



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

El abordaje psicoanalítico en la Implementación del Programa Nacional de Salud Mental, dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud

Docente tutor: Joaquín Rodríguez Nebot

Estudiante: Marcela Silvera, 4.397.787-0

Fecha de entrega: 30/07/2015

INDICE:

Resumen	Pág. 2
Fundamentación	Pág. 2
Objetivos del trabajo	Pág. 2
Metodología del trabajo	Pág. 3
Capítulo 1: Marco teórico	Pág. 4
1a) Definición de la OMS sobre el concepto de salud	Pág. 4
1b) Psicoterapia y Psicoanálisis	Pág. 4
1c) Psicoterapias psicoanalíticas breves y focales	Pág. 5
Capítulo 2: Desarrollo	Pág. 7
2a) Implementación del Programa Nacional de Salud Mental y el Sistema Nacional Integrado de Salud	Pág. 7
2b) Análisis del abordaje psicoanalítico en el Sistema Nacional Integrado de Salud	Pág. 10
¿Cómo el psicoanalista empieza a pensarse en el ámbito hospitalario?	Pág. 11
¿Qué desafíos enfrentan los psicoanalistas en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud?	Pág. 12
¿La psicoterapia psicoanalítica breve dentro del hospital, debería ser focal con objetivos limitados?	Pág. 15
Conclusiones generales	Pág. 19
Referencias bibliográficas	Pág. 22

RESUMEN:

El psicoanálisis, comúnmente se asocia en nuestro país al consultorio privado, pero a partir del 2011, con el surgimiento del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud), comienza a expandirse y fortalecerse en los servicios de salud del Estado. Este trabajo trata de cómo el psicoanálisis se hace presente en este tipo de ámbitos, y varias son las interrogantes: ¿Cómo el psicoanalista empieza a pensarse en el ámbito hospitalario?, ¿Qué desafíos enfrentan los psicoanalistas en el marco del SNIS?, ¿La psicoterapia psicoanalítica dentro del hospital, debería ser focal con objetivos limitados? Estas son algunas de las cuestiones que ayudarán a comprender la temática.

Palabras clave: Psicoanálisis – Desafíos actuales – Servicios de salud

Fundamentación:

La idea de este trabajo surgió a partir del proyecto realizado en el 2014 en Facultad, sobre la Investigación en Psicoterapia Psicodinámica de objetivos y tiempo limitado. A partir de aquí me comencé a cuestionar acerca de cómo se trabajaría desde el psicoanálisis en los servicios de salud del Estado, sabiendo que al estar inmerso en un sistema o institución, tendría determinadas pautas y normas a seguir, que no necesariamente confieren a su técnica, como por ejemplo el tiempo limitado. Me resultó interesante e inquietante abordar esta temática, debido a que podría reflejar la realidad del trabajo de muchos psicólogos psicoanalistas de nuestro país.

Objetivos del trabajo:

- Realizar una aproximación al trabajo de los psicoanalistas en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Establecer los desafíos del psicoanálisis en perspectiva del Programa Nacional de Salud Mental, contemplado por el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Metodología del trabajo:

- Revisión teórica de conceptos claves sobre el psicoanálisis en el ámbito hospitalario.
- Revisión bibliográfica sobre experiencias de psicoterapeutas psicoanalistas en el marco del Programa Nacional de Salud Mental.
- Entrevistas semi-abiertas a psicólogas psicoanalistas con experiencia laboral en comunidad y en el ámbito mutual.

“Encontrar a un analista no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo; se trata más bien de que sea alguien que pueda decir a un sujeto, en un momento crucial de su vida, algo que permanecerá inolvidable.”

Eric Laurent, 2014.

CAPITULO 1

MARCO TEORICO:

1a) Definición de la OMS sobre el concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud (1948) define a la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100). Desde las ciencias sociales, se considera a la salud como la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Desde esta perspectiva se evalúan las ventajas y desventajas de la definición de salud de la OMS, aunque es innegable su utilidad para estudiar y comprender a la salud, como una realidad compleja. También se entiende que la idea de salud, responde a una condición histórica, debido a que cada época corresponde a cierta estructura de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. Por lo cual, lo que se entiende por salud es una construcción social. La importancia de la OMS radica en que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud, y es el que “...da pie para que dentro de muchos Estados Nacionales se tomen medidas de políticas públicas sanitarias gubernamentales para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos” (Gustavo Alcántara Moreno, 2008, p. 96).

1b) Psicoterapia y psicoanálisis

El psicoanálisis fue la primera orientación psicoterapéutica en desarrollarse en nuestro medio. En el Uruguay, esta corriente fue introducida a mediados del siglo pasado por los fundadores de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. A pesar de

que se encuentran diversas corrientes teóricas dentro del psicoanálisis, todas ellas coinciden en el concepto de inconsciente, de conflicto psíquico y en la importancia de las experiencias infantiles y del complejo de Edipo como determinantes de la patología. Dentro del psicoanálisis, existen múltiples corrientes teóricas vinculadas por lo general a los aportes de determinados autores, como M. Klein, W. Bion, D. W. Winnicott, J. Lacan, entre otros. En la actualidad, hay una situación de pluralismo dentro de las principales asociaciones psicoanalíticas, pero teniendo una base común teórica y técnica.

Además de su teoría, el psicoanálisis es un método psicoterapéutico que busca “investigar la conflictiva infantil inconsciente del paciente como forma de enriquecimiento en la comprensión de sí mismo y de su historia y concomitantemente como un camino de resolución de su patología” (Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté & Villalba, 2004, p.127). Este método propone la toma de conciencia, y un manejo más libre de estas influencias, por parte del paciente. En cuanto al analista, éste debe adoptar una actitud de atención libremente flotante y de neutralidad. Además del señalamiento y la información, sus herramientas son la interpretación y la construcción, las cuales permiten procesar de una mejor forma los conflictos perturbadores. Por otro lado, el analista debe trabajar la transferencia, la cual pone de manifiesto los modos de relación primarios reeditados en el vínculo con el analista, y su propia contratransferencia, sus reacciones involuntarias frente al paciente (Bernardi et al., 2004).

Por último, se trabaja desde un encuadre, que está dado por un conjunto de constantes como el lugar, el tiempo, la frecuencia de sesiones, etc. La constancia y repetición en identidad de condiciones, son fundamentales frente a la confusión o desorden psíquico que genera el sufrimiento humano, que debiera encontrar lo opuesto en la instancia de consulta. Es por ello que el encuadre es el que propicia y facilita el desarrollo de un proceso de cambio en el paciente, a través de la comprensión de aspectos inconscientes de sí mismo.

1c) Psicoterapias psicoanalíticas breves y focales

Denise Defey (2004) establece que las psicoterapias breves y focales surgen en los hospitales y en los centros barriales de asistencia. Es en estos ámbitos en donde se despliega y transita toda una sociedad a lo largo del tiempo, con la gran diversidad que conlleva. Que hayan surgido en estos lugares no es casual, allí llegan consultantes en

crisis, por lo cual es necesario la adaptabilidad del abordaje y su adecuación para la resolución de este tipo de situaciones. Varios profesionales han desarrollado metodologías para poder trabajar con estas problemáticas. Sifneos por ejemplo, desarrolla una metodología específica con el fin de promover una movilización en el paciente que garantice un trabajo efectivo en un período acotado de tiempo. Ya Freud, en el caso del Hombre de los Lobos escrito en 1914, había decidido poner un límite de tiempo al tratamiento para potenciar los efectos terapéuticos.

La investigación en psicoterapia ha logrado desarrollar varios estudios que investigan no solo el proceso de las distintas formas de psicoterapia, sino también sus resultados. Se ha podido demostrar que la psicoterapia es eficaz y que los resultados persisten en el tiempo. En nuestro país, se vienen desarrollando sistemáticamente evaluaciones de resultados de las psicoterapias breves, en el ámbito de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, y de las psicoterapias focales en el Municipio de Montevideo-Ágora.

En cuanto a los conceptos, la terapia focal y la terapia breve no son sinónimos, aunque comparten varias características. Si bien la terapia focal suele ser breve, no se define por sus tiempos, sino por sus objetivos, es una terapia de objetivos definidos, mientras que los tratamientos breves se definen por la determinación de un tiempo acotado en el que se debe llevar a cabo el tratamiento. Para estos últimos, lo esencial no es el foco, sino el poder desarrollarse hasta donde sea posible en determinado tiempo. Por lo general, este tiempo se encuentra prefijado por las normas de la institución o por determinadas limitaciones del consultante. Sin embargo, este tipo de terapia además de breve puede ser focal o no, pero lo que la define es el tiempo. En la terapia focal lo importante es el tema que el terapeuta y el paciente han acordado trabajar y los objetivos que se han planteado lograr.

CAPITULO 2

DESARROLLO:

2a) Implementación del Programa Nacional de Salud Mental y el Sistema Nacional Integrado de Salud

En la apertura democrática, luego de varias décadas de iniciativas frustradas, un movimiento de amplia participación promueve el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), del cual hoy se comprueban avances notorios, a pesar de que su trayectoria tuvo progresos e involuciones. En el año 2005, Ángel M. Ginés, director de este Programa, establecía que una de las tareas prioritarias de la sociedad uruguaya de ese momento, era construir un sistema nacional integrado de salud. Frente a un estado de emergencia social, el cual impone intervenciones sanitarias y sociales urgentes, se hace necesario un cambio del modelo asistencial, del financiamiento y la gestión y participación activa, consciente y organizada de la sociedad. En aquel entonces, la asistencia en psicoterapia se desarrollaba y consolidaba en los servicios públicos y universitarios. Una propuesta que resultaba ejemplar para estudiar los problemas que implica la construcción de servicios de psicoterapia aptos para ser incorporados al sistema nacional de salud, era la construcción de un servicio de psicoterapia en el Hospital Universitario. El marco conceptual de este servicio, era influido por la psicoterapia psicoanalítica, y se consideraban las psicoterapias breves del ámbito internacional, aunque no se adscribía a ellas. Las pautas terapéuticas resultaron flexibles y sin planificación estricta. El conductor principal era la escucha analítica. Para cada paciente se discutía colectivamente la indicación, se establecía los objetivos, y casi siempre se proponía el límite temporal de un año, sujeto a revisión y eventual recontrato.

En Agosto del 2011 se elabora en nuestro país el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) contemplando al PNSM. Esto surge debido a la fuerte desigualdad e inequidad que se encontraba para el abordaje de diferentes problemáticas que hacen a la salud mental.

En la actualidad se presencia una significativa creciente incidencia de los trastornos mentales a nivel mundial. En el año 2001, la OMS estableció que aproximadamente 450 millones de personas padecían trastornos mentales y de conducta a nivel mundial.

La afectación de la salud mental tiene un gran impacto, y repercute necesariamente en la demanda al sistema sanitario para la asistencia de estas personas, y en nuestro país no somos ajenos a esta realidad (Ricardo Acuña & Delia M. Sánchez, 2014).

Dado que la salud mental conlleva a la salud integral de las personas, se hace necesario las acciones de la primera, para llegar a la asistencia en el primer nivel de asistencia. Las intervenciones psicosociales y de psicoterapia son derechos de los ciudadanos, por lo cual deben ser accesibles a todos ellos, logrando "...cambios en diferentes aspectos de la conducta, tanto en la mente como en el cuerpo y en el mundo externo, beneficiándose no solamente la persona, sino la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud." (Ministerio de salud pública, 2011, p. 5). En este plan, las intervenciones psicosociales y de psicoterapia, deberán llevar a cabo "...determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo, para promover cambios, buscando aliviar el sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos" (Ministerio de salud pública, 2011, p. 6).

La inclusión de estas prestaciones y modalidades de acción terapéutica dentro del SNIS, y establecidas por el Ministerio de Salud Pública (2011), implica:

1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales.
2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.
3. Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables.
4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes.
5. Poner el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura.
6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud. (p. 8)

Para llevar a cabo este plan, se distinguen 3 modos de abordaje.

Para los adultos:

En el **MODO 1** la atención en **grupo** con carácter **gratuito** y hasta **16 sesiones anuales** para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención **individual, de pareja, familia o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario y con un **copago preestablecido**.

En el **MODO 3** asegurarán la atención **individual y/o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario, con un **copago menor** al establecido en modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones. (p. 9)

Para los niños:

En el **MODO 1** los prestadores integrales asegurarán la **atención en grupo** con carácter **gratuito** y hasta **12 sesiones anuales** para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención **individual, grupal o de familia**, hasta **24 sesiones anuales** para cada usuario y con un **copago preestablecido**.

En el **MODO 3** asegurarán la atención **individual y/o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario, con un **copago menor** al establecido en el nivel 2.

En situaciones de **discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista**, la prestación podrá extenderse a **144 sesiones**. (p. 16)

En cuanto a la evaluación del plan, será necesario que los prestadores realicen seguimiento, investigación y evaluación interna. A su vez, cada prestador deberá contar con un Comité de Recepción que deriva a los pacientes según su criterio. Los integrantes tendrán que ser Psiquiatras o Psicólogos y Trabajadores Sociales con formación y experiencia para realizar esta tarea en una sola entrevista. Los técnicos que brinden asistencia psicoterapéutica, deberán ser el 70% Psiquiatra o Psicólogo con comprobada formación y experiencia, y el 30% podrá estar conformado por técnicos con experiencia en psicoterapia, pero sin formación específica en ello (Ministerio de salud pública, 2011).

De esta manera, por primera vez se incluyen las psicoterapias y las intervenciones psicoterapéuticas como prestaciones obligatorias y con copagos bajos a nivel nacional, tanto en los prestadores públicos como privados.

2b) Análisis del abordaje psicoanalítico en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Para introducir al desarrollo de esta temática, se tomarán las afirmaciones de Eliseo Miguel González (2010) en representación de FUPSI (Federación Uruguaya de Psicoterapia), quien adelantaba el tipo de trabajo psicoterapéutico dentro del SNIS. Por un lado, establece que la psicoterapia que se realice en este marco, no es una psicoterapia como la que se desarrolla en el consultorio particular de un psicoterapeuta, por más que ocurra en el consultorio privado de éste. Por otro lado, al estar inmersos dentro de un sistema, se presentarán las problemáticas propias del mismo, las cuales son una dimensión que debe ser ineludiblemente incorporada a la prestación de cualquier forma de psicoterapia o intervención psicoterapéutica por todo lo que esto implica. La dimensión institucional debe ser incorporada como una variable clave con efectos que no solo son potencialmente saludables, sino también iatrogénicos.

También determinaba que seguramente las psicoterapias iban a estar sometidas a factores de presión constituidos por la urgencia y, eventualmente los volúmenes de demanda, los cuales siempre deben tenerse en cuenta. Por otra parte, lo que se podría llamar la logística de la circulación del paciente dentro del Sistema, es otro de los componentes esenciales. Lo que el usuario sabe y lo que ignora acerca de sus derechos de acceso a la psicoterapia deben ser aspectos ineludibles a incluir. Por último, comunicaba que los tiempos dentro del SNIS seguramente iban a ser otros diferentes a los que se dan en los consultorios particulares, y que probablemente serían más acotados y breves; y seguramente con delimitaciones precisas.

Para desarrollar estos aspectos, previamente planteados por González, se tomarán por un lado ciertos enfoques teóricos de diferentes autores; por otra parte una experiencia escrita por Doris Cwaigenbaum y Miguel Hoffnung, quienes relatan desde su lugar de psicoterapeutas psicoanalíticos, los desafíos que están enfrentando en la Institución de Asistencia Médica Colectiva, prestadora del SNIS en la cual trabajan; y por último, desde el análisis de las entrevistas formuladas a dos psicólogas psicoanalistas de nuestro país, de las cuales una de ellas trabaja en comunidad, y la otra en el ámbito mutual. Para articular todos estos puntos de vista, se desarrollarán 3 preguntas clave de base, que ayudarán a comprender la temática a abordar.

¿Cómo el psicoanalista empieza a pensarse en el ámbito hospitalario?

Sigmund Freud (1919 [1918]), ya pensaba sobre la extensión del psicoanálisis a otros terrenos que los de la práctica privada, él afirmaba:

Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres. Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menos derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. [...]. Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica [...]. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes. [...]

Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. [...]. Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo. (p. 46)

Estas palabras de Freud, ya nos adelantaban varios aspectos. En aquella época, los psicoanalistas podían atender a cierto número de pacientes por varias razones. El supone, que es una organización la cual permitirá multiplicar el número de pacientes, podemos pensar que en nuestro país sucede a partir del SNIS. Por otro lado, plantea que el acceso a la psicoterapia es un derecho de todos los ciudadanos, así como el derecho a las consultas de la medicina en general. Y por último, establece que para que se lleve a cabo, se les planteará a los psicoanalistas adecuar su técnica para responder a la gran demanda, y por ello ya responde afirmando que no importan los elementos con los cuales se trabaje, si se tiene en cuenta los principios del psicoanálisis. Bernardi et al. (2004) plantea que sin duda para Freud el psicoanálisis era una terapia psicológica, sin embargo algunas orientaciones psicoanalíticas sostienen que no debería considerarse una psicoterapia, ya que el psicoanálisis tiene un objetivo más amplio y los resultados terapéuticos surgen como añadidura de la exploración del inconsciente, siendo la última su meta principal. Por otro lado, se establece que si consideramos que el cambio y el enriquecimiento de la persona y de sus vínculos se encuentran dentro de los objetivos de la psicoterapia, entonces corresponde incluir al psicoanálisis dentro de este campo. Tradicionalmente se diferenció el psicoanálisis clásico de las psicoterapias de orientación psicoanalítica, ya que el primero buscaba un encuadre el cual permitiera una profundidad del análisis, y

esto consistiría en una gran frecuencia de sesiones, el máximo de neutralidad posible, etc. Y en las psicoterapias el encuadre sería menos estricto debido a los objetivos más limitados.

Volviendo a las primeras citas de Freud, Hector Fiorini (2013) afirma que muchos psicoanalistas entre los años 1935 y 1940, van comenzando a darle importancia a los adelantos de Freud en cuanto a la necesidad del cambio de su práctica, y empiezan a hacerse cargo. A partir de aquí comienzan a cuestionarse acerca de las posibilidades del no uso del diván, de un encuadre sin muchas sesiones semanales, y del trabajo con límites de tiempo. En muchos centros asistenciales comienzan a dar cuenta de esta práctica e introducen variaciones técnicas muy importantes. Fiorini plantea que en los centros de Alexander, Tavistock, Menninger y Lanús comienzan a desarrollar un tipo de psicoterapia de orientación psicoanalítica diferente a la clásica, y a ella se la llama "Terapia focal". Como se mencionó en el marco teórico, este tipo de psicoterapia surge en los hospitales y centros asistenciales de salud, ya que se piensa que sería la adecuada para trabajar en este tipo de lugares y frente a las grandes demandas que se encuentran.

Se puede establecer que los adelantos que mencionaba Freud, ya se están llevando a cabo en varios países. En Uruguay, a partir del SNIS, la entrada del psicólogo a los servicios de salud, se hace imprescindible, y a través de él ingresa el psicoanalista. Es por ello que es fundamental ver como su práctica acompasa las demandas de estos servicios. Se puede pensar que la viabilidad de la práctica psicoanalítica en los servicios de salud conlleva ciertos desafíos, debido a las divergencias que existen entre las demandas institucionales y el trabajo analítico. Es por ello que parece interesante visualizarlos y abordarlos.

¿Qué desafíos enfrentan los psicoanalistas en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud?

La entrada del psicoanálisis en el ámbito hospitalario, se da a través del profesional psicólogo, ya que no existe un cargo de funcionario como psicoanalista. Y el psicoanálisis se enfrenta con varios desafíos, el primero de ellos es la posibilidad de brindar una escucha diferenciada a quien está sufriendo (Rita Meurer Victor & Fernando Aguiar, 2011).

Cwaigenbaum & Hoffnung (2013) afirman que ocurre muchas veces que en este tipo de dispositivos, no hay un deseo real de análisis, y se dificulta incluso hacer un proceso de análisis breve. Es por esto que se encuentran con faltas frecuentes a las sesiones, o abandonos luego de las primeras consultas. Adriana Rubistein (2003), establece que los alcances de la cura dependen tanto de la posición del analista, como de la posición subjetiva del consultante. El deseo del analista debe tener como punto de partida la modalidad y las condiciones de la demanda.

La población objetivo, fue designada por el MSP (Ministerio de Salud Pública) de acuerdo a sus criterios, siendo consideradas las poblaciones más vulnerables. Resultaba necesario acotar las prestaciones en esta primera instancia del Plan. Sin embargo, esto no fue transmitido a la población, lo que generó una gran demanda imposible de satisfacer, con el malestar que eso genera, y la saturación de los nuevos servicios. Cwaigenbaum & Hoffnung (2013) manifiestan que se encuentran con una demanda de gratuidad absoluta, o sujetos que van de forma pasiva a la consulta de acuerdo al modelo médico conocido y en búsqueda de una “receta”.

Será psicoanálisis si conserva lo esencial, que es el trabajo con la demanda analítica. Victor & Aguiar (2011) afirman que no es raro que al psicoanalista se le presenten pacientes cuya demanda no sea la del trabajo analítico, si ello sucede en el consultorio, se termina con el análisis. Sin embargo, no sucede lo mismo en los servicios de salud. En ellos no se puede renunciar tan fácilmente a los pacientes que no presenten demanda analítica, esto requiere ciertos cuidados, ya que la atención psicológica en estas instituciones es un derecho de los afiliados.

...que aparezca la pregunta, aparezca el cuestionamiento, poder empatizar de otra manera con eso que le está pasando. Más que una falla de funcionamiento, un sufrimiento. Yo lo considero ya parte del trabajo que hay que hacer, venga por donde venga.

Psicóloga Elena Prieto (Comunicación personal, Julio 2015)

También influye que al ser dentro de una institución de salud, muchas personas consultan frente a la urgencia, como lo hacen en el ámbito de la medicina, y luego no tienen real deseo de tratamiento, o su demanda está modulada por el efecto de un discurso médico. Aquí se enfrentan con que el “doctor psicólogo” no medica, sino que solo conversa. Debido a que el psicoanálisis no concibe al sujeto como pasivo, se entiende que su discurso no se adecúa a la demanda de todos los sujetos, quedando en las manos de ellos si continuar o no con el tratamiento (Victor & Aguiar, 2011). Sin embargo, Elisabeth Roudinesco (2002) menciona que la medicación no se opone en sí

al tratamiento de la palabra, de hecho Francia, es actualmente el país dentro de Europa donde el consumo de psicotrópicos es el más elevado, y donde a la vez, el psicoanálisis se ha implantado mejor tanto en el ámbito médico y sanitario. Se piensa que si hoy la medicación es tan importante, resulta porque los pacientes mismos, reclaman que sus síntomas psíquicos tengan una causalidad orgánica. Por lo cual, muchos sujetos prefieren entregarse de forma voluntaria, a sustancias químicas que a hablar sobre sus sufrimientos íntimos.

Irene Barros afirma:

Dentro de ese sistema, uno de los desafíos sería no quedar capturado en una lógica de la medicalización y de los expertos que en un lapso breve, tenemos que resolver ese problema que la persona trae. Ahora, si la persona no está implicada no se va a poder resolver nada. [...] Pero con el tema de la medicalización y el tema de que todo tiene ser medio rápido se le quita a los sujetos la posibilidad de confiar en sus propios recursos, de pensarse a sí mismo, de pensar con otro en lo que le está pasando y que la solución quizás no viene en una pastillita, y no viene tan rápidamente, el tema es la aceleración de los procesos. Me parece fantástico que el mutualismo y todo el sistema de salud ofrezca a los usuarios la posibilidad de acercarse a disponer de un espacio-tiempo para plantear eso que le está ocurriendo y poder pensarlo y poder trabajarlo. Eso es una oportunidad para que se genere la inscripción de una experiencia, de poder pensar con otro y de darse un tiempo para sí mismo. Yo creo que eso es un desafío, transformar eso que viene con un formato ya desde la institución, en una oportunidad para que se inscriba algo de poder pensar con otro.

Docente Irene Barros (Comunicación personal, Junio 2015)

Fiorini (2013) afirma que la alianza terapéutica es fundamental para este tipo de tratamientos. Para que se establezca, primero el paciente tiene que tener cierto reconocimiento del carácter psicológico de los trastornos que motivan a la consulta. Segundo, tiene que tener también alguna expectativa sobre los beneficios que obtendrá a partir de su esfuerzo en el tratamiento. Y por último, tiene que tener alguna aceptación preliminar sobre el tipo de tratamiento que se empleará, ya que puede suceder que el paciente no lo acepte. Entonces, para que se pueda trabajar en base de una alianza terapéutica, tiene que haber de parte del paciente cierta aceptación del encuadre y del contrato. Tiene que haber una inicial conexión empática. Prieto (Comunicación personal, Julio 2015), quien trabaja en una mutualista prestadora del SNIS, afirmó que ocurre muchas veces que los pacientes desconocen sus derechos y

las corrientes psicológicas desde las cuales se trabaja, y ellos tienen hasta 3 entrevistas con el psicólogo para decidir si continuar el tratamiento con ese profesional o no. Por un lado se ve que hay mucha falta de información para los usuarios, pero por otro lado es positivo que ellos tengan un tiempo para elegir con quien trabajar.

Barros establece:

El desafío es no perder de vista la singularidad de la clínica y la singularidad de la situación, porque más allá de que venga con una derivación donde se establece que el motivo de consulta es tal, y la problemática es tal y que se recomiendan tantas entrevistas, el clínico tiene que poder tener la oportunidad de ir construyendo el problema con ese consultante o esa familia, disponer del tiempo de esas entrevistas que a veces ya vienen pautadas en su duración, para poder construir eso como problema, que el sujeto pueda implicarse en eso que le está pasando. Y allí poder de alguna manera brindar la posibilidad de que la persona pueda construir su demanda.

Docente Irene Barros (Comunicación personal, Junio 2015)

Visualizando estos desafíos, es importante ser conscientes que al estar inmersos en estas instituciones con fines asistenciales, hay que tomar en cuenta que normativizan, pautan funciones, espacios y tiempos, y esto ya comienza desde el Comité de Recepción de pacientes, el cual estipula el tipo de Modo (1, 2 o 3) en el cual se trabajará y por lo tanto los tiempos que se utilizarán para su tratamiento. Por lo tanto, la técnica se debe adaptar a este tipo de nuevas realidades, pero como bien lo plantea Barros en líneas anteriores, nunca perdiendo de vista la singularidad de la situación. Se podría establecer que hay que saber hacer uso de la regla, no olvidándose ni de la institución ni del psicoanálisis. Si seguimos las primeras líneas citadas de Freud, cualquiera sea la forma de psicoterapia, en cualquier tipo de ámbito, será eficaz si se tienen en cuenta los principios mismos que lo rigen.

¿La psicoterapia psicoanalítica breve dentro del hospital, debería ser focal con objetivos limitados?

Cwaigenbaum & Hoffnung (2013), al igual que Fiorini (2013), plantean que necesariamente hay cambios en la técnica psicoanalítica, ya que son tratamientos acotados en el tiempo, con sesiones de una vez por semana, en el marco de una institución y con un copago regido por el MSP. A diferencia de los tratamientos que se

llevan a cabo en el consultorio privado, en las instituciones hay un límite de tiempo, ya que sino no habría posibilidad de promover la asistencia clínica a la cantidad de pacientes que consultan en los servicios de salud.

Yo considero que por más que la familia venga con “estos son los síntomas”, yo tengo que abrir la escucha y ver que más hay ahí, que aparezca como sujeto. Hay veces que hay síntomas como vistosos, pero sino en general mi forma es como más abierta y también como el tiempo es limitado mi idea es generar cierta conciencia, ciertas herramientas. [...] Es una de mis satisfacciones del punto de vista laboral, de que se logra el trabajo, de que el paciente logre apropiarse del espacio, en donde siente que puede producir algo diferente.

Psicóloga Elena Prieto (Comunicación personal, Julio 2015)

Parece importante que más allá de que el tratamiento tenga un tiempo limitado, el énfasis está en la escucha analítica. Esto ya era presentado en el PNSM por Ginés. Como se ha mencionado líneas atrás, él establecía que si bien se tiene en cuenta a la psicoterapia breve, las pautas del tratamiento son más flexibles, y el principal conductor de la tarea es sin duda la escucha analítica. Con respecto a las palabras de Prieto, resulta interesante destacar que como señala Roudinesco (2002), el hombre de hoy devino lo contrario de un sujeto. La era de la individualidad sustituyó a la de la subjetividad, por lo cual más allá del tiempo limitado que hay para trabajar con ese hombre, es importante que devenga sujeto, que aparezca la palabra y el deseo.

Freud, (1919 [1918], citado por Eduardo Braier, 1984) ya adelantaba la aparición de los tratamientos breves como una posibilidad de brindar asistencia psicológica a un mayor número de personas. También reconoce que se tropieza con dificultades para lograrlo, debido a las características propias del método psicoanalítico, que limita la atención a pocos individuos.

Freud (1919 [1918]) afirmaba:

Sólo constituimos un puñado de personas, y cada uno de nosotros, aun con empeñosa labor, no puede consagrarse en un año más que a un corto número de enfermos. Con relación a la enorme miseria neurótica que existe en el mundo y acaso no es necesaria, lo que podemos remover es ínfimo desde el punto de vista cuantitativo. Además, las condiciones de nuestra existencia nos restringen a los estratos superiores y pudientes de nuestra sociedad, que suelen escoger sus propios médicos y en esta elección se apartan del psicoanálisis llevados por toda clase de prejuicios. Por el momento nada

podemos hacer en favor de las vastas capas populares cuyo sufrimiento neurótico es enormemente más grave. (p. 45)

En cuanto a la terapia breve de objetivos limitados, Braier (1984) establece que las metas son reducidas y más modestas que en la terapia psicoanalítica. Estas metas están ligadas particularmente a las necesidades más inmediatas del individuo, y el terapeuta deberá centrarse preferentemente en factores determinantes actuales de los conflictos subyacentes focales. La solución de problemas inmediatos y el alivio sintomático, deberán responder al logro de un comienzo de insight del paciente acerca de estos conflictos, lo cual supone hacer conscientes aspectos inconscientes, aunque la meta principal no sea la de la exploración del inconsciente como tal. Ello bastará para obtener buenos resultados terapéuticos y para lograr los objetivos propuestos. En la terapia breve se realiza una interpretación parcial de los conflictos del paciente, ligada a aquellos que han sido escogidos. Se trata de una resolución parcial o incompleta, que consiste en la producción de ciertos cambios dinámicos en los conflictos, que muchas veces son suficientes para lograr beneficios terapéuticos.

María Luján Iuale (2010) afirma que es imperioso diferenciar lo breve de lo rápido. Marcelo Barros (2009, citado por Iuale, 2010) recurre a una frase de Gracian quien hace un elogio a la brevedad.

Así, lo breve no debe ser confundido con el arrebato, ni con terminar algo antes de tiempo; sino que implica un no demorar demasiado una conclusión; hacer que algo no dure más de lo justo[xi]. Articular una lógica conclusiva para la terminación de los tratamientos en las instituciones; así como también localizar la discontinuidad que se introduce en la vida de alguien cuando por primera vez se escucha en su decir; introduce una modificación sustancial en los modos de entender los tratamientos en contextos diferentes al consultorio privado. (p.249)

A pesar de que la psicoterapia es breve y quizás focalizada, Barros manifiesta que:

Se inscribe algo, se inscribe una experiencia y eso puede ser el germen quizás de que la persona después pueda hacer otro contrato con el profesional, o que lo derivan a otra persona, porque ya se inscribió algo en la persona. O sea que es un obstáculo, pero también puede ser una oportunidad.

Docente Irene Barros (Comunicación personal, Junio 2015)

Prieto (Comunicación personal, Julio 2015), comentaba que sucede muchas veces, que más allá de los 6 meses estipulados por el plan, se decide alargar el tiempo de las entrevistas, o incluso realizar un contrato luego de finalizado el periodo estipulado, debido a la inscripción de la experiencia, y del deseo del consultante. Esto ocurre también en el servicio de psicoterapia del Hospital Universitario, en el cual inicialmente se establece que el tratamiento durará 1 año, aunque siempre teniendo en cuenta la flexibilidad, que puede llevar a que el mismo se extienda en el tiempo. Tomando la comunicación de Barros, con respecto a que puede ser un obstáculo, pero también una oportunidad, Eric Laurent (2014) establece que si se piensa que a través de un análisis breve no hay acceso verdadero al inconsciente, uno hace morir al psicoanálisis, y cada vez menos personas podrán ingresar en el dispositivo analítico. Manifiesta que cuando hay mucho tiempo de espera en el consultorio público, hay que responder a la demanda de la gente, pero desplazándola. La solución a estos problemas técnicos es que tenemos que ser inolvidables. Inscribir una experiencia y generar la oportunidad. Aquello que demuestra la experiencia clínica, tanto en el ámbito institucional como dentro del marco privado, es que nadie sale igual, si se avino a realizar la experiencia subjetiva que el psicoanálisis propone (Miriam Mazover, 2010).

CONCLUSIONES GENERALES:

En la actualidad nos encontramos frente a una demanda masiva a los servicios de asistencia psicológica y hasta hace unos años había una notoria inadecuación en las respuestas sanitarias. Frente a las consultas médicas aparecen muchas quejas y molestias corporales, problemas emocionales y del estado de ánimo que se entrelazan con problemáticas existenciales. Estamos presenciando nuevas modalidades de padecimiento, y el Estado tiene el deber de adecuarse a la asistencia de las mismas. Ya en la definición de la OMS sobre el concepto de salud, se veía que la salud es una realidad compleja, y hace al bienestar físico, mental y social, por lo cual no nos podemos olvidar de estos últimos. En nuestro país nos encontrábamos con una fuerte demanda de psicoterapia, por lo cual el Estado tuvo que dar una respuesta, a través del SNIS. Los servicios de salud evidentemente forman parte de las instituciones que el Estado organiza para dar respuesta a las necesidades de la población, en este caso las prácticas psicoterapéuticas. Luego de un gran esfuerzo por varios profesionales, y frente a la urgencia social, es que ellas se incorporan a los derechos de los ciudadanos. Para el Estado, el psicoanálisis forma parte de estas prácticas que se ofrecen a la población. Al estar inmersos frente a algo novedoso en nuestro país, tanto para los ciudadanos como para varios profesionales, me resultó inquietante llegar a una aproximación del trabajo de los psicoanalistas a partir de este surgimiento.

Lo interesante es que el psicoanálisis trae consigo algo muy diverso a lo que los usuarios de los servicios de salud venían acostumbrados, sobre todo en el ámbito privado. En estos días no hay tiempo para el malestar, para buscar las causas, responsabilizarse de lo que nos pasa, ni de buscar alternativas para la angustia. El psicoanálisis se hace presente para darle la singularidad al sujeto, para otorgarle un tiempo de poder pensarse y restaurar la idea de que el hombre es libre con respecto a su palabra y de que su destino no está únicamente ligado a su ser biológico. La palabra toma un lugar primordial, y es a través de ella que el consultante puede establecer su sufrimiento. Es así que éste se percata de que el psicólogo no medica, sino que solo conversa. Por eso la importancia, como decían ambas entrevistadas, de que el consultante se devenga sujeto, a través de la palabra y el deseo, ya que es la inexistencia del sujeto, la que determina las prescripciones psicofarmacológicas actuales y las conductas ligadas al sufrimiento psíquico. En el ámbito hospitalario se presencia que cada paciente es tratado como un ser anónimo, con el cual el médico se encuentra 15 minutos y se le receta los medicamentos correspondientes a su

padecimiento. Los objetivos de los psicotr6picos son normalizar la conducta y suprimir los sntomas m1s dolorosos del sufrimiento psquico, pero sin buscar su significado. Es por ello que la demanda a la psicoterapia es justa, y debe ser sin duda un derecho de los ciudadanos, para los cuales deseen saber el significado de su padecimiento. Justamente porque el psicoan1lisis propone, que el paciente sea activo en su tratamiento, que logre apropiarse de ese espacio-tiempo, en el cual pueda desplegar sus preocupaciones y sufrimiento. Si esto sucede, se inscribir1 una experiencia, como mencionaba la docente Barros, una experiencia que le ser1 inolvidable. Por eso, m1s all1 del l1mite de tiempo de ese tratamiento, que puede ser 6 o 12 meses segun el caso, se logra inscribir algo, de lo cual ese sujeto se apropiar1 y no se olvidar1. La pertinencia de la intervenci3n psicoanal1tica no est1 sujeta al tiempo cronol3gico, sino al valor del encuentro entre alguien que sufre y alguien que escucha, propiciando la producci3n subjetiva. Es el consultante quien junto al analista, decidir1 si continuar m1s all1 de ese tiempo cronol3gico, si hacer otro contrato o ser derivado a otro profesional. Lo fundamental es que se inscriba algo diferente de lo que 3l estaba acostumbrado. Si ser1 psicoan1lisis, no depender1 del tiempo del tratamiento, sino de lo que advenga de ese encuentro.

Por otro lado, esta corriente tambi3n entra en este tipo de 1mbitos como una forma de pensar y escuchar al sujeto. M1s all1 de la t3cnica psicoanal1tica cl1sica, aqu1 lo fundamental radica en la escucha anal1tica. Se piensa que el psicoan1lisis tiene que trabajar con determinados desaf1os que les son impuestos por la instituci3n, pero manteniendo las palabras citadas por Freud, ser1 efectivo si conserva lo esencial, que principalmente es este tipo de escucha y forma de pensar al sujeto que consulta. Tomando la comunicaci3n con Prieto, ella establece que el an1lisis se logra, y que de hecho los consultantes logran apropiarse de ese tiempo para ellos. Lo esencial de la entrada del psicoan1lisis en las prestaciones de psicoterapia que brinda el Estado, es que se genera una oportunidad para cederle al otro la palabra y que pueda aparecer el sujeto en cuesti3n. En cuanto a la propuesta del tratamiento de corta duraci3n, no es una salida descalificada para el psicoan1lisis, sino que es la prueba de que el discurso anal1tico puede hacerse presente, siendo efectivo, en diversos 1mbitos. La escucha anal1tica se despliega, y es en este hecho en el cual esta corriente se apoya para afirmar su importancia en la actualidad.

El psicoan1lisis, incluido en el 1mbito de la Salud mental, ocupa su lugar sabiendo justamente sobre lo imposible. Sabe que no se trata de curar el sntoma, por lo cual, no se trata de intentar acallararlo, sino de saber sobre ese real en juego en el mismo. Est1n por un lado, las reglas de las instituciones; y por otro, la ley del sujeto, esa falla

singular que esconde al deseo. Laurent (2000, citado por Luale, 2010) afirma que no se trata de desconocer las normas institucionales, pero tampoco responder desde la norma misma, dado que ella no tiene en cuenta lo singular. Se trata de no quedar atrapado, ni inhibido por la norma, sino por saber hacer uso de la regla. El psicoanalista está constantemente desafiado a adaptarse y adecuarse a los servicios de salud. Sin embargo, en estas instituciones, dominadas por el discurso científico dominante, este profesional se hace presente para llevar a cabo el discurso analítico y ofrecer a los sujetos la posibilidad de la escucha. Un psicoanálisis aplicado, puede responder a la demanda social sin perder de vista los principios que dirigen el acto analítico. Se hace presente no para competir ni para transformar el discurso médico y científico, sino para contribuir y ofrecer una visión diferente y complementaria.

Mazover (2010) establece que el psicoanálisis puede y es capaz de ser ejercido en las instituciones. Incluso y a pesar de sufrir permanentemente la embestida de políticas que le son sumamente adversas, como las que se mencionaron líneas atrás. También menciona que el analista no deberá degradar su praxis por el hecho de realizarla en el marco de las instituciones, dado que su eficacia provendrá de los factores que constituyen, en sentido estricto, al psicoanálisis, tal como lo mencionaba Freud en las líneas anteriormente citadas.

Para terminar, me quedo fundamentalmente con que el psicoanálisis es una forma de pensar y a partir de aquí trabajar; y más allá de las normas a las que se disponga, y los cambios que le serán necesarios realizar para poder seguir contribuyendo a la sociedad, será eficaz en la medida en que el profesional no se olvide de los principios que lo componen. Y como dice Laurent (2014), hay que ser inolvidables, no en el sentido de todopoderosos, sino darle la posibilidad a que el otro que está sufriendo, se pueda llevar consigo una experiencia enriquecedora e inolvidable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Alcántara, G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Redalyc*. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Acuña, R. y Sánchez D. (2014) Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay (PISMU). *Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 78 (Nº 2)*, 196-219.
- Bernardi R., Defey D., Garbarino A., Tutté J., Villalba L. (2004) Guía Clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 68 (Nº 2)*, 99-146.
- Braier, E. (1984) *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Cwaigenbaum, D. y Hoffnung M. (2013) Intervenciones psicoanalíticas en el marco del nuevo PNSM. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo VIII (Nº 2)*, 39-50.
- Defey, D., Montado, G., Navarro, R. y Rubin, E. (2004) Psicoterapia psicoanalítica focalizada. En D. Defey (Ed.), *Vidas en crisis. La técnica de la psicoterapia focal psicoanalítica en vivo*. (pp. 20-47) Tomo 1. Pelotas: Educat.
- Fiorini, H. (2013) Conferencia Las Psicoterapias Psicoanalíticas. Tareas organizadoras del proceso terapéutico. Recuperado de:
<http://www.apsa.org.ar/docs/sinopsis52.pdf>
- Freud, S. (1919 [1918]) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica, *en Obras completas*, (pp. 43-46) vol. XVII, Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Ginés, M. A., (2005) Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud. *Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69 (Nº 1)*, 32-41.

- González, E. M. (2010) Jornadas de AUDEPP *Más allá del consultorio III. Psicoanálisis y Comunidad*. Montevideo, 12-13 de noviembre de 2010 Sede: Unión Postal de las Américas (UPAEP)
- Iuale, M. (2010) *El tiempo institucional en los tratamientos y los efectos terapéuticos del psicoanálisis*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Laurent, E. (2014) *Psicoanálisis y Salud Mental*, 2da Edición. Buenos Aires: Tres Haches.
- Mazover M. (2010) La práctica clínica psicoanalítica en las instituciones. *Imago AGENDA*. Recuperado de:

<http://www.imagoagenda.com/revista-indice.asp?IdRevista=112>
- Ministerio de Salud Pública, Departamento de Programación estratégica en salud, Área de promoción y prevención, Programa Nacional de Salud Mental (2011) Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud. Recuperado de:

www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5437,21316
- OMS (2011) ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de:

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Roudinesco, E. (2002) *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Rubistein, A. (2003) Los modos de aplicación del Psicoanálisis. *Virtualia, Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*. Recuperado de:

<http://virtualia.eol.org.ar/007/default.asp?notas/arubistein-02.html>
- Victor R. y Aguiar F. (2011) A Clínica Psicanalítica na Saúde Pública: Desafios e Possibilidades. *Scielo*. Recuperado de:

<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a05>