales requiere de una consideración prioritaria. (MSP, 2011, pp.7, 8)

Más de una década después de propuestas las reformas que se sostenían en el análisis de la situación que se condensa elocuentemente en el párrafo citado, ¿Qué dicen aquellos que forman parte del sistema desde dentro? Comencemos por lo que opinan los entrevistados respecto de la existencia de la psicoterapia en la salud pública.

Uno de los entrevistados hace énfasis en que se trata de un asunto de derechos, expresa respecto de esto: *me parece que está bien porque tiene que tener que ver con una cuestión de derechos, de que toda la población puede acceder a la salud mental* (Entrevista 1, 21/5/2022).

Focalizándose en el mismo punto, otro de los entrevistados relata:

Todos queremos vivir un poco mejor, sufrir menos. ¿No queremos siempre estar un poco mejor, como se dice? Estoy bien. Pero. Y sí. Y sí. Y sí ¿Por qué los demás, y sobre todo las poblaciones más carenciadas, más vulnerables, como se le llama ahora, no tienen el mismo derecho? Claro que sí, y más. Justamente por ser tan desprotegidas y básicamente desprotegidas del Estado (Entrevista 6, 13/6/2022).

Dos de los entrevistados reflexionan al respecto colocando el énfasis en los aspectos burocráticos y administrativos que rodean al hecho de que la atención psicológica pueda acceder a un mayor número de población. Comentan:

...me parece importante que todo el mundo pueda o bueno, todo el que quiera o que tenga un deseo de pensarse tenga la posibilidad de acceder y por eso es importante que esté en salud pública, porque bueno, a nivel privado sabemos que todo el que puede pagar puede acceder, pero no; por eso me parece importante que esté a nivel de la salud pública (Entrevista 4, 30/5/2022).

Sí, que está buenísimo que se, que se abra, que se abra la salud mental, que a veces funciona como en círculos ahí medio cerrados, que se abra a la población, a la gente, que podamos llegar, que la gente pueda acceder a nosotros y nosotros llegar a ellos. Que no se pongan obstáculos, a veces un poco muy burocráticos (Entrevista 6, 13/6/2022).

Finalmente, otros dos entrevistados también reflexionan respecto de la presencia de la atención psicológica en el ámbito de la salud pública, enfocándose en este caso en la importancia que entienden tiene la psicología como disciplina, tanto para los usuarios como para el desarrollo de la tarea entre instituciones en una organización:

Sí, tiene que haber atención terapéutica. Bueno, sí, yo creo que sí que tiene que haber y que es fundamental que por todas estas cuestiones que yo decía, que el psicólogo no es solamente el apagador de incendios o el acompañante en todas estas lógicas, que se repiten con los años ¿No? (Entrevista 7, 13/6/2022).

Bueno, yo creo que es algo realmente muy necesario. Creo que es algo que está muy bueno, que se ha incorporado al resto de las prestaciones como una prestación como cualquier otra. Y creo que también lucha un poco con cierto nivel de prejuicio. Creo que aporta muchísimo a las otras intervenciones, a los otros, a los otros perfiles en salud del equipo. Creo que aporta a todo nivel al usuario, al equipo, a la institución, a poder colaborar en la metabolización de malestares personales y familiares que tiene que ver con

situaciones de crisis, en fin, un montón de situaciones donde la consulta psicológica creo que es fundamental (Entrevista 8, 15/6/2022).

La inmensa mayoría de los entrevistados expresó de manera notoriamente espontánea y sin rodeos que entienden que la atención clínica psicológica, psicoterapéutica, dentro del ámbito de la salud pública era para ellos un componente fundamental. Para todos resultaba una obviedad que debiera existir tal servicio para aquellas personas que por motivos económicos no pueden acceder a tratamientos psicoterapéuticos en forma privada, o bien, para aquellos que simplemente optaron por resolver los asuntos de su salud en general a partir de los servicios otorgados por el Estado. Es un asunto económico en principio, pero bien podría ser también un asunto de elección del usuario. Un derecho, que no tiene miramientos más allá del hecho de que aquel que esté afiliado a ASSE, pueda recibir la mayor cantidad de servicios posibles con la mayor de las calidades posibles, en cada una de las disciplinas que atañen al tratamiento de la salud.

Existe entonces una concordancia entre la opinión de los profesionales entrevistados y la letra del plan de prestaciones del año 2011, donde se hace énfasis en que se trata de un derecho, universalizable.

En composición con la acentuación en que la atención psicoterapéutica es un derecho para todos los usuarios, emerge la noción de que no se trata simplemente de brindar acceso a la población a un servicio que está ahí a la espera de su utilización, sino que dicho servicio ha de ser el de mejor calidad posible. Y no el de mejor calidad posible dentro de las posibilidades que existan, sino, el de mejor calidad posible siguiendo los estándares internacionales destinados a la constante evaluación para ello, sostenidos entre otros por los parámetros referenciales de la Organización Mundial de la Salud.

A este respecto, el Plan de Prestaciones (MSP, 2011) dice:

Es primordial mejorar la accesibilidad a todos ellos, de forma tal que cada cual reciba atención de calidad de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad económica.

Así se tiende a salvar diferencias injustas y evitables, principio fundamental para lograr la equidad (p.3).

Algunas líneas más adelante, el mismo texto manifiesta:

Los desarrollos del PNSM deberán incorporarse al Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS) al que el país se encuentra abocado, de acuerdo a los cambios en el modelo de atención y de gestión y siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios. (MSP, 2011, p.4)

Asimismo, en diálogo con ambas largas citas convocadas, se puede leer en la letra del Plan Nacional de Salud Mental (MSP, 2020) que la atención que ha de brindarse a los usuarios de la salud pública para el abordaje de los asuntos de la salud mental ha de ser “sanitaria y social integral, de calidad y humanizada con enfoque interdisciplinario e intersectorial” (p.24). Es abrumadora la cantidad de veces que las letras de los diversos planes dejan ver la palabra calidad. Se apunta a la calidad de la atención, a poder resolver las consultas desde una posición científica y argumentada, con rigor técnico, que brinde a quien golpea la puerta del consultorio en la policlínica de su barrio o en el hospital, un servicio de calidad, entendemos, de buena calidad. ¿Qué de todo esto termina sucediendo efectivamente en nuestra salud pública? A quince años del SNIS: ¿Hay atención psicoterapéutica de calidad? ¿Hay atención psicoterapéutica?

Entre la Oferta y la Demanda

Como se dijo, la inmensa mayoría de los entrevistados concuerda en que el acceso a la psicoterapia desde la salud pública es un derecho para todos los usuarios, lo cual está escrito en el texto tanto de los planes de trabajo con salud mental así como en las prestaciones elaboradas estratégicamente para cubrir las problemáticas identificadas en dicha área de la salud. No se trata de un asunto reciente, sino que como también se dijo dichas estrategias ya tienen más de una década de circulación entre las diversas organizaciones en nuestro país, y han ido marcando el paso de las tareas cotidianas de los profesionales, tanto de la psicología como de otras disciplinas que abordan en conjunto la temática.

Del intercambio con los profesionales entrevistados, uno de los significantes que apareció con mayor insistencia a lo largo de prácticamente todas las entrevistas fue la diada oferta y demanda. Varios hicieron énfasis en el término demanda, para buscar dar cuenta de la realidad que estaban atravesando en el día a día de sus tareas.

Respecto de la demanda de servicios de salud mental, algunos de los profesionales entrevistados mencionaron lo siguiente:

Y bueno, creo que le falta muchísimo para estar a tono con las demandas de los usuarios, de las usuarias. Le falta muchísimo. Siempre tengo la impresión y cada vez más, en la medida que pasan los años que la corremos cada vez más de atrás (Entrevista 6, 13/6/2022).

... la demanda se ha multiplicado y bueno, salud pública con los técnicos que tiene contratados... No, no, no cubre esa demanda. Queda mucha gente que no llega, que no accede... Hay mucha gente que bueno que queda por el camino, que realmente los tiempos

de espera son muchísimos para sentarse, para abrir la agenda y qué sé yo. De los lugares donde hay este servicio, son pocos en relación a las demandas... (Entrevista 6, 13/6/2022).

Escasa, escasa, como ya lo dije, escasísima. Muchísima la demanda. Por suerte la gente se anima a consultar (Entrevista 6, 13/6/2022).

Y bueno, lo que veo es terrible. Las demandas de la lista de espera, de que los primeros días del mes es cuando se saca hora y la gente pasa la noche afuera para conseguir hora para, que capaz que le den hora para el mes siguiente (Entrevista 7, 13/6/2022).

Por razones obvias de forma y congruencia con el contenido, quedan varios fragmentos de entrevista fuera de la selección para la elaboración de esta tesis, pero que bien podrían sumarse para alimentar esta posición reflexiva de los entrevistados, que deja una evidente imagen que da cuenta de que la demanda es por momentos abrumadora. Tal y como manifiesta otro de los entrevistados, ... *No podemos brindar una excelente calidad a todas las usuarias, porque estamos atravesados por la institución y por lo cuantitativo de nuestro número. Son 637 usuarias y somos dos psicólogos de 24 horas* (Entrevista 3, 06/5/2022).

La Doctora en economía Karina Temporelli (2009), sostiene que la “oferta y demanda de cualquier bien o servicio constituyen las condiciones básicas que determinan la estructura del mercado, la conducta de los agentes que intervienen y los resultados a los que se llega” (p.2). Elaborando asimismo, en continuidad con ciertos postulados del reconocido economista colombiano Juan Luis Londoño una suerte de definición, o ubicación de dichos conceptos en los siguientes términos: “la demanda, constituida por la población con características especiales que enfrentan necesidades sanitarias y por lo tanto demandan servicios sanitarios y la oferta compuesta por instituciones públicas y privadas como la respuesta social organizada para satisfacer dicha demanda” (Temporelli, 2009, p.2).

Mínimamente conocemos, aquellos que no habitamos el micromundo de los análisis económicos, que es la lógica de la oferta y la demanda la que rige los vaivenes del mercado desde fines del 1800, cuando en 1890 Alfred Marshall publica sus *Principios de economía* (1948), donde analizaba y recopilaba postulados anteriores elaborados tanto por James Steuart Denham primero, Adam Smith después y luego David Ricardo. Dicha lógica, grosso modo y sin profundizaciones teóricas sostiene que una entidad equis vende un producto o servicio determinado, el cual se verá expuesto al siguiente mecanismo: cuando la demanda es superior a la oferta, el precio del producto aumenta. Por el contrario, cuando la oferta excede a la demanda dicho precio disminuye. Si un precio es aumentado, en algún momento esto va a producir un descenso en la demanda, aumentando así la oferta. Por el contrario, si un precio es disminuido, esto va a generar un aumento en la demanda, provocando reducción de la oferta. Técnicamente hablando los teóricos sostienen que el precio existiría en una tendencia de equilibrio entre oferta y demanda.

Mas, luego de años de desarrollo del capitalismo, más aún en sus fases de capitalismo mundial integrado (Guattari, 2004) el asunto de la oferta y la demanda ya no rige única y exclusivamente asuntos de mercado, sino que también las lógicas organizacionales, dentro de las cuales se desarrollan los servicios de salud por ejemplo, que quedan semiotizados y matizados bajo la lógica de este mecanismo de funcionamiento.

Como vemos, los entrevistados, incorporando estas nociones, advierten claramente que la demanda en este caso ha excedido notoriamente la oferta. ¿Qué significa esto? ¿Qué efectos conlleva una oferta desbordada por la demanda cuando se trata de un servicio de salud mental y no de un producto de mercado?

En primer lugar, también como hemos podido observar, los profesionales ven sus capacidades desbordadas, identificando claramente que las posibilidades de trabajo quedan subsumidas a la cuantificación que imponen las agendas de los establecimientos, a partir de

las cuales pareciera instalarse una preeminencia de la cantidad de consultas resueltas por sobre la calidad de las mismas. Pareciera asimismo que el Estado, subyugado por la lógica global del capital, necesita dar cuenta de la cantidad de trabajos realizados, siguiendo lo que podríamos denominar como una maquinaria de producción. Tanto así, que, ensayando una lectura hipotética a partir de la narrativa de los entrevistados, el mecanismo podría ser el siguiente: resolver la mayor cantidad de consultas posibles, en el menor tiempo posible utilizado para ello, invirtiendo la menor cantidad de personal posible para dicho objetivo. Obteniendo así ganancias dentro de dicha lógica productiva. La diferencia con las inmensas fábricas es que, en este caso se trata de seres humanos que desarrollan tareas, y no maquinarias. Cuando de un servicio de salud mental se trata, ¿Quién aprovecha esas ganancias? ¿Son ganancias? ¿Estado rehén del capital? ¿Qué lugar para el paciente?

Álvaro Franco (2001) sostiene que el denominado reduccionismo económico “produce hegemonía económica sobre lo social y lo político” (p.2), marcando el paso y limitando en prácticamente todas las áreas al Estado en sus capacidades de intervención. Es fundamental para este análisis, enfocar en la dimensión semiótica o de funcionamiento más inconsciente, desde donde se actúa perpetuando lógicas de las que muchas veces quien actúa no está completamente enterado. El Estado reproduciendo una forma de funcionamiento de mercado, quedando por debajo la capacidad de pensamiento y de elaboración política de sus propios actos, a través de las organizaciones.

La otra cara del asunto, radica en que uno de los efectos de la lógica que se está describiendo atenta contra la calidad de la atención en muchos de los casos, donde quien se ve irremediamente afectado es el usuario de la salud pública que llega a un establecimiento de salud demandando ser atendido por un padecimiento.

Expresa Temporelli (2009) que:

Se define a la oferta de servicios sanitarios como la disponibilidad de recursos (humanos, materiales y económicos) con que cuenta una comunidad para atender la

demanda de una determinada población. La oferta refleja los esfuerzos que se realizan para enfrentar los problemas de salud de una población y está vinculada en su dimensión y características con el grado de desarrollo alcanzado (p.8).

¿Qué grado de desarrollo ha alcanzado nuestra salud pública? ¿Qué esfuerzos refleja lo que se ha logrado hasta el momento? ¿Qué lugar queda para la salud mental?

Siguiendo con lo planteado, pero haciendo el énfasis tanto en la calidad de la atención brindada a los usuarios como en el tiempo disponible para el desarrollo de sus prácticas, los entrevistados manifiestan también lo siguiente:

Vamos a veces, al borde del burnout, porque es insostenible tener ocho, diez o doce consultas por día. ¿No? Dijera un colega, a veces dudo del valor terapéutico de lo que estoy haciendo... (Entrevista 8, 15/6/2022).

Para mí estaría buenísimo que los espacios no fueran sólo eso, y que tampoco las posibilidades estuvieran limitadas en el tiempo, y eso es otro escollo, tener un número determinado de sesiones, como pasa también en el ámbito privado (Entrevista 3, 26/5/2022).

...el tiempo, en lo que a mí respecta, mucho es el tiempo. La distribución del tiempo ¿No? Porque hay además una demanda muy, muy intensa. Decía este, eh, que no damos abasto (Entrevista 5, 6/6/2022).

Y bueno, el acceso a una consulta casi una vez por mes, que obviamente eso tampoco es lo deseable ni lo que tiene impacto desde el punto de vista de una intervención adecuada, sea cual fuere la que se pretenda, ¿no? (Entrevista 8, 15/6/2022).

La imperiosa instalación, y consolidación de un mecanismo de mercado en las vísceras de las organizaciones de salud pública, ha traído consigo efectos notorios en la calidad de aquello que efectivamente termina recibiendo quien consulta. Agendas evidentemente sobrecargadas, con psicólogos que buscan cumplir con un rol de

trabajadores insertos en una organización que los emplea, desde cierto ordenamiento jerárquico, todo lo cual queda regido por una estrategia organizacional superior que marca el paso de aquello que se debe hacer y aquello que no, en pro de los objetivos. Como se ha visto, la atención grupal parece más válida por su capacidad de ahorro de personal y tiempo que por sus posiciones epistemológicas de abordaje de los padecimientos; la atención clínica (en muchísimos de los casos denominada seguimiento) queda aparentemente reducida a un evento diagnóstico donde se busca ubicar el problema que trae el consultante para lograr derivarlo hacia otro lado. El tiempo cronológico le ha ganado la batalla al tiempo aiónico, y esto no es sin un precio a pagar. En general, el que lo paga, es el que menos dinero posee en sus bolsillos, nada nuevo bajo el sol en este asunto.

Expresan Fajardo-Dolci y col. (2015) que:

Se ha señalado que bajo un modelo de cobertura universal es indispensable pensar en calidad, accesibilidad y equidad como conceptos consustanciales. De esta manera se enfatizan algunos conceptos como la relación íntima e indisoluble entre la calidad y la accesibilidad, a grado tal que se considera que la calidad en abstracto, sin tener acceso, es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética (pp. 181, 182).

No es Suficiente

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud estuvo sustentada en una conocida estrategia a nivel internacional, que se remonta al año 1978 en la ciudad de Alma Ata, en Kazajistán. Allí, en reunión, 134 países acordaron una estrategia en materia de salud pública mundial, en un documento denominado *Salud para todos en el año 2000* (OMS, 1978), a partir del reconocimiento entre los participantes de que el panorama de los países se encontraba en una evidente fragilidad por aquellos años, debido principalmente a

la existencia de la Guerra Fría, lo que generaba un debilitamiento en las democracias de los diferentes países a lo largo del mundo, con el efecto evidente de profundas inestabilidades económicas, sociales y políticas.

Así entonces, el capítulo número 34 del SNIS define que éste “se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (IMPO, s/p, 2008).

Dicho sistema, al estar regido por las lógicas propuestas en la estrategia de atención primaria en salud, tendrá como pilares fundamentales algunos elementos que serán de carácter irrenunciable, éstos son: promoción de salud; intersectorialidad de las políticas de salud; orientación preventiva y humanista; respeto por los derechos de los usuarios; elección informada de prestadores de salud; participación social; solidaridad; sustentabilidad en la asignación de recursos; equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; cobertura universal y calidad en la atención (IMPO, 2008).

De todos los principios rectores, y en función de los intereses del desarrollo de esta tesis, seguramente los puntos que destacan y aportan directamente a la discusión que se busca dar a partir de los emergentes surgidos en la investigación, son la cobertura universal y la calidad en la atención brindada. Que sea de buena calidad, pero que sea accesible para todos. Principio que no admite discusiones, dado que sostiene dos puntos prácticamente indiscutibles cuando de salud se trate: que el servicio que se brinda sea el mejor de los posibles, utilizando para ello las mejores técnicas y las más avanzadas tecnologías existentes en la época, y que a esto tenga acceso absolutamente todo aquel que así lo necesite. Ahora bien, ¿Qué de esto es posible? ¿Qué tan cerca o lejos estamos de este punto? ¿Se trata simplemente de un ideal? ¿Qué hay de camino a ese ideal? ¿Basta con asumir que se está yendo hacia algún lado?

Uno de los entrevistados reflexiona a este respecto, poniendo el foco en que por supuesto la reforma ha instalado una mejora, que supera la nulidad. Relata que lo que existe en materia de salud mental desde las reformas es,

...muchísimo mejor que nada. Claramente, pero sabemos que es tremendamente insuficiente. Y en salud pública, si te llaman a consulta una vez cada tanto, una vez por mes o cada dos meses, o no sé cada cuánto, claramente que es mejor a que no tenga nada. De repente, un espacio donde poder pensar algunas cosas con un psicólogo. Ahora, ¿eso es suficiente? No. Claramente que no (Entrevista 1, 21/5/2022).

En la misma línea, pero haciendo una puntualización respecto de ciertos aspectos donde habría que hacer ajustes, otro entrevistado comenta:

Creo que en algún punto hay un impacto social, de la cuestión de dar más lugar a la salud mental, y acceder y tener una escucha y brindar posibilidades, pero creo que se necesita ajustar los programas... Habría que revisar cada programa en concreto, cómo están funcionando, a cuántas personas se accede, cuáles son las fortalezas y las debilidades (Entrevista 3, 26/5/2022).

Finalmente otros dos entrevistados toman posiciones más contundentes respecto de lo que ha sido posible, uno de ellos enfocándose principalmente en la calidad de la atención:

...a mí la sensación que me queda es, bueno, es pura buena voluntad, pero no, eso no es suficiente. No es suficiente. Los efectos que produce son sumamente limitados (Entrevista 1, 21/5/2022).

Yo creo que hubo en los últimos 15 años una ampliación de la base de la oferta, pero no sé si hubo una ampliación de la calidad de la oferta (Entrevista 2, 10/6/2022).

Las opiniones oscilan entre entender que desde la implementación del SNIS se han desarrollado mejoras en la atención de los usuarios en diversos niveles, al tiempo en que se

cuestionan notoriamente al menos dos puntos fundamentales: el acceso de los usuarios a los servicios de salud mental y la calidad del servicio que se le ofrece a aquellos que acceden efectivamente a las consultas de salud mental. Y estamos hablando en este punto de acceso, no ya a un tratamiento psicoterapéutico, sino como dejaba ver uno de los entrevistados, simplemente a la consulta con un psicólogo en una policlínica donde pueda comenzar a desplegar en palabras aquello que le sucede, para volver a verlo quizá en el mes siguiente, quizá en los siguientes sesenta días.

El principio de universalidad pareciera traer consigo el acompañamiento de un evidente empobrecimiento en la calidad de aquello a lo que se accede universalmente, porque siguiendo las lógicas del capital, para que a cada uno le llegue su porción merecida de la torta, ésta debe generarse y crecer constantemente, expandirse. Pareciera que la torta que se reparte entre los usuarios de la salud en nuestro país es finita, y cada vez que se produce un nuevo corte para sumar a otro usuario, a éste, así como a todos los anteriores les llega un pedazo cada vez más acotado del todo. El conjunto surge finito, y se va fragmentando cada vez más, en porciones una y otra vez más pequeñas, lo que trae consigo el efecto de que cada vez se obtiene menos. La universalidad debiera imprimir necesariamente una lógica expansiva, a partir de un aumento visible y contundente de la inversión de capital para que ello fuese posible: contratación de mayor cantidad de personal, formación constante de todo el personal contratado, mejora de los establecimientos existentes, creación de nuevos establecimientos con igual o mejor calidad que todos los anteriores, generación de espacios de cuidado para todos los profesionales y equipos existentes, así como también exigencias constantes respecto del respeto y mantenimiento de todo lo anterior.

La universalidad simplemente como un concepto, por fuera de la comprensión íntima de las lógicas del capital, parece una noción no solamente naíf, sino que iatrogénica en los puntos en los que se desarrolla esta discusión. Un Estado que no está dispuesto a invertir

en la universalidad que dice primar en sus propias leyes de atención a la salud, pareciera generar daños evidentes tanto a la salud toda, como a los usuarios que buscan soluciones en sus organizaciones.

Expresa Karina Temporelli (2009) que:

Cada sociedad debe estructurar su sistema de salud teniendo en cuenta sus condiciones básicas de oferta y demanda. No existen recetas universales que puedan pasar de un país a otro. Esto obliga a cada nación a construir su propio sistema sanitario en base a una evaluación profunda de sus recursos y necesidades. La dificultad que se plantea en muchos países es la ausencia de datos estadísticos que reflejen verazmente la situación en la que se encuentran para poder en base a ella construir modelos de atención, gestión y financiamiento acordes a sus necesidades (p.14).

Siguiendo todo lo manifestado anteriormente, y tomando el clarísimo enunciado de la doctora en economía, la calidad de la atención que se brinda está íntimamente relacionada con la cantidad de personas a las cuales se brindan dichos servicios. Es evidente que no puede discutirse el principio de universalidad, bajo ningún concepto, dado que se trata de uno de los pilares fundamentales de la salud pública, y es justamente uno de sus objetivos principales. Ahora bien, no parece coherente sostener un principio de universalidad en determinadas condiciones. Tal y como afirma Temporelli, cada nación ha de poder pensar concienzudamente sus estrategias de atención a nivel nacional, dado que no es posible extrapolar modelos de otros países, con diferencias de población, de ideologías, de economías, de intereses y posicionamientos políticos, de relaciones internacionales, de arraigos históricos, etc.

La calidad quizá no se trate tanto de darle a todos la posibilidad de la atención, de la misma atención, sino que primero sería interesante poder posicionarse desde la noción tan

trillada por estos tiempos de equidad. A cada uno, aquello que necesita, en función de la lectura de determinadas disciplinas. No simplemente atender porque hay que hacerlo, llenando agendas y ocupando espacios, porque un encargo ministerial así lo indica, sino realizar una repartición estratégica del personal, según áreas de abordaje, disciplinas desde las cuales trabaje, con el fin primero de lograr una efectivización de las tareas realizadas, lo cual podría generar una atención que se parece a aquella vieja premisa de *a cada uno su traje a medida*. Mas, nada de esto es sin inversión de capital.

Capítulo V

Avatares de la Clínica: ¿Entre lo Ideal y lo Posible?

Otro momento del desarrollo de las entrevistas, tuvo su focalización en la posibilidad de discurrir acerca de la práctica psicológica clínica como tal, inicialmente desde un punto en que se buscaba dar cierta territorialización a la noción, con la intención de ubicarla para generar un cuerpo de comprensión. No parecía coherente hacer señalizaciones acerca de la práctica clínica sin haber pasado por la oportunidad de intercambiar sobre esto con los psicólogos entrevistados.

De esta manera, en este capítulo se busca hacer dialogar justamente aquello que surgió como insistencia en rededor del asunto, dejando un espacio para la diversidad de posiciones que los entrevistados plasmaron en los encuentros respecto de cómo cada uno de ellos entendía la práctica clínica como tal.

Es un nodo de relevancia en el desarrollo de esta tesis, dado que todo lo expresado anteriormente ha de poder pasar necesariamente por el ojal de la clínica, para acercarnos a al menos en noción, sin perder de vista que una de las interrogantes que han movilizad a la investigación es: ¿Qué prácticas clínicas son posibles dentro de la trama de la salud pública? Ya hemos discurrido acerca de ciertos aspectos institucionales y organizacionales que marcan el rumbo de las tareas, así como dado cuenta del estado que transita la psicología dentro de los diversos servicios de salud pública en nuestro país, sin generalizar, que no es ni el método ni el interés de esta elaboración.

Interesa entonces ahora la reflexión acerca de la práctica clínica. En primera instancia se realizará un recorrido por las *Nociones de clínica* que fueron aportando los entrevistados, dando lugar a puntos en común que han surgido también como insistencias. Seguido de un apartado acerca de la estrecha, íntima y compleja relación entre la práctica

psicológica clínica y la medicina (en particular la psiquiatría) en un apartado denominado *El dispositivo clínico: entre psicología y psiquiatría*. Finalmente el pensamiento seguirá su recorrido a partir de las ideas acerca de *La clínica posible* dentro de la salud pública uruguaya.

Nociones de Clínica

A partir de las conversaciones se fueron generando ciertas imágenes acerca de las prácticas psicológicas clínicas, sin buscar constituir un cuerpo acabado de lo que éstas significan para los entrevistados, sino que se trató principalmente de captar esbozos a partir de comentarios fragmentados. No surgieron entonces desarrollos teóricos acabados ni definiciones precisas respecto de la clínica, notándose un evidente atravesamiento (Baremblytt, 2005) de la organización de la que cada entrevistado era integrante al momento de pensar en este asunto.

Resulta más acertado hablar en términos de noción, y no de conceptualización, por estas mismas razones, dado que es una exposición a partir de cierta idea que se tiene acerca de alguna cosa. Asimismo, la idea de este apartado es poner a dialogar aquello que fue surgiendo, con el fin de generar una territorialización respecto de qué se entiende por clínica pensando *desde dentro* de la salud pública. Qué puntualizaciones se puede hacer acerca de la clínica tomando en cuenta lo que dicen aquellos que desarrollan sus prácticas en dicho campo.

Si bien no se buscó una conceptualización acabada al respecto, hubo insistencias que se hicieron manifiestas, y que serán las que guíen este recorrido. El significante que tuvo preponderancia fue *la escucha*, elemento que la mayoría identificó como fundamental para el desarrollo de una práctica clínica, identificado en algunos casos como medio y en

otros casos como fin de la práctica. Así también varios de los entrevistados hablaron del *sufrimiento o padecimiento* como asunto ineludible al momento de enfrentar una práctica clínica, incluso como forma de hacerla, partiendo desde ahí. Finalmente *la clínica como transformación* a partir de la suposición y utilización del sujeto como vía para ello termina de dar consistencia al apartado

Lo Que Se Escucha

Señala Martin Heidegger (2014):

También el escuchar tiene la forma de ser del oír comprensor. *Inmediatamente* nunca jamás oímos ruidos ni complejos de sonidos, sino la carreta que chirría o la motocicleta. Se oye la columna en marcha, en viento norte, el pico carpintero que golpea, el fuego que chisporrotea. Es menester ya una actitud muy artificial y complicada para *oír un puro ruido* (p.182).

Escuchar proviene del latín *auscultare* (RAE, 2022), lo cual lo diferencia del simple e inevitable hecho de oír. Inicialmente diremos que este posicionamiento lleva a que escuchar sea identificado como el acto de disponerse para oír, prestar atención a aquello que se está escuchando. De la misma manera cabe señalar que oír, proviene del latín *audire* (RAE, 2022), lo cual significa captar sonidos con el oído. Así, escuchar y oír están íntimamente relacionados pero se pueden establecer diferencias entre ambos términos que dan consistencia a uno y otro, diferenciándolos en su porqué.

Si bien oír es prácticamente inevitable para el humano, en caso de que no sufra algún inconveniente auditivo de algún tipo que genere una incapacidad o dificultad seria al respecto, no oímos simplemente estímulos sensoriales como plantea Heidegger en su texto mayor *El ser y el Tiempo* de 1927. Oímos, atravesados inmediatamente por la codificación del lenguaje, así, no oímos un estímulo sonoro cualquiera, sino que oímos un ladrido, un

camión que iba rápido, la voz de un amigo, la angustia de un paciente. Diremos junto con Mauricio Vélez Upegui (2007) que nuestra capacidad de audición está escoltada por el lenguaje, sosteniendo que “lo que oímos, sin importar dónde o cuándo lo hagamos, procuramos traducirlo de inmediato a *términos de lenguaje*, y lo que oímos, sin importar a quién o qué oigamos, no podemos menos de oírlo en *términos de lenguaje*”, agregando inmediatamente que aquello que oímos “son sonidos procesados, o que rápidamente nos movemos a procesar (a traducir e interpretar), con el objeto de despojarlos de su reaccionaria extrañeza y dotarlos de probada familiaridad” (p.2).

Como se viene diciendo, salvo excepciones, no podemos dejar de oír; mas, con ese asunto impuesto como condición a la maquinaria de audición humana, no oímos simplemente estímulos físicos sino que constantemente éstos llegan a través de la intermediación del lenguaje. Constantemente estaremos oyendo cosas provenientes de múltiples fuentes, pertenecientes a múltiples naturalezas, generando en quien oye reacciones variadas, afectos variados, etcétera. En conjunto con ello, escuchar aparece como una función particular en relación al oír. Como se ha dicho, escuchar implica en sí mismo un movimiento voluntario por parte de aquel que oye. El que escucha ya no simplemente estará recibiendo sonidos codificados por el lenguaje desde diversas fuentes emisoras, sino que estará prestando atención a aquello que está recibiendo, haciendo énfasis en unas cosas y dejando de lado otras, priorizando; incluso ejerciendo la posibilidad de generar meta-clasificaciones de aquello que en primera instancia es recibido como de una naturaleza en particular dentro de la diversidad mencionada.

No es cualquier emisión de sonido la que interesa para el desarrollo de esta tesis, sino que el énfasis está puesto en la voz, en la capacidad de habla que tiene el parlêtre . La voz (emitida por los órganos emisores encargados de ello, entre las cuerdas vocales, el aparato respiratorio y la boca), es eso que emerge del cruce entre dos materialidades que se componen en el instante de su aparición: por un lado el cuerpo físico y por el otro lado el

discurso codificado por el lenguaje. Es ahí donde se genera una vía fértil para el desarrollo de la posibilidad de escuchar. Roland Barthes (1986) se refiere a esto con suma precisión:

... la voz, corporeidad del habla, se sitúa en la articulación entre el cuerpo y el discurso, y en este espacio intermedio es donde se va a efectuar el movimiento de vaivén del acto de escuchar. Escuchar a alguien, oír su voz, exige, por parte del que escucha, una atención abierta al intervalo del cuerpo y del discurso, que no se crispe sobre la impresión de la voz ni sobre la impresión del discurso. Entonces, lo que se da a entender al que así escucha es exactamente lo que el sujeto hablante no dice: trama activa que, en la palabra del sujeto, reactualiza la totalidad de su historia (pp.252, 253).

Escuchar, siguiendo los planteos desarrollados, es ese acto que exige prestar atención al otro que habla, manteniendo la tensión siempre entre las materialidades en juego en el momento en que la voz se hace manifiesta.

De la palabra de uno de los entrevistados surge el siguiente fragmento:

Primero poder dar un espacio de escucha donde poder escuchar qué es lo que tiene para decir la otra persona, cuál es el sufrimiento que tiene y qué lo lleva a consultar... poder escuchar o poder permitirse que el paciente despliegue o que el consultante despliegue su padecer, poder permitirse el caos de no entender qué carajo es lo que está pasando. Para luego decir, ah, bueno, esta persona desarrolla estos mecanismos porque necesita ubicarse en tal lugar en la vida, en su familia, en su vínculo para poder adaptarse, sobrevivir. Y esto ahora le está generando determinados problemas... (Entrevista 1, 21/5/2022).

Otro de los entrevistados hace énfasis en la importancia que entiende que tiene, que el acto de habla que produce alguien pueda ser recibido por otro. Entiende como central

para la tarea clínica que esa voz reciba aliento, que ese otro que emite se sienta escuchado.

Acota el entrevistado:

Pero bueno, yo creo que la práctica psicológica tendría que ser de ese corte, ¿no? Generar espacios de como decíamos hoy de... de escucha. Poder generar cierta alianza terapéutica con el paciente que empiece a generar en el contexto del proceso, cierto alivio de los síntomas ¿No? Por lo menos que se empiece a generar algo en el proceso que genere algún cambio o algún beneficio. Aunque no llegue, como a esta profundidad de poder resolver otros conflictos inconscientes más. Que están más por debajo. Pero bueno poder por lo menos inscribir ahí como una experiencia que creo que lo decíamos hoy, bueno, de que en este momento que este paciente está teniendo un padecimiento, o que está sufriendo, o que está pasando mal, bueno, hay otro ahí que está escuchando, y que puede mostrar o puede ayudar a ver cosas como de otro orden. Mostrar algo diferente, brindar como algo diferente. Y que eso se inscriba ahí como una experiencia. Que quede ahí en el paciente. Bueno, capaz que en ese momento genera algún cambio o que por lo menos genere algún cambio en otro momento (Entrevista 4, 30/5/2022).

La voz se manifiesta, establece un puente entre el cuerpo y el discurso y allí ha de ubicarse ese otro que escucha, que quiere escuchar. Ahí en ese resquicio entre lo discursivo y lo corpóreo, entre la emisión física de una onda sonora y la codificación de dicha onda se ubica el que presta atención para oír realizando un filtrado. Escuchar implica una cierta disposición, y no es un ejercicio automático, que se dé por naturaleza. Muchos de los entrevistados hicieron énfasis en que la práctica clínica desde la psicología necesariamente tiene que ver con poder escuchar, lo que, siguiendo lo planteado hasta ahora tendría que ver justamente con esa inclinación a oír con atención. “Disponerse a atender y responder el requerimiento que el otro tiene con su acto de habla es una acción humana que supone la acogida, la aceptación, la apropiación de sus palabras” (Vélez, 2007, p.13).

Cuando el habla logra acoplar con la escucha se genera una correspondencia que reúne, que da pie a la coexistencia. Esa reunión, implica necesariamente que aquellos que la componen hayan sorteado esa primera línea dimensional de las simples sensaciones auditivas, para entrar en el juego ficcional de un lenguaje en común, donde el intercambio entre significantes posibilite el montaje de un universo discursivo creador de realidades, constantemente. Así, el acto de escuchar, permite también construir nuevas realidades posibles, el escuchar, *real-iza*. El acto de escuchar, permite construir realidad.

La realización a partir de la posibilidad de enunciar, implica el reconocimiento de la existencia con base en la creación y sostén del discurso, a través del lenguaje como vía fundamental. Señala Jacques Lacan (s/f) que no “hay ninguna realidad prediscursiva, cada realidad se funda y se define por un discurso” (Clase 4, p.15); a lo que suma Alfredo Eidelsztein (2018) con total precisión que “toda realidad de hablanseres está antecedida por el discurso, lo que implica, necesariamente, que primero hayan actuado la articulación de los significantes y otros hablanseres. En síntesis, siempre están primero el orden signifiante y el Otro” (p.35).

¿Qué es necesario para poder escuchar cuando de una tarea clínica se trata?
¿Cómo se escucha a otro? ¿Cuándo se escucha a otro? ¿Basta simplemente con poder diferenciar algunas cosas de otras?

Es importante resaltar la función que cumple *el entre*, es decir, aquello que está ubicado entre lo que se dice y aquello que se escucha. Ese lugar donde se puede producir una diferencia, un viraje, a partir de una señalización, una puntualización, es decir, alguna de las vías de la interpretación. “Que se diga queda olvidado tras lo que se dice en lo que se oye” (Lacan, 2018, p.473). Aquel que dice, siguiendo algunos postulados con los que se viene trabajando, no tiene el timón de aquello que dice, existe una diferencia entre el sujeto del enunciado y el sujeto de la enunciación. Está aquel que habla, y está lo que dice aquel

que habla. Asimismo está la posibilidad de instalar aquello que se escucha en lo que otro dice mientras habla.

Así, en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* del año 1912 Sigmund Freud genera uno de sus más reconocidos aforismos respecto de cómo escuchar a aquel que desarrolla su acto de habla en un dispositivo analítico. Señala que dicha técnica de escucha “consiste meramente en no querer fijarse (merken) en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma atención parejamente flotante” (Freud, 1991, p.111). Ello dialoga directamente con la conocida regla fundamental del psicoanálisis, a partir de la cual quien se dispone a escuchar le propone a quien hablará, que diga todo cuanto venga a su mente, sin importar lo que sea, buscando con esto la posibilidad de generar las condiciones para asociar lo más libremente posible. Se busca decir todo aquello que venga a la mente, sosteniendo una atención de escucha parejamente flotante, con el fin de encontrar una trama asociativa lo más libre posible.

A este respecto, Marcelo Novas (2015) aporta:

La regla fundamental se puede entender como la causa estructural del inicio de la transferencia en su dimensión simbólica e implica que el discurso comenzará a desplegarse, que lo que se dice es diferente a lo que se sabe, y que este saber ya ocupará otro lugar, situándose más allá de toda intención, tanto del que dice como del que escucha (p.32).

Escuchar en una práctica clínica implica entonces la generación de una serie de disposiciones a partir de las cuales el psicólogo, inserto en un dispositivo generado para tales fines, logrará acomodarse para dar lugar a que otro hable. No es una tarea automática, no va de suyo, no es natural. Implica la necesaria aparición de un artefacto. Automáticamente, a partir de nuestra inmersión en la vida primero, y en el campo del lenguaje después, oímos; mas no por ello logramos escuchar.

Diremos junto con Mauricio Vélez Upegui (2007) nuevamente que escuchar es dejarse hablar, saliéndose de sí mismo, disponiéndose para la reunión con el otro, donde su palabra es la vía más preciada en dicho acto:

Dejarse hablar significa, primero, que no nos resistimos al habla del otro, anteponiendo con celo excesivo nuestros prejuicios, ideas, obsesiones o críticas, en un intento desesperado por confiar sólo en nuestras propias certidumbres de vida, clausurando así toda apertura a nuevas visiones del mundo; segundo, que intentamos sofrenar mentalmente nuestra voz interior mientras el otro despliega, con fineza o torpeza elocuente, sus enunciados, y, tercero, que movidos por una auténtica disposición para atender y comprender lo que el otro nos dice, “somos todo oídos”. El escuchar, entendido como un dejarse hablar (para ser todo oídos), hace del silencio un operador cognitivo de vigoroso alcance. Desde el fondo de ese silencio, quien se deja hablar puede luego responder o co-responder al otro con su propia habla, esto es, puede hacer hablar lo que ha escuchado (pp.19, 20).

Sufrimiento, Padecimiento, Dolor

“¿Qué es el sufrimiento? El Buddha responde: Es nacer, envejecer, enfermarse, estar con lo que se odia, no estar con lo que se ama, desear y anhelar y no conseguir” (Borges y Jurado, 1976, p.13).

Cuando se busca en el diccionario de la Real Academia Española (2022) las definiciones que son aceptadas en el castellano para la palabra sufrimiento, nos encontramos solamente con dos acepciones, bajo la etiqueta de *nombre masculino*, siendo que la primera de ellas simplemente es un aglomerado de otros tres términos: padecimiento, dolor y pena. Es decir que, al nombrar al sufrimiento también se está nombrando al padecimiento y al dolor, palabras que fueron identificadas por varios de los

entrevistados como pertenecientes al mundo de la clínica, como elementos ineludibles al momento de concebir la idea de una práctica clínica.

El dolor, acompaña al humano, en ciertos puntos lo constituye. Señala Alicia Donghi (2014) que una “vida sin dolor, es una aspiración imaginaria o la fantasía del reencuentro con el paraíso perdido” (p.30). Se transita por momentos de mayor y menor dolor, y es en los extremos de dicho vaivén donde aparecen algunas aseveraciones al respecto que echan luz para notar que no toda expresión de dolor vale lo mismo. El dolor llega por vías muy variadas, y se manifiesta con diversas intensidades; dirá Freud (1992) en *El malestar en la cultura* respecto de las vías mediante las cuales nos veremos enfrentados con el dolor y el sufrimiento que:

Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos (pp.76, 77).

El dolor entonces, desde esta perspectiva de lectura es inherente a lo humano, lo acompaña, va con nosotros y aparece con mayor intensidad en algunos momentos vitales en particular. Amén de esto, se le adjudica también a Buddha la tan conocida expresión que afirma que *el dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional*. Así, no todo dolor es pasible de convertirse en sufrimiento, existiendo vías para que ello no se desarrolle. ¿Es la práctica clínica una de esas vías posibles para evitar que el dolor se transforme en sufrimiento?

Como se viene desarrollando, varios de los entrevistados conciben que una práctica clínica se identificaría a partir de su capacidad de dar alojamiento al sufrimiento de la persona que consulta. Dar soporte para que aquel que está padeciendo a partir de alguna de las expresiones del dolor, pueda desplegarlo.

Manifiesta uno de los entrevistados que la clínica es ese artefacto creado para poder abordar el sufrimiento, tomándolo como vía para lograr un proceso terapéutico:

Creo que una práctica clínica, en sí, es una práctica que parte de algún tipo de sufrimiento subjetivo y que en ese sentido es terapéutica, digamos. O sea, se propone como una... como dispositivo terapéutico. Sí, como un dispositivo que presupone la posibilidad de generar ciertos efectos a partir de los instrumentos que la propia estrategia clínica defina. Bueno, en ese sentido, digamos, una práctica clínica sería una práctica que reconociendo el sufrimiento como motor del trabajo se plantea la estrategia más viable para el abordaje del mismo (Entrevista 2, 10/6/2022).

En diálogo con el fragmento convocado, otro de los profesionales entrevistados hace énfasis en que la práctica clínica sería un dispositivo creado, un artificio elaborado para un fin, que no debe perder de vista el padecimiento:

Hay algo que dispone el cuerpo en cierta forma, para que se produzcan ciertos efectos que de otra manera no se producirían y que distinguen eso de otro tipo de intervención posible...Entonces el abordaje clínico propone una serie de técnicas que cada disciplina, cada abordaje definirá. Pero yo creo que es importante rescatar la cuestión del padecimiento, porque si no ...bueno, el análisis se convierte ...bueno, el abordaje clínico en general se convierte en otra cosa (Entrevista 2, 10/6/2022).

Finalmente, un entrevistado sostiene que no pareciera posible dar cuenta de una práctica clínica sin un objeto para el cual ésta se desarrollaría. Lo cual compone con los planteos anteriores: una práctica clínica sería entonces un artefacto creado, que trabaja con el sufrimiento humano como vía ineludible para el desarrollo de los procesos que de ella se desprenden, pero nunca sin un objeto hacia el cual apuntar. Sobre esto dirá el profesional entrevistado:

Claro, pasa que hay tantas clínicas. ¿El tema es cuál es el objeto? Lo primero que te preguntaría es cuál es el objeto de esa práctica psicológica clínica, los psicólogos, cuál es el

objeto. Bueno, yo ahí voy a seguir sosteniendo que para mí el objeto tiene que ver con el sujeto y el darle lugar a la palabra y el padecimiento (Entrevista 5, 6/6/2022).

Expresa Marcelo Novas (2016) siguiendo los aportes del psicoanálisis freudiano que el dolor sería identificado como todo aquel aflujo, que, en función de su alta intensidad perturba el orden económico del aparato psíquico. Se ve atacado así el equilibrio anímico hacia el que apunta el principio de placer en conjunto con el principio de realidad. Expresa el psicoanalista que,

... dicho principio era uno de los dos que dirigían la actividad del psiquismo (el otro era el principio de realidad) y ambos tenían, con diferentes recursos, la tarea de evitarle al aparato psíquico cualquier situación generadora de displacer o malestar. Dolor, displacer, malestar parecen ser diferentes formas que esta disciplina a lo largo de su historia ha encontrado para nombrar el sufrimiento, tanto a nivel psíquico como corporal. (Novas, 2016, pp. 42, 43)

Cuando aparece el dolor, el sufrimiento, el padecimiento en la vida de alguien, éste se hace presente a un punto en que no es posible desmentir su presencia. Tanto el psicoanálisis como la psicología se han encargado históricamente de darle abordaje tanto desde la disposición de un aparato clínico así como desde su investigación, buscando encontrar algunas explicaciones a un fenómeno tan cercano como por momentos difícil de comprender. Los entrevistados han puntualizado que una de las aristas que componen la imagen de la práctica psicológica clínica es aquella que permite estar preparado para dar lugar al dolor. No pareciera concebirse desde esta posición una clínica que no esté preparada para trabajar con el padecimiento de aquel que consulta, y que cuando consulta seguramente no vaya a golpear la puerta de un servicio de salud sino bajo un *quantum* de dolor quizá, ya, intolerable. Porque como dejó escrito Alba Fernández (2016):

El dolor no engaña, cuando se presenta ese afecto no hay modo de desentenderse de él. Así, también ignora toda defensa que la subjetividad quiera interponerle y es

como el agua que se filtra, va tomando lugares y nada lo detiene hasta que finalmente inunda (p.276).

El padecimiento inunda un cuerpo, se hace intolerable y pide alojamiento en la escucha dispuesta de alguna práctica psicológica clínica. En la salud pública, ¿Sucede?

Clínica de la Transformación: ¿Lugar Para el Sujeto?

Escribió Michel Serres (1994): “clinamen es la condición mínima que podemos concebir para la formación primigenia de una turbulencia. En el *De finibus*, Cicerón decía: atomorum turbulenta concursio. Los átomos se encuentran en y por la turbulencia” (p.22).

En composición con las dos dimensiones anteriores que surgen a partir de las insistencias en las entrevistas con los profesionales insertos en la salud pública, surge la otra característica que resalta, tanto por su reiteración como por el contenido de su enunciación. Varios de los entrevistados, al hablar de qué entendían por práctica psicológica clínica pusieron su mirada en el asunto de que una clínica como tal debía ser algo que a partir de su intervención promoviera en otro alguna forma de transformación o cambio. Resulta interesante poder abordar esta dimensión dado que, es en este punto en donde se relacionan dos elementos que son caros a la búsqueda de esta investigación desde un inicio: el objeto de una práctica clínica y el lugar que ésta puede generar o no al sujeto. El desarrollo de este fragmento buscará hacer dialogar justamente estos dos elementos.

El primer fragmento de entrevista convocado reúne tres elementos que resultan fundamentales para poder reflexionar acerca de la práctica psicológica clínica como un aparato transformador desde una epistemología que reconozca la existencia del sujeto del inconsciente, más allá de los disciplinamientos subjetivantes que puedan imperar en una determinada época:

Es una práctica que produce un encuentro con el otro donde se produce una transformación. Donde hay una escucha, donde la mirada no está sesgada hacia una lógica disciplinar, donde se promueve la salud a partir de lo que cada sujeto busca y no desde lo que se impone desde afuera, donde se puede escuchar al otro más allá de dónde viene... se puede escuchar a la persona y pensar realmente en ese sujeto la posibilidad de un cambio posible a partir de una escucha abierta (Entrevista 3, 26/5/2022).

No perdamos de vista el siguiente fragmento desarrollado por Marcelo Novas en el año 2015:

Entonces, si confundimos el sujeto con la subjetividad, podemos llegar a no poder oír el habla singular de aquel que se está analizando y quedar atrapados en las determinaciones sociales que sin duda tienen que ver con la alienación imaginaria que puede determinar una identidad objetivante, lo que sin lugar a dudas impedirá el trabajo del análisis, si solo en ellas nos quedamos (p.40).

La intención es tomarlo como guía para el diálogo entre algunos puntos que resultan importantes para la escritura de esta tesis: el pensamiento, el sujeto, la clínica diagnóstica identitaria y la posibilidad de transformación.

Señala Martin Heidegger (2005) en su libro *Was heisst denken? (¿Qué significa pensar?)*, que la pregunta que debiera formularse es hacia aquello que nos conmina al pensamiento. ¿Quién piensa? ¿Es posible acceder a esta respuesta? El término *heissen*, utilizado por Heidegger del alemán, al ser traducido, mantiene tres acepciones de sentido: la primera es justamente significar leído en su trazo más común, el de enlazar un significante con un significado; la segunda apunta a llamarse de determinada manera o bien llamar a otro por tal nombre; siendo la tercera en la que el filósofo alemán pone el énfasis debido a que se entiende como mandar u ordenar a otro a realizar alguna cosa. Dirá entonces que al comprender la palabra *significar (heissen)* de este otro modo, ciertamente más originario,

escuchamos la pregunta ¿Qué significa pensar? de repente de una manera distinta. Escuchamos entonces la pregunta: ¿Qué es aquello que nos significa que pensemos, en el sentido de que antes que nada nos dirige hacia el pensar, confiandonos así nuestra propia esencia como una esencia que es en la medida que piensa? (Heidegger, 2005, p.121)

¿Cómo dialogar entonces con aquellas clínicas que mantienen vivas las nociones de subjetividad, en una especie de mixtura tácita con el pensamiento y el Yo? ¿Es posible mantener aún al responsable subjetivo? ¿Basta con invitar a otro a pensar acerca de aquello que le sucede, que lo hace sufrir? ¿Responsabilizarlo bajo la premisa hazte cargo de lo que te sucede, ponte a pensar, te ofrezco un espacio? Heidegger pareciera abrir una grieta en ese hueso aparentemente firme de la subjetividad, que parece semblantear más que ahuecarse. Jacques Lacan (2014) se alinea también a esta sospecha establecida por Heidegger al enunciar la conocida expresión *ça pense/ ça parle*, descentrando al pensamiento del sujeto.

No se pretende dar cuenta del pensamiento, cuanto menos del acto de pensar, porque como escribió Marcelo Percia (2010) “es mala ventura para el pensamiento masificar para dirimir lo inmensurable, pasar aplanadoras o extender un manto homogeneizador” (p.134). Parece un riesgo ciertamente caduco mantener la posición de una *clínica para pensar*, trabajando con el ego, entre egos, utilizando el polo menos horadado, allí donde justamente pasa muy poco. Como dice Novas (2015), confundir el sujeto con la subjetividad.

Allí donde el Yo es alimentado valdría instalar la posición de un sujeto que surge sin nombres propios ni imágenes identitarias que logren ubicarlo con precisión satelital dentro del esquema discursivo. Correrse del imaginado centro de la máquina, allí donde nunca se estuvo. Animarse a “livrarmos do que atrofia nossa capacidade de pensar. Só mais um gratuito e impossível salto no vazio em uma rua de subúrbio” (Safatle, 2015, p.24).

Expresa uno de los profesionales entrevistados:

Hay cosas muy diversas que sirven a personas muy diversas. Para mí la atención clínica va más allá del diagnóstico, tiene que ver con la escucha, con la contención, la transformación, y muchas veces se agota todo en ponerle nombre a lo que le pasa a la persona y ya el objetivo se terminó ahí (Entrevista 3, 26/5/2022).

El sujeto se instala entre el pensamiento y el lenguaje como un puñal, aparece bajo la égida de lo problemático, porque no llega para amalgamar una relación de tensión entre pensamiento y lenguaje, sino que adviene como acontecimiento. Al decir de Deleuze (1989) “el modo del acontecimiento es lo problemático” (p.73).

El sujeto se inscribe en el lenguaje, *reconociendo* allí el territorio regio para desarrollar sus posibilidades. Surge del lenguaje, y obliga al lenguaje, lo tuerce, *le indica* el rumbo a tomar, posibilita al quien que dice-crea-piensa ubicarse para apagar el caos de la indefinición absoluta. Escribe Émile Benveniste (1997):

Por poco que se piense, se advertirá que no hay otro testimonio objetivo de la identidad del sujeto que el que así da él mismo sobre sí mismo. El lenguaje está organizado de tal forma que permite a cada locutor *apropiarse* de la lengua entera designándose como *yo* (p.183).

Así, “o eu acredita-se senhor, diretor e autor de sua fala, mas é mais seguramente um personagem que está alienado de sua própria condição de personagem” (Dunker y Paulon y Milán, 2017, p.125).

... ahí se pierde el sujeto. El sujeto de la acción, de la letra, no la persona. El sujeto es el que dice lo que necesita, y no el técnico (Entrevista 3, 26/5/2022).

Se entiende con Roque Farrán (2014) que “el sujeto es coincidencia acontecimental feliz (singular) y proceso genérico abierto de fidelidad, estructuralmente inacabado; es un nudo: inmanencia *de inmanencia*, deseo *de deseo*, multiplicidad *de multiplicidades*” (p.127). Se presenta esquivo, habita un territorio sinuoso en un presente que no lo convoca de

manera elocuente. Es “ese surgimiento que, justo antes, como sujeto, no era nada, y que apenas aparece queda fijado como significativo” (Lacan, 2016, p.207).

Entre la maquinaria tecnológica impersonal y la anti-politización en la que navega la ciencia de la actualidad (donde por supuesto habita también la psicología social), el pensamiento no se posiciona desde la crítica, tal y como proponía Heidegger en su *El ser y el tiempo* (2014) sino que habitamos una época del *hacer como se espera que se haga*. Quizá el hacer como se debe hacer, pueda combatirse haciendo lugar para lo que adviene, sin restricciones ético-morales imperantes. Como decía el entrevistado, lograr escuchar *al otro más allá de dónde viene*.

¿Cuán alejadas están las clínicas actuales de la posición restrictiva? ¿Qué posición política sostiene a la actual estrategia de apaciguamiento del síntoma a como dé lugar?

... me parece que... yo creo que la posición es nunca dejar de suponer que hay un sujeto (Entrevista 2, 10/6/2022).

Es necesaria la aparición del sujeto casi que como herramienta primordial. Dar la batalla ontológica, descentrándose también de la certeza de la subjetividad predecible, permanentemente subyugada por el Uno (Heidegger, 2014); posicionarse lejos de la caduca noción de intersubjetividad de donde se desprende una relación de transformaciones yoicas, para habilitar aquello que adviene, donde no era: “o para decirlo con más claridad: el sujeto, que no es nadie, debe advenir desde donde eso piensa y habla, que es donde las cosas no son aún” (Eidelsztein, 2015, p.10).

Como manifiesta Marcelo Percia (2014), “no se trata de progresar, sino de desprenderse de lo mismo, de diferir de la ficción de sí, de volver a nacer en la diferencia” (p.75).

Se trata de ahuecar, agrietar para dar vaciamiento al sentido, abrir paso a la diferencia y no fortalecer las construcciones subjetivas fortalecidas y enfermantes; lograr que la discursividad

se convierta en inconsistente, llevar a un lugar al paciente a que de aquello que hable no sepa lo que dice [...] empujar al sujeto a que no pueda responder, porque si el sujeto responde todo el tiempo es porque está lleno de sentido, y por ahí no se mueve, aunque sufra. (Bafico, 2022, p.48)

Todo bien. Pero bueno, no es a lo que apelo. Me parece que para que haya realmente un cambio tiene que haber un cambio de posición. Esa es mi apuesta (Entrevista 5, 6/6/2022).

Una clínica que logre generar las condiciones de posibilidad para transformaciones, para que aquello que adviene tenga lugar sin una dirección establecida desde un plan estratégico de abordaje ni desde un posicionamiento moral respecto de cómo una subjetividad ha de ser en determinada época de la historia. Que pueda ir un paso más allá de los diagnósticos, que se sostienen en subjetividades yoicas, para posicionarse en una epistemología del sujeto del inconsciente, reconociendo que aquello que se dice, muchas veces difiere de aquello que se escucha, lo cual en sí mismo instala acontecimientos de desvío de una senda normalizante. ¿Cuánto de esto es posible en la salud pública en Uruguay?

El Dispositivo Clínico: Entre Psicología y Psiquiatría

Habiendo recorrido algunos de los elementos identificados como principales por parte de los entrevistados para la concepción de una noción de práctica psicológica clínica, a partir de las cuales se formó una idea con al menos tres elementos fundamentales, que fueron la escucha, dar alojamiento al padecimiento y poder generar condiciones para la

transformación de la vida del consultante a través de la noción de sujeto del inconsciente como vía ineludible para ello, resulta insoslayable abordar otro de los elementos que destacaron entre los entrevistados al momento de hablar acerca de la clínica y de sus posibilidades dentro de los establecimientos de salud: la relación con la psiquiatría.

Insoslayable debido a que fue apareciendo también como una de las mayores insistencias a partir del desarrollo de varias de las entrevistas, al punto en que podría decirse que prácticamente todos los entrevistados en un momento u otro se tomaron un lapso de tiempo para reflexionar acerca de cómo influye su tarea en relación con los psiquiatras, con la psiquiatría como disciplina y con el lugar que ocupan dentro de un sistema de relaciones los psicólogos con los psiquiatras en los establecimientos, así como en las diversas organizaciones. Se entiende que parte de la lectura de lo que se desarrollará en este apartado, enriquece a la luz de lo expresado en capítulos anteriores donde se buscó dar cuenta del funcionamiento de las organizaciones, instituciones y establecimientos. A partir de haber establecido aquello, es que ahora la reflexión apuntará a cómo afecta la relación psiquiatría-psicología a la práctica psicológica clínica en los servicios de salud pública, tomando la palabra de los entrevistados como eje para ello.

Dejó escrito Jacques Lacan (2015):

Es bien conocida mi repugnancia de siempre por la denominación de ciencias humanas, que me parece ser el llamado mismo de la servidumbre. Es también que el término es falso, dejando de lado a la psicología, que ha descubierto los medios de sobrevivir en los servicios que ofrece a la tecnocracia; o incluso, como concluye con un humor verdaderamente swiftiano un artículo sensacional de Canguilhem: en una resbalada de tobogán desde el Panteón a la Prefectura de Policía. Así, es en el nivel de la selección del creador en la ciencia, del reclutamiento de la investigación y de su mantenimiento, donde la psicología encontrará su fracaso (p.817).

A partir de la realización de ciertas lecturas en los textos de Michel Foucault (2011), uno se encuentra con que la clínica, existiría desde sus inicios bajo el signo de algo que cobra sentido en tanto a partir de ella se logra dar alojo al padecimiento de alguien que espera paciente e inmerso en un estado de vulnerabilidad. Recostado sobre la cama (kline), desconociendo quizás las lógicas de aquel mal que lo aqueja, pero albergando la esperanza de que aquellos que están en pie a su lado lograrán solucionar dichos males, dado que yerguen sus prácticas sobre las técnicas depuradas de la ciencia, la que ha marcado desde los inicios el paso en la evolución médica.

Dicho así, la jerarquía bio-médico-clínica queda manifiesta ya desde el propio origen de la palabra, porque a partir de esto se puede pensar en que quien yace, recostado en una cama, espera la solución a sus males sin tener el conocimiento de lo que sucede en su propio cuerpo, pero confiando en que otro lo conocerá. Pide ayuda desde el padecimiento de lo *patológico*, para que el clínico lo traiga de vuelta a los parámetros de la anhelada *normalidad*, de la tan mentada sanidad.

La clínica, identificada así, se desarrolla como un dispositivo mediante el cual se aborda el sufrimiento por el que alguien consulta en determinado momento de su vida. Si bien es un término que rápidamente nos arrastra hacia el campo de la medicina y las ciencias biológicas, algunas disciplinas como la psicología o el psicoanálisis la han tomado para convertirla en un elemento de identificación de su funcionamiento, se ha ido incorporando como algo propio. Mas, no perdamos de vista, que es un término que echa raíces en la medicina.

Expresan los entrevistados:

...hace unos cuantos años, veíamos los que estábamos haciendo un tratamiento con las personas; que de repente iban al médico y el médico rápidamente los derivaba a psiquiatra. Y nosotros a veces intentábamos que no fuese la primera opción la derivación a

psiquiatra, para que puedan sostenerse en lo que les está pasando... (Entrevista 1, 21/5/2022).

Bueno, también está todo muy teñido de la lógica médica, en esto del seguimiento y del control. También le dicen, a veces en vez de seguimiento, le dicen controles (Entrevista 4, 30/5/2022).

Control de la salud, control del comportamiento del paciente, seguimiento cercano de los parámetros que rigen su recorrido, con un trazo identificable. Se trabajaría, así, en una tensión que marca la batalla entre el mejoramiento de la salud en detrimento de toda aparición posible de enfermedad. Salud y enfermedad aparecen como los parámetros por los cuales navega el ejercicio clínico, casi que desde el nacimiento mismo de las prácticas psicológicas. Prácticas que, coexisten en un campo de relaciones imbricadas con el campo de las prácticas psiquiátricas, lo que inevitablemente nos lleva a decir: médicas.

La medicina se erige, desde sus inicios, como un lugar fundamental para el devenir de la ciencia; la clínica, se extiende así como su brazo ejecutor, como aquello que materializa sus descubrimientos. Siguiendo esta lógica, podemos pensar que así se genera ese “lugar fundamental de la medicina en la arquitectura de conjunto de las ciencias humanas: más que otra, está ella cerca de la estructura antropológica que sostiene a todas” (Foucault, 2011, p.258).

Michel Foucault (2011) agrega también, sutilmente, que la salud aparece, entonces, como ese componente que viene a sustituir a la salvación divina de la época pre-científica; lo que la convierte en el elemento tan anhelado, aquello a lo que todos deberíamos aspirar en tanto seres vivos, respetuosos de la vida y sus principios establecidos. De este modo, la práctica clínica queda irremediabilmente anexada a la medicina, ambas irremediabilmente acopladas a la noción de salud, esa imponente zanahoria delante del burro hacia donde ambas parecen ir, armándose de todo el conjunto de herramientas posibles para mantener el estado de cosas. Aparece así un enemigo claro denominado enfermedad; la cual surge

como condición de posibilidad, dado que existe la salud porque existe la enfermedad. Podemos pensar aquí, junto con Gilles Deleuze (1990), que tanto salud como enfermedad, y su relación con la clínica, forman parte de un dispositivo médico-científico de construcción de campos de saberes, que establecen los parámetros para lo visible y lo enunciable; siendo que,

La visibilidad no se refiere a una luz en general que iluminara objetos preexistentes; está hecha de líneas de luz que forman figuras variables e inseparables de este o aquel dispositivo. Cada dispositivo tiene su régimen de luz, la manera en que ésta cae, se esfuma, se difunde, al distribuir lo visible y lo invisible, al hacer nacer o desaparecer el objeto que no existe sin ella (p.155).

Si cada dispositivo crea los parámetros de aquello que es visible e invisible, incluso de lo que puede enunciarse y de lo que no, dentro de las lógicas del dispositivo bio-médico-clínico existe un ordenamiento particular que produce subjetividad. Escribiré Foucault (2011) también que “antes de ser encuentro de enfermo y médico, de una verdad por descifrar y de una ignorancia, y para poder serlo, la clínica debe formar constitucionalmente un campo nosológico enteramente estructurado” (p.89).

A este respecto, uno de los entrevistados reflexiona de la siguiente manera:

¿Para qué tantos psicólogos? Pareciera que como no se ve materialmente lo que hacemos, no se mide por cuántos exámenes de sangre o de orina, o de qué sé yo, cuánta medicación administramos, a veces no se valora lo suficiente. Y un espacio de una buena escucha terapéutica vale por tantísimos medicamentos (Entrevista 6, 13/6/2022).

El reconocimiento de una primacía de orden estructural, nosológico y de identificación material por sobre aquello intangible *a priori*, no cuantificable ni medible bajo lógicas estadísticas como diagnósticos realizados, tipos de patologías abordadas o medicamentos recetados para tales fines.

A partir del dispositivo bio-médico-clínico surgen espacios firmes que hacen de vigas para la estructura, allí donde todo es reconocible, identificable, sospechable, etiquetable. Allí donde, todo aquello que quede por fuera de la nosología, irá cobrando lugar de *infamia*, o de error. Pareciera que principalmente para aquel que recibe la atención médica, mas, también en un plano más velado para aquellas disciplinas de lo intangible, más aún aquellas psicologías que como venimos articulando, trabajan desde la existencia de *lo inconsciente*. A partir de esto comenzamos a concebir a un tipo de “ser humano donde cada proceso de la conducta puede ser explicado directamente desde la perspectiva biológica, a la cual se subordinan los otros procesos. Se parte de una noción de enfermedad mental *objetiva*, independiente del sujeto y su historia” (Pérez, 2013, p.3).

Señala Iwasawa Neves (2018) que intentar “ser eficaz no tratamiento das patologias mentais, através, por exemplo, de métodos abusivos de medicalização, é tentar adequar violentamente o sujeito a uma norma médica e farmacológica estranha a ele” (p.246).

¿Qué pasó? Quedó ubicado el equipo de salud mental... quedó ubicado como filtro para acceder al psiquiatra. Por lo tanto, cuando una persona venía, básicamente el discurso era: "hola, vengo porque quiero ir al psiquiatra". Entonces no era porque tengo un sufrimiento sobre el cual quiero pensar... (Entrevista 1, 21/5/2022).

Pareciera que las prácticas psicológicas, han quedado en gran medida cercanas al oficio del médico que se yergue en la nosología para orientar los pasos en su tarea. ¿Es posible una psicología alejada de la alianza dura con la psiquiatría? ¿Existe esto dentro de las organizaciones de la salud pública en Uruguay? ¿Está en algún horizonte? ¿Qué psicologías alojan al sujeto y sus narrativas de sufrimiento?

Esa alianza dura que aparece en la interrogante, seguramente sea uno de los puntos gatillos de la reflexión respecto de las prácticas psicológicas clínicas, dado que parece una palabra ciertamente justa. Inicialmente, años ha, la psicología como disciplina en sí misma fue tomando elementos de la medicina en función de su recorrido científico, su

argumentación inmensa respecto de los males que han acechado a la humanidad en cuanto al binomio salud-enfermedad; tomó impulso erigiéndose desde ahí, seguramente para abrirse paso dentro de cierto universo. Mas, eso que en algún momento fue alianza, hoy parece ser uno de sus obstáculos más evidentes.

Por doquier dentro de los diversos establecimientos de salud se escucha a psicólogos hablar en términos de nosología psiquiátrica para identificar los padecimientos que trae algún paciente a la consulta. Se habla de trastornos de la personalidad, de tal o cual grupo; de personalidades de tal o cual tipo; de que un duelo parecería estar entrando en su fase patológica debido al tiempo que lleva de desarrollo; se escucha a psicólogos aconsejando y ayudando a comprender la importancia y los efectos adversos de determinadas medicaciones según el cuadro clínico del paciente; de que es bueno que siga las puntualizaciones que le recomendó el psiquiatra a rajatabla porque sólo de esa manera el tratamiento farmacológico tendrá el efecto correcto, a pesar por ejemplo de que un paciente relata que al ingerir la medicación siente náuseas, pierde el equilibrio, se duerme fácilmente o pierde por completo la concentración. Se habla de pacientes oposicionistas, negacionistas o que no adhieren a los tratamientos. De psicopatías, o de manipuladores. Todo un cúmulo de descripciones que pertenecen al campo de la psiquiatría, que se utilizan por parte de los psicólogos con total y completa naturalidad, en muchos de los casos argumentando que *hay que conocer el lenguaje de los psiquiatras para poder trabajar con ellos*, sin tomar el recaudo quizás, de que hace mucho tiempo ese lenguaje se ha convertido en el propio, por momentos en el único existente.

Frente a esto, aparecen expresiones por parte de quienes trabajan dentro de la salud pública como la siguiente:

...desde ASSE se está diciendo que bueno, que se busca más atención clínica, más psicólogos, más horas de psicólogo, dar más importancia a algunas problemáticas puntuales como el consumo problemático de sustancias o el tema de los IAE. Pero después

también vemos que se dice todo eso, pero se sigue igualmente valorando en un lugar más privilegiado la atención del psiquiatra (Entrevista 4, 30/5/2022).

¿Qué ha hecho la psicología para sostener y argumentar la valoración acerca de su propio lugar dentro de las disciplinas que componen el campo de la salud mental? Pareciera que nos enfrentamos a un punto tan contradictorio como por momentos callejón sin salida rápida: aparece la queja respecto de una diferencia notable de jerarquización de la psiquiatría por sobre la psicología, al tiempo en que la psicología trabaja y erige sus prácticas siguiendo los parámetros propuestos por la psiquiatría. Esto no sucede al revés. ¿Psicología a la sombra de la psiquiatría o bajo su ala?

La noción de clínica desde la psicología, entre otras cosas, y al menos dentro de los establecimientos de salud pública mantiene hoy una estrechísima relación con las conceptualizaciones de la psiquiatría. ¿Es posible imaginar siquiera una independencia?

Relata otro de los entrevistados,

Pero quieras o no, siempre estamos como necesitando de un psiquiatra. Es esa, esa sensación que para determinados logros con algunos pacientes se necesita del psiquiatra (Entrevista 7, 13/6/2022).

Ya no se trata simplemente de un asunto de orden organizacional, de jerarquías o de ordenamiento histórico donde se vislumbra la primacía de una disciplina por sobre la otra por su fuerte recorrido dentro de la historia de la salud mental, sino que habría que poder instalar y sostener fuertes interrogantes respecto de cómo esto afecta a las prácticas psicológicas clínicas dentro del campo de la salud mental pública. ¿Cuáles son los factores que hacen que la psicología dentro de las organizaciones públicas siga leyendo a los pacientes desde un lenguaje notoriamente psiquiátrico? ¿Cuáles son los efectos que esto conlleva hacia los tratamientos y principalmente hacia los pacientes? ¿Dejará el psicólogo en algún momento de trabajar como asistente del psiquiatra para erigirse como un profesional a la par? ¿Qué noción de clínica es posible frente a este embrollo?

Ninguno de nosotros sabemos qué nos va a pasar a la vuelta de la esquina. Con quién nos vamos a encontrar, de quién nos vamos a enamorar, puede ser bueno o malo, nunca lo sabemos y eso también es interesante. Si no, uno haría un diagnóstico y ya sabría lo que le pasa al sujeto, que es un poco lo que está planteando la teoría de la genética, que todo lo que nos va a pasar en la vida está determinado. (Bafico, 2022, p.139)

No perdamos de vista aquello que dejó escrito Lacan en 1966, y que inicia la articulación de este fragmento, ya en aquel entonces el psiquiatra y analista francés identificaba que sería en su camino de alienación a la tecnocracia que la psicología *encontraría su fracaso*, hoy, al menos dentro de las organizaciones de salud mental, y en una mirada respecto de la práctica clínica, no podríamos asegurar lo contrario. Luego de todo lo dicho, actualmente, según los entrevistados, ¿qué prácticas clínicas identifican como posibles?

La Clínica Posible

Resulta particularmente interesante, luego de haber realizado un recorrido buscando esbozar una noción posible de práctica psicológica clínica entre la palabra de los entrevistados y algunos posicionamientos teóricos acerca de sus enunciados, dar espacio a qué prácticas entienden ellos son las posibles dentro de la salud pública. Es valioso poder observar el contraste que surge entre lo que entienden debería ser una práctica clínica, y aquello que efectivamente se logra realizar en los diferentes establecimientos de las organizaciones de salud pública en el Uruguay; siempre aclarando que no se está hablando aquí de universalizaciones ni se pretende esto en lo absoluto, sino a partir del conjunto de personas entrevistadas y de sus experiencias de conocimiento respecto del campo.

Tomando esto como posición fundamental, este apartado estará principalmente constituido por la palabra de los entrevistados. Tres fragmentos de entrevista focalizan su

argumentación respecto de las prácticas clínicas posibles, haciendo énfasis en las diferenciaciones que encuentran con la tarea en el ámbito privado, el que es también llamado *consultorio*, o ese *otro lugar*, haciendo énfasis en que aquello que sucede dentro del consultorio privado de ninguna manera es aplicable en el campo de la salud pública. Se posicionan desde una aparente obviedad para afirmar esto. Dirán entonces a este respecto los fragmentos de entrevista:

...no se puede trasladar la clínica de consultorio a una institución como esta.

Entonces lo que se puede es aproximar algún tipo de acompañamiento con determinado nivel de continuidad y de lectura clínica en aquellos casos en que hay una verdadera construcción de una demanda, como un conjunto de cosas a pensar y bueno, y posibilidades de construir algo parecido a la clínica (Entrevista 3, 26/5/2022).

Entonces, bueno, en esto de poder, como vamos a decir, rescatar, ¿no? decir bueno, nosotros no hacemos psicoterapia en términos de como se hace en la actividad privada, sino que en realidad tenemos, por decir algo, un motivo de consulta que de alguna manera se explicita a la altura muy al inicio. Y que con eso sí tenemos que ir trabajando y después ir viendo cómo vamos pudiendo avanzar en su resolución... (Entrevista 8, 15/6/2022).

La parte clínica individual me parece que es la que queda más perdida. Y siempre con esta sensación de que esto, bueno, esto capaz que acá no lo puedes hacer y lo haces en otro lugar y acá haces esto otro (Entrevista 7, 13/6/2022).

Otro de los fragmentos de entrevista hace énfasis en las características que ha de poder tener tanto el paciente como el psicólogo que busca realizar alguna práctica clínica dentro del campo de la salud pública, sosteniendo que uno de los principales elementos es el de poder adaptarse a las condiciones que ofrece el sistema de salud. Adaptarse tanto a las condiciones que son ofrecidas para recibir la atención por parte del psicólogo, que previamente ya debió adaptarse a las condiciones de trabajo que le propone la organización para la que desarrolla sus tareas. Dirá el entrevistado respecto de este punto que,

... el paciente tiene que tener, como me parece, mucha capacidad de adaptarse, como nosotros también, ¿no? como de ser flexibles a estas cosas que decíamos. Bueno, saber que capaz que tenés que atenderlo algo más tarde, o capaz que tiene que esperar, o capaz que llega y no tenés dónde atender y todas esas variables que son... el tema del tiempo, de la frecuencia, que a veces no es la mejor, porque hay pacientes que necesitás verlos todas las semanas o hasta dos veces por semana y no... eso no lo podés lograr (Entrevista 4, 30/5/2022).

De los fragmentos convocados hasta este punto, aparecen con claridad algunos elementos que son contundentes. Irrumpe una clara diferenciación entre lo que ellos visualizan que pueden llevar adelante en la práctica privada y aquello que efectivamente logran realizar en su inserción en las organizaciones de salud pública; a partir de lo cual se da una argumentación que se sostiene en la ausencia de lugares para atender, en una masividad de pacientes que genera una imposibilidad de continuidad en la atención, y a partir de la admisión de todos esos factores como aparentemente inherentes a este tipo de organizaciones, se desarrollan estrategias de trabajo. Dichas estrategias dan cuenta de realizar *algún tipo de acompañamiento, resolver un motivo de consulta, hacer un seguimiento cada dos o tres semanas*, asumiendo que hay una cantidad de cosas que pareciera que va de suyo *no se pueden lograr*.

Otro de los entrevistados, muy en relación con los asuntos rayanos a cierta noción de clínica que hemos venido abordando a lo largo de este capítulo, reflexiona acerca de sus intenciones de trabajo tomando elementos tales como una escucha acerca del conflicto psíquico, buscando vías desde la interpretación, quizá generando la posibilidad del desarrollo de la transferencia; elementos ineludibles en cualquier práctica clínica que se sostenga desde una epistemología del inconsciente. Acerca de las posibilidades de aplicar estas herramientas en su tarea dentro de la salud pública, reflexiona:

... intento trabajar con el conflicto, desde el conflicto psíquico del paciente, con las experiencias infantiles, tratando de a veces poder trabajar desde la transferencia. Es difícil,

poder trabajar haciendo señalamientos o haciendo interpretaciones. Pero si, no sé cómo explicarlo. Entiendo que muchas veces uno queda como en un nivel que no puede. No puede con la mayoría de los pacientes adquirir la profundidad... por lo menos la profundidad que yo pretendería... (Entrevista 4, 30/5/2022).

Queda para el final una de las reflexiones esbozadas por uno de los psicólogos entrevistados, que en alguna medida pareciera condensar algunas de las cosas que se han venido trabajando en este apartado de la tesis. Habla por sí sola:

Yo creo que capaz que a todos en su comienzo cuando empezamos a trabajar en lugares así teníamos otra expectativa y tuvimos que decir, bueno, en estas instituciones lo que se puede hacer es esto y gracias, ¿no? Y no, y hasta no siempre el seguimiento es cada 15 días, 20 días de trabajo, un mes... Y es como, bueno, ¿cómo estás? ¿cómo pasaste?, termina siendo como más anecdótico...(Entrevista 7, 13/6/2022).

En un repaso de los fragmentos de entrevista convocados para el desarrollo de este apartado, pareciera que la posición de los entrevistados deambula entre dos términos ciertamente populares en algunas líneas de análisis de los planos de la realidad: lo ideal y lo posible. Trae consigo una conocida diada a partir de la cual existiría todo un cúmulo de ideas, nociones, posiciones técnicas y epistemológicas que corresponderían a un cierto ideal inalcanzable. Ideal tomado así como aquello que se ubica en la arista máxima, en un extremo donde ninguna de las cosas logra alcanzarlo, que sirve ciertamente más como línea de fuerza que ejerce tensión que como un punto hacia el cual llegar; lo posible como justamente eso que se logra dentro del estado de cosas en que se desarrolla cierta actividad.

Ahora bien, posicionarse bajo enunciados tales como *lo que se puede hacer es esto y gracias*, o dar por sentado que *uno queda en un nivel en que no se puede*, o asumir que el trabajo clínico que se hace es de orden catártico y *termina siendo más anecdótico*, o entender definitivamente que *el paciente tiene que saber adaptarse porque hay cosas que*

no se van a lograr, es decir, concluir sabiendo que lo posible es *terminar haciendo algo parecido a la clínica* marcan una posición que al menos debería poder ser interrogada.

Mientras en otras disciplinas de la salud se escucha de avances tecnológicos que se aplicarán al uso diario, se implementan herramientas creativas y novedosas para diversas áreas de atención; lo que parece quedar para la psicología (disciplina que no implica una inversión económica mayor ni en tecnología ni en aparatos informáticos, dado que sigue siendo un asunto entre seres humanos, mediados por el uso de la palabra) es cada vez más el enraizamiento de la conformidad. Siguiendo algunos postulados de las nociones clínicas obtenidas en diálogo con los entrevistados y de las prácticas que a través de ello parecen posibles, a la psicología parece quedarle el lugar de agradecer por formar parte del campo de la salud, asumiendo que eso que puede hacerse es la regla. Y esto debe abrir una profunda interrogante, ya no solamente hacia las entrañas de la psicología como integrante del campo de la salud mental pública, sino también por la calidad de la atención clínica que a través de ésta se brinda a alguien que padece y pide ser escuchado en su malestar. Escuchado y suficientemente atendido en un tratamiento digno, serio y de calidad.

Capítulo VI

Digresión Ética Acerca de la Calidad de las Propias Prácticas

A lo largo del desarrollo de esta tesis hemos ido abordando algunas de las dimensiones que participan, se engranan entre sí y alimentan de esta manera a una forma de funcionamiento donde la psicología es protagonista dentro de los establecimientos pertenecientes a la salud pública en el Uruguay. El foco ha estado puesto en el análisis acerca de diversas áreas que se ven afectadas de dicha disciplina como integrante de las organizaciones que regulan el andar de la salud mental pública y en cómo esto va generando efectos en los profesionales que desarrollan sus prácticas desde la psicología en los ámbitos mencionados. Existe una gran cantidad de instituciones que participan en el aglomerado complejo sobre el que se intenta reflexionar en estas páginas.

Si bien ya se desarrolló un capítulo donde los profesionales daban cuenta de los efectos que esta forma de funcionamiento genera sobre sí mismos, y en directa relación con ello, sobre la psicología y sus conceptualizaciones, en este apartado, más breve que los anteriores, se busca rescatar los momentos en que los entrevistados reflexionaron acerca de sus propias prácticas. Un ejercicio de pensamiento que se extiende también a la reflexión acerca del psicólogo inserto en la salud pública como figura que es agente de salud y todo lo que ello conlleva.

Por todo esto, este apartado está estrechamente relacionado con la ética y más precisamente con la ética profesional y las reflexiones que desde allí han surgido a los profesionales entrevistados en esta investigación.

Calidad de la Tarea a la Luz de la Ética

Varios de los profesionales entrevistados, pusieron en cuestión la calidad del servicio que se logra hacer llegar a los consultantes en los centros de salud pública, fundamentalmente en lo que a ellos les atañe, que es la salud mental. Como hemos recorrido, el asunto del abordaje clínico en dicha área ha de poder observarse a la luz de una gran cantidad de elementos, primero en relación a la compleja trama de instituciones que pugnan constantemente, las organizaciones que van marcando el andar de las estrategias de abordaje en función de planes, ideologías y posicionamientos políticos imperantes así como también la psicología como institución dentro de dicha trama y aquellos que la encarnan y la materializan en los establecimientos. El psicólogo es la punta que materializa dicho entramado complejo e inabarcable por momentos, a partir de lo cual surgen posicionamientos a veces heroicos, a veces de una desidia evidente, oscilando entre la salvación y la derrota constantemente. Mas, los entrevistados en esta investigación se tomaron un momento para buscar focalizar el pensamiento respecto de las propias prácticas, así como las prácticas inherentes a la profesión.

A partir de esto, se entiende que transitaron momentos de ejercicio de la ética.

Según el *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana* de Joan Corominas del año 1987, ético deriva del latín *ethicus*, el que a su vez es tomado del griego *ethikos* (moral, relativo al carácter), el cual es derivado de *ethos* que significa carácter, manera de ser. Así, existe cierto consenso respecto de que la ética es un ejercicio de pensamiento que tiene como objeto reflexionar acerca del comportamiento humano, las acciones morales que rigen una determinada época, siguiendo el hilo de la pregunta fundamental acerca de cómo debe vivirse la vida. La ética sostiene esa pregunta, más allá de valoraciones del bien y el mal, los cuales son dimensiones que resultan de determinados momentos históricos, sostiene siempre un más allá, permite no quedar adheridos a lo que existe como si se tratase de una verdad irrefutable. Se diferencia así de la moral, en que ésta es el resultado

de convenciones de una época, al tiempo en que el ejercicio ético no queda adherido a una época en particular.

Expresa Juan Jorge Michel Fariña (2000) que no “existe el ser de la ética. Nadie puede ser más o menos ético, sino que la emergencia de la ética se define, a posteriori, en la singularidad situacional” (p.15).

En relación a ello, la ética profesional (Segundo, 2023) implica la vinculación de la ética con el ejercicio de una profesión determinada, reflexionando acerca de sus alcances, poniendo la mirada atenta sobre los códigos deontológicos que rigen ciertas prácticas, con el fin de sostener la pregunta acerca de cuál es la mejor manera de que esa práctica sea una *sana praxis* para aquel que recibe sus servicios o funciones.

Dirá Fariña (2000) que la ética implica dos movimientos fundamentales. El primer movimiento implicaría poner en suspenso las concepciones entre el bien y el mal que se posean, “para situar el problema en una suerte de estado del arte que da cuenta de los avances alcanzados por la disciplina. Este estado del arte permite deducir el accionar deseable del profesional ante situaciones dilemáticas de su práctica” (pp. 11, 12). En relación a éste, existiría un segundo movimiento a partir del cual todo aquello que se conoce en función del estado del arte y de las indicaciones que de ello han de desprenderse se singulariza, que se desarrolla ante cada nueva situación en particular. Dirá nuevamente Fariña (2000) que a partir de este movimiento se

interroga la norma más allá de todo campo reflexivo, suplementando el universo al decretar su incompletud. Da cuenta no del *qué debería hacer...* de la pauta deontológica particular, sino del *qué hacer* allí donde la situación se revela a posteriori como desbordando el conocimiento que la antecede (p.12).

La importancia de la reflexión acerca de la propia práctica, ya sea frente a cómo enfrentar algo que debe hacerse o frente a algo que desborda el conocimiento alcanzado hasta ese momento, radica en la vitalidad que encuentra la disciplina poniéndose en el foco

de una posición crítica que le permita dar cuenta de aquello que ha venido haciendo en función del estado de cosas.

Manifiesta uno de los profesionales entrevistados:

Yo entiendo que no solamente se tiene que responder a un número de consultas, se tiene que brindar una atención de calidad, se tiene que tener una postura ética, revisar su propia herramienta para ver cómo enfrentar las cosas y no quedar atravesado por la institución en sí misma, tener compromiso de formación continua también (Entrevista 3, 26/5/2022).

En consonancia con dicho fragmento, otro profesional agrega:

He podido llegar a sentirme como con cierta conformidad con lo que hago, pero no me llega a satisfacer del todo. Por lo cual eso me implica seguir buscando la mejora de las prácticas. De eso se trata. Si mejoro mi práctica quiere decir que estoy llevando más a los pacientes, a los usuarios, que mejor va a ser la atención, la calidad que le brinde a la atención (Entrevista 6, 13/6/2022).

Ambos entrevistados focalizan su digresión en relación al asunto de la continua formación del psicólogo que desarrolle sus prácticas activamente, lo que está, según lo que manifiestan, en directa relación con aquello que luego ofrecen a los pacientes que llegan a consultar a los servicios de salud pública. El *Código de ética profesional del psicólogo* (Comisión de ética profesional, 2001), en su artículo número 25, componiendo parte del capítulo 4, que está dirigido a las competencias del profesional, expresa que “el/la psicólogo/a permanentemente perfeccionará su formación para el mantenimiento de niveles altos de competencia científica y técnica en beneficio de las personas que recurran a él/ella y de la profesión en su totalidad” (p.4).

Aparece entre los entrevistados la idea de que es necesario formarse, con el mayor grado de permanencia posible según las posibilidades dentro de la que cada uno se

desarrolla cotidianamente. Al tiempo en que esto sucede, también se ha manifestado que no existen espacios de formación por parte de los organismos públicos hacia sus empleados. Como manifestaba uno de los entrevistados en un fragmento anteriormente convocado, *...salud pública no ofrece nada, nada ... Un solo curso una vez al año, que es realmente de muy escaso nivel ...*

Queda una especie de agujero en relación a la formación; lo que llega como un principio deontológico a través del código de ética propio de la profesión del psicólogo en el Uruguay, y que evidentemente por una vía u otra forma parte del discurso de los profesionales que trabajan en la salud pública, luego no ve materializado sus enunciados. Muchos de los entrevistados hacen énfasis en que la formación a la que acceden generalmente se desarrolla en centros de formación de carácter privado, y generalmente dicha formación está en relación a los intereses vocacionales o epistemológicos del profesional, mas no así de la función que cumplen dentro de la salud pública. Por lo que, sucede en muchos de los casos que aquella formación a la que acceden, a partir de una inversión sostenida en dinero propio, luego es volcada nuevamente hacia el ámbito privado. Especie de círculo vicioso donde lo privado alimenta lo privado. ¿Qué lugar queda así para la profesionalización del psicólogo en el ámbito público? ¿Es esto un asunto que compete pura y exclusivamente a los psicólogos?

Otro de los puntos interesantes en la reflexión ética que realizaron los entrevistados, tiene que ver con la calidad de la tarea que efectivamente se ofrece, a partir fundamentalmente como se ha venido diciendo en esta tesis, de la múltiple intervención del psicólogo en la salud pública para resolver la inmensa masificación de consultas.

El artículo número 53 del mencionado *Código de ética profesional del psicólogo* (Comisión de ética profesional, 2001), en su primer apartado refiere: “el/la psicólogo/a actuará con responsabilidad técnica y respeto a las normas que tienden a la mejor atención del receptor de sus servicios y al prestigio de la institución en que trabaja” (p.6). Asimismo,

el artículo número 26 deja ver: “sólo proporcionarán servicios y utilizarán técnicas para las que están calificados por formación y experiencia” (p.4); y finalmente el número 27 manifiesta: “reconocerán las limitaciones de su formación y personalidad y renunciarán a cualquier trabajo que pueda ser perjudicado por ellas” (p.4).

Relatan dos fragmentos de entrevista:

Lo primero es que hay que tener una cabeza muy abierta, es ser receptivo, lo que no quiere decir que después uno diga eh, tenga que aceptar todo lo que ve, lo que escucha, lo que le proponen. Tanto autoridades como otros colectivos ... (Entrevista 6, 13/6/2022).

Yo creo que, en ese sentido, bueno, a lo largo de la formación eso como que se fue revisando, pero me parece que se cayó de una manera también en cierta labilidad, ¿no? Como esto que te digo, como si fuera todo lo mismo... (Entrevista 5, 6/6/2022).

Mientras uno de los fragmentos apunta a que no ha de aceptarse todo lo que venga en forma de solicitud como un trabajo a realizar, sin miramientos, el otro da cuenta de que pareciera que en la actualidad se ha caído en una especie de funcionamiento donde prácticamente cualquier asunto ha de poder ser resuelto por cualquier psicólogo. El código de ética deja ver claramente primero que el profesional ha de formarse concienzudamente para el desarrollo cotidiano de su práctica, al tiempo en que aclara contundentemente que solamente han de brindarse aquellos servicios para los cuales se esté debida y sobradamente preparado, reconociendo los límites del propio conocimiento como un principio ético ineludible. Todo ello, con el paciente como orientador definitivo de las cavilaciones éticas a las que se enfrente el profesional.

¿Sucedo esto en la salud pública? ¿Existe acaso la posibilidad de formarse? ¿Existe la posibilidad de reflexionar seriamente acerca de la propia práctica? ¿Se desarrolla un servicio amparado en la más alta calidad o se busca resolver consultas lo más rápido posible *para que no tape la ola?*

Félix Guattari expresa que a partir de la irrupción de lo que él denomina Capitalismo mundial integrado (CMI), ya no quedan espacios donde no se sigan sus lógicas de funcionamiento, como ya se ha mencionado en esta misma tesis. Es interesante destacar, que a partir de la aparición de dicha forma de ordenamiento social, económico, político, subjetivo, etc., el asunto y sus lógicas ya no se remiten exclusivamente a aquellos organismos encargados de producir para generar capital económico, sino que a partir del CMI, “la semiotización ya no se limita a los instrumentos financieros y a la fabricación de un mercado, sino que se lleva a cabo en el conjunto de las interacciones simbólicas mediante las cuales las personas copresentes hacen sociedad” (Guattari, 2004, p.27). Estamos semiotizados, codificados e integrando una maquinaria inmensa, la que perpetuamos constantemente.

La producción ya no se limita a aquellos organismos destinados a ello exclusivamente, sino que la lógica de mercado, producción constante y rápida circulación del capital ha permeado en todos los intersticios del cuerpo social, marcando la forma de funcionamiento. De esta manera no sería sorprendente que un servicio de atención público a los padecimientos de salud mental de una población estuviese regido bajo una premisa de rápida resolución de los problemas, sin detenerse realmente en aquello que tiene para decir quien padece, sino buscando eliminar cuanto antes un escollo en la maquinaria productiva. Cada engranaje que se corre de su lugar de funcionamiento, estorba, y como tal ha de ser rápidamente reinsertado, *rehabilitado*, para utilizar una terminología tan en boga.

Cada uno de los psicólogos entrevistados se pregunta acerca de cuánto de esto que sucede, que ven a diario, tiene que ver con su responsabilidad como profesionales. Habitan la interrogante ética, y también la moral. Seguramente haya una cuota, y es condición para la práctica la reflexión íntima y crítica de cada uno respecto de su formación, mas, no ha de perderse de vista que se trata de un fenómeno ciertamente más complejo que lo que a cada uno ha de recaer en particular. Transitamos un período donde lo económico prima por sobre lo político, por momentos eliminando dicha dimensión.

El resultado, una atención de mala calidad, con primacía en la resolución, donde la maquinaria queda satisfecha a partir de cuántas consultas se resolvieron a diario sin importar qué se arrasó en el medio. Psicólogos que no quedan satisfechos con la tarea que realizan (con buen tino y razón); apesadumbrados por la cotidianidad que los aleja constantemente de un objetivo imaginado *a priori*; carentes de formación suficiente para afrontar los problemas que golpean las puertas de sus consultorios; con la necesidad de abordar problemáticas de índole totalmente variada, como si de una navaja suiza se tratase; paulatinamente resignándose a que eso que se puede hacer es lo único que se puede hacer. Buscando en el ámbito privado aquello que prácticamente nunca encuentran en la salud pública, formándose en el ámbito privado para ejercer en el ámbito privado; manteniendo una relación de temporalidad notoriamente más lenta con el ámbito privado, donde una consulta de una hora puede desarrollarse en una hora sin que por ello aparezca un tsunami amenazando detrás; donde no quedan sumidos a una jerarquía organizacional que impone una forma de funcionamiento de presión constante. Y tampoco esto es así en todos los casos, no seamos ingenuos.

El resultado del resultado, aquellos que tienen muy poco o ningún dinero para costearse un tratamiento de salud mental, reciben las migajas que el sistema les ofrece. Aquello que va quedando del manjar al que acceden los que están primeros, los que pueden pagar una psicoterapia, así como en la lógica descrita tan gráficamente por aquella extraña película dirigida por Galder Gaztelu-Urrutia (2019) denominada *El Hoyo*, que describe una particular estructura de prisión en círculos ordenados hacia abajo en forma de pirámide, donde el alimento llega como un gran manjar a quienes habitan el primer círculo, quedando apenas los restos de esto a aquellos que se encuentran alojados en el último piso. Esa pirámide propuesta por el capitalismo mundial integrado, por supuesto que afecta también al sistema público de salud, y cada uno anda por ahí buscando su cuota de responsabilidad, al mismo tiempo en que, como dice la ya tan conocida expresión, el pobre

es cada vez más pobre, y el rico es cada vez más rico. El dinero y la producción le taparon los ojos a la moral. La ética, ha de elevar el grito de su pregunta.

Comentarios Finales

Puede que nada cambie o parezca cambiar en la historia, pero todo cambia en el acontecimiento, y nosotros cambiamos en el acontecimiento (Deleuze y Guattari, 1993, p.113).

Haber recorrido este proceso de maestría ha sido un proceso ciertamente acontecimental en el mayor de los espesores en que esto ha de poder considerarse como tal. Ha implicado las lógicas de un acontecimiento en tanto que quien entró en el año 2017 a cursar oficialmente la Maestría en Psicología Social, dista notoriamente de este que escribe las líneas finales de una tesis que oficia como muchas cosas. Es en primer lugar el medio mediante el cual se cumple académicamente con un requisito fundamental para la aprobación de todo el recorrido curricular del posgrado avalado por la Facultad de Psicología, es también el producto de una investigación que recorrió los desfiladeros del comité de ética y que involucró a varias personas como participantes centrales, pero es por sobre todas las cosas la prueba que materializa un recorrido. Es el registro escrito de una experiencia que transitó durante seis años, que de ninguna manera ha pasado como una simple experiencia, sino justamente todo lo contrario. De ahí su carácter de acontecimental.

La organización curricular, en el año 2019, llevó a que llegada la fecha límite para proponer un proyecto de investigación, en aquel momento la propuesta fuera completamente otra de aquella que se vio plasmada en estas líneas. El primer proyecto que realicé y que fue efectivamente avalado por el comité de ética, denominado *El Antiedipo, una aproximación hermenéutica*, tenía como objetivo indagar las relaciones existentes entre el psicoanálisis y el esquizoanálisis tomando como guía para el recorrido los postulados del texto *El Antiedipo* (1985) elaborado por Gilles Deleuze y Félix Guattari en el año 1972, a partir de la palabra de psicólogos y psicólogas locales respecto de ello. Dicho proyecto era

ciertamente heredero de intereses anteriores, y que paulatinamente dejaron de acompañarme.

A dos años de haber iniciado el recorrido académico por la Maestría, tuve la oportunidad de ingresar como Psicólogo Residente, formando parte de la Especialización en Psicología en Servicios de Salud, la que existe desde el año 2010 y la cual implica un convenio profesional entre ASSE y UdelAR. Los residentes que forman parte de dicha especialización se integran durante un período de tres años en diversos servicios de la salud pública a lo largo y ancho del territorio nacional, desarrollando tareas en los tres niveles de atención en el tiempo mencionado.

Fui residente durante el período 2019-2021, transitando años de la *a posteriori* denominada normalidad y períodos de la pandemia por COVID-19. Y fue a partir de esta experiencia como psicólogo dentro de diversos servicios de la salud pública, que el proyecto de investigación tomó existencia. La pregunta ya no era algo que surgía para cumplir con una exigencia curricular en un tiempo límite determinado, sino que genuinamente comenzó a instalarse como interrogante a partir de lo que iba viendo en los servicios por los que transité. La pregunta *¿Qué clínica es posible dentro de la salud pública?* ocupó mi pensamiento durante prácticamente los tres años de la especialización, y como una nota que aumenta su intensidad, *in crescendo* fue manifestándose hasta lograr su materialización a través de la elaboración de un nuevo proyecto de investigación en el año 2021.

Este proyecto surgió de una interrogante genuina, de la necesidad de conversar con psicólogos y psicólogas insertos en los diversos establecimientos de la salud pública en Uruguay acerca de las posibilidades que encontraban para poder atender a los pacientes que recurrían a ellos cotidianamente, en función de las herramientas y oportunidades que el Estado les brindaba. Porque al dialogar con los profesionales acerca de esto, entendía que, entre otras cosas, también iban alojados allí cuestionamientos que no solamente nacían en

mí, sino que pasaban a través de mí. A partir de comentarios, quejas, reclamos, y vivencias de diversos tipos con los pacientes en los servicios, en los tres niveles de atención que recorrí. Cada uno dejó una amplia batería de interrogantes.

A partir de todo esto, esta investigación buscó dar cuenta del actual estado de las relaciones entre la psicología y la salud pública, tomando como eje principal la palabra de los psicólogos y psicólogas entrevistados, haciendo que el recorrido lo marcara la insistencia de los emergentes y no el capricho del investigador. El diálogo con cada uno de los entrevistados fue ciertamente enriquecedor, por momentos angustiante, pero por sobre todo auténtico dado que cada uno dejó ver aquello que pensaba respecto de los temas que fueron surgiendo en las conversaciones, sin ocultar malestares o posiciones de pensamiento respecto de alguna cosa.

De lo trabajado en esta tesis queda, luego de pasar el tamiz por los seis capítulos que la componen, una fuerte idea que indica que (luego de 16 años de la implementación de un sistema novedoso para el abordaje de las cuestiones de salud en Uruguay) aún estamos muy lejos de encontrar las condiciones óptimas para un abordaje adecuado y de calidad de los asuntos de salud mental de aquellos que se atienden en la salud pública. Estamos a distancia de lo que indicaba aquel plan de salud mental elaborado en el año 2011, y ciertamente estamos lejos de los indicadores del actual plan de salud mental. La exigencia ha de apuntar siempre al más alto estándar de calidad en cada uno de los niveles de atención y en cada uno de los puntos del país, con cada una de las personas que consulte. Así como de ninguna manera ha de aceptarse que existan usuarios de primer y segundo nivel, tampoco la atención brindada ha de correr por los raíles de una universalización miope, que confunda igualdad con equidad, haciendo que a algunos jamás les llegue aquello que efectivamente necesitan.

La búsqueda de acercamiento al ideal, tantas veces castigada, trae como reverso una conformidad con aquello que se realiza, al momento en que el profesional se comienza

a encontrar una y otra vez con las dificultades que el propio sistema le genera constantemente. Se hace lo que se puede, es una de las expresiones que aparecen para batallar la imposibilidad de franquear esa barrera tan espesa que se ha formado, y como se dejó ver en los primeros capítulos de la tesis, el profesional oscila entre ocupar un puesto de heroicidad bajo la premisa de que podrá solo contra todo, o un enojo de magnitudes bajo la premisa de que en esas condiciones nada vale la pena. Entre una posición y otra, siempre gana la perpetuación de las cosas tal y como están.

Como también se ha dejado ver en las líneas de esta tesis, tampoco es este un asunto que dependa de la buena voluntad de los profesionales que desarrollan sus tareas en la salud pública, sino que ha de ser una necesaria estrategia de inversión económica y apuesta política por parte de las organizaciones estatales que tienen a su cargo la posibilidad de la inyección de capitales. Es un asunto de derechos humanos, es un asunto de pasado y presente político, es sencillamente un asunto de humanidad.

Slavoj Žižek (2012) en su aparición en Big Think dejaba una premisa clara: es momento de parar, de dejar de actuar compulsivamente, es momento de comenzar a pensar. La contundencia de su invitación debería ser una estación ineludible en el recorrido de todos aquellos que formamos parte del campo de la salud mental.

Dicha invitación fue la que los entrevistados recogieron en esta investigación, y esta tesis ha intentado dar cuenta de ello. Dejar los trazos de un pensamiento compartido respecto de temas que nos atañen a todos los que en ellas participamos. Como decía Heidegger (2012), todos recorreremos ese bosque, hollando caminos conjuntos.

Finalmente, esta tesis es la materialización de un recordatorio para mí. Siguiendo el verso de aquella vieja canción madrileña: “A ti te estoy hablando, a ti/ Que nunca sigues mis consejos/ A ti te estoy gritando, a ti/ Que estás metido en mi pellejo...” (Sabina y García De Diego, 1990). Un recordatorio para no perder de vista en ningún momento que el abordaje clínico desde la psicología no le pertenece a ninguna clase social. Tanto el psicoanálisis

como la psicología no son disciplinas que hayan sido creadas con la condición de desarrollarse dentro de determinados círculos sociales. No es un asunto de patrimonio, ni de educación, ni de condiciones intelectuales, sino que sencillamente se trata de un artificio creado para abordar el padecimiento humano a través de una de sus tantas aristas de manifestación. Respecto de esto, dejó escrito Jacques-Alain Miller (s/f):

...los efectos del psicoanálisis no se deben a su marco, sino al discurso, es decir, a la instalación de coordenadas simbólicas por parte de alguien que es psicoanalista y cuya cualidad de analista no depende de la ubicación de su despacho, ni de la naturaleza de su clientela, sino de la experiencia en la que él mismo se ha comprometido (s/p).

Va de suyo que dicho enunciado no es privativo del psicoanálisis y ha sido esa también la intención de esta investigación, a todas aquellas disciplinas que conforman el campo de la salud mental les toca su porción de protagonismo en el riguroso pensamiento acerca de sus propias prácticas. Y ello también oficia como recordatorio.

El investigador se transforma junto con lo que investiga y yo en el modo del acontecimiento me he transformado en esta investigación.

Referencias

Aguilar, L. (2004). *La hermenéutica filosófica de Gadamer*. Revista Electrónica Sinéctica, núm.24, pp. 61-64. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99815918009>

Aragaki, S.; Spink, M.; Bernardes, J. (2012). *La Psicología de la Salud en Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas públicas en el área de la salud*. Pensamiento psicológico. Vol.10. pp. 65-82. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80125017007>

Artola, M. (2020). *Psicoterapias en el Sistema Nacional Integrado de Salud: vivencias de los usuarios respecto a los cambios autopercebidos y a las características de la atención recibida*. (Tesis de maestría, Udelar Facultad de Psicología). <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27011>

Bafico, J. (2022). *El oficio de analista*. Debate.

Barembliitt, G. (2005). *Compendio de análisis institucional*. Madres de Plaza de Mayo.

Barrán, J. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo III. La invención de cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental.

Barthes, R. (1986). *Lo obvio y lo obtuso. Imágenes, gestos, voces*. Paidós comunicación.

Benveniste, E. (1997). *Problemas de lingüística general*. Siglo XXI.

Bibbó, L. (2016). *Expresiones de la angustia en los equipos*

técnicos: el sufrimiento institucional.

Presentado en el XXI congreso FLAPAG Latinoamérica: construcción y discontinuidad en los vínculos. Montevideo, 11-14 de noviembre.

Bleger, J. (1999). *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós.

Borges, J. y Jurado, A. (1976). *¿Qué es el budismo?* Alianza S.A.

Brandão, P. y Lopes, V. (2012). *Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas*. Psicologia USP.

<https://www.scielo.br/lj/pusp/a/mgVnk6NKvyYqPzhSGKhXsw/?lang=pt>

Carrobles, J. (2012). *Psicólogo clínico y/o Psicólogo general sanitario*. Psicología conductual. Pp. 449-470.

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/psicologo-clinico-y-o-psicologo-general-sanitario/>

Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Ensayo Tusquets.

Cimino, A. y Leite, D. (2016). *Psicologia e Saúde Pública: Cartografia das Modalidades de Prática Psicológica nas Policlínicas*. Revista psicología e saúde. Vol. 8. Pp.

14-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609864852004>

Comisión de ética profesional. (2001). *Código de ética profesional del psicólogo*.

https://www.bps.gub.uy/bps/file/8120/1/codigo_de_etica_profesional_del_psicologo.pdf#:~:text=Se%20considera%20un%20derecho%20y,en%20un%20estado%20de%20derecho.&text=como%20ser%20social.&text=una%20progresiva%20y%20calificada%20preparación,de%20su%20autono-%20mía%20científica.

Conde Rodrigues, H. y Batista de Souza, V. (1989). *El análisis institucional y la*

profesionalización del psicólogo. En Batista, V.; Bauleo, A.; Conde, H.; De

Brasi, J.; Fernández, A.; Pavlovsky, C.; Percia, M.; Saidón, O. Lo Grupal 7.
Bs.As: Ed. Búsqueda.

Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos.

Dagfal, A. (2009). *O ingresso da psicanálise no sistema de saúde pública na Argentina*.

Psicologia em Estudo. Pp. 433-438.

<https://www.scielo.br/j/pe/a/dNjFdbhGdTm6pWdd3ttNPqM/?lang=pt>

De León, N. (2013). UDELAR. CSIC. *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. Psicolibros Waslala.

Decreto 158/019. *Aprobación del proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación vinculada a la dirección general de la salud, referida a la investigación en seres humanos*. MSP. Poder Ejecutivo. Consejo de Ministros. Montevideo, 12 de junio de 2019.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti Edipo*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1993). *¿Qué es la filosofía?* Anagrama.

Deleuze, G. (1989). *Lógica del sentido*. Paidós Studio.

Deleuze, G. (1990). *¿Qué es un dispositivo?* En: *Foucault, filósofo*. Gedisa.

Deleuze, G. (2005). *Derrames. Entre el capitalismo y la esquizofrenia*. Cactus.

Derrida, J. (1986). *De la gramatología*. Siglo XXI Editores.

Donghi, A. (2014). Avances freudianos sobre la experiencia del dolor. Anuario de investigaciones. Vol. 21. Pp. 29-32.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994042>

Dunker, Ch.; Paulon, C.; Milán-Ramos, J.G. (2017) *Análise psicanalítica de discursos. Perspectivas lacanianas*. Estacao das Letras e Cores.

- Eidelsztein, A. (2015). *Ça parle (eso habla) y ça pense (eso piensa) y la responsabilidad subjetiva*.
<https://www.eidelszteinalfredo.com.ar/ca-parle-eso-habla-y-ca-pense-eso-pienso-y-la-responsabilidad-subjetiva/>
- Eidelsztein, A. (2018). *El origen del sujeto en psicoanálisis. Del Big Bang del lenguaje y el discurso*. Letra Viva.
- Fajardo-Dolci, G.; Gutiérrez, J.; García-Saisó, S. (2015). *Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud*. Salud Pública de México. Vol. 57. N° 2. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10636867010>
- Fariña, J. (2000). El doble movimiento de la ética contemporánea: una ilustración cinematográfica. En Salomone, G. Z.; Domínguez, M. E. (comp.). *La transmisión de la ética: clínica y deontología*. Letra Viva.
- Farrán, R. (2014). *El concepto de sujeto en Badiou y Lacan*. Rev. Filos., Aurora, Curitiba. Vol. 26. N° 38. Pp. 101-130.
- Fernandes, J. y Simon, C. (2009). *Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas*. Paideia. Vol. 19. Pp. 167-175.
<https://www.scielo.br/j/paideia/a/B9wFXXF8j5gRdjQPJSTFC8r/?lang=pt&format=pdf>
- Fernandes, R.; Jiménez-Brobeil, S.; do Carmo, M.; Almeida.; do Nascimento, E.; Araújo, P. (2016). *Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal*. Revista de Psicología.
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/14943/15478>
- Fernández, A. (1992). *El campo grupal*. Nueva Visión.

- Fernández, A. (2016). *Algunas puntuaciones sobre el dolor en Nietzsche*. En Hounie, A. y Fernández, A. (coord.). *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida*. Biblioteca plural.
- Fernández-García, X. (2021). *Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento*. Revista: Ansiedad y estrés. Pp. 31-40.
https://www.researchgate.net/publication/352733447_Situacion_de_la_psicologia_clinica_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud_SNS_y_perspectivas_de_crecimiento
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2011). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo Veintiuno Editores.
- Franco, A. (2011). *La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 19. N° 2. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019206>
- Freud, S. (1991). *Obras completas tomo XII. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992). *Obras completas volumen XIV*. Amorrortu Editores.
- Gaztelu-Urrutia, G. (Dirección). (2019). *El Hoyo*. (Película). Basque Films y Mr Miyagi Films.
- Guattari, F. (1972). *Psicoanálisis y transversalidad. Crítica psicoanalítica de las instituciones*. Siglo XXI editores.
- Guattari, F. (2004). *Plan sobre el planeta. Capitalismo mundial integrado y revoluciones moleculares*. Traficantes de sueños.

- Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Tinta Limón.
- Heidegger, M. (2005). *Qué significa pensar*. Caronte filosofía.
- Heidegger, M. (2012). *Caminos de bosque*. Alianza Editorial.
- Heidegger, M. (2014). *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- IMPO. (2008). Ley N° 18211. *Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- IMPO. (2018) Ley N° 19529. *Ley de Salud Mental*.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Kaës, R. (1989). *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*. Paidós.
- Kaës, R. (2004). *Complejidad de los espacios institucionales y trayectos de los objetos psíquicos*. Psicoanálisis APdeBA. Vol. XXVI. N° 3.
- Kaminsky, G. y Varela, C. (2001). *Grupo objeto y grupo sujeto. Laboratorio de análisis institucional*.
<https://catedrainstitucionalucalp.files.wordpress.com/2017/03/8-kaminsky-y-varela-grupo-objeto-y-grupo-sujeto.pdf>
- Lacan, J. (2014). *El seminario. De un discurso que no fuera del semblante*. Paidós.
- Lacan, J. (2015). *Escritos 2. Siglo XXI Editores*.
- Lacan, J. (2016). *El seminario. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2018). *Otros escritos*. Paidós.

Lacan, J. (s/f). *Seminario 20. Encore: 1972-1973*. Versión crítica. Escuela Freudiana de Buenos Aires.

Lapassade, G. (2008). *Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Gedisa editorial.

Linde, P. (25 enero de 2023). La misión imposible de la terapia psicológica en la sanidad pública. El País.

<https://elpais.com/sociedad/2023-01-25/la-mision-imposible-de-la-terapia-psicologica-en-la-sanidad-publica-con-citas-cada-mes-y-medio-no-estableces-vinculo-con-el-paciente.html>

Lisboa, W. y Rodríguez, A. (2017). *Intervenciones clínicas del psicólogo en hospital general*. Perspectivas en psicología. Vol.14. Pp. 72-82.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224830>

Loredo, J. (2019). *La psicología como técnica de subjetivación*. UNED. Papeles del psicólogo. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77858209004>

Lourau, R. (2007). *El análisis institucional*. Amorrortu editores.

Manero, R. (1990). *Introducción al análisis institucional*. Tramas. Nº 1. Pp. 121-157.

Marshall, A. (1948). *Principios de economía*. Fundación ICO.

Meurer, R. y Aguiar, F. (2011). *A Clínica Psicanalítica na Saúde Pública: Desafios e Possibilidades*. Psicologia, Ciência e profissão. Pp. 40-49.

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/XYmFfxRFXTKM8VFrWfBykgJ/abstract/?lang=pt>

Miller, J.A. (s/f). Presentación de la FCPOL.

<https://fcpol.org/fcpol-institucional/presentacion/>

- Morales, O. (2003). *Fundamentos de la investigación documental y la monografía*. En Espinoza y Rincón (Ed.), *Manual para la elaboración y presentación de la monografía*. <https://www.researchgate.net/publication/237611564>
- MSP. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional__junio.pdf
- MSP. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf
- Novas, M. (2015). *Las actuaciones en la transferencia psicoanalítica en dos servicios de atención psicológica de la UdelaR*. Tesis de Maestría. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4878/1/Novas%2C%20Marcelo.pdf>
- Novas, M. (2016). *Dolor, escena, acto*. En Hounie, A. y Fernández, A. (coord.). *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida*. Biblioteca plural.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata_declaracion.htm
- Pampillo, G. (2004). *Una araña en el zapato. La narración. Teorías, lecturas, investigación y propuestas de escritura*. Libros de la Araucaria.
- Percia, M. (2010). *Inconformidad. Arte, política, psicoanálisis*. La Cebra.
- Percia, M. (2014). *Sujeto fabulado I. Notas*. La Cebra.
- Pérez, M. (2007). *Dejarse Hablar. Reflexiones sobre la escucha*. Co-herencia. Vol. 4. N° 5. Pp. 1-130. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77413255001>

- Pérez, R. (2013). *Demencias, salud mental y exclusión social*. En: De León, N (Coord.) *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Psicolibros Waslala.
- Pichon- Rivière, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión.
- Real Academia Española. (2022). Diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/>
- Rydel, D. (2015). *Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los usuarios*. (Tesis de maestría, UdelaR Facultad de Psicología).
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8336>
- Sabina, J. y García de Diego, A. (1990). *Corre dijo la tortuga*. [Canción]. En *Mentiras piadosas*. BMG/Ariola.
- Safatle, V. (2015). *O circuito dos afetos*. Cosac Naify.
- Sartre, J. (1963). *Crítica de la razón dialéctica*. Losada.
- Scharager, J. y Loreto, M. (2007). *El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile*. *Pan-Am Public Health*.
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n3/149-159/es/>
- Segundo, J. (2023). *Ética*. <https://humanidades.com/etica/>
- Serres, M. (1994). *El nacimiento de la física en el texto de Lucrecio*. Pre-Textos.
- Techera, A. y Apud, I. (2013). *Políticas de salud mental en el Uruguay*. En De León, N. (coord.). *Salud mental en debate*. Psicolibros Waslala.

Temporelli, K. (2009). *Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud*. Estudios económicos. Vol. 26. N° 53.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572363594003>

Vattimo, G. (2002). *Introducción a Heidegger*. Gedisa S.A.

Zacche, L. (2011). *Atuação do psicólogo nos hospitais da Grande Vitória/ES: uma descrição*. Psicologia em Estudo, vol. 1. Pp. 491-499.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122139015>

Žižek, S. (2012). *Don't Act. Just Think*. <https://bigthink.com/dont-act-just-think>