

ACERCA DE LA DEMANDA PSICOLÓGICA EN UN DISPOSITIVO ASISTENCIAL: LA SALUD MENTAL Y EL PSICOANÁLISIS

Nicolás Campodónico

Beca Doctoral Tipo B – Universidad Nacional de La Plata

Directora: Dra. Graziela Napolitano

Instituto de Investigaciones de Psicología

E-mail: nicolas_campodónico@hotmail.com

RESUMEN

Este trabajo vislumbrará la labor que se centra en el problema de la demanda de asistencia psicológica en los Centros de Salud de La Plata. Con respecto a este problema, algunos autores plantean el desarrollo de una tensión irreductible entre el ámbito de la *salud mental* y las prácticas psicoterapéuticas que obedecen a diferentes perspectivas solidarias con una búsqueda de *terapeutizar lo psíquico*, y el Psicoanálisis, que se propone mantener sus principios atendiendo a las nuevas condiciones de la demanda. Consideramos de importancia tener en cuenta las peculiaridades de la presentación del malestar, su articulación con la demanda de tratamiento, y las coordinadas que regulan el funcionamiento de las instituciones en las que se insertan.

Palabras claves: Salud Mental – Psicoanálisis - Clínica diferencial - Demanda psicoterapéutica

ABOUT THE PSYCHOLOGICAL DEMAND AT AN ASSISTIVE DEVICE: MENTAL HEALTH AND PSYCHOANALYSIS

ABSTRACT

This paper will glimpse the work focused on the problem of the demand for psychological assistance at Health Centers of La Plata. Regarding this problem, some authors propose the development of an irreducible tension between the scope of the "mental health" and psychotherapeutic practices that follow different solidary perspectives with a search for "therapeutizing the psychic", and the psychoanalysis, which proposes to maintain its principles responding to new demand conditions. We consider of importance to take into account the

peculiarities of the discomfort presentation, its articulation with the demand for treatment and the coordinates that regulate the functioning of the institutions in which they are inserted.

Keywords: Mental Health - Psychoanalysis - Clinical differential - Demand psychotherapeutic

Introducción

El presente trabajo tiene su partida en la importancia creciente que evidencia la demanda psicológica en un Centro de Salud de La Plata, apuntando a vislumbrar, de esta manera, las actividades y resultados parciales correspondientes a la labor que se encuentra en una fase preliminar, de observación, reunión de información, análisis e interpretación en esta primera aproximación al tema de investigación.

Como cuestión inicial, consideramos de interés el debate de la tensión irreductible -como plantean ciertos autores (Haddad, M & Ulrich, G; 2011)- entre el ámbito de la salud mental y las prácticas psicoterapéuticas, por un lado, que obedecen a diferentes perspectivas solidarias con una búsqueda de *terapeutizar lo psíquico* y, por otro lado, la oferta del Psicoanálisis, que se propone mantener sus principios atendiendo a las nuevas condiciones de la demanda.

Las nuevas condiciones histórico-culturales no pueden ser desconocidas por su repercusión en la presentación de los síntomas y las demandas terapéuticas. A fines de la elaboración de una casuística, consideramos de importancia tener en cuenta las peculiaridades de la presentación del malestar, su articulación con la demanda de tratamiento, y las coordenadas que regulan el funcionamiento de las instituciones en las que se insertan. Resulta de interés subrayar el marco institucional en el que estamos situados y su oferta de atención que contempla el carácter diversificado y no seleccionado de la problemática que presentan los sujetos que consultan. Es relevante esto último para atender a las particularidades de la clínica y sus novedades, como puntos de interrogación para elaborar una estrategia que permita la inserción de una práctica orientada por el Psicoanálisis en este tipo de dispositivo asistencial.

En esta dirección, es necesario precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y contenido al que esta se presenta, de acuerdo al principio de que la oferta es ya un principio de pre-interpretación del sufrimiento que apela una resolución. Se abren, de esta manera, nuevos problemas que prometen una renovación de la clínica diferencial, con consecuencias no solo a nivel de la orientación diagnóstica, sino concerniente a la dirección de la cura en estos dispositivos de salud en particular. En este punto, la cuestión que se abre es qué oportunidad tenemos de continuar un recorrido psicoanalítico frente a una demanda institucional.

Ahí está la pregunta. Es ahí donde el Psicoanálisis tendría que tener flexibilidad en la interrogación de la demanda y, de ese modo, no plantearse como un discurso totalizador -a diferencia de como se plantea en mayor medida el discurso médico hegemónico que caracteriza el modelo de salud de la Atención Primaria Argentina. Por consiguiente, es necesario realizar un análisis de las novedades a las que nos enfrentamos en la clínica en función de las demandas no seleccionadas a las que asistimos y que obligan a elaborar respuestas específicas de intervención orientadas por el Psicoanálisis Aplicado, tributario del procedimiento y los fines establecidos desde Freud y reelaborados por la enseñanza de Lacan.

Al comenzar el trabajo del proyecto, se ha partido de la constatación reiterada en la bibliografía específica sobre el importante incremento de la demanda de atención psicoterapéutica en el ámbito público, tanto a nivel de los Centros de Salud municipales como en los servicios de Psicopatología y Salud Mental de las instituciones hospitalarias. Esto coincide con la ya conocida extensión de la oferta psicoterapéutica a nivel social, extensión que condiciona a su vez la apertura de un conjunto de demandas de asistencia desconocidas en tiempos pretéritos, tal como lo señala desde el campo de la sociología Ehrenberg (2010)

Nuevas condiciones históricas hacen de la Salud Mental un tópico de creciente preocupación. En consonancia con esta realidad, en el año 1996 se desarrolló la Conferencia Internacional de Salud Mental, y el documento final de esa reunión -en acuerdo con la tendencia general en salud destacó la necesidad de reorientar los esfuerzos desde el ámbito institucional hacia el comunitario, y de incluir los servicios de salud mental en los programas de seguro médico. Se estimuló, además, la creación de programas destinados a asegurar el desarrollo social de los niños y los derechos de las personas con discapacidad mental. En función a lo antes dicho, no solamente sería posible extraer una estadística, conclusiones y resoluciones sobre el tema de la salud mental -como ha sido planteado en reiteradas oportunidades por las organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, correspondientes al campo de la salud- sino, sobre todo, la importancia de este tema en este momento particular de la sociedad.

En nuestro país, en el Plan Federal de Salud 2004-2007 estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, el Ministerio de Salud de la República Argentina plantea a la Salud Mental como una de las áreas importantes sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas; pero denuncia a la vez “la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina” (Consejo Federal de Salud, 2004, p. 27). De esta manera y en función a la importancia de atender este

campo que cobra cada vez mayor relevancia, se recrudece la implementación de programas y planes que relacionan directamente al campo de la Salud Mental con el de la llamada Atención Primaria.

En este contexto, la Atención Primaria de la Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (1978) como:

“...la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria...”. (OMS, 1978)

Cierta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que no existe actualmente una definición unívoca sobre el término. Hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan. Desde esta perspectiva, se piensa entonces, el trabajo en este nivel de atención como llevado a cabo por distintos profesionales que trabajan las problemáticas de salud desde equipos interdisciplinarios, siendo su objetivo la atención integral de las problemáticas que la comunidad y los sujetos que la componen presentan.

Yendo al plano local y de implementación de la investigación, es necesario mencionar que en la ciudad de La Plata, según el plan de salud que presenta la Municipalidad dentro del marco de la Atención Primaria en la Salud (APS), hay 45 unidades sanitarias municipales, cada una de las cuales cuenta con equipamiento y personal profesional las 24 horas, los 365 días del año. Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios de los grupos sociales más vulnerables y asegurar la calidad de la atención, la política general de la dependencia municipal apunta a aumentar las actividades preventivas en consultorios y en terreno.

Sin profundizar todavía la cuestión de la investigación, ya es posible plantear un interrogante: ¿de qué manera es posible pensar la prevención en la Salud Mental? Veamos un poco más sobre el tema de la Salud Mental desde el ámbito de la salud conocido como de Atención Primaria.

En el marco de otro documento legal importante en nuestro país, como lo es la Ley Nacional Argentina de Salud Mental N° 26657, en el artículo 3°:

“Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”. (Ley Argentina de Salud Mental, 2011, p. 9)

Para Alicia Stolkiner (1999), las acciones preventivas consisten en facilitar procesos en los cuales emergen conflictos que muchas veces se transforman en situaciones productoras de malestar. La práctica del psicólogo implicaría, desde esta mirada, generar cierta demanda relacionada con las problemáticas sociales o comunitarias, y que estas puedan ser elevadas a la categoría de síntomas.

Entonces en este marco, desde donde se propone una política de salud pública y salud mental como se ha ido describiendo previamente, cabría decir, por un lado y como lo plantea el campo del Psicoanálisis de orientación lacaniana Jacques-Alain Miller (2006), que no hay otra definición para la Salud Mental que la referencia al orden público, y en función de esto. Por otro lado, intentar responder a la pregunta que se plantea el autor a lo largo de su seminario titulado “*El Otro que no existe y sus comités de ética*”: ¿Cómo encontrar la brújula para situar la clínica analítica, el discurso del analista, su posición frente a nuestro Otro, la sociedad? En este camino que comienza, es posible también formularse la pregunta que sigue: ¿qué es lo que cambia en el contexto socio-cultural actual? Se podría decir con respecto a esto que el Otro social de los tiempos de Freud es un Otro que aparentemente existía y se sostenía. A diferencia de esto, en la época actual, primaría la inconsistencia y la poca solidez de las instituciones y los vínculos en general.

La tesis que el autor sigue es la siguiente: podría ser que el Psicoanálisis del Siglo XXI deba vivir bajo el régimen del no-todo, de la inconsistencia lógica, lo que no quiere decir que el Psicoanálisis mismo sea inconsistente. Estamos en un nuevo régimen social, un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica, donde el padre moderno es un padre que no puede asegurar la distribución del goce de manera conveniente, y en donde las familias ya no cuentan con el Otro de la Ley de antaño. La sociedad actual pareciera haber dejado de vivir bajo ese mito (Miller, 2006).

En este sentido, se puede mencionar la manera en que Anthony Giddens se acerca diciendo que el nuevo orden social dominado por la tecnocultura o la tecnoestructura produce dos efectos: uno es que vivimos en un mundo de *incertidumbre fabricada*, que penetra todos los

ámbitos de la vida, y el otro, coincidiendo con lo anterior, es que como consecuencia del fin del orden tradicional patriarcal se da un fenómeno de expansión, que es que las personas exigen más autonomía que en ninguna época anterior. (Seldes, 2006, p 14-15)

Asimismo, se puede observar que ambos fenómenos se constatan en la clínica. Entonces, ¿cómo se manifiestan en las consultas cotidianas, cómo subyacen en los nuevos síntomas? En este sentido, la *incertidumbre fabricada* está en el relato de los pedidos de atención ligados a lo contingente, al acontecimiento, a la urgencia. Mientras que el otro hecho se expresa bajo las nominaciones identificatorias “yo soy toxicómano”, “yo soy anoréxico”, “yo soy normal”, etc., que aprovechan los significantes de la época para fijar al sujeto en un lugar establecido. En ambas situaciones, el que consulta se ve forzado necesariamente a pasar por el Otro en el recorrido de la cura, para llegar luego a su posición de goce, a una nueva identidad ligada a un modo-de-gozar enlazado a los valores del Otro social.

De este modo es como se podría plantear que transitamos en la clínica actual una problemática relacionada a lo que pareciera ser refractario a la intervención del analista. Estas nuevas formas de presentación del síntoma constituyen lo que J-A Miller llamó monosíntomas (Miller, 2008) . Manifestaciones que estarían lejos de aquellos síntomas freudianos, los cuales se caracterizaban por el retorno de lo reprimido. Por el contrario, nos encontramos con prácticas de goce que dan un nombre al malestar del sujeto. Se evidencian, en su mayoría, por la ausencia de un conflicto y, a su vez, constatan una rotunda declinación paterna. Ante esto, surgen distintas ofertas terapéuticas como un intento de dar respuestas y soluciones a la aparición y/o acrecentamiento de estos “nuevos males sociales”.

Por consiguiente, y considerando los trabajos psicoanalíticos sobre el tema, en los que cobra especial relevancia la inserción del Psicoanálisis en la oferta social, adquiere significatividad el análisis del contexto de la época en la que el Otro, como sistema de normas, referencias identificatorias, roles y garantías que ofrece la sociedad, se ha ido progresivamente desvaneciendo y resultando en una fragmentación que da lugar a ficciones múltiples que solo transitoriamente otorgan estabilidad al mantenimiento del lazo social. Este contexto adquiere especial relieve en la presentación de la demanda terapéutica, así como en su extensión condicionada por el valor que ha alcanzado el recurso a la palabra y la comunicación.

Podría entonces ser que, el Psicoanálisis pueda encontrar su lugar en la asistencia hospitalaria pública a partir de la invención de nuevos dispositivos haciendo uso del

entrecruzamiento de discursos, respondiendo a las reglamentaciones institucionales a la vez que, separándose, no se deja atrapar por ellas.

Metodología

Se utilizará un método argumentativo–demostrativo que se basará en la exégesis bibliográfica correspondiente, y la demostración clínica a través del análisis de casos obtenidos de una casuística en Centros de Salud municipales, que apuntará a demostrar las características de las presentaciones de los síntomas de la población trabajada en dicha demanda asistencial.

Con la finalidad de obtener cierta información pertinente para elaborar la casuística del trabajo, se consideró la presentación del síntoma, su articulación con la demanda de tratamiento y la particularidad de la institución. Para ello resultó de suma importancia, por un lado, el recurso de la entrevista de admisión, crucial para la entrada al dispositivo asistencial denominado de Atención Primaria, y por otro lado, el seguimiento de los tratamientos, al igual que una ficha clínica elaborada específicamente para la recolección y sistematización de la información. De esta manera, tanto las entrevistas de admisión como las fichas clínicas sirvieron para confeccionar ciertos datos estadísticos sobre las características generales de la población que concurre al Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS).

Los operadores conceptuales que orientaron el análisis de los textos estuvieron centrados en las diferentes nociones y conceptos, a saber: fuentes de derivación, presentación del síntoma, origen de la demanda, antecedentes clínicos, y Psicoanálisis Aplicado en la inserción del mismo en la oferta social actual, entre otros. Estas nociones serían tomadas de la atención psicológica en este espacio de atención de prevención y asistencia. Asimismo, se utilizaron las diferentes nociones y conceptos del campo lacaniano del Psicoanálisis. Todo esto para poder debatir diferentes cuestiones, algunas que por ahora no han podido llegar a plantearse por el momento en que se encuentra la investigación, y otras que han podido ir vislumbrándose ya en este escrito. Se utilizó un amplio corpus bibliográfico: 1) de los escritos, seminarios y conferencias de la enseñanza de Lacan; 2) de las referencias utilizadas por el autor así como las reformulaciones que reciben; 3) de autores y comentaristas de la enseñanza de Lacan, particularmente de los estudios actuales que abordan la problemática específica de la investigación.

Resultados

El análisis del perfil epidemiológico de la población que llega a consulta psicológica en el Centro de Salud y Acción Comunitaria de La Plata que se ha elegido para tomar las entrevistas y seguimientos de tratamientos por el convenio con la Municipalidad, presenta características particulares que responden a condiciones demográficas, sociales y poblacionales propias de la distribución geográfica en que se encuentran dicho Centro. Se pudieron extraer algunos números representativos a modo de presentación, ya que la investigación se encuentra en una etapa preliminar y de recolección de datos sobre la población que constituye la casuística del proyecto de investigación. La estadística que se pudo extraer para caracterizar a esta población se presenta a continuación.

En el año 2011-2012 se realizaron un total de 60 consultas en el área de salud mental en la admisión del Centro de Salud asistido para realizar las tareas. El grupo poblacional que consultó con mayor frecuencia se encuentra entre los 20 y 39 años (70%), seguido del que tiene entre 40 y 59 años (30%). La población infanto juvenil menor a 18 años que consulta es siempre derivada a otros servicios de Salud Mental.

El análisis de la población según sexo expresa que el conjunto de consultas posee mayor frecuencia de concurrencia de las mujeres con el 84% respecto de los hombres con el 16% (ver Figura 1 en anexo). Además entre los usuarios de los servicios de salud por problemáticas subjetivas, el 90% no cuenta con cobertura de Obras Sociales o Empresas de Medicina Privada, situación que se corresponde con que, durante el año 2011-2012, solo un tercio (30%) de la población admitida en ellos poseía trabajo.

Los problemas que conducen a las consultas en Salud Mental, determina que en el Centro de APS de la ciudad de La Plata, según la CIE-10 (manual que se utiliza para la confección de las planillas a entregar en la Secretaría de Salud de dicho distrito), prevalecen los siguientes diagnósticos:

Trastornos de la ansiedad o neuróticos (43%). Código: F40-48

Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (12%)

Trastornos del humor/afectivos o del estado de ánimo (10%). Código: F30-39

Causas sociales y violencia (10%). Código: T73-74

Estas 4 categorías reúnen el 75% de las consultas, mientras que las demás no presentan valores francamente significativos en relación al total.

Las características de las trayectorias previas de la población en la búsqueda de atención, dan cuenta que más de la mitad de las personas (66%) que solicitan una consulta en el Servicio de

Salud Mental nunca habían realizado un tratamiento previo en este tipo de servicio, tanto a nivel privado como público. Entre aquellos que habiendo consultado con anterioridad, el 22% del total realizó un tratamiento en privado, mientras que el 12% en algún servicio a nivel público.

La ficha clínica elaborada en los primeros meses de trabajo de la investigación resume los principales aspectos que consideramos de importancia en las entrevistas de admisión. Dicha ficha es completada tras las admisiones con los datos recolectados durante las entrevistas ejecutadas. Sirve, además, para la sistematización y análisis de los datos que se han extraído, determinando ciertas categorías importantes que permitan una aproximación a los principales motivos de consulta en este tipo de servicio de salud, y caracterizando el origen del que provienen, la posición subjetiva del consultante ante la demanda, y la existencia de tratamientos previos sean psicológicos o psiquiátricos.

Por otra parte, resulta necesario tener en cuenta las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado. Además resulta importante subrayar, -teniendo en cuenta que se trata de una demanda no seleccionada y que el Centro de Salud pertenece al campo asistencial- los tipos de síntomas que llegan a la consulta, y su articulación con la demanda; la posibilidad del establecimiento de la transferencia analítica, y las posibles transformaciones del síntoma en el transcurso del tratamiento.

Nos resulta de interés en primer lugar, resaltar la categoría que denominamos “origen de la demanda”, o sea la diferenciación de la demanda ya sea espontánea, de interconsulta, derivaciones médicas o indicación judicial. Sin embargo, es necesario precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y al contenido al que esta se presenta. Centrarnos en este condicionamiento y en las transformaciones que se pueden operar es uno de los objetivos de la investigación (ver Figura 2 en anexo):

1. *Consulta espontánea*: en esta categoría se ubican el tipo de consultas que llegan a la institución por decisión propia. Constatamos que sobre el total de las entrevistas realizadas, el porcentaje fue el 78% (39 casos). Lo que está en juego en este tipo de demandas es la búsqueda de una asistencia terapéutica que puede formularse en ocasiones con claridad como un pedido de psicoterapia, en otros como de consejos u orientación, o finalmente como un tratamiento farmacológico. Nos resulta interesante detenernos especialmente en el problema de la implicación subjetiva que acompaña la

presentación del síntoma, así como de las respuestas a las intervenciones que pueden realizarse en el curso de la primera entrevista.

2. *Consultas por Derivación*: esta categoría a su vez se puede dividir en dos sub-categorías para mostrar la pertinencia de la unidad de análisis:

Derivación Interna o Interconsulta: este tipo de derivación consiste en el pedido de los profesionales de salud del Centro, ya sea el médico clínico, ginecóloga u obstetricia, quienes son los principales derivadores. La derivación interna muestra un 8% (4 casos) con respecto al origen de la demanda que llega a consultar.

Derivación Externa: esta derivación se caracteriza por provenir de diferentes instituciones: **A)** Otras Instituciones de salud, como son hospitales de la zona u otros Centros de Salud que no cuentan con servicio de Psicología, en un 8% (4 casos) de la población entrevistada; **B)** Secretaria de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de La Plata, 3 %. **C)** Juzgado de familia, sub-categoría representada por el 3 % de los casos vistos y presenta la particularidad de que en realidad no existen ni motivación ni implicación subjetiva, sino que lo requerido es solamente el certificado de comienzo de tratamiento para así presentarlo ante quien corresponda. **D)** Patronato de Liberados de La Plata.

Discusión

A partir de lo trabajado a lo largo del recorrido de la investigación hasta este momento, y que los resultados extraídos de la casuística permiten arribar, se podría plantear que los sujetos que consultaron al Centro presentan particulares características, en cuanto a la edad, tratamientos previos, el género que consulta en mayor medida, entre otras. De igual modo, la población entrevistada en las consultas, evidencia características en cuanto al origen de la demanda de esta misma población, evidenciando peculiaridades en las modalidades de presentación de los síntomas. Como se mencionó previamente, en nuestra investigación se tuvo en cuenta la clínica novedosa que presenta la demanda no seleccionada y la necesidad de estudiar estrategias específicas de intervención orientadas desde el Psicoanálisis aplicado. De ello podría plantearse que, si como señala Miller el lugar como tal pre-interpreta, sería preciso considerar aquello que comporta el lugar en cuestión, en tanto se prescribe lo que allí se puede hacer y decir.

Recordando que el recorrido por el cual transitamos se encuentra todavía en un momento preliminar de investigación, ya es posible figurarse, a partir de las varias y variadas consultas presenciadas, algunos puntos por los cuales comenzar a plantear interrogantes y posibles

respuestas y vías futuras al estudio. Se podría comenzar la discusión partiendo de una interrogación que se abre de lo que se viene trabajando, acerca de la posibilidad de articulación entre Psicoanálisis e institución pública -y la posible manera de inserción del Psicoanálisis e intervención del mismo en el dispositivo- por un lado, y Psicoanálisis y Salud Mental, por el otro. Articulaciones que posibilitan plantear ciertas preguntas: en primer lugar, ¿cómo pensar la posición del analista frente al entramado discursivo que atraviesa su práctica en una institución pública? Y en segundo lugar, ¿de qué manera pensar a la salud mental desde el Psicoanálisis? Añadiéndose a estos interrogantes, hay ciertas recurrencias en lo trabajado que permiten plantear puntos a tener en cuenta, a saber, como son ciertos temas importantes como la ética desde donde se lleva a cabo un tratamiento, la demanda de felicidad y cómo actuar ante ella, la transferencia, los nuevos síntomas y presentaciones de los mismos, entre otros. En este sentido, el Psicoanálisis en la institución pública sería una cuestión que concierne al tema del Psicoanálisis Aplicado a la terapéutica. Se trataría, como es sabido, de su diferencia con la psicoterapia, es decir de otras formas de tratamiento de los síntomas por la palabra.

Es cierto que quien llega a la consulta, cuando de una institución pública se trata, lo hace bajo cierta transferencia a la institución como es posible ver en las consultas que se han presenciado. Nada sabe, en la mayoría de los casos, acerca de quién lo recibirá, quién lo atenderá. Sino que será atendido en el Servicio de Salud Mental. Con la oferta de la escucha, se propiciaría que el sujeto hable. En este punto las preguntas que nos guían son: ¿qué dice?, ¿qué dice de lo que lo aqueja?, ¿qué dice de lo que lo lleva a consultar?, ¿por qué consulta?, ¿por qué dice lo que dice ahora y no ayer, hace días, meses, años o tal vez mañana?, ¿qué precipita su consulta?, ¿de qué manera dice lo que dice? Cabe aclarar que resultan interrogantes que, por cierto, no serán, en muchos casos, asequibles a ser respondidos por el sujeto. Es el analista a quien le toca poder leer en lo que dice, algo de estas preguntas, aunque no siempre sea posible en una sola entrevista.

Sin embargo, la institución pública se podría decir que se halla atravesada por el entrecruzamiento de diferentes discursos. Discurso médico y capitalista se puede ver como se entraman aquí. El discurso médico encarnaría el ideal de homeostasis “psico-físico-social”, cierta restitución del estado anterior de salud, perdido. Desde este lado, el sujeto resultaría ajeno a la responsabilidad subjetiva por su padecimiento. El saber queda por completo del lado del médico, obturando preguntas en relación al cuerpo que habla y goza en el síntoma. Por este entrecruzamiento discursivo se hallaría atravesada la institución, y de ahí lo subversivo que encarnaría el discurso analítico.

Es un hecho que la Salud Mental no es un concepto psicoanalítico, sino que se trata de un concepto y campo que conviene problematizar en el contexto actual. Para pensar acerca del campo de la Salud Mental, es de importancia tomar en este momento como punto de partida la definición positiva de salud que define la Organización Mundial de la Salud: "... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad" (OMS, 1948). Rescatando el debate ya sostenido durante los años y desde diferentes perspectivas y autores referente a la definición de salud de la OMS en el momento de su creación, es posible decir que la salud mental es, entonces, inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psi-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo. Se podría suponer que puede leerse en esta definición lo que podría entenderse como salud mental, en tanto la salud entendida en estos términos propone un equilibrio que incluye como parte integradora a "lo mental". De esta manera se puede ver cómo la definición de Salud Mental de la OMS en términos de promoción del bienestar y de prevención de los trastornos mentales extiende su acción a todos, sin distinción. Se podría suponer que la salud como fue anteriormente definida, funcionaría como un ideal, asociándose con la armonía que, como tal, no solo es efímera y fugaz sino que no se corresponde con el funcionamiento del aparato psíquico según lo propone el Psicoanálisis, ya desde los tiempos de Freud.

Así como la salud se define, desde la salud pública, como bienestar completo y posible, desde el Psicoanálisis Lacan lo plantea al síntoma, en este punto "... como aquello que se pone en cruz para impedir que las cosas anden" (Lacan, 1974, p. 84). Ahora bien, surge el interrogante de cómo operar con el síntoma. La posibilidad del pasaje del síntoma en sentido patológico-"la enfermedad en sentido práctico" como la llamaba Freud- al síntoma analítico, reinstala al sujeto en un discurso que intenta dejar atrás la demanda de restablecimiento de la homeostasis perdida. Pensar al Psicoanálisis como un nuevo lazo social inventado por Freud a comienzos del siglo XX, permite pensar un tratamiento distinto del síntoma: hacer pasar al síntoma por la palabra.

Habitualmente, los pacientes que consultaron se presentan con un "no hay tiempo... quiero estar bien ahora, ya", demostrando que la dimensión del tiempo está muy comprometida en la atención asistencial-institucional en la actualidad. Se pudo ver en las entrevistas de admisión de los pacientes que llegaron al Centro la urgencia del momento de concluir. Pareciera que todo el mundo está apurado, todo el mundo quiere sacarse el malestar, el síntoma de una vez y para siempre. Frente a la demanda de concluir (en palabras de Pablo, un paciente del Centro, "*quiero*

estar bien ya y dejarme de sentir así de mal”), el analista intenta poner una pausa para comprender. Introducir el tiempo de comprender permite ubicar el diagnóstico en otras coordenadas. Frente a la prisa por concluir, propia del apremio por la disolución de los síntomas, el analista introduciría un tiempo para comprender. A diferencia de ello es lo que sucede en una institución asistencial, como en la que se realizó la atención psicológica, que está organizada para dar una solución rápida al problema, al sufrimiento, al síntoma, el trabajo en la institución nos obligaría a cuestionar una práctica estandarizada en el tratamiento, considerando la particularidad del caso y el tratamiento específico de la demanda.

La referencia al “bienestar” del que se viene hablando en este recorrido, no sería más que una reducción de la virtud preconizada anteriormente a un higienismo que se pretende científico. Esto se puede ver a partir de algunas palabras extraídas del Primer Congreso Europeo de Psicoanálisis, que plantea la cuestión de si la salud mental existe. Allí donde la mayor parte de la sociedad actual intentaría estandarizar el deseo para que el sujeto marche al paso de los ideales comunes, el Psicoanálisis sostiene una reivindicación del derecho al “no como todo el mundo” (Miller, 2011, p.36)

En Freud, uno de los modos en que aparece esta noción de bienestar es en relación a la idea de felicidad. En el maravilloso texto freudiano *“El malestar en la cultura”* (1929), se interroga:

¿qué es lo que los seres humanos mismos dejan discernir por su conducta, como fin y propósito de su vida? ¿Qué es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? No es difícil acertar con la respuesta: quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla (Freud, 1929, p. 76)

Por lo tanto, la felicidad es lo que los hombres esperan y han esperado en todo momento encontrar en su vida. Pero he aquí otra cuestión ¿es posible que la felicidad perdure? Ya lo había dicho Freud en este texto, y pensamos que esta solo es posible por momentos, y la armonía creada en esos momentos de felicidad del sujeto se quiebra al encontrarse otra vez con su síntoma. Entonces, podríamos decir que el síntoma es el responsable de romper con la ilusión de una “salud mental completa”, en tanto quiebra con la ilusión de unidad de una salud alcanzable.

Desde los comienzos del Psicoanálisis, Freud se ocupó de organizar el campo de su clínica a partir de la histeria, considerando la forma de presentación del síntoma y su relación con aquello que lo determina. Sin embargo, en la actualidad el campo de la Psicopatología incluye los llamados “nuevos síntomas”, aquellos que en estrecha relación con aspectos específicos de la cultura contemporánea, se presentarían frecuentemente con carácter epidémico. Estas manifestaciones,

constituirían un verdadero desafío para los abordajes terapéuticos, así como para los programas de prevención, considerando la escasa implicación subjetiva que afecta a quienes las presentan. Nos referimos a perturbaciones tales como la anorexia, la bulimia, las automutilaciones, y los diferentes tipos de adicciones, presentaciones que se han podido evidenciar en más de una de las consultas que forma parte de la casuística. De esta manera, es necesario tener en cuenta, las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, como es el caso de esos “nuevos síntomas” que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado y que se encontrarían inscriptas sin fijeza alguna, dentro de los tres grandes grupos diagnósticos que están delimitados en el campo freudiano.

En este recorrido conceptual que se está realizando para poder plantear cómo el Psicoanálisis se posicionaría en las instituciones de salud, aclaremos, no obstante, la distinción ética que aleja al Psicoanálisis de una función de normalización o adaptación, en tanto y en cuanto apunta de manera radical a la dimensión subjetiva. Jacques Lacan (1959) ha afirmado que “promover en la ordenanza del análisis la normalización psicológica incluye lo que podemos llamar una moralización racionalizante” (p.360). En otro sentido, advierte acerca de los riesgos que supone “un error del analista, aunque solo fuese el de querer demasiado el bien del paciente, cuyo peligro ha denunciado muchas veces Freud mismo” (Lacan, 1951, p. 219). El Psicoanálisis, se puede decir que se sostiene en una ética del deseo, y al hablar de ello, se abandona el terreno antinómico del bien y del mal. El deseo como tal excede esta lógica desde la cual se sostendrían otras prácticas psicológicas. En el Seminario 8, Lacan se refiere a Alcibíades como el hombre del deseo diciendo:

Alcibíades no dice es por mi bien o por mi mal, por lo que quiero eso que no es comparable con nada y que se encuentra en ti agalma. Dice lo quiero porque lo quiero, sea mi bien o sea mi mal (Lacan, 1960, p.185).

Sin embargo, opuesto a esta lógica del deseo, otras corrientes psicológicas se sostienen en lo que se lo podría llamar como lógicas del bien. Mazzuca en *Psiquiatría y Psicoanálisis, encuentros y desencuentros* (2002), define a estas lógicas de la siguiente manera:

En estas éticas de bienes la cuestión de la felicidad, del bienestar, está siempre presente ya que funciona la hipótesis de que hay siempre una articulación entre el bien y el bienestar, suponiendo que el sujeto que procede en su conducta guiándose por esta ética, es decir orientándola hacia el bien, obtiene el bienestar, consigue la felicidad (Mazzuca, 2002, p. 17)

Por el contrario, en el Psicoanálisis no existe la promesa de la felicidad, no hay garantías de

ella en aquellos sujetos que se ponen a andar por el camino del deseo. Lacan lo dice de la siguiente manera: “incluso para quien avanza hasta el extremo de su deseo, todo no es rosa” (1959, p. 384). Sin embargo, sería necesario aclarar que la asunción de una ética subjetiva no impide la consideración del levantamiento de los síntomas del paciente.

En la Institución de Salud Pública, el analista no solo recibe la *demanda de felicidad* del paciente como se puede ver (quiero estar bien... ser feliz... volver a estar como cuando estaba bien... en palabras de varios pacientes), de restaurar el equilibrio, sino que también se vería impelido a responder a otras demandas: de la institución, del médico, del juzgado, etc. Demandas de eficiencia y eficacia. Entonces, las preguntas que surgen en este sentido en el camino de investigación serían: ¿cómo se ubica un psicoanalista en este entramado institucional? ¿Cómo responder sin abandonar por ello la posición de analista? Son preguntas esenciales para pensar la función del Psicoanálisis y del psicoanalista en una institución de salud pública.

Para concluir, podemos decir que la posibilidad de un psicoanálisis no depende tanto del marco en el que se lleve adelante, ya sea este público o privado, sino de la demanda del paciente y de la posición que asume un analista frente a la misma. Los entrecruzamientos, tanto éticos como discursivos como se fueron planteando de alguna manera anteriormente, se hallan presentes en los dos ámbitos. Será responsabilidad del analista enfrentarlos, valiéndose de la apuesta al sujeto, mediante una escucha que apunte a la singularidad. Es decir, el analista, en su práctica institucional, podrá posicionarse como tal, en tanto abra la brecha que posibilite establecer un dispositivo que se sustente en otra política, la del deseo, aquella que domina *táctica y estrategia* en la dirección de la cura.

Referencias

- Belaga, G (2006): La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Buenos Aires (pp 11-29). Grama Ediciones.
- Consejo Federal de Salud (2004). Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos Aires: Ministerio de Salud de La Nación.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise. Le mental et le social*. Paris: Odile Jacob
- Freud, S. (1929). El malestar en la cultura. En *Obras Completas* (Vol. 21). Buenos Aires: Amorrortu.
- Falta fecha de reedición

- Haddad, M & Ulrich, G (2011). Salud Mental y Psicoanálisis, una tensión irreducible. En Memorias del 3° Congreso de Psicología de la Facultad de Psicología de La Plata. EDULP. Buenos Aires. 2011
- Lacan, J. (1951): Intervención sobre la transferencia. En *Escritos 1* (pp 209-219). Buenos Aires. Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1959): "La Ética del Psicoanálisis. En *El Seminario 7*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. (1960): "La Transferencia". *El Seminario 8*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. (1974): La tercera. En *Intervenciones y textos II* paginas. Buenos Aires: Manantial
- Mazzuca, R. (2002). *Psiquiatría y Psicoanálisis, encuentros y desencuentros*. Buenos Aires: Eudeba
- Miller, J.-A. (2006). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2008). *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2011). *Sutilezas Analíticas*. Buenos Aires: Paidós
- Stolkiner, A. (1999). Derechos humanos y salud mental. En J.C. Fantin & P. Fridman. *Bioética, Salud mental y psicoanálisis* (pp 171-187). Buenos Aires. Serie Conexiones

Normativas

- Ley nacional Argentina de salud mental N° 26657
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma – Ata. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

ANEXO

Figura 1: Porcentaje según consulta femenina y masculina.

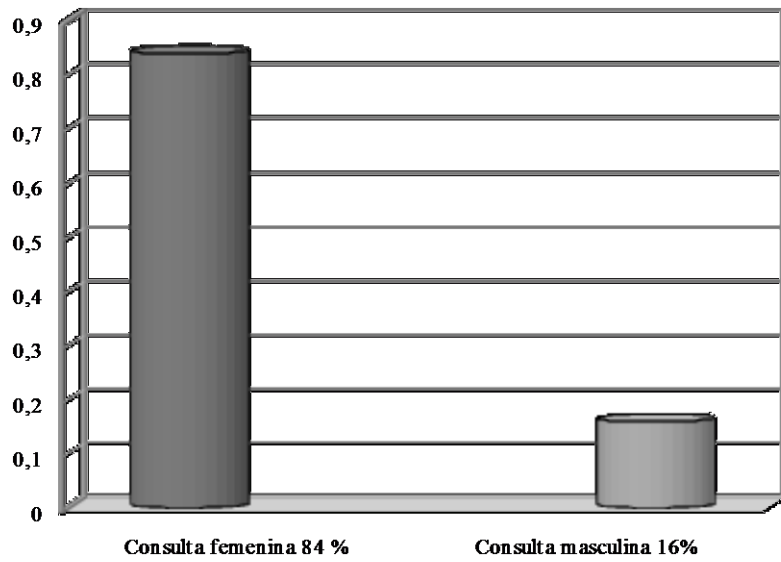


Figura 2: Porcentaje de las consultas según el origen de la demanda

