



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EL PSICOANÁLISIS EN EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS DE SALUD
MENTAL EN LOS AÑOS '90 EN CHILE**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

SEBASTIÁN ORTIZ OLIVARES

**Profesor guía:
Gonzalo Miranda Hiriart
Profesor patrocinante:
Esteban Radiszcz Sotomayor
Profesora informante:
Marianella Abarzúa Cubillos**

Santiago de Chile, 2022

**EL PSICOANÁLISIS EN EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS DE SALUD
MENTAL EN LOS AÑOS '90 EN CHILE**

RESUMEN

La presente investigación buscó reconocer y analizar, desde una perspectiva histórica, los procesos de diálogo, adaptación y resistencias del psicoanálisis a las reformas de salud mental que se producen en nuestro país en la década de los años '90. Durante esta década se produce una progresiva exclusión del psicoanálisis en el discurso oficial de las primeras políticas públicas de salud mental, provocándose así, una brecha y un distanciamiento que persiste en la actualidad. Es por ello que se consideró relevante comprender las condiciones culturales y políticas que hicieron posible las restricciones al psicoanálisis de insertarse como un enfoque válido en el sistema de salud público chileno. Para ello, se realizó un estudio cualitativo con un método de investigación de carácter historiográfico. La producción de la información se elaboró mediante el estudio de fuentes documentales y entrevistas semiestructuradas a psicoanalistas que participaron en distintos programas y dispositivos de salud mental en instituciones de salud pública durante la década de los '90.

Los principales resultados de esta investigación aluden a que más allá de preservar el psicoanálisis, fue la clínica psicológica misma la que se encontraba amenazada en el contexto de reformas de salud mental, sobre todo en el nivel primario de atención. Además, se constata que los psicoanalistas terminaron siendo espectadores de las políticas públicas de salud mental, más que partícipes de su discusión y elaboración. Por último, que los alcances y los límites de la aplicación del psicoanálisis fueron más bien difusos y atravesados por una serie de dilemas y contradicciones. Esto da cuenta de una “ambivalencia política” del psicoanálisis, respecto a las reformas de salud mental de nuestro país que sería necesario profundizar en futuros estudios o investigaciones.

PALABRAS CLAVES

Historia del psicoanálisis; Políticas de salud mental; Salud pública

DEDICATORIA

Quisiera dedicar este trabajo a mi familia, especialmente a mi madre y mi hermano Esteban Ortiz Olivares, así como también a las siguientes personas: Alba Yáñez Farías; Ana María Solís Díaz y al Profesor Gonzalo Miranda Hiriart. Estoy seguro de que cada uno de ellos conoce de cerca el esfuerzo que hay detrás de esta investigación.

Sin sus valiosos consejos hubiese sido aún más difícil culminar este proceso.

Muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer al profesor Gonzalo Miranda por haber aceptado guiar este trabajo de investigación. Sin dudas sus agudos comentarios y su notable inteligencia fueron fundamentales durante todo el proceso y me ayudó a esclarecer las ideas en el inevitable laberinto que implica descifrar los vínculos del psicoanálisis con la política y la salud pública. Espero que las reflexiones a las que pude llegar reflejen de la mejor manera posible estas pretensiones. Pienso, además, que atender a los dilemas y contradicciones de la política también resulta más que necesario dado los últimos años, en los cuales, pareciera ser que circulan con más fuerza el dogmatismo, la cancelación y el fanatismo en grupos tanto de izquierda como de derecha.

Además, quisiera manifestar mi gratitud a todas las personas que accedieron a participar en esta investigación. Cada uno de los testimonios que pude escuchar fueron piezas claves para este estudio. Todos fueron muy amables y con un espíritu crítico al momento de abordar los dilemas del psicoanálisis con la salud pública chilena.

También, quiero agradecer al programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile, y a todos los académicos que le dan vida con sus conocimientos y experiencias, especialmente a la profesora Marianella Abarzúa y al profesor Esteban Radiszcz.

Por otro lado, el periodo en el que se desarrolló esta investigación hace que sea inevitable referirme a la angustia que implicó la pandemia sanitaria de COVID-19 y un tiempo notoriamente marcado por la política, luego del estallido social de octubre de 2019, cuyas implicancias, posiblemente, las tendremos que pensar durante varios años.

Por último, nuevamente quiero dar mis agradecimientos a mi familia, especialmente a mis abuelos maternos; mi madre y mi hermano Esteban. Siempre recibí palabras de afecto y ayuda en los momentos más complicados. Sin embargo, estoy seguro de que no quieren volver a escuchar la palabra “tesis” por un largo tiempo.

ÍNDICE

Introducción	1
Marco Teórico	9
I Del Modelo Hospitalocéntrico hacia la Comunidad	9
I.I Comunidad Terapéutica en Inglaterra	9
I.II Psicoterapia Institucional en Francia/ Psiquiatría de Sector	10
I.III Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos	13
I.IV Psiquiatría Democrática en Italia	16
II La Salud Mental Comunitaria en Chile	18
III Reformas de Salud Mental en Chile de los años '90	24
IV Psicoanálisis y Salud Pública	29
V Psicoanálisis y Salud Pública en Chile	39
Marco Metodológico	48
I Tipo de investigación	48
II Método de investigación	49
III Participantes y criterios de selección	49
IV Técnicas de recopilación de la información	53
V Procedimiento de análisis e interpretación	54
VI Consideraciones éticas	56
Análisis y Resultados	57
Eje 1: La clínica psicológica bajo amenaza	57
La precariedad de la salud mental en el sistema público chileno	62
La dificultad de sostener la clínica ante la racionalidad económica	65
La ambigüedad respecto del rol del psicólogo	68
Eje 2: Los psicoanalistas como espectadores de las políticas públicas de salud mental en los años '90	70
Historia del psicoanálisis chileno	71
El elitismo del psicoanálisis	76
“Epistemes” en conflicto	79
Preservar un psicoanálisis “puro” vs “transar”	86
Eje 3: Los límites posibles del psicoanálisis en la salud pública	92
Adaptación de la técnica psicoanalítica	98
Psicoanálisis clandestino/psicoanálisis bajo sospecha	102
Psicoanálisis “atrincherado”	106
Discusión y Conclusiones	109
Bibliografía	123
Anexos	129

INTRODUCCIÓN

Psicoanálisis y políticas de salud mental son dos ámbitos que no están exentos de controversias y dificultades. El psicoanalista francés Eric Laurent, por ejemplo, plantea que el psicoanálisis está incluido en el mapa de la salud mental, pero en una condición compleja, en donde si no es eficaz no se tiene un lugar. Para Laurent (2000) “el psicoanálisis tiene un lugar siempre que hay algún imposible a tratar. En la salud mental hay un imposible: Freud decía que educar y gobernar son tareas imposibles, y el gobierno de la curación lo es aún más” (p. 39). La tensión entre psicoanálisis y políticas de salud mental se han visto aumentadas en las últimas décadas, debido -entre otras razones- al auge de las neurociencias y a la “multiplicidad de ofertas terapéuticas que en nombre de una mayor eficacia y de menores costos, se ofrecen como alternativas al psicoanálisis, prometiendo una rápida solución de los problemas, al mismo tiempo, que descuidan el espacio de la singularidad del sujeto” (Baudini, 2014, p. 2).

En el caso de Chile, las principales reformas en el ámbito de la salud mental se producen en la década de los años ´90. Coinciden el retorno a la Democracia con la Conferencia de Caracas (OMS y OPS, 1990), la cual promueve la instalación del enfoque comunitario en la región. Poco tiempo después, nace en nuestro país el primer Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría (MINSAL, 1990), y se establece un fuerte acento en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, incorporándose por primera vez, los psicólogos como parte de los equipos multidisciplinarios.

Con la transición a la democracia, también hubo cambios en el sistema de salud público. Por ejemplo, se crea el programa PRAIS, el cual, nace a partir del compromiso que asume el Estado de Chile con la reparación y la disminución de los daños a los afectados por violaciones a los derechos humanos en la dictadura de 1973 a 1990. Los consultorios pasan a redefinirse como “Centros de Salud Familiar” y también, se crean los “Centros de Salud Mental Comunitarios” (COSAM), con la finalidad -entre otras cosas- de terminar con el modelo psiquiátrico hospitalario. En el año 1994 la Unidad de Salud Mental del MINSAL, publicaba un documento que reunía los aspectos fundamentales de la experiencia de los COSAM en la Atención Primaria de Salud, durante el período de 1990 a 1994. Además de

estar claramente influido por la perspectiva de la psiquiatría comunitaria, también se observa un discurso con un énfasis “*familiarista*”. “Los equipos de salud mental deben desarrollar programas y actividades que estimulen a los individuos para que reconozcan sus limitaciones y desarrollen sus potencialidades, e incentiven las relaciones familiares sólidas y estables, y que la familia constituya el principal vehículo de socialización del individuo” (MINSAL, 1994, p. 20).

En aquellas políticas se va articulando una manera específica de definir y comprender la concepción de la salud mental. De este modo, la salud mental comienza a ser definida en los discursos oficiales como: “un estado de bienestar emocional que posibilita un funcionamiento pleno y armonioso de la persona dentro de la sociedad de la que es parte” (MINSAL, 1990). Asimismo, se adscribe a la psiquiatría comunitaria y preventiva, bajo el supuesto de que ambos enfoques permitirían aumentar el estado de bienestar psicosocial de la población.

Por otra parte, la década de los ‘90 también es un período de fuerte incidencia de políticas neoliberales que repercutieron en los servicios estatales en todos los países de América Latina. Tal y como argumentan Nuria Homedes y Antonio Ugalde en su artículo: “Las reformas de salud neoliberales en América Latina”, el Banco Mundial a finales de la década de 1990 se había convertido en la agencia internacional que más fondos prestaba a los países en vías del desarrollo para el sector de salud pública, a cambio de la realización de reformas estructurales (Homedes y Ugalde, 2005).

En Chile, los gobiernos de la Concertación, siguiendo las directrices del Banco Mundial pusieron un fuerte acento en la gestión de los servicios públicos. De hecho, en el año 1993 los gobiernos comienzan a introducir paquetes clínicos valorizados en términos económicos, y una nueva manera para calcular la salud de los países: los AVISA o AVAD (años de vida perdidos ajustados por discapacidad). De esta manera, comienzan a surgir criterios con los cuales se tomarán las decisiones sobre quien recibe atención de salud garantizada y quienes no (Miranda, 2016). Así, en el año 1995, se exigió que las instituciones de salud establecieran indicadores de gestión y, además, que los recursos solicitados se respaldaran con la implementación de proyectos concretos que apuntaran a cumplir con objetivos cuantificables, y se comenzó a crear sistemas de información para evaluar la

eficacia de los servicios (Miranda y Saffie, 2014).

En el año 1998, aparece en el país, la “Guía del diagnóstico y tratamiento de la depresión en el nivel primario de atención” (MINSAL, 1998), la cual buscaba proporcionar orientaciones técnicas a los equipos de salud pública, “a partir de la mejor evidencia clínica disponible” (p. 11). En aquel documento, el equipo a cargo de su redacción, aseguraba que las psicoterapias que habían demostrado más efectividad en estudios controlados para el tratamiento de la depresión eran: la terapia cognitiva-conductual, la psicoterapia interpersonal, y la terapia de resolución de problemas, quedando así, claramente excluido, el enfoque psicoanalítico del discurso oficial de la primera política pública de la depresión en Chile. Finalizando la década de los '90, aparece el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que tuvo gran difusión y repercusión en los servicios de salud a todo nivel. Dicho Plan, si bien mantiene la retórica comunitaria, es una muestra clara de las nuevas orientaciones que se han ido instalando en salud pública: estandarización de los tratamientos recurriendo a la medicina basada en la evidencia y en la economía de la salud, pues es el Estado quien se compromete a financiar intervenciones que sean costo-efectivas.

Radiszcz (2009) plantea que existe un principio económico de la eficacia y la racionalización del gasto en las políticas públicas de salud mental, en el cual se prefiere evitar financiar tratamientos altamente costos, pese a que, -en ciertas circunstancias-, pudiesen llegar a ser más beneficiosos. Una de las razones se vincula con el dispositivo de la psicoterapia basada en la evidencia (PBE), la cual busca establecer procedimientos terapéuticamente eficaces por la vía de la investigación empírica de resultados, a través de estudios considerados metodológicamente controlados y rigurosos. “Por ese motivo, no resulta extraño que los expertos en redactar las guías clínicas GES para la depresión recomienden abiertamente terapéuticas cognitivo-conductuales de breve duración y no se haga lo mismo para tratamientos de orientación psicoanalítica considerados de antemano como tratamientos de larga duración” (Radiszcz, 2009, p. 117).

El movimiento de la medicina basada en la evidencia (MBE), produce un marco epistemológico no sólo para la práctica clínica, sino también para las políticas públicas de salud, en las cuales se sugiere aplicar tratamientos psicoterapéuticos, que contarían con “mayor evidencia empírica”, respecto a sus resultados y de su costo-efectividad. Cabe señalar

que, según Askheim, Sandset y Engebretsen (2017) el objetivo de la MBE moderna, de garantizar decisiones clínicas basadas en evidencia extraída de la ECA (ensayos controlados aleatorios), no es parte del proyecto original de Archibald Cochrane, sino que, más bien se basa en una lectura selectiva de la obra del autor.

Cuando se habla de “evidencia y eficacia” en modelos psicoterapéuticos, pareciera ser que existe un cierto sesgo en la salud pública chilena, respecto al psicoanálisis. De hecho, a diferencia de Chile, en países como Alemania y Suecia, el enfoque psicoanalítico forma parte de las psicoterapias de las instituciones de seguridad médica, tanto privadas como estatales (Laverde, 2008). Incluso, él mismo autor, sostiene que en esos países existen investigaciones sobre la efectividad de la “psicoterapia analítica”, mediante estudios longitudinales, los cuales han demostrado resultados favorables. Una de sus principales conclusiones era que los pacientes presentaban una mejoría más significativa de los síntomas, en la medida que los tratamientos de orientación analítica tenían una mayor duración e intensidad.

De este modo, es posible pensar que la exclusión del enfoque psicoanalítico en las primeras políticas de salud mental de nuestro país, responden a razones que no sólo se vinculan con los discursos de la evidencia y efectividad, sino que éstas, también podrían estar relacionados con premisas y supuestos más bien de tipo ideológicos, culturales y políticos.

En ese sentido, es posible constatar que la noción misma de salud mental se va instalando como un imperativo, lo que parece aumentar la brecha entre sus promotores y el enfoque psicoanalítico. Hay un desencuentro entre ambos enfoques, porque -entre otras cosas- hay dos visiones antropológicas del ser humano que son opuestas. De hecho, Freud en el “El Malestar en la Cultura” del año 1930, tiene una opinión más crítica sobre la idea de una “homeostasis del sujeto y su medio”, en la medida que su argumento principal se relaciona con la contradicción entre pulsiones y la civilización.

La discusión sobre la inclusión y la exclusión del psicoanálisis en la salud pública chilena no ha sido una temática que haya pasado desapercibida. De acuerdo a Miranda (2016) los teóricos de la salud mental están en sintonía con los planteamientos de la OMS que tiene una manera “fisiológica” de entender la salud mental al definirla como un estado de funcionamiento óptimo de la persona. En ese sentido, las políticas públicas derivan de una

“perspectiva positiva” y de la “economía de la salud”, cuyas doctrinas se sostienen en una antropología del ser humano muy distinta a la del psicoanálisis. Mientras que la “doctrina del bienestar”, se mantiene en un registro de la necesidad, el psicoanálisis, por su parte, se mantiene en un registro del deseo, del ser-hablante con sus respectivas complicaciones y paradojas.

Por otra parte, tal y como lo demuestra la investigación de Radiszcz, Sabrovsky, y Vetö (2014), el psicoanálisis en Chile tuvo importantes desaciertos y omisiones durante los años de dictadura, en el cual hubo un retiro social y político, principalmente de algunos psicoanalistas miembros de la APCH. Incluso, lo que constatan, es que más bien hubo una tendencia hacia el encierro de las consultas particulares, a fin de preservar el psicoanálisis, desatendiendo sus aplicaciones a otros ámbitos. Eso contribuyó a la percepción de que el psicoanálisis tenía un sesgo político hacia la derecha, que no estaba interesado en cuestiones sociopolíticas, e incluso, que era una suerte de cómplice con la psiquiatría asilar que el enfoque comunitario aspiraba a reemplazar.

De acuerdo con Vetö, (2013) es a fines de la época de los años ´70, cuando algunos analistas miembros de la APCH -que eran también profesores de Psiquiatría en la Universidad de Chile- se incorporan a la renovación del Hospital Psiquiátrico de Santiago, transformándose en un nuevo polo de difusión universitaria del psicoanálisis (p. 153). Pese a esto, el vínculo con la política seguía siendo algo ambiguo e incluso visto como campos excluyentes entre sí.

En la década de los ´90, y sobre todo con la llegada de la orientación lacaniana a Chile, se comienza a generar un psicoanálisis diferente. Por ejemplo, hubo algunas experiencias de ofrecer atenciones psicoanalíticas en la “Casa de la Mujer” de la población Huamachuco de la comuna de Renca, a partir de la llegada de Michel Thibaut al país y de su interés de trabajar con los sectores más desfavorecidos de América Latina (Thibaut, 2014). Ya en 1989 se había creado el “Instituto de Psicoterapia Analítica - ICHPA”, lo que, de algún modo, permitió “refrescar” la enseñanza del psicoanálisis y proporcionar una alternativa a la formación de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Luego, con la llegada de psicoanalistas que retornan del exilio, llega el Campo Freudiano a Chile y se fundan distintos grupos, además de cátedras universitarias, que se hacen cargo de temas sociales y políticos a la luz

del psicoanálisis, que buscan un diálogo con los enfoques comunitarios, y que acercan el psicoanálisis a los sectores económicos más vulnerables. No obstante, para las políticas de salud mental, esto no tiene relevancia alguna.

En ese contexto, la psicóloga María Jesús Gajardo (2014) realizó una tesis en este mismo programa de magíster, en la cual pudo entrevistar a distintos actores clave del ámbito sanitario que participaron en las reformas de salud mental. Ella concluyó: “que efectivamente existe una distancia entre el psicoanálisis y el ámbito de la salud pública en Chile, en tanto este enfoque no ha sido parte de las discusiones que anteceden la formulación de políticas, planes y programas en el área de salud mental” (p. 101). Las razones apuntan a distintas variables tales como: una preferencia de la práctica clínica privada por sobre la pública; el psicoanálisis queda excluido de los discursos oficiales por no tener suficiente evidencia empírica en cuanto a su costo-efectividad y porque no se puede hacer psicoanálisis, considerando el encuadre de los tratamientos en el sistema público, entre otras razones.

Ahora bien, para llegar a aquellas conclusiones, la investigación se basó en los relatos y testimonios de distintos agentes de salud pública que habían estado o estaban a cargo de unidades, programas o políticas de salud mental. Por tal motivo, la presente investigación intentó hacer un contrapunto a dicho estudio, para conocer, en esta oportunidad, los testimonios y, principalmente las experiencias de psicoanalistas que estuvieron insertos en dispositivos de salud pública, durante la época de los años '90 en Chile. En ese sentido, la novedad de esta investigación estuvo relacionada, con generar una reflexión crítica sobre la dimensión política del psicoanálisis e indagar, desde una perspectiva más historiográfica, en los intentos de diálogo y adaptación a las reformas, pero también de resistencias, por cierto.

La participación o el lugar en el cual se ubicaron los psicoanalistas en las grandes reformas de salud mental chilenas no era algo que estuviera muy claro, o no había sido abordado con tanta profundidad. Es por ello, que esta investigación intentó rescatar y analizar con una perspectiva crítica, la historia y las experiencias de psicoanalistas que estuvieron insertos en dispositivos de salud pública, las cuales suelen encontrarse más invisibilizadas, por el “discurso oficial” del psicoanálisis, por un lado, y producto también, del discurso hegemónico de la medicina que se ha venido desarrollando en las políticas públicas de salud mental de nuestro país. Tal y como aseveran Radiszcz, Sabrovsky, y Vetö (2014), respecto a

los resultados de su investigación: “es necesario examinar las prácticas concretas del psicoanálisis en Chile, tanto a nivel de su transmisión como en el plano de su aplicación, desde una perspectiva crítica, política y cultural, a fin de poder revelar fragmentos de aquella otra historia que hasta el día de hoy se han mantenido más oscurecidas, respecto a la historia oficial del psicoanálisis chileno”.

Por otro lado, al ser una investigación que se enmarcó en la discusión sobre los “encuentros y desencuentros” del psicoanálisis con la salud pública, permitió también pensar en el rol y el quehacer del analista en una institución de salud mental. ¿Qué lugar para el psicoanálisis?, ¿Cuál es la política del psicoanálisis en una institución de salud mental en Chile?, ¿Cuáles fueron las condiciones culturales y políticas que hicieron posible la marginación del psicoanálisis en las políticas públicas de salud mental de los años ‘90? Para intentar responder a ello, tal y como plantea el ejercicio psicoanalítico, fue relevante para la investigación, volver a pensar en aquella historia pasada para comprender las complicaciones y paradojas del presente.

OBJETIVO GENERAL

Identificar y analizar las experiencias y los esfuerzos de diálogo, adaptación y resistencias de los psicoanalistas insertos en dispositivos de salud pública, para preservar el psicoanálisis ante las reformas de salud mental de la década de los años '90 en Chile.

Objetivos Específicos

- Examinar las experiencias de diálogo, adaptación y de resistencia de psicoanalistas que se desempeñaban en el sistema público de salud en el contexto de la implementación del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 1993.
- Examinar las experiencias de diálogo, adaptación y de resistencia de psicoanalistas que se desempeñaban en el Programa PRAIS en la década de los '90.
- Examinar las experiencias de diálogo, adaptación y de resistencia de psicoanalistas que se desempeñaban en COSAM en la década de los '90.
- Examinar las experiencias de diálogo, adaptación y de resistencia de psicoanalistas que se desempeñaban en la Atención Primaria de Salud en la década de los años '90.

MARCO TEÓRICO

I. Del Modelo Hospitalocentrico hacia la Comunidad

De acuerdo con Paulo Amarante (2006), después de la Segunda Guerra Mundial, surge el periodo en el cual se producen una serie de reformas psiquiátricas, que cuestionaban el rol de la institución asilar y el saber psiquiátrico. Así, surgen movimientos reformistas de la psiquiatría contemporánea, que suelen ser representados con la psicoterapia institucional en Francia y las comunidades terapéuticas en Inglaterra y Estados Unidos; con la psiquiatría de sector (Francia) y la psiquiatría comunitaria o preventiva (Estados Unidos). “Por último, la antipsiquiatría y las experiencias surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas con los movimientos anteriores, poniendo en cuestión el propio dispositivo médico-psiquiátrico, las instituciones y los dispositivos terapéuticos asociados” (p. 25).

I.I. Comunidad Terapéutica en Inglaterra

Maxwell Jones consagra el término “comunidad terapéutica” en 1959, en Inglaterra y lo delimita como una serie de experiencias en un hospital psiquiátrico inspirados en los trabajos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion y Reichmann. De esa manera, el término comunidad terapéutica viene a caracterizar un proceso de reformas institucionales al hospital psiquiátrico y marcadas por la adopción de medidas administrativas democráticas, participativas y colectivas, objetivando la transformación de la dinámica institucional asilar (Amarante, 2006 p. 25). Dicho proceso ocurre en el contexto de las malas condiciones en las que se encontraban los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos en Europa, y con el rechazo a todo tipo de violencia y no respeto a los derechos humanos que se había instalado en la sociedad europea de la posguerra (ídem, 25).

Según Maxwell Jones, la idea de comunidad terapéutica se caracterizaba “con tratar con grupos de pacientes como si fuesen un único organismo psicológico”. Por medio de la concepción de comunidad, se buscaba desarticular la estructura hospitalaria considerada segregativa y cronificante. Jones planteaba que el hospital debía estar constituido de personas, enfermos y empleados que ejecutaran de modo igualitario las tareas pertinentes al

funcionamiento de la institución. Asimismo, planteaba que era necesario fortalecer la comunicación entre el hospital y la comunidad externa, de modo que se haga posible una mayor cooperación y comprensión entre el equipo, los pacientes, parientes y los establecimientos externos. Es decir, la estructura del trabajo implicaba un mayor contacto por parte del equipo técnico con los problemas de la comunidad en la que el sujeto vivía (ídem, p. 28).

Así es como el trabajo de Maxwell Jones, marca una nueva relación entre el hospital psiquiátrico y la sociedad, demostrando que algunos enfermos mentales si podían ser tratados fuera del manicomio (ídem, 28). De hecho, según Galende (1990), en el año 1953, la Organización Mundial de la Salud, tras un estudio que elaboró un Comité de Expertos sobre las organizaciones de la psiquiatría en los países miembros, recomendó la transformación en comunidad terapéutica de todos los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, finalmente sólo se construyeron con una parte de la población internada, comunidades terapéuticas que funcionaban junto a la organización tradicional del asilo (p. 145).

I.II. Psicoterapia Institucional en Francia / Psiquiatría de Sector

Según Huertas (1991) el impacto de la Segunda Guerra Mundial supuso, en lo que a la asistencia psiquiátrica se refiere, una cierta sensibilización de la opinión pública hacia las condiciones nosocomiales de los enfermos mentales; la muerte de muchos de ellos debido a las restricciones de alimentos durante la contienda dio lugar a comparaciones frecuentes entre los manicomios y los campos de concentración y, en definitiva, a una renovada crítica al sistema asilar. Crítica que será vehiculizada, desde 1944, por un importante movimiento protagonizado en principio por psiquiatras marxistas, algunos de ellos vinculados al Partido Comunista Frances, y representantes de la doctrina “post-esquiroliana” (p. 73-74).

La denominación psicoterapia institucional es utilizada por Daumezon y Koechelin, en 1952, para caracterizar el trabajo que años antes había realizado Francois Tosquelles en el Hospital de Saint Alban, en Francia¹. Los primeros años de reforma de Saint Alban

¹ De acuerdo a Galende (1990), Lacan también participaba en el grupo de intelectuales que se reunían en dicho Hospital.

estuvieron marcados por su espacio de resistencia al nazismo, al mismo tiempo en que se implementaban iniciativas para salvar de la muerte a los enfermos ahí internados y ofrecerles condiciones de curabilidad. Es más, el carácter novedoso traído por la psicoterapia institucional está en el hecho de considerar que las propias instituciones tienen características enfermas y que debían ser tratadas (Amarante, 2006 p. 30). Pese a ello, la psicoterapia institucional siguió sosteniendo por un tiempo que los asilos podían recuperar su función terapéutica, si se lograban corregir las deficiencias que tenía la organización del hospital psiquiátrico (Huertas, 1991 p. 74). Ese es un primer tiempo en el que la psicoterapia institucional desarrolla un discurso basado en términos y conceptos como el de “higiene mental hospitalaria” o el de “organización terapéutica del hospital psiquiátrico”, lo cual dura hasta finales de los años ´50 y se da por terminado cuando sus propios responsables se convierten en inspiradores de la psiquiatría de sector. Luego, surge una segunda época, en los ´60, la cual estuvo inspirada por el psicoanálisis lacaniano (ídem, 74).

Con el auge de la perspectiva psicoanalítica, lleva a la psicoterapia institucional a las condiciones de “intento de conciliación de la psiquiatría con el psicoanálisis”, principalmente la de la tradición lacaniana, en la medida que se instaura un fuerte movimiento para la introducción del psicoanálisis en las instituciones psiquiátricas (Fleming en Amarante, 2006 p. 31).

Sin embargo, tal y como señala Trillat (2000), la inserción del psicoanálisis en la psiquiatría no estuvo exenta de resistencias. De hecho, relata que las críticas no sólo venían de los medios más conservadores de la profesión, sino que también por parte de algunos intelectuales del Partido Comunista. “El psicoanálisis, considerado instrumento de dominación del capitalismo, fue prohibido en la URSS. Hubo que esperar a la muerte de Stalin (marzo de 1953), y al comienzo de la “coexistencia pacífica” con Nikita Jruschov, a fin de que desaparecieran los obstáculos para la difusión del psicoanálisis en la psiquiatría. Agrega que: muchos de los psiquiatras del servicio público se tendieron en el diván, y la psicoterapia institucional, desde el decenio de 1960, dio un nuevo viraje. Se trataba ahora de utilizar en la institución el psicoanálisis como instrumento terapéutico. En octubre de 1965, los psiquiatras-psicoanalistas de esta tendencia se agruparon en el seno de una Sociedad de Psicoterapia Institucional. Publicaron una revista efímera, pero rica en profundidad teórica,

que se aplicó a la consideración del problema de la “transferencia” en la institución” (Trillat, 2000 p. 337).

De acuerdo con Huertas (1991), también fue importante la aparición de los neurolépticos, que ofrecieron posibilidades para llevar a cabo terapias ambulatorias, y que, por lo tanto, que algunos enfermos salieran del manicomio. “En los años ‘60 los psicofármacos ya habían demostrado su eficacia y comenzaron a ser utilizados de forma habitual. Sólo a partir de ese momento comienzan a aparecer medidas legislativas que contemplan el tratamiento de la enfermedad mental fuera de los límites estrictos de un hospital” (p. 75). En ese contexto, un nuevo ministro de salud pública, Bernard Lafay, asesorado por un grupo importantes de profesionales y técnicos, inicia las gestiones de lo que poco tiempo después se traduciría en la política de sector en la psiquiatría francesa (ídem, p. 75).

“Con la oficialización de la política del sector, los territorios pasan a ser divididos en sectores geográficos, contando cada uno de ellos, con un equipo constituido por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y distintas instituciones que tienen la función de asegurar el tratamiento, la prevención y la pos-cura de las enfermedades mentales” (Amarante, 2006 p. 34).

Así, se prioriza como dirección del tratamiento, la posibilidad de asistencia al paciente en su propia comunidad. Por lo tanto, el pasaje por el hospital no debiese ser más que una etapa transitoria del tratamiento (Amarante, 2006). Tal y como plantea Galende (1990), algunos de los principios de la psiquiatría de sector era la implantación del equipo del Sector en el medio social donde vive el enfermo (atención e internación domiciliaria, asistencia en y con la comunidad). Asimismo, la subordinación del hospital psiquiátrico a la totalidad de la red de instituciones y equipamiento de higiene mental del Sector, de modo que sean los equipos de salud mental siempre la primera instancia (p. 151).

De acuerdo a Galende (1990) algunas de las dificultades que surgieron en Francia con la política del sector, se relacionaban con las ideas y los principios entre los que impulsaron aquellas reformas y con los nuevos profesionales que llegaban. “Los pioneros que impulsaron la política del sector, promovían recorrer las escuelas, las poblaciones, atender las demandas en el domicilio, instalar los equipos en la comunidad, cubrir con los asistentes sociales

problemas de familia, antes que aquellos problemas se convirtieran en demandas de atención psiquiátrica. Los profesionales que fueron llegando, en general psicoterapeutas o psicoanalistas, tendían a instalarse en los consultorios de los centros o de los hospitales psiquiátricos, con sus ritos, sus silencios, sus horarios estrictos, a recibir la demanda de psicoterapia de los que venían a buscar ayuda” (p. 153)².

Finalmente, las ideas originales de la política del sector, también comienzan a fracasar, a raíz de los cambios sociales que se estaban produciendo con la expansión del capitalismo luego de haber finalizado la segunda guerra. “Había una alta concentración en la industria, movilidad mayor de las poblaciones con migraciones periódicas en función del empleo, ruptura de los lazos sociales de solidaridad, cambios o pérdida de los organismos de sociabilidad barrial y cambios en las reglas de funcionamiento familiar, etc” (Ídem, p. 154).

I.III. Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos

De acuerdo a Galende (1990), se reconoce a Eduard Lindeman como el fundador de la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos. Esta corriente nace en un periodo, en el cual, el país estaba afrontando las consecuencias de la guerra de Vietnam. Además, se había producido el movimiento “beatnik”; la aparición de “gangs”, y un fuerte aumento del consumo de drogas en los jóvenes, y de problemas de salud mental, lo que aumentaba los costos para las familias y al Estado (Amarante 2006 p. 36).

Galende (1990) explica que, en el año 1955, se crea en Estados Unidos la “Joint Commission on Mental Illness and Health”, la cual tuvo la participación de distintas asociaciones que se involucraban en el trabajo con los problemas de salud mental. Dicha comisión redactó un informe al congreso de ese país en el año 1960, luego de cuatro años de recopilación de datos. “El informe se conoce con el nombre de Action for Mental Health, el cual contenía un análisis de la situación de salud mental del país y realizaba una serie de

² Agrega que hubo una experiencia en el Distrito XIII en París, donde los psicoanalistas concentraban sus acciones principalmente en las actividades psicoterapéuticas, lo cual habría mostrado que lo que se había tomado como moderno y renovador, también puede cumplir una función conservadora y reaccionaria en el contexto de una política de salud mental abierta a la comunidad (Galende, 1990 p. 153).

recomendaciones sobre la necesidad de una modernización y apertura de los hospitales psiquiátricos del Estado hacia la comunidad, y de creación de servicios más dinámicos que pudieran asegurar el tratamiento de los enfermos en las cercanías de su domicilio. Asimismo, sugería la creación de los Community Mental Health Center, con la finalidad de que disminuyeran las hospitalizaciones y la cronificación de los enfermos” (p. 170). Finalmente, en el año 1963, -con el gobierno de Kennedy- se aprueba en el congreso, la creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental (conocida como ley Kennedy), y en el año 1965 se implementó en todo el territorio del país (ídem, p. 172).

De acuerdo a Castel, Castel, y Lovell, (1980), “el nuevo enfoque de los problemas de salud mental, consistía, en teoría, en crear en el conjunto de los Estados Unidos servicios públicos diversificados y accesibles a todos, programados y gestionados con la participación activa de los usuarios y atendidos por equipos pluridisciplinarios que incluían miembros de la población afectada, instalados en el seno del área atendida y no centrados en instituciones cerradas, cuya actuación recae sobre la comunidad más que sobre los individuos, sobre la prevención más que sobre el tratamiento, sobre acciones indirectas más que sobre un tratamiento directo de los problemas” (p. 131).

En efecto, con la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos, nacen nuevos objetivos, los cuales abarcarían la prevención de las enfermedades mentales y su reducción en las comunidades³. “Con el *preventivismo* norteamericano se instaura la creencia que todas las enfermedades mentales pueden ser prevenidas y detectadas precozmente, de lo cual, si la enfermedad mental significaba disturbio, desvío, marginalidad, se podía entonces, prevenir y erradicar los males de la sociedad. Por lo tanto, era preciso salir a las calles, entrar en las casas, penetrar en los guetos para conocer los hábitos, identificar los vicios y mapear aquellos que por sus vidas desregladas vengán a ser sospechosos” (Amarante, 2006 p. 36). Por su parte, Galende (1990) plantea que la idea de una “prevención generalizada”⁴ requería no centralizar las acciones en los individuos enfermos que consultaban o que podían ser detectados, sino más bien, consistía en analizar y corregir los aspectos patógenos en la

³ Proyecto político que también fue impulsado por el presidente Kennedy.

⁴ Propuesta de intervención que habría sido impulsada por el psiquiatra Gerald Caplan (ídem, p. 177).

comunidad misma. Dicho de otra manera, “se pasa de un esquema preventivo clásico, a una intervención de las condiciones generales de la vida en las cuales se gesta el daño mental, es decir, a una intervención sociopolítica” (p. 174).

En ese contexto, Castel, et al (1980) relatan que en el año 1964 Bertram S. Brown, director adjunto del National Institute of Mental Health de Estados Unidos, definía el espíritu de esta nueva psiquiatría:

“Todos los servicios de salud mental deben estar abiertos a las personas de la comunidad -ricos o pobres-, jóvenes y viejos, habitantes estables o pasajeros, los que están bien, pero se sienten curiosos o sienten la necesidad de instruirse y los enfermos ligeramente neuróticos o gravemente psicóticos (...). Un Community Mental Health Center, debe también descubrir las necesidades particulares de ciertos grupos problemáticos, los alcohólicos, las personas de edad avanzada, los jóvenes delincuentes. Debe interesarse por la pobreza y todos los elementos del estado económico de la gente. Por último, la consideración de un enfermo mental como un individuo singular debe completarse siempre por un interés por la comunidad misma” (Ibíd. p.87).

Pese a esto, los autores plantean que luego de quince años de implementadas las reformas, los resultados no fueron los que se habían prometido, e incluso se vislumbra que detrás de los ambiciosos cambios y futuras promesas, estaban acompañados por un interés de ahorrar el gasto público que le implicaba al Estado el aumento de pacientes hospitalizados.

“Una primera cifra ilustra el fracaso cuantitativo del proyecto; de los 2.000 Community Mental Health Centers previstos para 1980, en 1975 sólo existían 400; es más, la gran mayoría se habían puesto en funcionamiento entre 1967 y 1972. En 1973 tales centros sólo tienen a su cargo un 12,5% de los enfermos hospitalizados y un 28% de los enfermos en tratamiento ambulatorio. La gran ambición de los centros, que era la de reemplazar progresivamente el manicomio, fue como si hubiera errado el tiro, pues en la medida relativa en que los hospitales se vaciaron, ello sucedió prácticamente sin relación alguna, con la existencia o no de estos servicios comunitarios” (Ídem, p.131).

Por su parte, Galende (1990), señala que no hubo un proceso de cierre de los hospitales psiquiátricos como en Italia, y que las instituciones que se crearon para la reubicación de los enfermos se fueron convirtiendo con los años en “nuevos depósitos de personas, ya que no se resocializaban, como sucedió en Italia, sino que se los mantenía allí a un costo más bajo, que el Estado compartía con organismos privados” (p. 175). Por último, plantea que con la llegada del presidente Nixon volvió a imponerse la gestión privada de los

problemas, al éxito profesional individualizado en el mercado de servicios, la indiferencia social por los que quedan marginados del progreso y la vida norteamericana (p. 183).

I.IV Psiquiatría Democrática en Italia

De acuerdo a Amarante (2006 p. 50), en los años ´60, surge una fuerte crítica a la psiquiatría tradicional en Italia, a partir del trabajo impulsado por Franco Basaglia en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Con el modelo de comunidad terapéutica ideado por Maxwell Jones en Inglaterra, inicia una serie de cambios a la estructuración del hospital psiquiátrico, y promueve un trato más humanitario con los internos. Basaglia, en ese entonces, era el director del Hospital de Gorizia, y desde ahí “supo impulsar un movimiento social y político que logró en pocos años el cierre definitivo de un número importante de hospitales psiquiátricos” (Galende, 1990 p. 156).

Años antes, había surgido la antipsiquiatría en Inglaterra, con un grupo de psiquiatras, tales como: Roland Laing, David Cooper y Aaron Esterson, los cuales, tenían una experiencia importante en la psiquiatría clínica y en psicoanálisis. Las principales críticas se relacionaban con el saber médico- psiquiátrico, en cuanto a la locura y más específicamente con la esquizofrenia, y la función de la institución psiquiátrica en el tratamiento de aquella patología (Amarante, 2006 p. 43).

Según Barros (citado en Amarante, 2006), los tres pilares de la crítica del movimiento instaurado por Basaglia se relacionan con: “el lazo de dependencia entre psiquiatría y justicia; el origen de clase de las personas internadas y la no neutralidad de la ciencia” (p. 50).

Basaglia planteaba que instituciones tales como: el hospital psiquiátrico, la escuela, la familia, la fábrica, tenían como característica en común: “una tajante separación entre los que detentan el poder y los que no lo detentan”. En ese sentido, para Basaglia: “la violencia y la exclusión se hallan en la base de todas las relaciones susceptibles de instaurarse en la sociedad”. Es más, también va a sostener que la sociedad va a conceder el uso de la violencia a los “técnicos”, quienes ejercerán otras formas de violencia: “una violencia técnica” hacia los excluidos (Basaglia, 1972 p. 132).

“El nuevo psiquiatra social, el psicoterapeuta, el asistente social, el psicólogo, el sociólogo (por citar solo algunos), son únicamente los nuevos administradores de la violencia del poder, en la medida en que -disolviendo resistencias, resolviendo

conflictos generados por las instituciones-, se limitan a permitir, mediante su acción técnica aparentemente reparadora y no violenta, la perpetuación de la violencia global. Su tarea -que se denomina terapéutica orientadora-, consiste en preparar a los individuos para que acepten sus condiciones de objetos de violencia, dando por sentado que, más allá de las diversas modalidades de adaptación que puedan elegir, ser objeto de violencia es la única realidad que les está permitida (Basaglia, 1972 p. 133).

Tal y como plantea Galende (1990), algunos de los aspectos centrales del pensamiento y la propuesta de Basaglia, fue definir a la psiquiatría como la práctica de una contradicción, pero que se escinde y niega. En ese sentido, sostenía que: “la medicina mental, más bien desplazaba el problema sociopolítico que el enfermo y la institución representaba hacia una solución técnica científica” (p. 157).

“La negación de un sistema es el resultado de un proceso de transformación; de su cuestionamiento en un campo de acción determinado. Éste es el caso de la crisis del sistema psiquiátrico como sistema científico e institucional a la vez, que es subvertido y puesto en cuestión por la toma de conciencia del significado del campo específico, particular en que opera. Esto significa que el encuentro con la realidad institucional ha evidenciado elementos -en abierta contradicción con la teoría técnico-científica-, que remiten a mecanismos ajenos a la enfermedad y a su curación. Lo cual sólo puede poner en cuestión las teorías científicas relativas a la enfermedad, así como las instituciones sobre las cuales descansan sus acciones terapéuticas, y remitirnos a la comprensión de estos “mecanismos ajenos” que tienen sus raíces en el sistema social, político y económico que los determina” (Basaglia, 1972 p. 134).

En base a lo anterior, de acuerdo a Amarante (2006), lo que finalmente revela la experiencia del hospital psiquiátrico de Gorizia, “es el vínculo entre psiquiatría; control social y exclusión y, por lo tanto, las conexiones intrínsecas entre los intereses políticos-sociales más amplios y la institución de la ciencia psiquiátrica” (p. 50).

Posteriormente, en el año 1973, se funda en Bolonia, el movimiento de la psiquiatría democrática, al cual, se le atribuye las denuncias civiles, respecto a las prácticas simbólicas y concretas de la violencia institucional, más allá del campo de lo médico, psiquiátrico y psicológico. Asimismo, “se había hecho necesario desmontar las relaciones de racionalidad/irracionalidad que restringían al loco a un lugar de desvalorización y desautorización para hablar sobre sí mismo, de la misma forma que era preciso desmontar el

discurso/práctica competente que fundamenta la diferenciación entre aquel que trata y aquel que es tratado (Amarante, 2006 p. 51).

Finalmente, el movimiento de psiquiatría democrática logra impulsar un debate en torno a la necesidad de abolir la legislación psiquiátrica que estaba vigente en ese momento y suspender cualquier forma de control institucional sobre los locos y la locura. “En la medida en que el trabajo y el pensamiento de Franco Basaglia posibilitaron todo ese debate, -aunque él mismo no participó de la comisión⁵-, el proyecto de ley presentado se inspira fundamentalmente en sus ideas y termina por ser identificado públicamente a su nombre, pasando a ser conocido como “Ley Basaglia” (aprobada el 13 de mayo de 1978). (Amarante, 2006 p. 53).

II. La Salud Mental Comunitaria en Chile

De acuerdo a Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010), esta etapa está caracterizada -entre otras cosas- por la creación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales y en el avance de los estudios y el control de los problemas asociados al consumo de alcohol. En esta época, ya se había creado el Servicio Nacional de Salud en el año 1952 y, es en el año 1957 cuando el servicio anuncia el primer programa de control y prevención de alcoholismo en cuya elaboración participaron los Dres. José Horwitz, Juan Marconi, Jorge Mardones y Luis Custodio Muñoz. Posteriormente, en el año 1966, se enuncia el Primer Programa Nacional de Salud Mental.

Esta es una época de fuerte énfasis en medicina social, corriente que nace en Europa como reacción al reduccionismo que había generado el énfasis en la bacteriología y el descubrimiento de los microorganismos como causa de muchas enfermedades infecciosas, lo que había llevado algunos a pensar que los factores de la salud y la enfermedad eran solo biológicos. “La medicina social, en cambio, resaltaba la importancia de los factores sociales, políticos y culturales en la recurrencia de enfermedades epidémicas. Asimismo, proponía una

⁵ El Partido Radical propone un referéndum para la revocación de la legislación psiquiátrica y el Estado italiano constituye una comisión de alto nivel para estudiar y proponer la revisión de la legislación italiana antes de la realización del referéndum (Amarante, 2006 p. 53).

visión holística de la salud pública y la práctica médica, que luchase contra factores como: la pobreza, la falta de educación, la indiferencia política, y el prejuicio” (Brown, Cueto y Fee, 2011 p. 133).

Ahora bien, según Minoletti, Horwitz y Rojas (2012) la primera vez que se conceptualizó formalmente la idea de los servicios de salud mental comunitarios y de integración en APS fue en 1966, con el primer programa nacional de salud mental, pero que nunca llegó a ser implementado por falta de apoyo político y de recursos. Fue el psiquiatra Juan Marconi, quien lideró un grupo universitario que se trasladó desde el principal hospital psiquiátrico del país, al sector sur de Santiago, en 1968, con el objetivo de desarrollar una experiencia piloto de psiquiatría comunitaria.

“La idea era empezar donde no hubiera ningún servicio de salud y ver cómo la comunidad puede resolver un problema de salud desde sus integrantes y recursos. En el año ´68, en el área sur no había ningún servicio social de salud mental, por eso nos fuimos allá; optamos por los suburbios que es donde estaban todas las condiciones en contra” (Marconi en Mendive 2004 p. 191).

Juan Marconi (1973) señala que en la época del ´70 sólo existía un Centro Comunitario de Salud Mental, que estaba ubicado en la población La Victoria, cuyos cimientos eran los clubes populares de “alcohólicos recuperados”, y el objetivo era reorganizar su plan de acción según el modelo “intracomunitario”, y con los programas de neurosis y psiquiatría infantil. El espíritu de las reformas era -entre otras cosas- “entregar el poder a la clase obrera para solucionar por sí misma, con ayuda técnica de nuevo tipo, sus problemas más apremiantes de salud mental” (Marconi, 1973, p.17).

Uno de los elementos centrales del programa de psiquiatría intracomunitaria, se asociaba con el traspaso masivo de conocimientos desde el campo de investigación universitario hacia la comunidad. En ese entonces, el procedimiento se le conocía como: “unidades de adiestramiento”. Como explica Marconi (en Mendive 2004) la idea era generar un “cuerpo docente formativo popular”, a partir de monitores que podían ser alcohólicos recuperados.

El programa de formación de monitores estaba jerarquizado en niveles y en cada uno de los niveles había capacitación (los niveles se describían en una pirámide de delegación de funciones: “D1⁶ a D5” y cada uno implicaba un rol en particular) (Mendive, 2004).

“El rol de los monitores (alcohólicos recuperados, D4), consistía en enseñar (a D5) lo que estaba programado en unidades un poco más complejas, pero con toda la información necesaria como para educar al pueblo. Pero esto se sectorizó por manzanas; logrando tener un alcohólico recuperado o monitor a cargo de cada una. Cada uno era supervisado por el nivel D3, compuesto en general por técnicos, los que en muchos programas fueron sacerdotes y monjas de terreno. Ellos formaron monitores quienes a su vez recibieron formación del nivel D2: enfermeras y profesionales de la salud en general. Este nivel recibía formación del último nivel profesional que es el D1 que es el que menos hace; supervisa el programa desde el hospital” (Marconi en Mendive, 2004 p. 189).

La implementación del programa no estuvo exenta de críticas y resistencias por parte del medio psiquiátrico chileno. Había acusaciones en torno a que la psiquiatría social no existía; que el programa no tenía evidencia y que era irresponsable e inmoral no ver enfermos en el hospital psiquiátrico. Posteriormente, con la dictadura militar el programa fue desmantelado, y en ese entonces, el programa de alcoholismo ya tenía cinco años de funcionamiento (ídem, 2004).

En esa misma línea, Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010), relatan que “las experiencias de salud mental comunitaria quedaron proscritas, suspendidas o se extinguieron progresivamente después del Golpe de Estado de 1973 y sus protagonistas fueron asesinados, presos, exiliados o exonerados, en la mayor parte de los casos. El programa Intracomunitario de Salud Mental de Marconi reportó algunas señales de supervivencia hasta 1978 y fue probablemente el que más perduró” (p. 16).

De acuerdo a Mendive (2004), el legado de Marconi generó aportes significativos para la psicología comunitaria en Chile. En primer lugar, el programa habría impulsado desarrollos metodológicos para la inserción e intervención en las comunidades. Asimismo, “se crearon nuevos lugares de atención para abordar las problemáticas en salud mental que se sumó al consultorio y al hospital; incidió en propiciar el rol activo de las comunidades

⁶ Nivel de delegación desde el más especializado (D1) hacia la comunidad en general (D5).

para afrontar y resolver los problemas de salud mental, generando una disminución de la relación de dependencia y desconocimiento que las modalidades psiquiátricas generan en la comunidad. Sumado a esto, se formalizó el rol del monitor en el trabajo con las comunidades y, por último, se desarrolló ampliamente en el país -en la década de los 80-, la mirada psicosocial cómo forma de comprender los problemas de salud mental, generando principios explicativos distanciados de la postura intrapsíquica o netamente conductual” (p. 197).

Por otro lado, además de la experiencia de la Psiquiatría Intracomunitaria de Marconi, existió también el programa de Salud Mental Poblacional liderado por el psiquiatra Luis Weinstein a finales de la década de 1960. De acuerdo a Norambuena (2017), a diferencia del programa de Marconi, la iniciativa de Luis Weinstein cuenta con menos producción escrita disponible.

“Por una parte, la dinámica propia del trabajo había postergado la publicación de los amplios datos que se habían producido en el desarrollo de las iniciativas asociadas a la Salud Mental Poblacional. Por otro lado, el allanamiento del Centro de desarrollo e investigación en el que se realizaba este trabajo, por el Golpe de Estado de 1973, habrá dejado desaparecida la documentación, que no volvió a ser recuperada” (Weinstein en Norambuena 2017 p. 32).

De hecho, tal y como menciona Alfaro (1993) el modelo de Salud Mental Poblacional se conoce sólo a través de publicaciones hechas desde Argentina y España en los años siguientes a su abrupto cierre en 1973.

De acuerdo a Alfaro, la iniciativa surge “como resultado del programa de medicina preventiva desarrollado en el Hospital San Borja entre los años 1963 y 1969. Del programa de desarrollo sociocultural que entre los años 1970 y 1973 buscó la democratización interna del Servicio Nacional de Salud y, del Centro de Antropología médico-social del Servicio Nacional de Salud y la Universidad de Chile, que operó en varios policlínicos de la zona central de Santiago, entre 1970 y 1973” (ídem p. 93).

Según Norambuena (2017), “la iniciativa de la Salud Mental Poblacional, en la práctica tenía una función especialmente dirigida al campo preventivo en alcohol, drogas, neurosis, problemas juveniles y de aprendizaje, además de incorporar el objetivo de propiciar la participación y poder popular, los cuales formaban parte de los objetivos originales que tenía el programa de desarrollo sociocultural. El gobierno de la Unidad Popular había sido

receptor y promotor de estas iniciativas y se buscaba formar “responsables” de salud en los centros de salud, y en la población, y, por otro lado, integrar a trabajadores, pobladores y funcionarios, a nivel de consultorios y hospitales, en Consejos de Salud” (p. 34).

De acuerdo a Alfaro (1993), uno de los aspectos centrales de la iniciativa de Salud Mental Poblacional, se relaciona con la dimensión sociocultural que adopta para comprender los fenómenos de salud y enfermedad, en donde toma relevancia el contexto histórico, las luchas sociales, las relaciones de producción y rasgos superestructurales específicos (p. 102). Asimismo, plantea que hay un énfasis en la participación, con la finalidad de generar cambios sociales, y para superar la barrera cultural entre el Servicio Nacional de Salud y la Universidad con la comunidad. De este modo, a juicio de Alfaro, la valoración cultural y la mirada antropológica de esta perspectiva, resulta ser compatible y complementaria con el desarrollo en torno a la Psicología Social Comunitaria que ha impulsado Maritza Montero (p. 105).

Sumado a esto, Alfaro (1993) plantea que existen diferencias entre el modelo de Psiquiatra Intracomunitaria y de Salud Mental Poblacional, en tanto que el primero no plantea la categoría de clase social, y en cambio el segundo elabora todo su planteamiento a partir de reconocer este nivel de la realidad.

“La psiquiatría intracomunitaria desarrolla su planteamiento a partir de una mirada sanitarista. Es decir, una concepción que responde a una teoría social funcionalista y desarrolla un punto de vista ecológico social donde adquiere mucha importancia la relación con el ambiente. Pero lo social es incorporado de forma ahistórica, superficialmente y de manera fragmentada, desconociéndose la dinámica de determinación social (origen, transformación de la clase social). Por su parte, la Salud Mental Poblacional, se formula a partir de una concepción histórico social de la salud. Es decir, una concepción que entiende los procesos de salud y enfermedad como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases concretas en relación con sus condiciones materiales y culturales de vida” (Alfaro, 1993 p. 106-107).

Por otro lado, según Mendive (2004), el programa de Psiquiatría Intracomunitaria permitió el ahorro de recursos económicos y humanos para los sistemas de salud, debido a que en esa época los sistemas de salud mental recibían una enorme cantidad de consultas correspondientes a distintas problemáticas y diversos niveles de gravedad, que requerían diferentes tipos de tratamientos. “Bajo la modalidad de la Psiquiatría Intracomunitaria, se

logró trasladar la atención de problemáticas de leve y mediana gravedad al espacio comunitario, contribuyendo a que las problemáticas de mayor gravedad se concentraran en los establecimientos hospitalarios” (p. 198).

En este sentido, se desprende que Weinstein al igual que Marconi, apuntaban sus críticas al poder del campo médico, y ambos aspiraban a una revolución cultural en temáticas de salud. Por lo tanto, se buscaba la participación de las comunidades en los centros de salud; la participación de los pobladores en política; promover programas de prevención en salud, y buscar alternativas de tratamiento distintas a la hospitalización, entre otras ideas.

Finalmente, también existió una experiencia de Psiquiatría Comunitaria en el Hospital de Temuco, la cual fue coordinada por el psiquiatra Martín Cordero, desarrollada entre los años 1969 y 1973, de cuya propuesta no se conoce mucho más que su existencia (Norambuena, 2017 p.37). De hecho, de acuerdo con el autor, la experiencia tampoco tiene una denominación original específica, y que, por lo tanto, sería necesario una mayor exploración.

En definitiva, es con el retorno a la democracia cuando comienza a surgir nuevamente iniciativas de enfoque comunitario. En relación con esto, Marconi señala:

“Del 73 al 90 no pasó nada, absolutamente nada en salud mental, desarrollo de temas y de servicios: cero. Se volvió a la atención psiquiátrica tradicional; todos los recursos se destinaron para allá. Recién en el 90 hubo un desarrollo bastante explosivo que dio forma al sistema actual que es un poco tecnocrático, aunque está como idea la participación comunitaria, como idea y no cómo práctica; en ese sentido es tecnocrático, es decir, no cuentan el recurso mayor que tienen que es la comunidad” (Marconi en Mendive, 2004 p. 194).

De hecho, según Mendive (2004), las iniciativas y propuestas impulsadas en los años 60 “no alcanzó la fuerza necesaria para reformar la modalidad psiquiátrica tradicional en el sector público de salud. Tampoco logró permear las políticas y leyes en salud mental pública, por un lado, ni la perspectiva teórica y metodológica de la formación psiquiátrica por el otro (p. 198).

A esto también es necesario agregar que, el mismo Weinstein, comentaba que el concepto de “salud mental comunitaria”, no tiene una definición consensuada y que se le relaciona con prácticas con contenidos muy diversos. Al respecto, Norambuena (2017) señala:

“La salud mental comunitaria, es un campo que según el autor (Weinstein), incluye significados disimiles, diferenciadores a su vez respecto de la psiquiatría comunitaria. El concepto de comunidad, asimismo, representa para Weinstein un lugar sin consenso, que refiere de manera general, pero indiferenciada, a la convivencia hogareña, barrial, comunal, laboral, o recreacional” (Norambuena, 2017 p. 36).

Por último, es importante mencionar la contribución que tuvieron las ideas de Paulo Freire en la psicología comunitaria latinoamericana, y cuya influencia en Chile, suele ser asociada con los trabajos con organizaciones no gubernamentales (ONG), en la década de los 80, en dictadura. (Norambuena, 2017, p. 38). Asimismo, durante su exilio en Chile entre los años 1964 y 1969, participó en la educación de campesinos adultos en el marco del proceso de la Reforma Agraria en el gobierno de Eduardo Frei Montalva (ídem, p. 39).

III. Reformas de Salud Mental en Chile de los años '90

De acuerdo a Minoletti, et al (2010), desde mediados de la década del 90, se inicia un activo proceso de análisis y propuestas que luego de 10 años culminará con el establecimiento de la Tercera Reforma de Salud (1990-2010), periodo en que la salud mental pasa a tener una prioridad más alta que en cualquiera de las épocas históricas previas de Chile (p. 20). Años antes, ya se había creado el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud, las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), y se había iniciado el proceso de la descentralización y municipalización de la atención primaria de salud. Asimismo, había existido un trabajo relevante en salud mental dedicado a apoyar a las víctimas directas de la represión política y a sus familiares, a través de los equipos de la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC), el Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS), la Corporación de Defensa y Promoción de los Derechos del Pueblo (CODEPU), Fundación de Protección a la Infancia dañada por los Estados de Emergencia (PIDEE), y el Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (CINTRAS) (p. 18).

Con el retorno a la democracia en los años '90 se producen las principales reformas al sistema de salud público, con un énfasis importante en la atención primaria de salud y las

estrategias comunitarias en salud mental. Un hecho importante fue la declaración de Alma Ata en el año 1978, patrocinada por la OMS y la UNICEF, en la cual se habló de incorporar la salud mental en los servicios de atención primaria. Posteriormente, tal y como señala Minoletti, Horvitz y Rojas (2012) la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica, organizada por OPS/OMS en Caracas 1990, tuvo una influencia mayor en las políticas de salud mental de la región. En ella se formularon los principios que han servido de modelo conceptual para la reforma psiquiátrica que fue desarrollada en los años siguientes. Uno de los principales acuerdos era transformar la atención basada en hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad, considerando que la APS representaba el principal vehículo para la entrega de servicios de salud mental. De esta manera, en el año 1993, se incorporan los psicólogos a la atención primaria de salud, sin embargo, el rol que debían cumplir fue un asunto que no quedó resuelto (Minoletti, Horvitz y Rojas 2012).

Por otra parte, la década de los años ´90 es un periodo de fuertes incidencias de políticas neoliberales que repercutieron en los servicios estatales en todos los países de América Latina. Una década atrás, en el año 1979, se había producido el advenimiento de Margaret Thatcher en Inglaterra y en el año 1980 de Ronald Reagan en los Estados Unidos, lo que, a juicio de algunos autores, transformó la ideología neoliberal en la doctrina oficial de dos de las principales potencias financieras del mundo (Comblin, 2002).

De este modo, en los años ´80, y en los ´90 el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial se convertían en las organizaciones internacionales que más fondos prestaba para los países en vías al desarrollo. “Eran los años de dominio absoluto del Consenso de Washington, años de reformas estructurales en Latinoamérica, también años en los que la Economía de la Salud prometía resolver los dilemas que implica contener costos (es decir, priorizar) y, sobre todo, años en los cuales el Banco Mundial emergía como nuevo agente rector de la salud en el mundo” (Miranda, 2016 p. 35).

En ese contexto, en los ´90, se crean los “Centros de Salud Mental Comunitarios” (COSAM) y los consultorios pasan a redefinirse como: “Centros de Salud Familiar” (CESFAM), los cuales brindan atención ambulatoria, desde un sello “preventivo y desde un enfoque familiar y comunitario”. En el año 1998 se publica la guía clínica del diagnóstico y

tratamiento de la depresión en APS. Este documento buscaba proporcionar orientaciones técnicas a los equipos de salud pública, “a partir de la mejor evidencia clínica disponible” (MINSAL 1998 p. 11). El equipo técnico a cargo de su redacción aseguraba que las psicoterapias que habían demostrado más efectividad para los tratamientos de los trastornos depresivos eran: la terapia cognitiva-conductual, la psicoterapia interpersonal, y la terapia de resolución de problemas. Sumado a esto, nace el programa PRAIS⁷, a partir del compromiso que asume el Estado de Chile con la reparación y la disminución de los daños a los afectados por violaciones a los derechos humanos en la dictadura de 1973 a 1990.

“Hacia el término de la década del 90, todos los Servicios de Salud tenían algún grado de implementación de las distintas políticas de salud mental y la mayoría de las innovaciones desarrolladas respondían adecuadamente a las necesidades de la población. Sin embargo, todo esto se había desarrollado en una pequeña escala, con recursos insuficientes y frágiles, y aún con enormes brechas de atención en relación con lo que mostraban los estudios de prevalencia de trastornos mentales. Hasta ese momento el sistema público de salud invertía solamente el 1% de su presupuesto en salud mental” Minoletti, et al (2010 p. 22).

Por tales motivos, se crea en el año 2000, el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual tuvo un impacto mayor en el sistema de salud público, y permitió aumentar significativamente los recursos disponibles para salud mental en todos los servicios del país. Del mismo modo, permitió transformar el modelo de atención desde uno centrado en hospitales a otro centrado en la atención primaria, y el porcentaje del presupuesto destinado a salud mental dentro del presupuesto total de salud aumentó del 1 al 3%. (Minoletti, et al 2010).

Por otra parte, este periodo también se caracteriza por la profundización del enfoque ambulatorio comunitario, el cual hace hincapié en los Derechos Humanos y se asume que los factores biológicos son solo una parte del problema de la salud mental, dado que los factores psicosociales tendrían una influencia en el desarrollo y curso de la enfermedad mental. En este sentido, según Gatica y Vicente (2020), durante el periodo del año 2000 en adelante, se producen importantes avances en la implementación, creando dispositivos comunitarios,

⁷ Programa de Reparación y Atención Integral de Salud a los Afectados por Violaciones a los Derechos Humanos.

aumentando la dotación de personal en salud mental y desinstitucionalizando a los pacientes de los hospitales psiquiátricos, reduciendo los tiempos de hospitalización e insertando las camas psiquiátricas en hospitales generales.

“En este periodo, por primera vez en Chile, se implementan y perduran en el tiempo los hogares protegidos, centros diurnos, programas de rehabilitación psicosocial, hospitales de día, centros de salud mental comunitarios, comunidades terapéuticas y equipos de rehabilitación para dependencia de sustancias. Se incorporan psicólogos a la atención primaria y se forman profesionales de salud mental de distintas disciplinas en la perspectiva de salud pública y salud mental comunitaria” (Minoletti, et al, 2010 p. 22).

Todos esos cambios fueron acompañados por una nueva forma de gestionar y financiar los sistemas de salud públicos. Es así como los gobiernos de la concertación comienzan a introducir paquetes clínicos valorizados en términos económicos, y una nueva manera para calcular la salud de los países: los AVISA o AVAD (años de vida perdidos ajustados por discapacidad). Por ese motivo, comienzan a surgir criterios con los cuales se tomarán las decisiones sobre quien recibe atención de salud garantizada y quienes no (Miranda, 2016). A su vez, se va produciendo en las políticas públicas de salud una unión muy estrecha entre la Economía de la Salud y el movimiento de la “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE), lo cual va generando una sola manera de producir verdades sobre aquello que cura. Es más, dado el rol que asume el “complejo médico-industrial”, permite entender por qué los cálculos de costo-efectividad -los cuales sólo son posibles en tanto se asuman una enorme cantidad de supuestos que han sido fuertemente impugnados por la disciplina epistemológica hace ya varias décadas- sean hoy en día incuestionables (Miranda, 2016).

En ese contexto, también nace el plan AUGE en el gobierno de Ricardo Lagos, en el cual se incluyeron cuatro patologías en materia de salud mental: la depresión en mayores de 15 años, la esquizofrenia, el consumo de alcohol y drogas en menores de 20 años y el trastorno bipolar en persona entre 15 años y más.

De acuerdo a Minoletti, et al (2010), hubo algunas voces en el Ministerio de Salud que se oponían a que aquellas patologías estuvieran incluidas en la ley AUGE, lo cual habría estado vinculado con eventuales estigmas de las enfermedades mentales que hace verlas fuera de la salud pública; de posibles desconfianzas en las propuestas técnicas que se estaban

presentando y/o a raíz de posibles intereses personales para que otras enfermedades ocuparan esos lugares, entre otros aspectos.

Finalmente, con el sistema AUGÉ-GES, también se incorporan las guías clínicas, con la finalidad de orientar a los equipos de salud mental sobre el manejo de diagnósticos y tratamientos, pero además “para contribuir a que las personas afectadas reciban una atención de salud de la mejor calidad posible y en una modalidad costo-efectiva” (MINSAL, 2013).

Por último, una manera de resumir la transición que se produce en la atención de salud mental del sistema público, puede ser a partir de la descripción que realiza el Dr. Alfredo Pemjean, en el año 1994, -por ese entonces, jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud-, en su publicación: “Políticas de Salud Mental 1990-1993”, en el cual, planteaba que se había ampliado el campo de acción de la salud mental, ya no sólo “restringido al desorden mental”, sino que además hacia una nueva área: los problemas psicosociales (de la enfermedad mental -> hacia los problemas psicosociales). En dicho artículo, describe las modificaciones que se habían comenzado a implementar en la atención de salud mental, enfatizando en la modificación de la red de atención en psiquiatría; la incorporación de los psicólogos en la APS; la creación de los “Centros de Salud Mental Familiar” en el año 1993 (haciendo hincapié en que su objetivo es intentar resolver casos clínicos con tecnología comunitaria, no exclusivamente clínica, o con una clínica que apele mucho a las intervenciones grupales); la colaboración y fortalecimiento de las comunidades terapéuticas en la rehabilitación de la drogadicción; y la creación del programa PRAIS, entre otros datos (Pemjean, 1994).

IV. Psicoanálisis y Salud Pública

Los encuentros y los desencuentros del psicoanálisis con la salud pública es un asunto que Sigmund Freud reflexionó en el año 1918, en una conferencia en Budapest, Hungría. Algunas de sus críticas apuntaban al rol asistencial de las instituciones sanitarias y a los efectos iatrogénicos que podían generar los médicos que intentaban “educar” a los pacientes⁸.

La técnica psicoanalítica fue otro elemento que Freud identificaba como un desencuentro con los sistemas públicos de salud. Es más, la práctica psicoanalítica se desarrollaba en una clínica “privada” e individual, y tenían acceso solo aquellos pacientes que podían costear los tratamientos⁹. Pese a estas dificultades, Freud planteaba que el psicoanálisis algún día iba a tener el desafío de insertarse en los centros de salud y que el análisis ayudaría a las personas a ser más “productivas” y a sanar los sufrimientos neuróticos de las “vastass capas populares”.

Cómo explica Vetö (2013) el congreso es desarrollado poco antes que finalizara la primera guerra mundial, momento en el cual, el psicoanálisis y la figura de Freud habían alcanzado mayor fama y notoriedad. De hecho, ya se habían fundado diversas sociedades psicoanalíticas; en Viena, Berlín, Zúrich, en los Estados Unidos, incluso en Rusia. Esta mayor notoriedad y reconocimiento del psicoanálisis, también estaba relacionada con el rol de los psicoanalistas en el tratamiento y asistencia de las neurosis de guerra, los cuales eran considerados por los gobiernos en cuestión. “El 5º Congreso celebrado en Budapest, se realizó en la Academia Húngara de las Ciencias, y tuvo como temática central, las neurosis de guerra. Freud pronunció allí las palabras de cierre, con una alocución de objetivos programáticos y claramente políticos, sentando las bases de lo que será la etapa de más fuerte

⁸ “Se afanan en que todo sea lo más grato posible al enfermo sólo a fin de que se sienta a gusto y en otra ocasión acuda a refugiarse allí de las dificultades de la vida” (Freud, 1918).

⁹ “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” (Freud, 1918).

institucionalización y profesionalización del psicoanálisis, a través de la creación de institutos y consultorios” (p. 93).

Ahora bien, de acuerdo con Galende (1990), la relación del psicoanálisis con los problemas que actualmente son llamados “Salud Mental” surgieron tempranamente. Las ideas de Freud interesaron a los psiquiatras de la época, y entre los primeros discípulos de Freud se encontraban varios que provenían del ámbito hospitalario.

“J. Bleuler era profesor de psiquiatría en Zúrich y dirigía la luego famosa Clínica Psiquiátrica de Burghölzli, ligada al grupo psicoanalítico suizo. M. Eitingon trabajaba en esa clínica, y fue uno de los primeros en acercarse a Freud. Karl Abraham, médico en esa época del Hospital Psiquiátrico de Zurich, cuando arriba a Berlín lo hace vinculado a los medios psiquiátricos del lugar. Por la misma época Ernst Simmel funda una de las primeras clínicas psicoanalíticas privadas de Berlín. En 1920, K. Abraham junto a Max Eitingon funda la Policlínica Psicoanalítica de Berlín, a la que se incorpora Hans Sachs al llegar a esa ciudad en 1922” (Galende, 1990 p. 231).

Según Trillat (2000) fue Eugen Bleuler el primer clínico de la psiquiatría en reconocer el valor del psicoanálisis, aunque en muchos aspectos no haya estado de acuerdo con Freud. Para Étienne Trillat, “se le debe a Bleuler que la psiquiatría se haya enriquecido con el aporte freudiano, porque supo realizar la síntesis de una psiquiatría tradicional fundada en la observación clínica rigurosa y prolongada de la observación de enfermos de los asilos que tuvo a su disposición (cosa con la que no contó Freud) y de una comprensión clara del papel fundamental desempeñado por el inconsciente freudiano en el desarrollo de las psicosis” (p. 324).

Por otro lado, Galende (1990) también plantea que Franz Alexander, el cual fue uno de los fundadores de la psiquiatría dinámica y líder de la Escuela de Chicago en EEUU, inició su formación psicoanalítica en Hungría y perteneció al grupo de analistas que participaron en la Clínica de Berlín. Asimismo, “el grupo psicoanalítico húngaro, bajo el liderazgo de Sandor Ferenczi, se vinculó con las problemáticas de la salud, sobre todo a partir de la revolución de Béla Kun. Hollos, Radó y Levy, que formaban la Comisión del grupo psicoanalítico de Budapest, protagonizaron una difusión pública sobre el estado de los hospitales psiquiátricos y la miseria que encerraban” (p. 232).

Sumado a estas experiencias de inserción del psicoanálisis en asuntos de salud pública, Zaretsky (2012), describe que, en Austria, se formaron clínicas-consultorios que

proporcionaban gratuitamente asistencia médica para el aborto, además de educación sexual y asesoramiento sobre problemas sexuales y la crianza de los niños. Estos consultorios habrían sido impulsados por Wilhelm Reich y otros colegas, en el periodo de 1928 y 1932, y eran atendidos por psicoanalistas y matronas en los barrios obreros. En aquel periodo se había producido un aumento del desempleo en Austria, sobre todo entre la juventud de menos de veinticinco años, y a Reich le habría inquietado la susceptibilidad de los jóvenes ante los llamamientos antidemocráticos (p. 330)¹⁰. Posteriormente, en el año 1942, algunas de las ideas de Reich, tales como ampliación de servicios sociales y psicológicos, control de la natalidad, y aborto legal, entre otros, fueron puestas en práctica por el plan Beveridge en el Reino Unido, el cual, generó las bases para la instauración del Estado de Bienestar (ídem, p. 370).

Otro hito importante, fue el surgimiento del nazismo y el fascismo en Europa, lo cual provocó el exilio y la muerte de distintos psicoanalistas de la época. Asimismo, asociaciones de psicoanálisis fueron disueltas. En 1938 se propone la disolución de la Sociedad Psicoanalítica de Viena y su fusión con el recién creado Instituto Alemán. La Sociedad Psicoanalítica Neerlandesa se disolvió tras la ocupación nazi. Lo mismo ocurrió con la asociación de noruega, dirigida por Harald Schjelderup. Rudolph Loewenstein y Heinz Hartmann, ambos judíos, huyeron a Estados Unidos, donde se convirtieron en líderes de la psicología americana del “yo”. La asociación francesa fue abolida cuando los nazis entraron a París. El psicoanálisis italiano fue liquidado por las leyes antisemitas de 1938 (Zaretsky, 2012 p. 342). Del mismo modo, “en la Unión Soviética, Stalin había condenado el psicoanálisis en 1927, aunque siguiera siendo legal. Tras la victoria nazi en 1933, la represión soviética se agudizó: los restos de la Sociedad Psicoanalítica de Moscú se disolvieron, y en 1936 el psicoanálisis fue prohibido. En los países bajos, la enseñanza psicoanalítica continuó desarrollándose en secreto. Sólo en la neutral Suiza siguieron funcionando abiertamente las sociedades analíticas” (ídem p. 344).

¹⁰ Wilhelm Reich, fue un exponente de la posición marxista al interior del psicoanálisis. Trabajó en la Policlínica de Viena y pensaba las neurosis como enfermedades sociales. En el año 1929 viajó por la Unión Soviética, donde visitó guarderías y centros pedagógicos. Además, impartió clases de psicoanálisis en Moscú (ídem p. 327).

Pese a todo lo anterior, se crearon asociaciones nuevas, y la mayoría de los exiliados se insertaron en Estados Unidos. “Wilhelm Reich, junto a Wulf Sachs, fundaron el Instituto Sudafricano de Psicoanálisis en 1935, antes de trasladarse a Estados Unidos. Varios psicoanalistas españoles huyeron de la victoria de Franco, hacia Canadá, México y Argentina. Max Langer y Marie Langer, -miembros del partido comunista que luego de la victoria de Franco abandonan España- junto a Ángel Grama, crearon la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1942. Por su parte, en Alemania, el Instituto Psicoanalítico de Fráncfort, pasó a ser el único que podía impartir clases universitarias hasta el año 1933, en donde se nombra a Hitler como canciller, y el Instituto se trasladó a la Universidad de Columbia, en Nueva York (ídem, 2012).

“En 1938 los alemanes entraron a Viena y el 22 de marzo la Gestapo se presentó en la casa de Freud y se llevaron a Anna para interrogarla. Poco después, Freud, Anna y treinta y ocho psicoanalistas reciben ayuda para ser trasladados a Londres” (ídem p. 350).

Con el exilio de importantes psicoanalistas principalmente hacia Estados Unidos se generó una expansión de las ideas de Freud, y una recepción particular por parte de la comunidad médica del país. De acuerdo con Roudinesco (1993), la integración del psicoanálisis con la psiquiatría en Estados Unidos se realizó sin mayores resistencias. En EEUU desde que comenzaron a tomar fuerza las ideas de Freud “se conservó la idea de que toda terapéutica del alma debe formar parte del campo de la medicina, y la concepción del saber médico desde el principio fue dinámica. Asimismo, la visión del psicoanálisis se centró en el yo en detrimento del inconsciente, en la medida en que encontraron en la doctrina de Freud los medios para adaptar al sujeto a la sociedad”.

“En Estados Unidos el psicoanálisis es sobre todo una técnica de curación que no debe separarse del espíritu médico. Después de la Segunda Guerra está integración se acelera debido a la esperanza que despiertan los progresos de la farmacología, la quimioterapia y la investigación biológica. Siempre se privilegió una visión biológica del sujeto, unificado a partir de su doble anclaje social y somático. De aquí la tendencia al rechazo de la problemática sexual en beneficio de la sublimación, del inconsciente en beneficio del yo, y de la pulsión de muerte en beneficio de la cultura” (ídem, p. 170).

En esa misma línea, Ely Zaretsky (2012), plantea algunas diferencias en torno al desarrollo del psicoanálisis y su relación con la psiquiatría en Europa y Estados Unidos a principios del siglo XX. De acuerdo al autor, en Europa los manicomios habían estado vinculados originalmente a las iglesias y los psiquiatras habitualmente no se sentían interesados por Freud, dado que éstos se sentían atraídos más bien por las explicaciones somáticas de la “degeneración”. A raíz de eso, el psicoanálisis habría permanecido al margen de la corriente dominante de la psiquiatría europea. Por su parte, en Estados Unidos, “el psicoanálisis no tuvo que competir con una profesión psiquiátrica arraigada. Las facultades de medicina seguían luchando para establecer su monopolio frente a formas populares de curación y autoayuda tales como el mesmerismo, la “sanación mental” y la homeopatía. Los psiquiatras estadounidenses, abiertos a las ideas europeas, veían el psicoanálisis como una alternativa científica a las formas populares de terapia mental” (p. 105).

“Dado que el grueso de los psicoanalistas se dirigió a los Estados Unidos, la “fusión del análisis con la psiquiatría” ocupó un lugar preponderante dentro del psicoanálisis en su conjunto. La continua absorción del psicoanálisis por parte de la psiquiatría en Estados Unidos era el equivalente de su destrucción en Europa. El psicoanálisis sobrevivió, pero se transformó por completo. De hecho, la creencia de Freud en que el espíritu psicoanalítico podía desaparecer, aunque el psicoanálisis triunfase como profesión, se reveló en muchas afirmaciones bien conocidas (aunque no fuesen dirigidas explícitamente contra los Estados Unidos)” (ídem, 2012 p. 351).

Por su parte, Howells (en Zaretsky, 2012) plantea que al igual que en Inglaterra, la entrada de Estados Unidos en la guerra precipitó una nueva alianza entre el psicoanálisis y el Estado. De hecho, el autor relata que, durante la segunda guerra, el diagnóstico de neurosis se convirtió en la principal razón para dar de baja a los reclutas estadounidenses (a diferencia de la primera guerra donde las bajas psiquiátricas fueron principalmente por retraso mental y la psicosis). A su juicio, “uno de los motivos fundamentales fue que el general de brigada William Menninger, jefe del Departamento de Neuropsiquiatría de la Dirección General de Salud Pública durante la Segunda Guerra Mundial, ordenó que todos los médicos del ejército aprendiesen los principios básicos del psicoanálisis (p. 413).

Asimismo, el crecimiento del psicoanálisis en Estados Unidos después de la segunda guerra se basó casi exclusivamente en la expansión de la psiquiatría¹¹. Después de la guerra creció el número de psiquiatras que ejercían su profesión en los hospitales públicos. Aumentó el número de pensiones por invalidez por enfermedades mentales, al igual que aumentó el número de pacientes ingresados en los hospitales por causas psiquiátricas, hecho que se convertiría en uno de los problemas sanitarios más importantes del país. “El Instituto Nacional de Salud Mental, el departamento de crecimiento más rápido dentro de los institutos nacionales de salud subvencionaba la investigación psiquiátrica de la delincuencia juvenil, el suicidio, el alcoholismo y la violencia televisiva. En gran medida, los aproximadamente 400 psicoanalistas estadounidenses en ejercicio a finales de la década de 1940 dominaban este vasto organismo” (ídem, 2012 p. 414).

A esto se suma que, la rama clínica o terapéutica creció considerablemente. Los psicólogos fueron autorizados a utilizar la psicoterapia para tratar a los veteranos de guerra, en buena parte como resultado de la influencia de los planteamientos de Carl Rogers en su obra “Orientación Psicológica y Psicoterapia” del año 1942 (Herman en Zaretsky, 2012 p. 413). Asimismo, al igual que en Europa se comparaba a los hospitales psiquiátricos con los campos de concentración y aumentó la desconfianza hacia los psiquiatras más antiguos que eran partidarios de la medicación y la terapia por electroshock. Por tales motivos, la “terapia por la palabra” representaba una reforma a la psiquiatría. De hecho, dado que los psiquiatras eran jefes de departamento en los hospitales y supervisaban a los asistentes sociales y a los psicólogos clínicos, el alcance del psicoanálisis era muy amplio (p. 415).

Por otra parte, -de acuerdo con Emiliano Galende-, en Francia, la psiquiatría dinámica también tuvo su auge. La experiencia en el Hospital de Saint-Alban y luego la psicoterapia institucional anudaron un modo particular de relación entre analistas y psiquiatras. Sin embargo, esta relación hizo crisis con la llegada de la antipsiquiatría¹². “Muchos de los

¹¹ De hecho, el autor relata que para ejercer el psicoanálisis se exigía tener la titulación en medicina, excluyendo a los que no tenían ese grado de los grupos de estudios y de la participación en las asociaciones.

¹² Según Galende (1990) “el hecho de que en la década del sesenta el movimiento psicoanalítico reunido en torno a Lacan ocupara un lugar polémico y contestario respecto del psicoanálisis agrupado en la IPA, hizo que se lo vinculara con la antipsiquiatría. Sin embargo,

psicoanalistas franceses fueron antes psiquiatras, otros acompañaron su formación psicoanalítica con asistencia hospitalaria: Lebovici, Lacan, A. Green, S. Leclaire, P. Aulagnier, Tosquelles, Oury, Recamier, entre los más conocidos. Es más, en Francia no se planteó la cuestión de si los analistas debían atender o participar en las instituciones de salud mental. Al igual que en Estados Unidos, ya estaban allí desde el comienzo” (Galende, 1990 p. 235).

En ese contexto, Roudinesco (1993) relata que en el año 1934 la psicoanalista Françoise Dolto, inicia su trabajo en los hospitales psiquiátricos. Trabajó en el hospital Bretonneau y realizó una tesis de medicina que tituló: “Psychanalyse et Pédiatrie”. Sumado a esto, se hizo cargo de una consulta en el hospital Trousseau y luego de 1938 comienza a asistir a las clases que Jacques Lacan daba en el Hospital Sainte-Anne. A juicio de Roudinesco: “Dolto es la fundadora de una nueva aprehensión del psicoanálisis infantil en Francia, centrado no en el estudio a priori de las psicosis, sino en el de la psicopatología de la vida cotidiana” (p. 161).

Además de las clases que Lacan realizaba en el Hospital, también se cuenta con la conferencia del año 1966, en donde participa de una mesa redonda en torno a la temática “Psicoanálisis y Medicina”, la cual es organizada por el Colegio de Medicina de París, en el Hospital Salpêtrière. En su presentación reflexiona críticamente -entre otras cosas- sobre la relevancia de que los médicos incorporen el trabajo con la demanda del enfermo y la distinción con el deseo. “Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo que está la chance de supervivencia de la posición propiamente médica” (Lacan, 1966 p. 12). Sumado a esto, en la conferencia sostiene: “Lo que indico al hablar de la posición que pueda ocupar el psicoanalista, es que actualmente es la única por la que el médico pueda mantener

pocos años después, los psicoanalistas lacanianos se alejaron de la antipsiquiatría y se reactivó su participación en los hospitales psiquiátricos y en la política del Sector. Del mismo modo, las tres instituciones asistenciales ligadas al psicoanálisis laciano: La Borde, Bonnuil y la Clínica de Chailles, han corregido sus planteamientos iniciales en torno a la psiquiatría” (p. 237).

la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquél que tiene que responder a una demanda de saber” (ídem, p. 18).

Por otra parte, Homans (citado en Zaretsky, 2012), relata que, en el Reino Unido, producto de la consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, hubo un giro de las preocupaciones de los psicoanalistas hacia los temas clínicos y teóricos en torno al apego, la pérdida y el mundo social de los pacientes, muchos de los cuales eran soldados y niños. Es más, “los ataques aéreos hicieron que hubiera menos pacientes en los hospitales y en clínicas mentales. Los suicidios y el alcoholismo también disminuyeron. Edward Glover clausuró la Clínica Psicoanalítica al mes de su inauguración por falta de pacientes (Ziegler en Zaretsky, 2012, p. 397). “La atención psiquiátrica ya no se centraba en las neurosis de guerra, sino en los niños evacuados, huérfanos y sin hogar. En diciembre de 1939, como reacción al bombardeo de Londres, tres psicoanalistas británicos (Donald Winnicott, Jhon Bowlby y Emmanuel Miller), enviaron una carta al British Medical Journal asegurando que la evacuación de niños entre dos y cinco años produce graves problemas psicológicos” (ídem p. 397).

Evacuation of Small Children

DEC. 16, 1939

CORRESPONDENCE

SIR.—The evacuation of small children between the ages of 2 and 5 introduces major psychological problems. Schemes for evacuation are being thought out, and before they are completed we wish to draw attention to these problems.

There are dangers in the interference with the life of a toddler which have but little counterpart in the case of older children. Evacuation of older children has been sufficiently successful to show, if it were not known before, that many children over 5 can stand separation from home and even benefit from it. It does not follow from this that the evacuation of smaller children without their mothers can be equally successful or free from danger.

From among much research done on this subject a recent investigation carried out by one of us at the London Child Guidance Clinic may be quoted. It showed that one important external factor in the causation of persistent delinquency is a small child's prolonged separation from his mother. Over half of a statistically valid series of cases investigated had suffered periods of separation from their mothers and familiar environment lasting six months or more during their first five years of life. Study of individual case histories confirmed the statistical inference that the separation was the outstanding aetiological factor in these cases. Apart from such a gross abnormality as chronic delinquency, mild behaviour disorders, anxiety, and a tendency to vague physical illness can often be traced to such disturbances of the little child's environment, and most mothers of small children recognize this by being unwilling to leave their little children for more than very short periods.

It is quite possible for a child of any age to feel sad or upset at having to leave home, but the point that we wish to make is that such an experience in the case of a little child can mean far more than the actual experience of sadness. It can in fact amount to an emotional "black-out," and can easily lead to a severe disturbance of the development of the personality which may persist throughout life. (Orphans and children without homes start off as tragedies, and we are not dealing with the problems of their evacuation in this letter.)

These views are frequently questioned by workers in day nurseries and children's homes, who speak of the extraordinary way in which small children accustom themselves to a new person and appear quite happy, while those who are a little older often show signs of distress. This may be true, but in our opinion this happiness can easily be deceptive. In spite of it children often fail to recognize their mothers on returning home. When this happens it is found that radical harm has been done and the child's character seriously warped. The capacity to experience and express sadness marks a stage in the development of a child's personality and capacity for social relationships.

If these opinions are correct it follows that evacuation of small children without their mothers can lead to very serious and widespread psychological disorder. For instance, it can lead to a big increase in juvenile delinquency in the next decade.

A great deal more can be said about this problem on the basis of known facts. By this letter we only wish to draw the attention of those who are in authority to the existence of the problem.—We are, etc.,

JOHN BOWLBY.
EMANUEL MILLER.
D. W. WINNICOTT.

London, W.1, Dec. 6.

Carta dirigida al British Medical Journal, enviada por Jhon Bowlby, Emmanuel Miller y Donald Winnicott. 6 de diciembre de 1939, Londres.

Tal y como se observa en la carta, el énfasis de los psicoanalistas se relaciona, no sólo con los daños que puede producir la separación de los niños más pequeños con sus madres en los procesos de evacuación, sino que también, el fundamento se dirige a intentar explicar las causas del desarrollo de conductas más desadaptativas a largo plazo. Así, hablan sobre los riesgos de sufrir perturbaciones graves en el desarrollo, y aseveran que puede ser un factor que conduzca al aumento de la delincuencia juvenil en la próxima década, desprendiéndose así, una preocupación al mismo tiempo, en torno a lo normativo y la prevención de peligros futuros para la sociedad.

Así es como, "después de la guerra, la atención que dedicaron británicos y estadounidenses a la relación madre-niño se intensificó. En el año 1945 se fundó una nueva revista: The Psychoanalytic Study of the Child. Editada en Londres por Anna Freud y en

Nueva York por Heinz Hartmann, Ernst Kris y Rudolph Loewenstein, pronto se convirtió en una de las revistas psicoanalíticas más influyentes del mundo. Sus artículos sobre maternidad fueron muy citados en la bibliografía sobre “empleo materno” de finales de la década de 1940, que intentaba demostrar lo peligroso que era para los niños el que sus madres trabajasen fuera de casa. En 1953, el libro de Jhon Bowlby “Cuidado Materno y Salud Mental”, escrito para la Organización Mundial de la Salud, describió el descubrimiento de que al niño pequeño podían quedarle marcas a causa de la separación, -comparables a la función de las vitaminas-” (ídem p. 400).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya había sido fundada en el año 1948, en el contexto de la posguerra. Tal y como relata Brown, Cueto y Fee (2011), hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, los vencedores del conflicto decidieron crear una red de organismos internacionales que asegurase su hegemonía y se evitase un nuevo conflicto internacional. El centro de esta red fue la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual nace en 1945. “Parte esencial de la red, formada por agencias especializadas de la ONU -conocidas como multilaterales, para diferenciarlas de instituciones filantrópicas y acentuar la cooperación intergubernamental- fue la Organización Mundial de la Salud.

Así, la salud pasa a ser una de las preocupaciones principales para los Estados, siendo definida como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia afecciones o enfermedades”. Para Brown, Cueto y Fee (2011), aquella definición de la salud connota las ideas de la medicina social, es decir, la aspiración por superar la percepción de que el objetivo de la salud pública era sólo lograr campañas exitosas de control de dolencias. Asimismo, iba más allá de la dimensión técnica de la medicina al presentar a la salud como un derecho humano (p. 137).

En el contexto de la creación de la OMS, hubo psicoanalistas que se pronunciaron al respecto, y reflexionaron en torno a la definición de la salud mental. Por ejemplo, en el año 1960, Melanie Klein definió a la salud mental cómo una personalidad bien integrada, entiendo por ello: madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad de manejar emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad y una fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad. Uno de los argumentos centrales de Klein es que el fortalecimiento del carácter permitiría afrontar de mejor manera las dolencias de la vida, y

resolver conflictos, manteniendo un equilibrio de los impulsos contradictorios y en la capacidad de adaptación a la realidad.

“Otro aspecto del equilibrio es la adaptación al mundo externo, adaptación que no interfiera con la libertad de nuestras emociones y pensamientos. Esto implica interacción; la vida interior siempre influye en las actitudes hacia la realidad externa y a su vez es influida por las adaptaciones a la realidad” (Klein, 1960).

Antes de Klein, el psicoanalista Heinz Hartmann ya se había pronunciado respecto a una definición de la salud (en el año 1939), en donde sostiene una percepción más crítica en cuanto a los que intentan diferenciar la conducta normal de la patológica, mediante la desviación del promedio estadístico, haciendo hincapié, más bien, a los factores subjetivos y la incidencia de las condiciones culturales y sociales a la hora de definir la enfermedad mental. Asimismo, apunta hacia la idea de un “yo sano” capaz de servirse del “sistema de control”, y capaz de adaptarse a la realidad.

“Una definición psicoanalítica de la salud ofrece ciertas dificultades. Cómo es bien sabido, en ningún momento ha sido cosa fácil expresar lo que entendemos realmente por “salud” y por “enfermedad” y quizás la dificultad de diferenciarlas sea aún mayor cuando se trata de las llamadas “enfermedades mentales”, que cuando se trata de las físicas. Ciertamente la salud no es solo un promedio estadístico (...) y lo “anormal”, en el sentido de desviación del promedio, no es sinónimo de patológico. Al final de su texto agrega también: “al tratar así de hacer de la adaptación, y en especial de la síntesis, la base de nuestro concepto de la salud, creemos haber llegado a un concepto de la salud “evolutivo”. Y, de hecho, esto representa una contribución psicoanalítica al concepto de la salud mental que no debe ser subestimada” (Hartmann, 1939 p. 28).

IV.I. Psicoanálisis y Salud Pública en Chile

En Chile, el psicoanálisis también se ve inmerso en experiencias de encuentros y desencuentros con la salud pública. Cómo explica Plotkin y Ruperthuz (2017), un antecedente histórico que es bien conocido es la mención que realiza Freud del médico chileno Germán Greve Schlegel, (a quien describe en una nota al pie de página como un médico probablemente alemán), respecto a una presentación que realizó en el Congreso Médico Internacional de Buenos Aires, la cual se titulaba “Sobre psicología y psicoterapia de ciertos estados angustiosos”. “Este ha sido por años considerado el momento simbólico -

sancionado por Freud mismo- de la entrada del psicoanálisis en la Argentina y, por extensión, en América Latina” (p. 71).

“En 1893 Greve, apenas recibido de médico, había sido enviado por el gobierno de Chile a recorrer Europa a efectos de conocer los adelantos llevados a cabo en el viejo continente en lo que respectaba a la construcción de manicomios y a la utilización de la electroterapia. Fue en el contexto de este viaje que el médico chileno participó en el Congreso de Científicos Naturalistas y Médicos Alemanes realizado en Viena en 1894. En este evento participaron médicos consagrados tales como Otto Binswanger, Auguste Forel, Constantin von Monakow, Richard Krafft Ebing y Sigmund Freud” (ídem p. 73).

A pesar de su interés en el psicoanálisis, Greve reconocía las dificultades de llevar a cabo el método clínico de Freud. El tiempo prolongado de los tratamientos lo hacía difícil implementar, y si bien, reconocía la eficacia del método para tratar casos de neurosis, estos resultados eran posible, siempre y cuando -a su juicio- los pacientes reunieran condiciones de inteligencia, nivel educacional, nivel económico, etc. En ese contexto, Greve practicó el psicoanálisis de forma privada en Chile, hasta que finalmente, se distanció, dirigiendo su interés hacia la práctica psiquiátrica, incursionando en la criminología y formando parte de la Asistencia Pública y cómo administrador de los servicios hospitalarios (Rupertuz, 2015 p. 125).

Años más tarde, en 1925, el médico Fernando Allende Navarro (uno de los primeros médicos chilenos formado en psicoanálisis en Suiza), cuestionaba la viabilidad de implementar tratamientos psicoanalíticos en un policlínico público, ya que los usuarios que asistían no podían recibir una terapia del mismo modo que en el mundo privado. “Los recursos eran escasos y el gran número de pacientes que tenía cada médico a su cargo, hacía difícil implementar un psicoanálisis del modo clásico¹³” (ídem, 2015 p. 143).

¹³ Por otro lado, la alta frecuencia de las sesiones en los casos graves, era un aditivo que se sumaba a la serie de prescripciones que el método freudiano requería, junto a la longitud del tratamiento psicoanalítico eran grandes obstáculos que el médico tenía que salvar. Tiempos de casi 6, 8 u 10 meses o más ponían a prueba cualquier presupuesto público. A esto se suma, que Allende Navarro pensaba que el paciente psicoanalítico debía tener algunas características, tales como: “una cierta cultura” y estar dotado de una “inteligencia más o menos viva” (ídem, p. 143).

Ese mismo año Allende Navarro revalidó su título de médico en la Universidad de Chile con el trabajo “El valor del Psicoanálisis en la Policlínica: Contribución a la Psicología Clínica”. Sin embargo, sus ideas en torno al psicoanálisis freudiano también tuvieron resistencias por parte del medio psiquiátrico del país, sobre todo porque en esa época dominaba una fuerte tendencia organicista. “La *psicogénesis* era difícil de asimilar (y por lo tanto más todavía la de inconsciente freudiano), porque carecía de sustrato biológico, haciéndolo fuertemente especulativo. Lo mismo ocurrió con el caso de la sexualidad como factor psicopatológico desencadenante de las enfermedades nerviosas” (ídem, 2015 p. 132).

En aquella tesis, ante las dificultades de aplicar el método psicoanalítico “clásico”, Allende Navarro proponía un psicoanálisis focal, dirigido sólo contra el síntoma neurótico que más preocupaba al paciente. Sin embargo, la oferta que hacía Allende Navarro del psicoanálisis no tuvo mucha repercusión en los círculos médicos oficiales. Sus esfuerzos de introducción al campo especializado no le dieron muchos resultados, teniendo que volcar su práctica hacia el mundo privado, donde podía ejercer con más libertad (ídem, p. 134)¹⁴.

Fernando Allende Navarro cursó estudios de medicina, primero, en la Universidad del Estado de Gante en Bélgica, entre los años 1911 y 1913, donde se desempeñó como interno en el Hospital de la Biloque. “El estallido de la Primera Guerra Mundial en 1914, detuvo toda la actividad académica de la Facultad de Medicina y en conjunto con el Hospital dedicaron todos sus esfuerzos a la atención de los heridos en batalla. Posteriormente, viajó a Suiza, donde se inscribió en la Universidad de Lausana, y allí trabajó en el Instituto de Anatomía Cerebral y en el Policlínico de Enfermedades Nerviosas. Adicionalmente, trabajó con Hermann Rorschach y decidió ingresar a la Sociedad Suiza de Psicoanálisis, para luego, en el año 1932, ingresar también, como miembro asociado de la Sociedad Psicoanalítica de París (ídem, 129).

Según Ruperthuz (2015), a partir de la década del 30, las ideas de Freud fueron emparentadas con las estrategias masivas de higiene mental y medicina social diseñadas por el Estado para la población nacional. En esa época el psicoanálisis experimentó una

¹⁴ En el periodo de 1930 hasta 1959 asumió como Médico Jefe de la Clínica Psiquiátrica del Carmen de los Hermanos de San Juan de Dios y de la Clínica Santa Marta, ambas dedicadas a la atención de enfermos mentales y toxicomanías (Allende, 1957 citado en Ruperthuz 2015).

evolución que iría más allá del campo médico psiquiátrico. A juicio del autor, las ideas de Freud circularon en el mundo médico nacional por dos vías en paralelo: “por un lado, la psiquiatría y por otro, como parte del discurso médico-social, más ligado a una pedagogía masiva, con un fuerte carácter preventivo, destacando particularmente como un saber experto acerca de la sexualidad como piedra angular de su valorización social” (p. 145). Coincide esa expansión con un periodo en el cual las enfermedades mentales solían ser explicadas a través de la teoría de la degeneración y la herencia. Había aumentado la preocupación en torno a temáticas sobre la infancia y la familia; de ayudar a los niños considerados como “débiles mentales” y de crear Clínicas Psico-educativas. Así, el psicoanálisis habría sido incorporado como una alternativa más optimista ante las explicaciones sobre el determinismo de la herencia y el déficit mental (ídem p. 152).

Luego, en los años cuarenta y mediados de los sesenta, Omar Arrué (citado en Gajardo 2014), plantea que el movimiento psicoanalítico en Chile tuvo un importante desarrollo e influencia, en los centros especializados de la psiquiatría y otras disciplinas afines. Como explica (Jiménez, y Florenzano, 2014; Parada, 2014 y Rupertuz, 2013) en los años ´60 el psicoanálisis se concentraba en la cátedra de psiquiatría dictada por el doctor Ignacio Matte Blanco, en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. “Al regresar de Londres, encabeza el centro clínico del Hospital de la Universidad de Chile. En ese contexto, cuenta con un grupo de alumnos a quienes transmite el psicoanálisis haciendo proliferar el interés por esta disciplina. También en la Escuela de Medicina de la Universidad Católica y en las escuelas de psicología de ambas universidades habían surgido grupos de psicoanálisis, aunque en menor escala” (Gajardo, 2014 p. 60).

Según Jiménez (2014), en esa época existieron fuertes luchas de paradigmas al interior de la Clínica Psiquiátrica entre la fenomenología y la teoría psicoanalítica. En su testimonio agrega que, el psicoanálisis en Chile estaba muy atrasado en comparación con Argentina y que el psiquiatra Juan Marconi -el cual impulsa el programa de psiquiatría intracomunitario en los años 60-, también era un psicoanalista hasta que se fue a trabajar con Hans Eysenck (especializado en estudios comportamentales) al Reino Unido, y retornó más cercano al conductismo.

Ahora bien, en el año 1949 se fundó la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH), y entre los miembros fundadores se encontraban Ignacio Matte Blanco, Fernando Allende, Carlos Whiting, Arturo Prat Echaurren, María Rivera y Adelaida Segovia. Posteriormente, en el año 1960 se realiza en Santiago el Tercer Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. (Gajardo, 2014 p. 61). En este marco, (Arrué citado en Gajardo 2014), plantea que el desarrollo importante que tuvo el psicoanálisis entre los años 1943 y 1949 no se debió sólo a la difusión con énfasis en la formación, sino al hecho de que se trató de un grupo, liderado por Matte Blanco, que aplicaban lo psicoanalítico a los tratamientos con sus pacientes.

Posteriormente, tal y como relatan Radiszcz, Sabrovsky y Vetö (2014) la presencia de psicoanalistas en universidades y hospitales chilenos disminuyó ostensiblemente en los años '60, produciéndose un repliegue hacia la Asociación y las consultas particulares. “La partida hacia el extranjero de relevantes psicoanalistas nacionales insertos en medios académicos y en los servicios públicos de salud; la aparición de importantes rencillas internas y un creciente interés (ideológico, por cierto) en preservar el “oro puro” del psicoanálisis, entre otras muchas razones, determinaron una progresiva tendencia al “encierro” por parte de la mayoría de los psicoanalistas chilenos de aquella época. Así, paulatinamente, la transmisión del psicoanálisis adquirió un énfasis casi exclusivamente clínico y privado, desatendiendo sus aplicaciones a otros ámbitos” (p. 2).

Siguiendo a Vetö (2013), en los años '60 también es un periodo en el que aumentan los conflictos al interior de la cátedra en la Clínica Psiquiátrica, y luego del 3° Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis y el 2° Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo, la mayoría de los psicoanalistas habían renunciado a ella, produciéndose un abandono de la difusión académica del psicoanálisis, y replegándose hacia el trabajo en la Asociación (p. 140). En ese contexto, coincide la disminución de psicoanalistas en los hospitales y universidades, con el periodo en el que se estaban desarrollando las primeras experiencias de psiquiatría comunitaria con medicina social, momento en el cual, también se repliega un equipo de médicos de los hospitales y universidades, pero hacía el sector sur de Santiago. Sin embargo, esto es clausurado con el Golpe de Estado en 1973.

De acuerdo con Gomberoff (citado en Radiszcz, Sabrovsky y Vetö (2014), hasta el año 1973, hubo un grupo de psiquiatría infantil en el Hospital Calvo Mackenna, de orientación dinámica¹⁵. Los autores relatan que aquel servicio de psiquiatría fue cerrado por albergar a un grupo que se identificaba con tendencias políticas de izquierda, y en pensar el psicoanálisis bajo las coordenadas de un compromiso social (p. 7). Sumado a esto, con la dictadura militar se inicia un proceso de repliegue de los analistas desde los distintos servicios públicos y departamentos universitarios, hacia la Asociación y sus consultas privadas. “Las universidades y los servicios públicos habían sido intervenidos por los militares, y durante aquella época las dictaduras privilegiaron enfoques -sobre todo en humanidades y ciencias sociales- donde se enfatizase menos la reflexión o la crítica, y más la adaptación, la conducta y el pragmatismo” (ídem, 2014, p. 7).

Otro antecedente relevante, fueron los equipos de trabajo que se formaron para dar respuesta a las víctimas que habían sufrido las graves consecuencias de la dictadura militar en Chile. Elizabeth Lira, relata que “hacia finales de la dictadura se habían creado equipos de salud en cinco regiones del país, sostenidos por algunos profesionales apoyados por organismos de la Iglesia Católica o la Iglesia Metodista. El equipo del Programa Médico Psiquiátrico de la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC) fue el más completo y numeroso de profesionales de salud mental durante casi 10 años (1977-1987), y estuvo formado en sus primeros cinco años solamente por mujeres. Tuvo integrantes que tenían formación psicoanalítica, y otras tenían formación médico-psiquiátrica; algunas se habían formado en terapia familiar sistémica, y otras, en psicología social” (Lira, 2010 p. 6).

Sumado a esto, en el año 2001, el Ministerio de Salud, publicaba un documento llamado: “Consecuencias de la Tortura en la Salud de la Población Chilena: Desafíos del presente”. El documento reúne una serie de conferencias, en base a la experiencia que se había acumulado de los primeros 10 años de implementación del programa PRAIS, y de la experiencia más prolongada de los organismos no gubernamentales tales como CINTRAS¹⁶,

¹⁵ Según Vetö (2013) en el año 1960, el Dr. Guillermo Altamirano, miembro de la APCH, había puesto en marcha el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna en Santiago. El Dr. Altamirano también se había formado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile con el Dr. Ignacio Matte Blanco.

¹⁶ Centro de Salud Mental y Derechos Humanos

FASIC¹⁷, CODEPU¹⁸ e ILAS¹⁹, que iniciaron su trabajo durante la dictadura (MINSAL, 2001).

En esas conferencias, por ejemplo, hay referencias a la psicoanalista chilena Ximena Wolff, para reflexionar sobre la detención de Pinochet en Londres en 1998²⁰.

“La psicoanalista chilena Ximena Wolff, en un artículo presentado en el Congreso Interamericano de Psicología, se interrogaba acerca de la praxis efectiva y liberadora de la palabra, posiblemente ésta sea la que repone la Ley, desarticulando el discurso militar y su orden transicional-constitucional. La detención de Pinochet nos hace evidente la potencia de revelar lo oculto poniendo las palabras, algo del orden simbólico universalizó un respiro, un reposo, nadie puede desconocer, nadie puede eximirse de la Ley, algo en ese imaginario colectivo hizo espacio al decir, al abrir, exponer, reír” (p. 97).

Además, hay reflexiones en torno a las ideas psicoanalíticas sobre el trauma para pensar los procesos terapéuticos y las políticas de la reparación con las víctimas de derechos humanos. Hay una referencia al psicoanalista Hans Keilson, y el concepto de “trauma secuencial”, “que plantea que los efectos del trauma se mantienen más allá del término del estatus represivo y se vinculan a eventos específicos del contexto sociopolítico” (p. 137)²¹.

Por otra parte, también en los años 90 hubo experiencias de trabajo en torno al psicoanálisis y la salud pública en el servicio de psiquiatría del Hospital del Salvador. Tal y como relata Jiménez (2019), de la experiencia de la supervisión y entrenamiento de alumnos practicantes de psicología y residentes de psiquiatría del hospital, nació hace más de 30 años la “Corporación Salvador”. El autor señala: “Empezamos como un grupo ad honorem trabajando en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador. Constituimos una unidad de psicoterapia psicoanalítica con una función básicamente docente, destinada a formar a los

¹⁷ Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas

¹⁸ Corporación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo

¹⁹ Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos

²⁰ La ponencia tiene como título: “La Tortura como daño en la Sociedad”. Fue realizada por el psicólogo Jorge Pantoja Álvarez de la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas.

²¹ La ponencia tiene como título: “Dilemas de la reparación individual y social, tres décadas después”. Fue realizada por la psicóloga Juana Kavalskys del Instituto latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos.

psiquiatras residentes en el servicio en Psiquiatría Dinámica y a ofrecer campo de práctica profesional a psicólogos en formación de pregrado” (p. 205).

A dicha experiencia, también se suma la participación y/o incidencia del psiquiatra y psicoanalista Ramón Florenzano en las reformas de la atención primaria de salud. El autor declara:

“Hubo un estudio importante en la década de los noventa, donde participaron 15 países. Estudiamos la prevalencia de trastornos emocionales en el nivel primario de atención, y yo estuve a cargo del grupo en Chile. Ha tenido un impacto importante, siendo uno de los estudios más grandes que se han hecho en el mundo sobre patología psiquiátrica en atención primaria” (Florenzano, 2014, p. 254).

De hecho, en el año 1991 participó como editor y escritor en una serie de textos que reúne el libro: “Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El comité editorial relata en la presentación que: “como parte de este proyecto se originó la Comisión de Estudios de Aspectos Psicosociales de la Atención Primaria (CEAP), organismo destinado a generar y divulgar conocimientos y experiencias útiles para la atención primaria (Horwitz, Penna, Valdés y Florenzano, 1991 p. 7).

El libro contiene una publicación de Florenzano llamada: “Intervenciones de salud mental comunitaria en programas de salud general”, en la cual, recomendaba: “el entrenamiento de una cantidad importante de psiquiatras, psicólogos y otros especialistas en temas de salud mental; y la ubicación de éstos en los programas de atención primaria de salud, sea integrados a los servicios de salud general, sea en servicios paralelos de salud mental comunitaria” (Florenzano, 1991, p.37). Sumado a esto, también participó en la redacción del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 1990 y del año 2000, y se desempeñó como jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador a partir del año 1993 hasta el año 2015.

Finalmente, otro hito importante en esta época fue la creación del “Instituto de Psicoterapia Analítica – ICHPA”, en el año 1989, el cual nace bajo la iniciativa de Jaime Coloma con la finalidad de ofrecer un espacio de estudio y profundización del psicoanálisis para los profesionales que buscaban una alternativa a la formación impartida por la Asociación Psicoanalítica Chilena, única opción por aquellos años Así, la creación del

Instituto permitió refrescar la enseñanza del psicoanálisis y ofrecer un espacio de formación más accesible en comparación a los estándares y los altos costos económicos que existían en la APCH. No obstante, también hubo controversias entre los miembros del Instituto que adherían a la vinculación del psicoanálisis con la investigación en psicoterapia con quienes deseaban mantener un pluralismo teórico al interior de la institución (Casaula, 2009).

MARCO METODOLÓGICO

I. Tipo de investigación

Esta investigación fue elaborada, a través de un marco metodológico de tipo cualitativo, mediante el cual, se buscó conocer y comprender los discursos, los testimonios, las interpretaciones y la subjetividad de cada participante, en relación a sus experiencias y trayectorias en el sistema público de salud chileno durante la época de los años '90. A su vez, es una investigación de carácter exploratorio, la cual buscó aproximarse al estudio de una parte de la “historia reciente” del psicoanálisis en Chile y su relación con el sistema de salud público, en el contexto de importantes reformas de salud mental, lo cual no había sido mayormente abordado desde esta perspectiva, y el lugar de los psicoanalistas en aquellas reformas no se encontraba claro.

Tal y como plantea Ruiz (2003), la metodología cualitativa, estudia los fenómenos sociales, a partir de aspectos subjetivos de la conducta humana por sobre las características objetivas, y se interesa por comprender fenómenos, más que sólo describir hechos. Por su parte, Bogdán y Taylor (1987), establecen que la investigación cualitativa no reduce a las personas y a los grupos en variables, sino que más bien, busca estudiar a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se encuentran hoy. En ese sentido, “los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencias de ellas mismas” (p. 20), lo cual permite aproximarse a la percepción de los sujetos sobre un determinado fenómeno.

Por último, la investigación cualitativa se interesa por comprender el contexto cultural, los significados y la interacción de los seres humanos. Para ello, realiza una recolección sistemática de información que permitan analizar e interpretar una determinada realidad (Pérez, 1998).

II. Método de investigación

El método de la investigación es de tipo historiográfico, con énfasis en la historia oral, dado lo reciente de los acontecimientos que se abordaron en este estudio. Pese a eso, se realizó una búsqueda de documentos en revistas pertinentes y en archivos de la biblioteca del Ministerio de Salud, a fin de complementar y contrastar la información proporcionada por los entrevistados. Asimismo, aquel procedimiento permitió una aproximación hacia el contexto histórico-social al cual hacían referencias algunos de los testimonios y experiencias entregadas por los participantes de la investigación.

Además de lo anterior, el método de la investigación fue combinado con técnicas y estrategias de análisis e interpretación de la información de la metodología cualitativa, por medio de los procedimientos de análisis que plantea la teoría fundada de los autores Glaser y Strauss.

De acuerdo a Arostegui (1995), la palabra “historiografía”, es la que mejor resolvería la necesidad de emplear un término para designar la tarea de la investigación y la escritura de la historia. Asimismo, plantea que el método de investigación histórica es una parte del método de la investigación social, o histórico-social; sin embargo, a diferencia de otras disciplinas, tiene la especificidad de “estudiar los hechos sociales, en relación siempre con su comportamiento temporal”.

Por su parte, Plotkin (2013), enfatiza en los aportes que la historia y la historiografía puede aportar al desarrollo del psicoanálisis, en la medida que se contribuya a “reintroducirlo en la interacción de las relaciones sociales y culturales” (p. 39), bajo el supuesto de que una teoría o praxis no está ajena a las contingencias en las cuales se desarrolla. En este sentido, esta tesis, más bien, supone un diálogo entre psicoanálisis y ciencias sociales.

III. Participantes y criterios de selección

Los participantes para este estudio fueron identificados -en parte- mediante la técnica de la “bola de nieve”, la cual, permitió acceder a otros informantes que cumplieran con los criterios de selección, en la medida que se iba avanzando con las primeras entrevistas. Sólo de manera aproximada, se definió (en un primer momento), un mínimo de 4 entrevistados, y

el máximo sería definido de acuerdo con el criterio de “saturación”. Finalmente, se logró superar ampliamente el mínimo de 4 informantes, logrando entrevistar a 9 personas.

Los criterios de inclusión para seleccionar a los participantes en el estudio se relacionaron con ciertas características tales como:

- 1- Debían haber trabajado durante la década de los años 90 en algún dispositivo de salud pública, (COSAM, Hospitales generales, Hospital psiquiátrico, PRAIS, Consultorios, entre otros) o haber participado en la elaboración y/o discusión de alguna política pública o programa de salud mental (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de 1990; Guía Metodológica de la depresión para APS; Implementación de los COSAM; Implementación del programa PRAIS).
- 2- Del mismo modo, los participantes de las entrevistas (psicólogos, psicólogas y psiquiatras), debían ser personas que adscriban al psicoanálisis como enfoque teórico. Con respecto a la formación psicoanalítica, no se generaron criterios de exclusión, sino que, más bien, se priorizó la heterogeneidad de la muestra, a fin de integrar profesionales con distintas trayectorias formativas y laborales.

El acceso a los informantes no fue un objetivo fácil, lo cual, proporcionó algunos elementos para el análisis posterior. Pese a eso, hubo una favorable apertura con la investigación por parte de los entrevistados.

Todos los informantes cumplieron con el criterio de haber trabajado en algún dispositivo de salud pública en las reformas de salud mental de los años 90, desde una perspectiva psicoanalítica. Sin embargo, sólo una de ellas, había participado de la discusión y elaboración de una política pública de salud mental en aquella época.

Por último, se realizó la búsqueda de personas que pudiesen ser “Informantes Claves” para la investigación, en cuanto a su protagonismo en la historia “oficial” del psicoanálisis en Chile. Al respecto, se logra entrevistar a una persona en condición de informante clave.

A continuación, se describen algunos datos de los entrevistados que accedieron a participar en este estudio, manteniendo su confidencialidad.

- Entrevistada 1: Psicóloga de orientación psicoanalítica. Trabajó 6 años en la salud pública (1993-1999) en la Atención Primaria de Salud.
- Entrevistada 2: Médico psiquiatra; psicoanalista. Trabajó en el Ministerio de Salud en la creación, desarrollo e implementación del programa PRAIS, a partir del año 1990.
- Entrevistada 3: Psicóloga; psicoanalista. Trabajó 13 años en la salud pública (1991-2004) en Atención Primaria de Salud y un Centro de Salud Mental Comunitario.
- Entrevistado 4: Médico psiquiatra; psicoanalista. Trabajó dos años en el Hospital Salvador (1985-1987), y luego 13 años en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (1987-2000).
- Entrevistado 5: Psicólogo de orientación psicoanalítica. Comienza a trabajar en la salud pública a partir del año 1995 a la fecha. Trabajó 4 años en un COSAM (1995-1999). Posteriormente, en el programa PRAIS, a partir del año 1999.
- Entrevistado 6: Psicólogo de orientación psicoanalítica. Trabajó 5 años en la salud pública (1994-1999). Se desempeñó como psicólogo en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
- Entrevistado 7: Psicólogo, psicoanalista. Trabajó 4 años en la salud pública (1990-1994). Se desempeñó como psicólogo en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
- Entrevistado 8: Psicólogo de orientación psicoanalítica. Trabajó 3 años en la salud pública (1996-1999). Se desempeñó como psicólogo en el Hospital Salvador.
- Entrevistado 9: Médico psiquiatra; psicoanalista. Realizó su formación en psicoanálisis en la APCH. Fue director en los años 90 de la APCH. Trabajó 8 años en la salud pública. Entre 1973 a 1978 en Hospital Salvador, y luego de 1978 a 1981 en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. (Fue entrevistado como Informante Clave para la investigación).

Dos psicólogas	APS/COSAM
Dos psicólogos	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
Psicólogo	Hospital Salvador
Psicólogo	COSAM/PRAIS
Médico psiquiatra	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak / Miembro fundador ICHPA
Médico psiquiatra	Creación programa PRAIS
Médico psiquiatra	Director APCH años 90 / Informante clave

IV. Técnicas de recopilación de la información

Para poder acceder a los testimonios de los participantes, se realizó un proceso de entrevistas de carácter semi estructuradas, con la finalidad de otorgar espacio a la subjetividad del entrevistado y, para la rememoración de los acontecimientos pasados.

Es así como se diseñaron dos guiones de entrevistas, en donde, en sólo una ocasión se utilizó el guion de entrevista de informante clave. Por medio de la entrevista semi estructurada, se definieron algunas temáticas centrales que se deseaban abordar e indagar con los entrevistados, lo cual, permitió que los informantes pudiesen incorporar otros testimonios y experiencias a la entrevista que consideraban relevante. Cabe agregar, que las entrevistas fueron realizadas a distancia, mediante la plataforma “zoom”, a raíz de las restricciones de movimiento por la emergencia sanitaria del Covid-19.

Siguiendo a Alonso (2003) la entrevista en la investigación social puede ser entendida como un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae una información de una persona que se halla contenida en la biografía de ese interlocutor, entendiendo por “biografía”, al conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Para el mismo autor, la entrevista no busca una simple descripción de situaciones en un orden cronológico, sino que la idea es poder comprender como es “apropiado individualmente” el contexto histórico y cultural.

Cómo se mencionó anteriormente, en este estudio se utilizaron las entrevistas de carácter semiestructuradas y orientadas por un guion temático. Tal y como plantea Corbetta (2007), el guion de la entrevista semiestructurada establece un marco dentro del cual, el entrevistador decide no sólo el orden y la formulación de las preguntas, sino que también, si se va a profundizar en alguna temática, lo cual garantiza que se van a discutir los aspectos más relevantes y que se va a producir la información necesaria.

Por otro lado, de manera complementaria, el estudio se propuso realizar una búsqueda, recopilación y análisis de fuentes documentales. Para ello, se realizó una revisión de revistas especializadas en salud mental, psiquiatría y salud pública durante la época de los años 90 (se tuvo acceso a la Revista de Psiquiatría, a partir del año 1989 hasta el año 2000; y la Revista de Neuropsiquiatría, la cual se revisó desde el año 1990 hasta el año 1999). Asimismo, se revisaron archivos oficiales de políticas de salud mental de la biblioteca del

Ministerio de Salud (se logra acceder al primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 1990; a la “Memoria de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar 1990-1994”; la publicación oficial de la “Guía Metodológica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en APS del año 1998”; la publicación oficial del MINSAL sobre las Conferencia Internacional “Las Consecuencias de la Tortura en la Salud de la población chilena. 1991-2001”). Finalmente, se realizó una visita a la biblioteca del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y la biblioteca de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Los documentos debían ser pertinentes con los objetivos de la investigación, para que la información extraída, contribuyera tanto a la discusión como al análisis de los testimonios y las historias de las personas entrevistadas.

V. Procedimiento de análisis e interpretación

En primera instancia las entrevistas fueron transcritas, para posteriormente, realizar el proceso de análisis y la elaboración de las primeras categorías. Para ello, se utilizó el procedimiento de codificación que plantea la teoría fundada. Como señala Arostegui (1995) “es perfectamente posible aplicar técnicas de investigación social en las investigaciones de carácter historiográficos” (p. 202).

La teoría fundada es un método cualitativo elaborado por los sociólogos Glaser y Strauss en la Escuela de Chicago, a finales de la década de 1960 (Flores, 2009). Se trata de una propuesta, la cual pretende generar teorías, a partir de la recolección sistemática de datos y el análisis de la información. El investigador elabora categorías abstractas, mediante el procedimiento del “microanálisis” de los datos, para luego ser agrupados en categorías y analizados en cuanto a sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, en Flores 2009). Así, se establecen codificaciones, a partir de características homogéneas de palabras, temáticas, párrafos y frases, en función de lo que se pretende investigar. Posteriormente, se realiza un análisis estructural, en el cual se analizan las relaciones que se pueden establecer entre las categorías previamente formuladas. Es un análisis con mayor profundidad que el anterior, el cual permite hacer una inferencia e interpretar la información.

De este modo, la teoría fundada propone tres etapas de codificación de los datos: la codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva.

De acuerdo con Strauss y Corbin (2002), en la codificación abierta es el momento en el que se analiza la información de las entrevistas -línea por línea-, en la cual se compara la información, y se agrupan las primeras categorías. Luego de eso, en la codificación axial, se organizan las categorías que emergieron del resultado de la codificación abierta, en torno a ejes, y se enlazan o se conectan entre sí. Las relaciones entre las categorías y subcategorías se presentan mediante una esquematización, en donde se integra la información que había sido fracturada en la codificación previa.

Así es como, luego del análisis realizado en la codificación abierta emergieron 14 categorías, y en el resultado de la codificación axial, emergieron tres ejes principales: (Eje 1) *“La clínica psicológica bajo amenaza”*; (Eje 2) *“Los psicoanalistas como espectadores de las políticas públicas de salud mental en los años '90”*; (Eje 3) *“Los límites posibles del psicoanálisis en la salud pública chilena”*.

Finalmente, la teoría fundada propone una codificación selectiva para interpretar la información obtenida de la integración de los datos. Sin embargo, para efectos de este estudio, no fue utilizada, debido a que ésta apunta más bien a la creación de teorías, lo cual, no forma parte de los objetivos de esta investigación.

Como técnicas de análisis de la información de las fuentes documentales, se utilizaron los métodos que explica Arostegui (1995). Al respecto propone dos procedimientos fundamentales; uno que es más bien técnico y otro teórico: *análisis de la fiabilidad de las fuentes* y *análisis de la adecuación de las fuentes*, respectivamente. En el análisis de la fiabilidad de la fuente, lo importante fue determinar la autenticidad o veracidad; el origen de la fuente y analizar el contenido que contenía el documento, en función de las hipótesis previas (en este caso preguntas directrices) que se habían formulado. Por su parte, el análisis de la adecuación tenía que ver con la cantidad de preguntas que el documento era capaz de responder -preguntas que también eran formuladas previamente-, y a la capacidad del documento de adaptarse a los fines de la investigación. En esta fase lo importante era determinar si el contenido de los documentos era suficiente y si la información que contiene

era variada, a tal punto que permitiera confrontar las suposiciones previas que se tenían en el estudio.

VI. Consideraciones éticas

Es importante señalar que el desarrollo de la investigación contempló los resguardos respectivos de los aspectos éticos que establece la American Psychological Association (APA), en los puntos 3.10 y en el 8.02, vale decir, que los investigadores mediante un consentimiento informado deben informar a los participantes de: el propósito de la investigación, la duración estimada y los procedimientos. El derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que ésta haya comenzado; propiciar que los participantes puedan considerar los riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; beneficios posibles de la investigación; límites de la confidencialidad; incentivos de la participación; dejar contactos para preguntar acerca de la investigación y los derechos de quienes participan en ellas; dar la oportunidad de formular preguntas y recibir respuestas (American Psychological Association, 2010).

Para resguardar los puntos descritos, se utilizó el documento de consentimiento informado disponible en el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, en el cual se explicitó que el tipo de participación de las personas sería sólo mediante entrevistas grabadas y que para disminuir los posibles riesgos en el estudio se mantendría el anonimato de los entrevistados. Además, que los beneficios de participar se relacionaban sólo con generar información para su uso potencial en términos sociales, académicos y de investigación; que la participación era completamente voluntaria y que tenían derecho a conocer los resultados de la investigación y los datos de contacto del responsable de la investigación para responder preguntas o inquietudes.

En ese marco, la presente investigación buscó respetar las opiniones y los pensamientos diversos de los entrevistados y evitar cualquier tipo de prejuicio o discriminación. Se otorgó acceso a toda la información necesaria sobre los objetivos de la investigación y respecto a los resguardos que contempla la legislación vigente y las directrices éticas.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de las tres categorías que emergieron del proceso de codificación, las cuales agrupan una serie de subcategorías que le otorgan sentido y permiten explicar de mejor manera la información de los distintos ejes.

El primer eje que se presenta en este apartado tiene como categoría central: “*La clínica psicológica bajo amenaza*”, la cual, hace referencia a algunas de las consecuencias que tuvo para la clínica psicológica, la instalación de la racionalidad económica en la manera de diseñar e implementar políticas públicas de salud mental en el país, y en relación con el énfasis en la gestión de los servicios de salud públicos. Ante ese contexto surgen testimonios de los entrevistados, asociados a los esfuerzos de preservar la “clínica”, más allá de los compromisos de gestión y de los aspectos burocráticos del sistema de salud público. Inclusive, más allá de la idea de “preservar el psicoanálisis”, lo cual, tiende a ocupar un lugar más secundario en el discurso de la mayoría de los entrevistados.

Eje 1

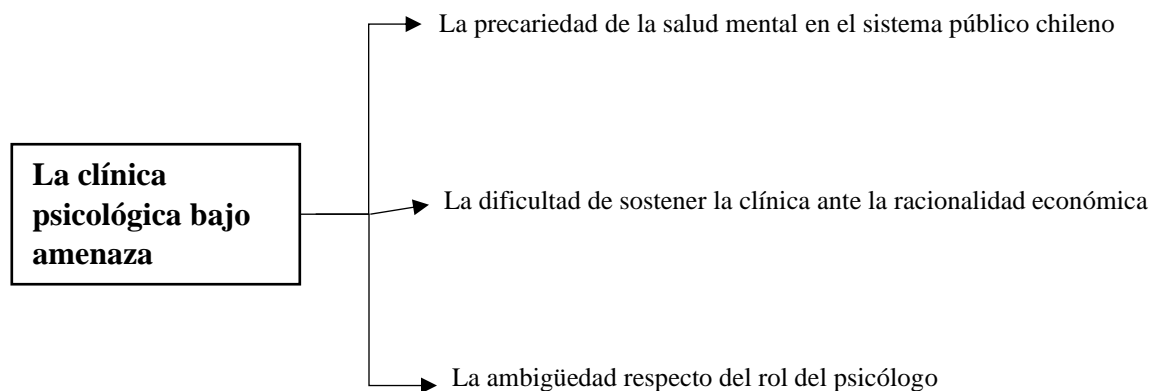


Figura 1: Esquema de clasificación de las categorías y subcategorías respecto del primer eje “La clínica psicológica bajo amenaza”.

Para entender los problemas de preservar una clínica psicológica en un servicio de salud público en los años 90, es necesario describir algunos antecedentes relevantes que permiten contextualizar la situación. Un primer antecedente importante, se relaciona con la instalación de una racionalidad económica al interior de la gestión y el funcionamiento de las instituciones de salud pública del país en la década de los años 80.

En efecto, con la dictadura militar -y luego profundizada en los gobiernos del retorno a la democracia-, la racionalidad económica se instala en los hospitales públicos, incorporando nuevas tecnológicas en la gestión, y en la administración de los recursos. Andrés Pucheu (2000), relata que se comenzó a llevar a cabo un proceso de “modernización” en el sistema de salud público, en el cual se instala un fuerte acento en los compromisos de gestión, y en donde, la racionalidad económica incorporó un modelo ideológico que generó un impacto importante en la cultura hospitalaria y en la identidad de los funcionarios de salud.

Cabe señalar que la década de los años ´80 es un periodo de fuerte incidencia de políticas neoliberales en los países de latinoamericana, y un período en el que el Banco Mundial recomendaba focalizar los recursos en actividades que fueran eficientes en función de los costos. El Banco Mundial es una agencia especializada de la ONU que fue creado, junto al Fondo Monetario Internacional en la Conferencia de Bretton Woods en el año 1944 en Estados Unidos. De acuerdo a Fernández, Pereira y Torres (1995), se fundó con el objetivo de colaborar en la reconstrucción y desarrollo de los países miembros, facilitando la inversión de capital. “En el primer periodo de la existencia del Banco Mundial los préstamos fueron entregados principalmente a los países europeos y fueron utilizados en la reconstrucción de industrias dañadas en la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, desde finales de los años sesenta la mayoría de los préstamos se han otorgado a países subdesarrollados” (p. 385).

En el año 1987 el Banco Mundial publicaba el informe: “El Financiamiento de los Servicios de Salud en los países en desarrollo”, en el cual, proponía una serie de recomendaciones a los gobiernos por medio de cuatro reformas principales de políticas de financiamiento a los servicios del sector salud: (1) Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud; (2) Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos; (3) Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales; y (4) Descentralización de los servicios de salud gubernamentales. En la primera propuesta, el Banco Mundial criticaba a los países en

que se había optado por una política que entregara servicios de salud gratuitos y universales; en la segunda propuesta, sugería evitar la política en favor del subsidio del sistema de seguros con ingresos tributarios generales. En la tercera propuesta, recomendaba fortalecer al sector no-gubernamental, a fin de que los gobiernos puedan concentrar los recursos en “toda la comunidad” más que en determinadas personas; y, por último, mejorar la eficiencia en la provisión de los servicios de salud, mediante la descentralización de estos, de modo tal que la determinación de los gastos sea en función de las necesidades locales (Banco Mundial, 1987).

Posteriormente, en el año 1993, el Banco Mundial realiza un informe que tiene por título: “Invertir en Salud”, en el cual, se criticaba el gasto de fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia, en función de los costos. En otras palabras, se sugería focalizar los recursos en función de su costo-efectividad para determinados grupos de la población: los grupos de menores ingresos. Esta política -sugiere el informe- se recomendaba implementar con ayuda de la iniciativa privada, a través de subvenciones a las ONG y de proveedores privados que entregaban servicios de salud a personas de escasos recursos (Banco Mundial, 1993 p. 5). El otro aspecto relevante que se incorpora en el informe es la nueva manera de calcular la salud de los países: AVISA-AVAD. Aquella medición permite calcular los años de vida saludables perdidos a causa de mortalidad prematura y los años de vida perdidos a causa de discapacidad.

Así, con la década de los años 90, la racionalidad económica se consolida en el diseño de las políticas públicas y en el control de la gestión de las instituciones del sistema de salud. Es más, en el año 1995, el Ministerio de Hacienda del gobierno de Eduardo Frei solicitó por primera vez que las instituciones de salud establecieran indicadores de gestión. Aquella solicitud fue realizada en el marco de la formulación presupuestaria, y en base a las directrices que entregaba el Banco Mundial (Miranda y Saffie, 2014). A raíz de eso, se comenzaron a implementar mecanismos que permitieran evaluar la eficacia y la eficiencia de los servicios que se entregaban en el sistema de salud público. Es por esta razón “que se comenzaron a generar estímulos y recompensas enfocadas en los resultados. Sumado a esto, se establecieron metas de cobertura, prestaciones, tiempos de espera, y eficiencia -entendida como ahorro de insumos-, además de introducir metas de competitividad y generación de

recursos propios. Así es como se llegó al establecimiento de los “compromisos de gestión”, que se realizan entre el Ministerio de Salud y las direcciones de los Servicios. Se incluyen como parte de este acuerdo la descripción del tipo de prestaciones que se van a ofrecer, la asignación de recursos, las metas de crecimiento y los indicadores de desempeño destinados a evaluar las metas propuestas. Finalmente, lo más relevante es que se comienza a privilegiar la oferta de determinadas prestaciones a grupos establecidos de antemano, por sobre las demandas de la población” (Miranda y Saffie, 2014 p. 219).

Ahora bien, ¿Cuál es la consecuencia del binomio economía-gestión?: “que triunfa no sólo sobre la clínica psicológica sino también sobre la política; el debate público queda subsumido en la definición de objetivos, metas e indicadores, mientras que el debate ético queda, de paso, reducido a la eficiencia como imperativo categórico” (Miranda, 2016 p. 36). En ese sentido, la clínica psicológica se vio amenazada en relación con la nueva manera de diseñar políticas públicas que se consolida en la década de los años '90 con los gobiernos de la concertación.

Con la publicación del Plan Nacional de Salud Mental del año 1993, los psicólogos comienzan a insertarse en los distintos consultorios de la red de salud pública. Esta inserción fue de la mano con el mayor protagonismo que comienza a adquirir la Atención Primaria de Salud y con el retorno del enfoque comunitario en salud mental en las políticas oficiales. Antes de eso, existía una fuerte focalización de los servicios de salud mental en los hospitales generales y en el Hospital Psiquiátrico del país.

En esa época el jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, era el psiquiatra Alfredo Pemjean, y en un artículo llamado: “Políticas de Salud Mental 1990-1993”, de la Revista de Psiquiatría del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, del año 1994, hacía hincapié en el aumento significativo de psicólogos en la APS, y al mismo tiempo, planteaba que no se estaba incorporando un recurso “especializado de salud mental” en el consultorio, sino que más bien, se esperaba que la atención de salud habitual aumentara y que ésta atendiera a la dimensión psicológica y psicosocial de cualquier consultante (Pemjean, 1994 p. 30). De hecho, lo que se constata, es que paulatinamente el discurso sanitario sobre lo psicosocial comienza a reemplazar el discurso en torno a lo clínico y las psicoterapias.

En el mismo artículo el autor comentaba la creación de los “Centros de Salud Mental Familiar” (COSAM), enfatizando en que el objetivo de los centros era resolver casos clínicos con “tecnología comunitaria y no exclusivamente clínica -o con una clínica que apele mucho a las intervenciones grupales-” (Pemjean, 1994). Emerge así, una especie de “doble discurso”, en el que se mezclan las aspiraciones de cumplir con los compromisos de gestión, y que la labor del psicólogo vaya más allá de la clínica psicológica.

En este estudio, se logró acceder al testimonio de dos psicólogas que se desempeñaron en la comuna de Santiago en el periodo de 1990-2000, época en la cual, la gestión del municipio se encontraba a cargo del alcalde Jaime Ravinet. Ambas coinciden en que, en los primeros momentos, lo importante era generar los espacios para ejercer la atención psicológica; inclusive, generar los espacios físicos para llevar a cabo la atención de los usuarios. Es precisamente en la inserción de los psicólogos en la APS, en donde, se puede observar con mayor claridad la tensión entre preservar la clínica psicológica, más allá de la gestión, y más allá de la discusión con la política sanitaria de la época. Tal y como señala una de las entrevistadas:

(E1) *“Yo diría que nosotros preservamos el quehacer clínico por sobre el burocrático, o sea lo logramos como equipo. Vivíamos súper presionadas por las listas de espera, pero además yo diría que hubo menos cuestionamientos, porque mi opción fue tener equipos de distintas formaciones teóricas, no éramos sólo psicoanalistas, había dos psicoanalistas, dos que nos interesaba el psicoanálisis, y las otras dos eran sistémicas. Entonces yo diría que al interior del equipo (más la psiquiatra), no fue tanto esta lucha, (que a veces yo creo que es un poco imaginaria), de: “vamos a tirarle el psicoanálisis contra los cognitivos de la salud pública”, sino que más bien, lo que tratábamos todo el rato era de preservar lo clínico por sobre lo burocrático, esa fue la tensión con la que nosotros estuvimos todo el tiempo combatiendo”.*

A lo anterior se suma el testimonio de una psicóloga que había estado trabajando en un COSAM de la misma comuna, en el cual, describe las dificultades de sostener los tratamientos psicológicos de tiempo indefinido, una vez que se instala la variable estadística en la gestión y el funcionamiento del centro de salud. Al respecto menciona:

(E3) *“Bueno, en esa época, además se instala el tema del registro estadístico. Siempre se había hecho, pero manual, pero está vez era computacional, y ahí nos vuelve a quedar la escoba, porque nosotros antes por indicación no podíamos atender a un paciente más que... no me acuerdo, pero era algo así como ocho*

sesiones... y cuando estamos, por ejemplo, en el COSAM de, adentro de la Quinta Normal, nunca nos revisaron nada, entonces podíamos tener pacientes que yo los vi, no sé, tres años, cuatro años, y nunca supieron, pero acá nos iban a pillar, porque era obvio... entonces saltaba el sistema y te decía: “no, este paciente ya vino”, y ahí era, en ese momento, máximo seis sesiones, entonces, era terrible, yo me acuerdo que iba otra vez... de nuevo a explicarle, que no, que no...”

Cómo ya se mencionó anteriormente, con la racionalidad económica en la gestión de los servicios de salud, se comienzan a implementar las metas sanitarias, las cuales van acompañadas de incentivos y recompensas monetarias que van dirigidos al establecimiento y a los funcionarios. A raíz de eso, comienza a ser más relevante la cantidad de pacientes que se logra atender por sobre la calidad de la atención que se entrega, al mismo tiempo, “que se comienza a privilegiar la obtención de un diagnóstico cómo objetivo en sí mismo -por sobre la comprensión en su particularidad-, diagnóstico que suele verse forzado con fines estadísticos” (Miranda y Saffie, 2014 p. 219). Es en ese contexto, en que el imperativo por la gestión, se vuelve una amenaza para sostener la clínica psicológica, puesto que va formando un escenario en el que el quehacer clínico, es un espacio que se tiene que conquistar y al mismo tiempo preservar. Esa tensión se vuelve aún más problemática ante la precariedad que implicaba el área de la salud mental al interior del sistema público, lo cual, será descrito en la siguiente subcategoría.

Subcategoría: “La precariedad de la salud mental en el sistema público chileno”

Todos los entrevistados coinciden en que el área de la salud mental se caracterizaba por la falta de recursos, las malas condiciones de los centros de salud, y en la escasa valorización de las intervenciones psicológicas, entre otros aspectos. De hecho, a pesar de la redacción del segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, junto con la creación del sistema AUGE/GES, el presupuesto total destinado de salud a salud mental sigue siendo bajo (2, 14 % en el año 2007 y luego aumentó a 2,16% en el año 2012), en comparación a la meta que se había propuesto el Plan Nacional para el año 2010 (5,0%). Estas cifras sitúan a Chile muy por debajo de los porcentajes que muestran otros países de ingresos altos como Estados Unidos (6,0%), Reino Unido (10,0%) y Suecia y Nueva Zelanda (11,0%) (Errázuriz, Valdés, Vöhringer, y Calvo 2015). Incluso los mismos autores señalan

que, los esfuerzos de quienes prestan servicios de salud mental se vuelven insuficientes, debido a que la falta de financiamiento no permite alcanzar los objetivos que existen en materia de promoción, prevención y tratamientos de los trastornos mentales.

De hecho, si bien, con el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, la salud mental logra un protagonismo que no había logrado antes, también tuvo una contraparte: “la precariedad”. Entre mayor protagonismo y la precariedad de la salud mental, es la forma en la que se podría describir la mayor parte de los testimonios de los entrevistados, en cuanto a su ejercicio profesional en el sistema de salud público chileno de los años ‘90.

Una de las entrevistadas enfatizó en las dificultades de sostener un encuadre terapéutico, a raíz de las condiciones en las que se ejercía la práctica clínica en un consultorio de la comuna de Santiago.

(E3) “Bueno, y ahí nos mandan... nos distribuyen en distintos consultorios... había como mini consultorios que eran chiquititos... Padre Orellana, no me acuerdo... pero eran chiquititos, y eso fue muy complicado, porque ahí salud mental... primero ya dejamos de ser un equipo... pasamos a ser... él psicólogo del lugar... pero, el psicólogo que... allegado... no sé cómo decirte. No teníamos nada, o sea... yo me acuerdo de que una compañera, no había donde ponerla, la pusieron en la caseta del guardia para atender. ¿las has visto?... deben ser de un metro por un metro... ahí, para que atendiera ahí... o sea, imagínate, en términos de maltrato... de dignidad para ella y para el paciente... no cabía, o sea, era una cuestión... bueno, y un día nosotras llegamos y no teníamos nada, y tenían todas las cosas, y... habían desarmado, y tienen que irse y punto... ni siquiera te decían una explicación... nada”.

En ese contexto, lo que se constata, es que la incorporación de los psicólogos en la Atención Primaria de Salud no fue exento de dificultades. De hecho, lo que se desprende de los testimonios es la idea de haber sido un “allegado”, como una especie de extranjero, al interior de los consultorios, en los que existían cuestionamientos asociados a los tiempos que se destinaban a los tratamientos psicológicos, y respecto a los alcances del quehacer de los psicólogos. En otras palabras, se esperaba que las intervenciones apuntaran a un trabajo más comunitario y de difusión de la salud mental en otras instituciones, y que las atenciones psicológicas fuesen más breves para cumplir con las metas sanitarias. Pese a esto, dos entrevistadas señalan que, con la implementación de la Guía del Manejo de la Depresión del año 1998, fue una oportunidad para fortalecer la presencia de los psicólogos al interior de los CESFAM. Antes de eso, los entrevistadas relatan que la existencia de los programas que se

hacían cargo de temáticas de salud mental, dependía de los deseos y proyectos del alcalde de turno, por lo que, no había certeza si los programas iban a seguir recibiendo financiamiento y, por lo tanto, tampoco había certeza de por cuánto tiempo más se podía prolongar el trabajo que realizaban con los pacientes.

(E1) *“Bueno, la que más recuerdo es la del manejo de la depresión en atención primaria, porque fue la que me tocó implementar, y porque fue ahí donde nos insertamos, a ese nivel. Como te digo, tiene esas anécdotas donde las enfermeras jefas no sabían qué hacer con los psicólogos. A ver, tengo el recuerdo como que se facilitó la pega fíjate. Yo lo agradecí, porque nos dio un lugar. Antes estábamos al arbitrio, al deseo del alcalde de turno si nos quería financiar o no. Esa implementación, por lo menos a mí, me facilitó la pega, en el sentido de que ya nadie discutía nuestra presencia, en que era una presencia que ahora tenía que existir si o si”.*

Ahora bien, aquella implementación también fue problemática, debido a que trajo acompañada una serie de directrices que apuntaban a las intervenciones psicológicas que fuesen más “costo-efectivas”, recomendado abiertamente tratamientos cognitivo-conductuales y terapias de “resolución de problemas”. En ese sentido, se constata que esa nueva política sanitaria sobre el manejo de la depresión, también tenía un rasgo paradójico, porque si bien, otorgaba “un lugar” a los psicólogos, al mismo tiempo, también se hacía necesario establecer una resistencia o una defensa ante las directrices de la misma política que hacían posible la presencia de los psicólogos en la Atención Primaria, sobre todo, para aquellos que realizaban una clínica inspirada en otros modelos terapéuticos.

Por otro lado, en cuanto a los COSAM, todos los entrevistados plantearon que la práctica clínica se ejercía con mayor libertad, debido a que no había una directriz tan clara por parte del MINSAL, de lo que se esperaba que realizara un psicólogo. Por el contrario, habría existido una ambigüedad en la política sanitaria, respecto del rol del psicólogo al interior de un COSAM. Esta situación es descrita como una ventaja por parte de los entrevistados, debido a que les permitía realizar tratamientos psicológicos de tiempo indefinido con los pacientes, sin que existiera una mayor fiscalización, respecto a los procesos y sus resultados. Sin embargo, al mismo tiempo, se desprende que la mayor “libertad” de cómo se ejercía la clínica psicológica, también estaba asociada con el abandono de parte de las autoridades sanitarias en la gestión y el funcionamiento del centro de salud.

Otro ejemplo de la precariedad de la salud mental en la década de los años 90, se puede constatar en los testimonios de una de las fundadoras del programa PRAIS. Con el retorno a la democracia se crea un primer proyecto piloto que comenzó a funcionar en la ciudad de Iquique. En ese momento, ya habían sido develados los hallazgos de Pisagua, lo que generó una conmoción importante en el país. A raíz de eso, surge la necesidad de formar un equipo que diseñara un programa especializado en la reparación y atención de salud mental para las personas que habían sido víctimas de la dictadura militar. Pese a esto, con su implementación también habrían existido cuestionamientos por parte de algunos directores de hospitales que suponían que el programa no iba a recibir a muchos pacientes. Al respecto señala:

(E2) *“Y, formamos un proyecto piloto, dentro del equipo de salud mental del Ministerio de Salud, y se forma este primer PRAIS, que ocurre en la ciudad de Iquique... que logra su nombre después del primer año... el nombre: Programa de Reparación y Atención Integral en Salud Mental a familiares víctimas de la represión política, y se instala un primer equipo con dos psiquiatras, una asistente social, y una psicóloga en la ciudad de Iquique, proyecto que, al cabo de un año, se evalúa y se considera que es tremendamente importante, y durante los dos años más que yo estoy en el Ministerio de Salud, repetimos esta experiencia en seis ciudades más... en un momento muy difícil. Un momento, en donde, los directores de los hospitales... (en Iquique no tuvimos ninguna dificultad), pero en Antofagasta, en Coquimbo... había reticencia por parte de los directores de hospitales, de introducir un programa especial que se dedicara al tema de las violaciones a los derechos humanos... y, lo encontraban que estaba de más, que no era necesario... que seguramente iba a ser un lugar donde iban a llegar muy pocos pacientes...”*

Subcategoría: “La dificultad de sostener la clínica ante la racionalidad económica”

Con el imperativo por la gestión y los discursos más hegemónicos en torno a la eficacia y la eficiencia, fueron formando una especie de vigilancia alrededor de la clínica psicológica, una sospecha en relación a los rendimientos de los psicólogos al interior de los centros de salud. Esto -en parte- se relaciona con que los rendimientos comienzan a ser evaluados principalmente con la variable estadística, la cual formó parte de las nuevas tecnologías de gestión para evaluar la eficacia de los servicios, calcular las metas de cobertura, y la asignación de los recursos para determinadas prestaciones; recursos, por lo demás, que hacen posible el funcionamiento de los centros de salud. Esta racionalidad

económica articulada con la hegemonía de la medicina basada en la evidencia, genera en consecuencia, que se opte por implementar modelos terapéuticos que demuestren una mayor eficacia en los resultados de los tratamientos y en el menor tiempo posible.

(E3) “Y ahí salud mental se centra en los COSAM. Ellos no tenían tanto interés... por ejemplo, yo estaba trabajando con pacientes, y llegaba una orden de la directora que decía que tenía que hacer sobre cupo... y que tenía que atender 15 minutos a un par de pacientes que estaban mal. Y yo tenía mi agenda psicoanalítica... a las cuatro, a las tres, a las dos... ahí también nos empiezan a cambiar los horarios... habíamos logrado media hora por paciente... también el tiempo es muy importante... Todo eso, cuando estábamos lejos, nunca nadie nos fiscalizó, pero todo eso, cuando entra el tema de la estadística... cambia todo. Y, ahí lo único que les importaba era el tema de las estadísticas, o sea, era fundamental... porque al consultorio lo evaluaban por eso. Entonces... “cuantos pacientes vio... cuantas atenciones se hicieron...”

Aquella situación también se manifestaba al interior del Hospital Psiquiátrico, sin embargo, todos los entrevistados coinciden en que se respetaba más las intervenciones de los psicólogos, debido a que las autoridades del hospital en su mayoría habían realizado una formación en psicoanálisis. Pese a esto, también los testimonios apuntan a la presión por disminuir los tiempos de espera, y reducir el número de días que los pacientes estaban hospitalizados.

(E6) “Yo creo que contábamos con cierta protección de las autoridades combinado con que había que atender a 20 personas diarias... o sea, con la lógica administrativa que un poco atentaba... tú le decías: oye -yo hablaba con el tipo que llevaba las estadísticas del hospital-, y nos pedía anotar el registro diario de atención, entonces después lo hacíamos... y una persona normal podía ver cinco o seis personas... más los test, más las cuestiones... entonces nos decía: “oye pero ustedes atienden muy poco, si un psiquiatra atiende 20 al día... y si le decía yo, es que nosotros tomamos más tiempo”, entonces me decía: “sabe le tengo la solución... ¿por qué no acorta su sesión a veinte minutos?”... De buena gente, no era maldad, sino que... pero también tenías que lidiar con eso, o sea de que llegado el momento, cuando llegaban las cuentas anuales, te decían: “oye los psicólogos no hacen nada” ... al lado de un psiquiatra que te da la vuelta en atenciones, pero tu veías como los psiquiatras atendían cinco minutos... o sea, le hacía la receta y chao”.

Por otro lado, la oficialización del enfoque comunitario genera tensiones inevitables para los hospitales psiquiátricos, al punto que había que defender el rol del hospital ante las

nuevas autoridades. En ese contexto, hay un artículo del año 1993 de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, en el cual, Otto Dörr, -por ese entonces, director de la revista y jefe del servicio A del Hospital Psiquiátrico-se refiere a una “grave crisis al interior de la institución”, a raíz de la desvinculación del director y subdirector, producto de una: “supuesta demora en el proceso de modernización de la atención psiquiátrica en el hospital”. A lo largo del documento, Dörr realiza una crítica a los nuevos objetivos de la política de salud mental, enfatizando en la implementación de la “sectorización”, pero sin los recursos para ello, y, además, en las consecuencias “de no albergar a los pacientes del hospital en instituciones adecuadas”. Finalmente, concluye expresando:

“El sentido profundo de la crisis del Hospital Psiquiátrico se esconde en una diferente concepción de la salud mental entre las autoridades ministeriales y de las áreas de salud y la comunidad de los médicos que trabajan con los enfermos mentales. La política de salud mental del gobierno actual está orientada hacia la llamada atención primaria, con severo abandono de la atención secundaria y terciaria. Nadie discute la importancia de la atención primaria, así como la urgencia de crear servicios psiquiátricos en hospitales generales, pero lo anterior no se puede hacer sobre la base de negar la existencia de los enfermos graves e irreversibles. Así como es un derecho humano universalmente consagrado el que todo enfermo debe recibir el mejor tratamiento posible, también lo es el que aquellos que no tienen recuperación puedan ser acogidos y protegidos en instituciones ad hoc y no abandonados a su suerte en calles y plazas, cómo está ocurriendo en nuestro país” (Dörr, 1993 p. 252).

Así, junto a la racionalidad económica también los entrevistados que se desempeñaron en el Hospital Psiquiátrico, describen fuertes tensiones con el mayor protagonismo que asume la APS y las perspectivas más comunitarias en salud mental, las cuales, también impactaron en la clínica psicológica. De este modo, surgen testimonios que describen intervenciones relacionadas con la capacitación de los equipos de salud mental de la red de atención primaria de salud; la participación en terapias grupales, en “dispositivos extramurales” del hospital de día y en hogares protegidos. Sin embargo, paradójicamente, también estas orientaciones más comunitarias, venían acompañadas por una especie de “empuje” hacia un énfasis más “productivista” sobre los resultados de los tratamientos psicológicos, en los cuales se esperaba, por ejemplo, que los pacientes pudiesen retomar una actividad laboral y que pudiesen continuar sus tratamientos en dispositivos ambulatorios. Pese a ello, estas iniciativas más comunitarias son descritas cómo una oportunidad para

amplificar los alcances del psicólogo al interior de una institución hospitalaria; cómo una manera de ir más allá del “setting tradicional” de la clínica individual.

Subcategoría: “La ambigüedad respecto del rol del psicólogo”

Finalmente, y tomando en consideración lo que se ha desarrollado en las categorías anteriores, lo que se constata en los testimonios de los entrevistados, es que el quehacer del psicólogo conlleva una cierta ambigüedad en los servicios de salud públicos, lo cual se hace más evidente con la profundización del enfoque estadístico poblacional en la década de los años ´80 en adelante; enfoque que repercute en las decisiones que se toman en la clínica, y que genera que las posibilidades para ejercer una psicoterapia sea puesto en duda. En efecto, “con la vocación científico-técnica de las políticas sanitarias, así como la priorización vía costo-utilidad; dos de los pilares estratégicos en los que se asienta la salud pública de las últimas décadas” genera una serie de problemas en el campo de la clínica psicológica, en el cual, se plantea una contradicción entre lo que se espera que deben realizar los psicólogos en el centro de salud, (las orientaciones institucionales), y, por otro lado, los deseos como clínicos, es decir, realizar algo distinto a lo que se suponen que deben hacer (Miranda, 2014 p. 42).

Sumado a esto, con la articulación “economía-gestión” y la vocación “científico-técnica” de las políticas y programas de salud mental, también surgen criterios de inclusión-exclusión de modelos terapéuticos. Como relata Jordán (1991), si ya existían dificultades para definir el quehacer de aquellos que se dedican a las psicoterapias, esto se ve acentuado en una época en la que proliferan los métodos terapéuticos que dicen tener un carácter científico y de mayor eficiencia, al mismo tiempo que descalifican otras teorías al considerarlas como “pseudocientíficas” e inoperantes. Es decir, se tiende a desvalorizar otras formas de intervención en el paciente que no están basadas en el modelo biomédico de enfermedad y curación.

(E6) “Pero, claro, dependiendo del sector que te tocaba... si te tocaba en el policlínico, que eran pacientes ambulatorios, o en los sectores... yo trabajaba en un sector de agudos con hombres... claro, ahí tenías que lidiar más o menos con tu contraparte, con tu coterapeuta, o sea que, si te tocaba un psiquiatra, más a fin a una

perspectiva, de que la salud mental involucra, no sólo la farmacología, o el esquema farmacológico, sino que también un acompañamiento psicoterapéutico, a veces muy elemental en cuestiones que tienen que ver con la adherencia al tratamiento o intervenciones familiares, a cuestiones más de largo plazo en psicoterapia, más profundas por llamarlo así. Entonces, dependía mucho con quien te encontrabas, y había coterapeutas que te daban mucho espacio, y otros que te pedían cuestiones muy acotadas y técnicas... evaluaciones, informes, que se yo. Entonces, ese era un terreno que había que ganarse, o sea que tú te lo tenías que ganar a pulso con tu equipo”.

Curiosamente, en los noventa algunos psicólogos vieron cómo una amenaza el retroceder y perder los espacios ganados como clínicos, y que sus intervenciones quedaran reducidas a la aplicación de un saber técnico, como la redacción de los informes, la aplicación de pruebas psicológicas cuando eran solicitadas por algún psiquiatra (sobre todo a nivel hospitalario); el diseño de talleres para promoción de salud mental, solamente por los compromisos de gestión en un centro de salud primario, entre otros ejemplos. A raíz de eso, surgen expresiones tales como: “preservar la clínica”, o “un terreno que hay que ganarse”, las cuales intentan reflejar los esfuerzos de sostener una clínica psicológica en un contexto en el que el discurso de la ciencia médica, por un lado, determina una “verdad” que antecede al sujeto, y en el que, el binomio economía-gestión, determina prestaciones sin que se consideren las demandas de los sujetos, por otro.

Eje 2: Los psicoanalistas como espectadores de las políticas públicas de salud mental en los años '90

El siguiente eje, tiene como categoría principal la constatación de que los psicoanalistas que ejercían su práctica en dispositivos de salud pública terminaron siendo observadores de los cambios de la política sanitaria, más que partícipes del debate y la discusión de ésta. Este proceso intentará ser explicado, a partir de la articulación con cuatro subcategorías: Historia del psicoanálisis chileno; El elitismo del psicoanálisis; “Epistemes” en conflicto y Preservar un psicoanálisis “puro” vs “transar”.

La novedad del presente eje se asocia con la presencia de algunos dilemas que se desprenden del discurso de la mayoría de los entrevistados, respecto de la distancia que se observa entre psicoanálisis y políticas de salud pública en nuestro país. Así, se intentará plantear que además del rol que tuvo el proceso de “despolitización” del psicoanálisis en aquella distancia, también se observa una ambivalencia política de los psicoanalistas en cuanto a las reformas de salud mental de los años '90.

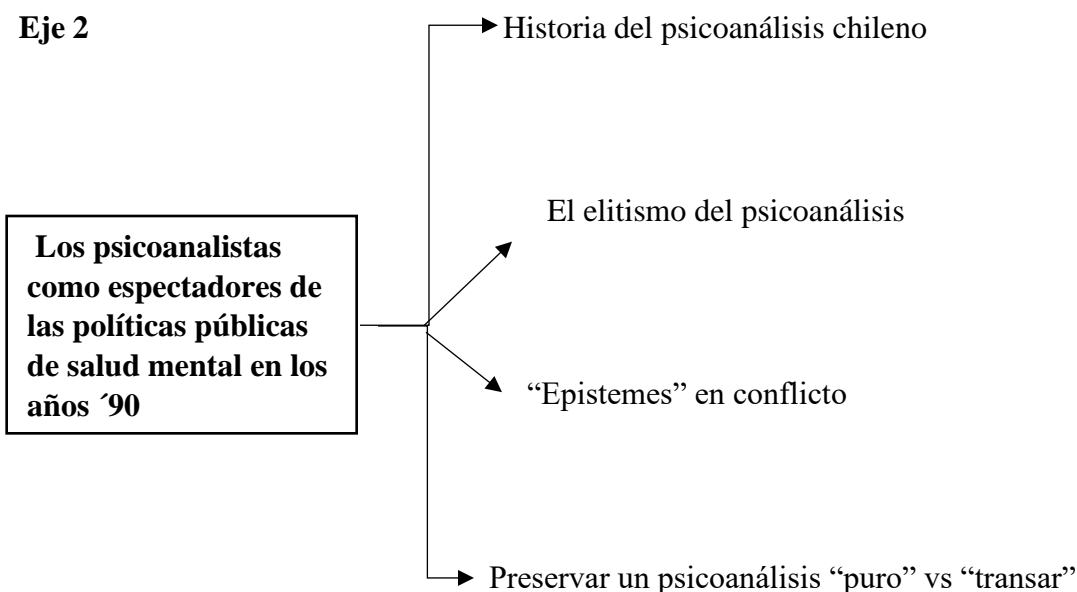


Figura 2: Esquema de clasificación de la categoría y subcategorías respecto del segundo eje “Los psicoanalistas como espectadores de las políticas públicas de salud mental en los años '90”.

Subcategoría: Historia del psicoanálisis chileno

Para introducir la presente subcategoría, resulta necesario aludir al controvertido episodio que se produce en el año 1998, luego de un texto publicado por Omar Arrué (psicoanalista y miembro de la APCH) en el Newsletter de la IPA. El texto formaba parte de los preparativos para el 41° Congreso Internacional de Psicoanálisis que se realizaría al año siguiente en el país. El artículo tiene como título: “Brief note on the history of Chile in the last thirty years”, el cual, -tal y como explican Radiszcz, Sabrovsky, y Vetö (2014)- tuvo varias reacciones de protesta, en su mayoría, de psicoanalistas argentinos y franceses, los que criticaban un “exceso de neutralidad” y, sobre todo, la omisión de la palabra “dictadura”, al igual que de los términos “tortura” y “asesinato” a lo largo del escrito. Como explica Vetö (2013) “ya en la época en que este texto fue escrito, muchas de las acciones ilegales de las Fuerzas Armadas y de Orden y de los servicios secretos eran conocidas: la tortura, las ejecuciones y la desaparición de personas. Los que eran juzgados, lo eran por Tribunales Militares, sin la más mínima de las garantías constitucionales y muchos de ellos ni siquiera eso obtuvieron, sino que fueron ejecutados sumariamente y posteriormente desaparecidos” (p. 78).

De hecho, la polémica puso en riesgo la realización del Congreso, en donde algunos analistas argentinos anunciaron su inasistencia en señal de protesta. Sin embargo, “el Congreso se realiza el 26 de julio de 1999, y el presidente Frei pronunció el discurso inaugural y horas más tarde un Cine Foro Especial exhibió el film *Fernando ha vuelto* para continuar con una mesa redonda presidida por el psicoanalista chileno Juan Pablo Jiménez” (Radiszcz, Sabrovsky, y Vetö, 2014 p. 4).

Así es como todos los entrevistados coinciden en que hubo un descuido importante por parte del psicoanálisis, respecto del diálogo y la discusión con asuntos sociopolíticos de la época, situación que suele ser vinculada con la formación oficial que existía en las Instituciones Psicoanalíticas de nuestro país. En los años ´90 la formación institucional de psicoanálisis se concentraba en la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH), y a partir del año 1989, también en el Instituto de Psicoterapia Analítica (ICHPA).

Una cantidad importante de psicoanalistas que se desempeñaban en el Hospital Psiquiátrico había realizado su formación en la APCH, la cual, -en esos años-, tenía un importante interés en la teoría kleiniana, y en la formación de psicoanalistas que se iban a dedicar a la consultar particular y no al devenir de la salud pública en Chile. De hecho, en los 90 ya habían sido guardados viejos divanes en el Hospital Psiquiátrico, lo que podría reflejar el auge que había tenido la disciplina al interior del medio psiquiátrico chileno, y los dilemas, por cierto, de los esfuerzos de conservar un dispositivo psicoanalítico “clásico” en una institución de salud pública.

(E8) *“Entonces, yo diría que, en los años 90, estábamos donde todavía quedaban... a ver, en términos de psicoanálisis, yo cuando hice mi práctica incluso todavía quedaban guardados viejos divanes por ahí apilados en bodegas, lo que daba cuenta del antiguo auge del psicoanálisis en la psiquiatría y en la salud mental chilena en los años 50. Es decir, ya era de arqueología en los años 90 el psicoanálisis, y en los 90 diría yo, es un periodo de transición entre la psiquiatría más fenomenológica hacia la psiquiatría biológica digamos, donde ya no hay pacientes... hay moléculas nomas”.*

Entre la ausencia de un discurso en torno a lo público y el énfasis excesivo en el setting analítico, es la manera en la que describen algunos de los entrevistados, sus recuerdos en cuanto al desarrollo del psicoanálisis chileno por aquellos años. Esta reducción de los alcances del psicoanálisis y de lo que es el trabajo con fundamentos analíticos, también se encuentra vinculado con los escasos esfuerzos que reconocían algunos entrevistados de haber intentado dialogar con otros actores de la salud pública, y dado que se encontraban con interlocutores muy poco interesados en el psicoanálisis.

Es más, se observa una especie de “divorcio”, una desconexión, entre la práctica que ejercían los psicoanalistas en instituciones de salud en los ´90, y la desatención, por otro lado, de las Instituciones Psicoanalíticas en asuntos de políticas de salud mental y sobre las posibilidades de un psicoanálisis aplicado a contextos de salud pública. Esta desconexión, - en parte- podría ser el resultado -tomando a Zaretsky- de una *“dialéctica entre absorción y marginación del psicoanálisis con la salud pública”*, en la cual, se manifiesta el dilema de “transar” la técnica psicoanalítica al punto de que “ya no sea psicoanálisis”, o, estar del lado de la “resistencia” al punto de caer en la marginación de la práctica psicoanalítica.

(E6) *“O sea, que se dedican a formar gente, muy endogámicamente, además. O sea, que ahí el tema es la consulta, el setting privado, el uno a uno, y, además, imagínate con dispositivos de tres, cuatro sesiones a la semana de cincuenta lucas. O sea, es vivir en otro mundo.*

Ahora, gente de ahí se interesaba, porque se formó ahí... le tenía cariño al hospital, o le tenía interés al hospital, y en la salud mental, pero esas instituciones estaban completamente divorciadas del quehacer de la salud mental en el país, de las políticas públicas. No tenían ninguna relación con Minoletti... nada, era una cuestión de formar personas y atender en consulta privada. Era como un camino de... te formas ahí, te atiendes con ellos, y después tienes acceso a esos pacientes, a ese tipo de pacientes. Que son, o estudiantes de psicología, o de psiquiatría, o estos candidatos, pero claro... yo no vi ninguna participación de esas Asociaciones en el hospital formal... sólo gente de allí que si se interesaba”.

Otro aspecto que podría explicar la desconexión con la política pública de salud, es la aspiración de preservar un psicoanálisis “puro”, manteniendo la distancia en asuntos en torno a la política y los acontecimientos sociales, suponiendo con ello, que se estaría defendiendo al psicoanálisis de posibles ataques desde el “exterior”. Desde esa perspectiva, se descuidan los aportes que el psicoanálisis puede realizar al debate público, y la manera en que éste, puede establecer posibles oportunidades para diversificar el desarrollo de la teoría y de la práctica del psicoanálisis.

Esta tensión entre la política y la “pureza” del psicoanálisis, se puede observar con mayor claridad en un artículo de Mario Gomberoff del año 1991. Ante la crítica de que el psicoanálisis había intentado mantenerse al margen de asuntos políticos y sociales, el autor explicaba que se había hecho para intentar preservar su pureza y para defenderse de posibles ataques o contaminaciones sociales.

Se podría contrargumentar que muchas veces el psicoanálisis ha intentado mantenerse apartado, que incluso no se ha pronunciado sobre muchos acontecimientos políticos que lo han tocado directamente, o sobre eventos sociales y culturales; que ha tratado de preservar a toda costa su autonomía de otras instituciones de la sociedad, alejado de la contingencia. A esto se podría replicar que eso ha sucedido con la intención de preservar su pureza; para no ser él el que pudiera ser influido, para defenderse de los posibles ataques o contaminaciones sociales. En otras palabras, podríamos argüir que eso lo ha hecho, en forma por demás eficiente, por razones políticas, como lo haría cualquier Movimiento que quiere preservarse, sin confusiones que lo diluirían quitándole fuerzas (Gomberoff, 1991 p. 699).

Así, se podría pensar que cualquier intento de aplicar el psicoanálisis a contextos distintos al encuadre “clásico”, o, ajenos a la formación “oficial” de las Instituciones Psicoanalíticas, podrían ser consideradas de antemano cómo prácticas que estarían por “fuera” de la “aplicación oficial” del método psicoanalítico. Esto evidentemente genera una reducción de los alcances de la práctica y del discurso del psicoanálisis, al mismo tiempo que se preserva más bien, una idealización del método psicoanalítico en el que se observa con distancia a los intentos de adaptar la disciplina a otras circunstancias.

Para uno de los entrevistados, -por ese entonces director de la APCH- la desatención de la Institución Psicoanalítica en las reformas de salud mental de los '90, respondería a que la Asociación se aisló del contexto social y dado que existía un interés importante en la teoría de Melanie Klein, en la cual no se analizaban los condicionantes sociales, económicas o políticas de la subjetividad. En esa línea, Vetö (2013) también plantea que el énfasis en el cuidado del encuadre analítico, por parte de los analistas kleinianos, responderían a la idea de que permitiría otorgar las condiciones para mantener la “neutralidad analítica”. Desde esa perspectiva, paradójicamente, pareciera ser que el mismo método hubiese “neutralizado” al psicoanálisis de intervenir en otros ámbitos, y a partir de la aspiración de preservar la pureza del método, se hubiese desarrollado una “política de la neutralidad”.

En la década de los 90 también se estaba desarrollando un dispositivo de salud mental en el sistema público, enfocado en la reparación de las víctimas de la dictadura militar, que sería llamado: PRAIS. Posiblemente, sea en esa experiencia, en la cual, se observa con mayor claridad la tensión con el concepto de “neutralidad” en psicoanálisis.

Como ya se había mencionado antes, el programa PRAIS nace de las experiencias de trabajo de las ONG que trabajaron en Chile atendiendo a las víctimas del régimen militar. Sin embargo, es en el año 1990 con los hallazgos de Pisagua cuando se formaliza la idea de crear un servicio especializado en la salud pública que tuviera como objetivo brindar atención en salud mental a las personas que se habían sido víctimas de la dictadura. En ese entonces, el encargado de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, era el médico psiquiatra Alfredo Pemjean, y él se encarga de contactar a distintos actores para desarrollar un proyecto piloto en la ciudad de Iquique. En ese equipo participaron personas que ya venían

desarrollando un trabajo importante en materia de Derechos Humanos, y entre las profesionales había algunas que tenían una formación en psicoanálisis.

En ese contexto, fueron las instituciones como ILAS, CINTRAS y FASIC las que se encargaban de la supervisión y capacitación de los equipos PRAIS. Es ahí en donde asume más protagonismo una perspectiva psicoanalítica que pretendía interpretar los eventos traumáticos, a partir de la relación con el contexto social y político. Al mismo tiempo, se comienza a trabajar con el concepto del vínculo comprometido, desde una no-neutralidad. Esto derivaría más adelante en la instalación de una corriente intersubjetiva y relacional del psicoanálisis en nuestro país.

De hecho, en el año 1994 se publica un informe del MINSAL, elaborado por las psicólogas: Rosario Domínguez y Lucy Poffald, el médico salubrista Gonzalo Valdivia y la psiquiatra Elena Gómez, en el cual, describen la experiencia de implementación del programa PRAIS, y realizan una revisión sistemática de algunos de sus alcances y resultados. En el mismo documento también hablan de la relevancia social que tuvieron las ONG en el periodo previo a la puesta en marcha del programa PRAIS, y que éstas aportaron con sus conocimientos y experiencias en el diseño y la ejecución del programa (MINSAL, 1994).

En la sección de resultados del informe, los autores explican que se realizó entrevistas a trabajadores de las ONG, y destacan:

A juicio de los entrevistados de las ONG, el programa ha considerado elementos del marco teórico, de los enfoques de atención clínica y del modelo de atención (personalizado), desarrollados por esas organizaciones, incorporándolos sistemáticamente. Se destaca el hecho de aprovechar su experiencia en el programa mediante una adecuada coordinación (MINSAL, 1994 p. 65).

Además de esto, refieren que se realizó una indagación en el tipo de atención de salud mental que los equipos PRAIS realizan de forma prioritaria, siendo estas: el diagnóstico psicológico, la intervención en crisis, la terapia farmacológica y la psicoterapia de apoyo, y que, en el enfoque teórico con el que se abordan los casos existía una amplia variación, incluyendo, por lo demás, el enfoque “psicodinámico”.

Estas atenciones se combinan de distinta manera según los casos. Esto refleja que se aborda inicialmente la sintomatología aguda y que requiere generalmente de apoyo de medicamentos. Respecto al enfoque teórico que respalda la atención existe amplia

variación: gestáltico, cognitivo, sistemático, psicodinámico, eclético (MINSAL, 1994 p. 73).

Si bien, los autores reconocen que la perspectiva teórica con la que se abordan los casos es variada, al menos, el documento si contempla oficialmente al psicoanálisis cómo un enfoque de trabajo válido para utilizar en el programa PRAIS; situación, por lo demás, muy distinta si se atiende al documento oficial del MINSAL del programa para la depresión en la Atención Primaria de Salud del año 1998. De todas maneras, sería sensato subrayar que la palabra que se utiliza es “psicodinámico”, lo cual, podría ser una manera de “presentar” al psicoanálisis, de modo tal, que pueda adaptarse a las políticas oficiales del MINSAL en aquellos años, y que estuviera más en sintonía con el saber psiquiátrico que adhería a la corriente psicoanalítica del yo.

Pese a todo lo anterior, -de acuerdo con la investigación realizada por Silvana Vetö- paradójicamente “el trabajo que realizaban instituciones como ILAS y FASIC en el periodo de dictadura, era considerado un trabajo “independiente” de su labor en tanto psicoanalistas, por parte de la ortodoxia psicoanalítica. En otras palabras, era considerado un trabajo autónomo, que en realidad no tenía mucho que ver con el psicoanálisis” (Vetö, 2013 p. 104).

Subcategoría: El elitismo del psicoanálisis

Complementando lo que ya se desarrolló en el apartado anterior, la subcategoría “el elitismo del psicoanálisis”, alude a la percepción que la mayor parte de los entrevistados comparte en cuanto al sesgo más elitista que acompañaría al psicoanálisis desde sus orígenes y en su desarrollo institucional que ha tenido en nuestro país. Es más, lo paradójico de esta subcategoría, radica en que no sólo son los psicoanalistas los que compartirían esta percepción, sobre que la difusión del psicoanálisis se concentraría en un nicho más elitista de la sociedad, sino que también -de acuerdo a una de las entrevistadas- habría sido una idea que circulaba en las instituciones de salud pública de la época.

(E5) Yo creo que también el psicoanálisis ha estado mucho tiempo en nuestra sociedad en sectores más elitistas... también se ha instalado desde allí. Diría yo que, en los últimos tiempos, ha tenido avances a sectores menos elitistas, donde se plantean otros temas más abiertos al devenir del malestar actual, social... diría yo, que en la medida que se han ampliado ciertas instancias donde se forman, o donde

se promueve el psicoanálisis... llámese Universidad, o ... ha habido más posibilidad para que se pongan esos temas en discusión. Pero también, el devenir del psicoanálisis ha sido desde sectores más elitistas ha menos elitistas...

*(E3) Se veía al psicoanálisis como algo... muy caro, de una élite, “que es para una élite... que es un muy lento, que no sirve” ...
Me acuerdo de esta mujer que era Opus Dei, decía que además... que atentaba contra las familias... como que la gente que iba al psicoanálisis después terminaba teniendo mucha rabia con sus papás, que generaba odio al interior de las familias... fue... mal.*

Como ya se revisó anteriormente, es en la conferencia en Budapest del año 1918, en la cual Freud se refiere puntualmente a la idea de llevar el tratamiento psicoanalítico a las instituciones sanitarias, época en que, por lo demás, Freud ya era más reconocido y el psicoanálisis ya había logrado mayor notoriedad por su aplicación en las neurosis de guerra. Antes de eso, sólo podían acceder al método psicoanalítico aquellos pacientes que podían costear sus tratamientos, por lo que, eran las personas de mayor estatus quienes iniciaban un psicoanálisis (Vetö, 2013). Así es como, desde sus inicios, el método psicoanalítico tuvo dificultades para insertarse como una herramienta útil en los servicios públicos de salud.

Los dilemas también apuntaban a que los pacientes que podían acceder a un psicoanálisis debían tener algunas características, tales como: una elevada cultura y la capacidad de costear el tratamiento, en donde el dinero también era interpretado en el análisis, bajo la premisa de que participarían factores de la vida sexual de los pacientes. Al respecto, Freud señala:

El punto siguiente sobre el que se debe decidir al comienzo de una cura es el dinero, los honorarios del médico. El analista no pone en entredicho que el dinero haya de considerarse en primer término como un medio de sustento y de obtención de poder, pero asevera que en la estima del dinero coparticipan poderosos factores sexuales. Y puede declarar, por eso, que el hombre de cultura trata los asuntos de dinero de idéntica manera que las cosas sexuales, con igual duplicidad, mojigatería e hipocresía. Entonces, de antemano está resuelto a no hacer otro tanto, sino a tratar las relaciones monetarias ante el paciente con la misma natural sinceridad en que pretende educarlo para los asuntos de la vida sexual (Freud, 1913 p. 132).

De hecho, al menos hasta el año 1913, Freud planteaba que el psicoanalista debía negarse a iniciar un tratamiento gratuito, debido a las consecuencias que generaría en sus esfuerzos por ganarse la vida, equiparándolo con el efecto de “un grave accidente

traumático”. En el mismo artículo, Freud confiesa que durante diez años si había accedido a iniciar durante una o dos horas, tratamientos gratuitos, pero que había comprobado que muchas de las resistencias de los neuróticos aumentaban, afectando, por lo tanto, el vínculo transferencial con los pacientes.

Uno puede situarse muy lejos de la condena ascética del dinero, y, sin embargo, lamentar que la terapia analítica, por razones tanto externas como internas, sea casi inasequible para los pobres. Poco es lo que se puede hacer para remediarlo (...) otra incuestionable experiencia nos dice que es muy difícil sacar al pobre de la neurosis una vez que le ha producido. Son demasiado buenos los servicios que le presta en la lucha por la afirmación de sí, y le aporta una ganancia secundaria de la enfermedad (Freud, 1913 p. 133).

Finalmente, Freud argumentaba que los costos monetarios que implicaba sostener un psicoanálisis eran sólo en apariencia desmedido, dado los beneficios que conllevaría la cura analítica para la salud y la productividad de la persona, comparando esto con los “incesantes costos de los sanatorios y los tratamientos médicos”, concluyendo con una frase ampliamente difundida: “No hay en la vida nada más costoso que la enfermedad y la estupidez” (Freud, 1913 p. 134).

Otro elemento que identifica uno de los entrevistados, es la formación en psicoanálisis que existía por aquellos años, y las evidentes dificultades de pretender llevar a la salud pública la “técnica psicoanalítica” que se transmitía en la formación oficial. Por lo demás, resulta interesante que, en el discurso del entrevistado, la “técnica” pareciera ser homologable con las condiciones del encuadre en que se desarrolla el análisis. Tal vez, esa idea también podría asociarse con el interés de instalar divanes en un hospital público. En otras palabras, ante el deseo de hacer psicoanálisis en una institución de salud pública, se instalaban divanes, descuidando así, otras formas de inserción de la perspectiva psicoanalítica a las instituciones de salud mental de la época.

(E4) Entonces, mi contacto con la salud pública fue más bien desde estudiante de medicina. Entonces yo siempre tenía la inquietud, respecto de que el psicoanálisis, el psicoanálisis llevado a técnica, sobre todo, en ese entonces, para formarse uno no podía tomar pacientes menos de cuatro veces a la semana, y yo estaba en un psicoanálisis kleiniano cinco veces a la semana... de lunes a viernes. Entonces llevar la técnica a la salud pública a mí me parecía imposible, y también, en ese sentido, había un sesgo... ha habido un sesgo históricamente elitista...

Así es como el sesgo elitista que reconocen la mayoría de los entrevistados aumentaría la brecha entre psicoanálisis y las instituciones de salud pública, generando que por varias décadas el acceso al tratamiento se concentrara en los sectores más pudientes de la sociedad. Es más, pareciera ser que, la idea del “elitismo del psicoanálisis”, es alimentada, no sólo por prejuicios de las autoridades a cargo de la redacción e implementación de políticas y programas de salud mental, sino que también, por los mismos psicoanalistas que confundían encuadre con dispositivo psicoanalítico. En base a eso, cabe preguntarse: ¿se consideraba psicoanálisis lo que hacían los analistas al interior del sistema de salud público?, o más bien ¿se reducía el debate a una lucha ideológica con los ideales de la salud pública de aquella época?

Subcategoría: “Epistemes” en conflicto

La subcategoría “epistemes en conflicto”, se relaciona con los desencuentros que identifican algunos de los entrevistados, entre la perspectiva psicoanalítica y el enfoque que asume la salud mental en nuestro país, a partir de la década de los años '90. Este desencuentro entre ambos enfoques es percibido como “un diálogo de sordos” al interior de las instituciones, sobre todo con respecto a la concepción del sujeto en psicoanálisis, y los ideales de salud que se desprenden de las políticas públicas de salud mental.

(E1) “Yo diría que era muy imposible, porque había (...) el discurso de ellos, -de los que estaban haciendo las políticas, los manuales y todo eso-, era con un ideal de salud y con una omnipotencia que te mueres. O sea, había un plan ... había un plan de: ¡lograr la salud!, era cómo que de verdad creían que, tal y como se había erradicado el tifus, se había erradicado la polio (...) se podía erradicar la patología en salud mental, y ahí chocábamos, ahí era irreconciliable. Ahí yo diría que el diálogo fue nulo. Fue como de mirarnos mutuamente, y de levantar las manos”.

Con el inicio de los años '90 y la difusión del Plan Nacional de Salud Mental de 1993 se ratifican las directrices que se habían estipulado en la Conferencias de Caracas, fortaleciéndose la necesidad de incorporar servicios ambulatorios que apuntaran a la prevención y la promoción de la salud mental, a partir de intervenciones que se enfocaran en el trabajo con el usuario, la familia y las comunidades. Así es como, la noción de

“comunidad” aun cuando su definición y sus límites sean difusos, vuelve a retornar a los discursos oficiales de las políticas sanitarias, luego de un periodo del país en el que estuvieron prohibidas las instancias de organización social y de cualquier iniciativa comunitaria que pudiera ser sospechosa para la dictadura militar.

Esta unión entre salud mental y comunidad pareciera ser que generó algunas dificultades para aquellas corrientes que arrastraban una tradición de situar los procesos de salud y enfermedad en los estados intrapsíquicos de los sujetos. En otras palabras, el nuevo objetivo de la política sanitaria volvía a ser la comunidad, y ya no sólo la enfermedad mental, por lo que, las técnicas y los métodos para lograr aquello debían ir más allá de la clínica individual y más cerca de los contextos en los que se podía “prevenir” la patología mental. Para Paulo Amarante (2006), uno de los antecedentes que explica los esfuerzos de la psiquiatra para explicar la enfermedad mental, a partir de conceptos provenientes de un campo no-médico como la sociología y la psicología, es el enfoque del “preventivismo norteamericano”, el cual, no sólo fue implementado por el Estado Norteamericano, sino que también por organizaciones internacionales como la OMS en los años ´60. Desde esta perspectiva, se adopta la idea de que toda enfermedad mental se puede prevenir y se puede detectar prematuramente en una comunidad, y, por lo tanto, se puede promover “la salud mental”.

De hecho, el modelo comunitario en salud mental, -en parte- es heredero de las ideas del movimiento anti psiquiátrico, y paradójicamente -tal y como plantea Ely Zaretsky-, las raíces de la antipsiquiatría se anclaban en el psicoanálisis.

La antipsiquiatría angloamericana, ejemplificada por Ronald David Laing, procedía de la teoría británica de las relaciones objétales. Formado como psiquiatra en la Universidad de Glasgow, Laing se incorporó en 1956 a la plantilla de médicos de la clínica Tavistock, donde trabajó junto a D.W. Winnicott, Melanie Klein y Susan Isaacs, y donde fue psicoanalizado por Charles Rycroft. A principios de los años sesenta, junto con Thomas Szasz y otras personas, Laing empezó a describir la esquizofrenia como un estado que el psiquiatra le imponía al individuo, y no como un estado intrapsíquico (Zaretsky, 2012 p. 485).

En el fondo, el autor plantea que algunos de los exponentes de la antipsiquiatría fueron abandonando nociones provenientes del psicoanálisis y en algunos casos, mantuvieron una opinión crítica al considerar que la teoría analítica había descuidado el

tratamiento de la psicosis no disputando la hegemonía del saber psiquiátrico en las instituciones hospitalarias. Al mismo tiempo, las explicaciones intrapsíquicas fueron cayendo en desuso por parte del movimiento anti psiquiátrico y la patología mental fue redefinida en términos de las estructuras sociales. Sin embargo, también hubo un movimiento de analistas que suele denominarse “freudo-marxistas” que si estaban interesados en los vínculos entre el psicoanálisis y teoría crítica para pensar la política social de la época y las concepciones sobre la patología mental. Incluso, participaron en las políticas de salud con enfoque comunitario que asumen más protagonismo en occidente durante los años 60.

Paradójicamente, así como el psicoanálisis contribuyó a la idea de la necesidad de una reforma psiquiátrica en el siglo XX, en la medida que proporcionaba un método distinto de tratamiento de la enfermedad mental (y, por lo tanto, una alternativa a la psiquiatría que dominaba en los recintos hospitalarios) no obstante, con el avance de la economía de la salud y las directrices del Banco Mundial los impulsores de las políticas sanitarias de la época buscaron nuevas tecnológicas de los saberes “psi”, a partir de la evidencia empírica disponible.

En donde se concentró mayormente la transformación de los servicios de salud mental en los ´90, fue en la APS, lugar en el que se propuso detectar oportunamente los problemas de salud mental, y tratar la enfermedad desde una dimensión biopsicosocial. Coincide el fortalecimiento de la APS con el aumento de la prevalencia de los trastornos depresivos en el país y la alta demanda de usuarios que consultaba al nivel primario de salud por algún trastorno emocional. A partir de la nueva manera en la que se calculaba la salud de los países (AVISA/AVAD), la depresión demostraba ser una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en la población chilena, y, sobre todo, en las mujeres.

Así, en el año 1998 surge la guía clínica del manejo de la depresión en APS, estableciendo un “marco oficial” de cómo proceder en la atención primaria en cuanto al diagnóstico, el tratamiento, y la pertinencia de las derivaciones a los otros servicios del sistema de salud público.

Las teorías actuales sobre la depresión señalan que en la génesis del trastorno interactúan factores psicosociales y bioquímicos. Hechos biográficos estresantes preceden frecuentemente al primer episodio depresivo, pero el estrés asociado a ese episodio da como resultado cambios biológicos de más largo alcance que dejan al

individuo expuesto a un mayor riesgo de sufrir otros episodios en el futuro (MINSAL, 1998 p. 12).

En el discurso oficial del MINSAL en los años '90 también se desprende una manera específica de concebir la depresión, el cual, si bien incluye la retórica sobre los factores psicosociales sigue siendo predominante la perspectiva biomédica al momento de explicar los procesos en torno a la salud y la enfermedad mental.

En este punto, resulta inevitable detenerse en las raíces de esta perspectiva. De acuerdo con Baeta (2015) “el modelo biomédico tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y de la física newtoniana. Divide la naturaleza en cuerpo y mente, y el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes. Este modelo ha constituido la base conceptual de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos y la función de la práctica médica es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico” (p. 82). Asimismo, Ríos (2011) plantea que con la separación que Descartes realizó entre cuerpo y mente, orientó la investigación de los fenómenos patológicos del sujeto desde la concepción del cuerpo como una máquina, descuidando las demás dimensiones de lo humano y las relaciones que éste establece con el entorno.

Ante lo anterior: ¿qué lugar para el psicoanálisis en la APS de los años '90?

(E1) *“Desde la cabeza de los epidemiólogos, y de los que estaban generando todos estos programas de prevención, de psicología comunitaria, estaban en aquellos años (no sé ahora), la ambición de que: ¡no hubiera patología!, que iban a: “erradicar la depresión”, por ejemplo. Yo los miraba y decía: “¡pero que inocencia!”, o que omnipotencia, pero ahí fue un diálogo de sordos. No pudimos, porque **ahí sí que las epistemes eran muy distintas**”.*

En efecto, para la perspectiva psicoanalítica, hay una concepción ontológica distinta, respecto a los procesos de salud y enfermedad. En ese sentido, más que una “episteme en conflicto” a lo que la entrevistada apunta es a una concepción antropológica del ser humano que no coincide con la doctrina del bienestar que se desprende de las políticas públicas de salud mental. Desde Freud en adelante, se instala una visión del ser humano que no coincide

con la idea de la homeostasis ni del funcionamiento óptimo. Para el psicoanálisis, hay un conflicto entre los deseos del ser humano y las exigencias que impone la cultura y la civilización. Dicho de otro modo, hay una visión del sufrimiento de carácter existencial, y en ese sentido, para el sujeto no es posible sanarse de la existencia.

“Nuestra constitución limita nuestras posibilidades de dicha. Mucho menos difícil es que lleguemos a experimentar desdicha. 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 despiadadas, destructoras; y, desde los vínculos con otros seres humanos”, cuyo padecer que proviene de esta fuente es más doloroso que los otros, y “acaso no sea menos inevitable ni obra de un destino menos fatal que el padecer de otro origen” (Freud, 1930 p. 77).

Cómo explica (Bassols en Miranda, 2014), el psicoanálisis trabaja con lo que Lacan denominó “el sujeto de la ciencia”. “El sujeto de la ciencia es precisamente el sujeto que el psicoanálisis trata en su práctica, es el sujeto que hace signo de goce de un real que rompe la homeostasis en la vida, el goce que emerge en el síntoma como malestar” (p. 41). En ese sentido, para Miranda (2014) toda clínica tiene que vérselas con lo irreductible de ese sujeto de goce, sujeto que escapa a las estadísticas poblacionales. “Las mayores dificultades para una clínica psicoanalítica en instituciones de salud mental no tienen que ver con el encuadre, sino con la ética. Detrás del imperativo de eficacia que ha invadido las políticas y programas de salud, hay una ética, la ética de la homeostasis, la de un bienestar científico que es propia de la gubernamentalidad contemporánea” (p. 42).

Ahora bien, con la guía oficial del manejo de la depresión en APS difundida en el año 1998, se producen en el país, dos hitos relevantes en torno al sistema público de salud y políticas de salud mental. En el mes de mayo de 1999 se realiza el “Congreso Nacional: Un Plan de Atención Psiquiátrica para Chile”, y en septiembre del mismo año, el “Congreso Mundial de Salud Mental”, ambos desarrollados en Santiago, y organizados por el Ministerio de Salud y patrocinada por quince instituciones.

Algunas de las conclusiones del Congreso de mayo del año 1999, apuntaban a fortalecer las acciones de promoción y de prevención en salud mental. Inclusive, se planteaba la relevancia de que el Plan Nacional debía tener un propósito más amplio: “contribuir a hacer mayor conciencia acerca de los condicionantes negativos que se derivan del actual

modelo de desarrollo del país y la necesidad de garantizar los recursos para su implementación” (MINSAL, 2000). Por su parte, el Congreso Mundial de Salud Mental, tuvo la participación de autoridades relevantes tales como: Thomas Bornemann²²; el director de Salud Mental en aquella época de la OMS: Benedetto Saraceno; y Harvey Whiteford del Banco Mundial y asesor de distintos gobiernos en sus planes de salud mental. En aquellos pronunciamientos, hay menciones a la experiencia de psiquiatría comunitaria en EEUU y a la Reforma Italiana, con el propósito de argumentar la relevancia de establecer un modelo de salud enfocado en el usuario, la familia y la comunidad.

Así es como las autoridades sanitarias de la época, establecían un importante acento en las directrices de organismos internacionales como el Banco Mundial y la OMS, además de centrar su atención en las experiencias y las investigaciones que se estaban desarrollando en Estados Unidos. Una de las conferencias realizadas en el Congreso Mundial de Salud Mental, tenía como título: “En Camino a un Mundo sin Depresión”, y fue realizada por Ricardo Muñoz, a partir de sus investigaciones en la Universidad de California y el Hospital de San Francisco. En aquella exposición el autor manifestaba alguna de sus ambiciosas aspiraciones:

Si pudiéramos entonces erradicar la epidemia de la depresión de nuestros pueblos, podríamos evitar un gran porcentaje de las causas principales de sufrimiento y muerte que azotan a la humanidad (Muñoz, 1999 p. 21).

Así, la depresión se convertía en uno de los problemas más importantes en salud pública, en la medida que las investigaciones demostraban que estaba vinculada con diversas causas de muerte que eran posibles de prevenir. Y, pues bien, ¿Cuáles eran las técnicas psicológicas más validadas para el tratamiento de las enfermedades mentales por aquellos años en EEUU? los modelos conductuales que basaban sus intervenciones en la evidencia científica y en los nuevos hallazgos que estaba realizando la farmacología y las neurociencias.

Tal y como explica Zaretsky (2012), además, los fármacos eran mucho más rentables que el psicoanálisis, y éstos convergían con las tendencias a la pacificación social en los

²² Vicedirector del Centro de Servicios de Salud Mental de los Estados Unidos.

Estados Unidos. La investigación acerca de los neurotransmisores condujo en 1987 a la comercialización del Prozac (hidrocloruro de fluoxetina), y poco después a la de la Paroxetina y Sertralina, para el tratamiento de la depresión. Del mismo modo, fueron los grandes avances en neurociencia lo que completó la transición al modelo médico. Las imágenes por resonancia magnética (IRM) y las tomografías por emisión de positrones (PET) hicieron posible la observación del cerebro durante las operaciones encefálicas” (p. 496).

Paradójicamente, los psicólogos del yo habían sembrado las semillas para la transformación del psicoanálisis en neurociencia y farmacología cuando validaron el modelo médico para afecciones psicológicas (...) Sin embargo, mientras los psicólogos del yo estadounidenses, más se consideraban los representantes legítimos del modelo médico, tanto más eran tachados de anticientíficos por sus críticos. Esta situación se intensificó en la década de los años 60, produciéndose una fragmentación, con la división de sus dimensiones científica y cultural (Zaretsky, 2012 p. 495).

De hecho, el mismo autor refiere que hasta la década de los ´80 en EEUU, los psiquiatras buscaban un enfoque que combinara los fármacos con tratamientos psicodinámicos y psicosociales. Sin embargo, en los ´90, el sistema médico en EEUU, transitó hacia las intervenciones que surgían de los hallazgos de la medicina basada en la evidencia. En ese contexto, uno de los autores influyentes en esa transición fue Adolf Grünbaum que en 1984 publicó “Foundations of Psychoanalysis”, en el cual excluía al psicoanálisis del ámbito científico. A raíz de eso, se reforzó la confianza de la medicina en las técnicas conductistas y en la psicofarmacología. “Desde esta perspectiva, la explicación de los trastornos mentales no residía en la vida singular de cada persona, sino más bien “más allá de la personalidad”, en una serie de microestructuras biológicas que escapan a la singularidad” (Zaretsky, 2012 p. 497).

Así, resulta pertinente enfatizar que con la publicación de la guía oficial del diagnóstico y tratamiento de la depresión en APS del año 1998, el Ministerio de Salud adscribe a las terapias cognitivo-conductuales, en base a la premisa de ser un tratamiento de mayor eficacia y con mayor evidencia empírica disponible. Y, sumado con los avances de las neurociencias y la farmacología lo que se desprende de ello, es una concepción del sujeto muy distinta a la antropología psicoanalítica, en la cual no se considera la dimensión del goce como parte de los tratamientos, y más bien se prioriza la búsqueda de un funcionamiento óptimo y la mayor adaptación al medio.

Subcategoría: Preservar un psicoanálisis “puro” vs “transar”

La presente subcategoría, con la que concluye el esquema del segundo eje, se relaciona con la tensión que se constata, entre los psicoanalistas que aspiraban a una “revisión” de los alcances del psicoanálisis a contextos más allá de la consulta particular, y de los que más bien, enfatizaban en la “pureza” del método psicoanalítico que se practicaba en las instituciones oficiales de formación en psicoanálisis por aquellos años. En otras palabras, una tensión entre “puritanos” y “revisionistas”.

Este dilema se desprende, inclusive, del discurso de algunos de los psicoanalistas que participaron en esta investigación, sobre todo en relación con las experiencias que han existido en salud pública, de aplicar la teoría psicoanalítica en investigación en psicoterapia y de adaptar la técnica a las terapias de breve duración. De ese modo, el dilema de preservar o no un psicoanálisis “puro”, aumentaría la brecha con las políticas públicas de salud mental, y con las nuevas exigencias del sistema sanitario enfocado en las metas de cobertura y el rendimiento de las prestaciones otorgadas.

En la mitología griega existe un mito que relata la historia de un hijo de Poseidón llamado “Procusto”, el cual ajustaba a los viajeros que se hospedaban con él, a los límites de una cama. Si las extremidades del cuerpo sobresalían, procedía a cortar aquellas zonas hasta que se ajustara a los parámetros de la cama. En ese sentido, para uno de los entrevistados, el dilema de preservar la pureza psicoanalítica se podría representar con la metáfora del “diván de Procusto”, en el que algunos psicoanalistas intentarían ajustar a los pacientes al dispositivo, en vez de ajustar el dispositivo a la singularidad de los pacientes y del contexto en el cual se inserta la clínica psicoanalítica.

(E7) “El diván de Procusto” ... ¿no?, ¿conoces ese mito?... Procusto metía a los pacientes en un diván, y si le sobraban patas, cabezas, los cortaba... para que se acomodaran al diván donde tenían que estar los pacientes... es un mito ese. Entonces, Procusto era un médico medio bruto digamos... que no flexibilizaba su dispositivo, sino que los pacientes tenían que adaptarse al dispositivo, y si no, los cortaba nomas. Y bueno, cuando el psicoanalista funciona así, digamos... es como ponerle un diván de Procusto a los pacientes, que no es la idea evidentemente... no permitiría ningún tipo de trabajo con la subjetividad semejante locura”.

Cómo ya se mencionó anteriormente, la constatación de la existencia de divanes al interior del Hospital Psiquiátrico, es un hecho que si bien, representa el antiguo auge que había tenido el psicoanálisis en los círculos médicos psiquiátricos, también es objeto de críticas por parte de los entrevistados, en el sentido de que se habría intentado aplicar un psicoanálisis “de diván” en una institución de salud pública, desatendiendo, por lo tanto, las exigencias del contexto y la flexibilidad de adaptar la técnica a las necesidades de los pacientes.

(E7) “El psiquiátrico tenía divanes... cuando yo llegué al psiquiátrico... ¡muchos divanes!, había divanes en muchas partes. En el Policlínico habían muchas oficinas con divanes... eso te indica que durante mucho tiempo que hubieron ahí analistas que hacían análisis en diván con los pacientes en el hospital psiquiátrico... lo que es una locura, digamos... o sea, que con algún paciente, tal vez, pueda valer la pena, que el tipo pueda hablar mejor, si no está el registro de la mirada... ok, punto... pero, no estoy hablando de eso... Eran tipos que se formaban en la APCH, psiquiatras, y que tenían algunos pacientes ahí en análisis en el hospital, y los tenían años, en el Policlínico, lo que es absurdo...”

En cambio, para otra entrevistada, el hecho de poder instalar un diván en un hospital público es percibido cómo un logro, cómo una conquista del psicoanálisis, respecto a su inserción en la salud pública.

(E3) “Yo creo que trabajar en lo público significa renunciar a una situación económica. Yo tengo la impresión de que son muy pocas las personas que están dispuestas a hacerlo... y yo siento que los logros han sido lentos... Yo sé que (el nombre no se menciona por criterios de confidencialidad) ha logrado poner un diván en el Hospital Sotero del Río, y eso es un hito así histórico... o sea, a mi cuando me contaron... no podía creerlo. Qué es una cosa tan simple, o sea”.

El mismo Freud abordó el asunto del uso del diván en uno de sus artículos de “consejos sobre la técnica psicoanalítica”. En el año 1913, Freud mantenía la recomendación de que los pacientes se acostaran en un diván, evitando el contacto visual con el analista. Esta sugerencia tenía como finalidad, evitar que se “contaminara” la transferencia, y, aislar lo más posible las interpretaciones que podía hacer el paciente, a partir de los gestos del analista. Pese a eso, el mismo Freud reconocía que recomendaba mantener el uso del diván porque le era difícil tolerar la mirada fijada de los pacientes durante varias horas seguidas;

estableciendo así, una concepción del diván, muy distante de la representación, a ratos “sagrada” en el devenir de los tratamientos psicoanalíticos.

Mantengo el consejo de hacer que el enfermo se acueste sobre un diván mientras uno se sienta detrás, de modo que él no lo vea. Esta escenografía tiene un sentido histórico: es el resto del tratamiento hipnótico a partir del cual se desarrolló el psicoanálisis. Pero por varias razones merece ser conservada. En primer lugar, a causa de un motivo personal, pero quizás otros compartan conmigo. No tolero permanecer bajo la mirada fija de otros, ocho horas (o más) cada día. Y como, mientras escucho, yo mismo me abandono al decurso de mis pensamientos inconscientes, no quiero que mis gestos ofrezcan al paciente material para sus interpretaciones o lo influyan en sus comunicaciones. (...) Persisto en ese criterio, que tiene el propósito y el resultado de prevenir la inadvertida contaminación de la transferencia con las ocurrencias del paciente, aislar la transferencia y permitir que en su momento se la destaque nítidamente circunscrita como resistencia. Sé que muchos analistas obran de otro modo, pero no sé si en esta divergencia tiene más parte la manía de hacer las cosas diversas, o alguna ventaja que ellos hayan encontrado (Freud, 1913 p. 135).

De los alcances y los límites del diván, pareciera ser que hubo un tránsito hacia la pregunta sobre los alcances y los límites del encuadre psicoanalítico. Si bien, el diván también forma parte del encuadre “tradicional” del método inventado por Freud, es con las ideas de Melanie Klein, donde se establece un énfasis importante en las condiciones que permite el encuadre para la proyección de las fantasías inconscientes de los pacientes. Cómo explica Vetö (2013), en la medida en que fue avanzando la teoría kleiniana, fue sosteniendo su argumentación en aspectos puramente intrapsíquicos como la fantasía y la ansiedad, descuidando así, los acontecimientos traumáticos y el contexto social (p. 102).

En estas confusiones en torno al setting y la posibilidad de insértalo en un contexto distinto a la situación analítica de la consulta particular, es también uno de los factores que aumenta la desconexión con la dimensión más política del psicoanálisis. Esta desconexión con asuntos sociales y políticos surgen notoriamente en la historia del psicoanálisis en el contexto de la Segunda Guerra. Ante el temor de que el psicoanálisis pudiera desaparecer a causa del nazismo, algunos analistas fueron obligados a silenciar sus ideas políticas o a ser expulsados de la International Psychoanalytical Association. En ese contexto, surge también la carta de Anna Freud a Ernest Jones del año 1933, en la cual, se pronuncia sobre la situación del psicoanalista marxista Wilhem Reich, mencionado la opinión que tenía su padre al respecto: “qué si el psicoanálisis va a ser prohibido, debe serlo por lo que es y no por la

mezcla con la política”. Finalmente, cierra sus palabras expresando que: “el psicoanálisis no tiene ningún papel en la política” (Vetö, 2013 p. 106).

Ahora bien, ¿cómo explicarse el dilema del “oro puro” del psicoanálisis en contextos de reformas de salud mental en Chile? Además, de la desconexión de las instituciones psicoanalíticas con asuntos de políticas públicas, también se observan resistencias por parte de los mismos analistas, en relación a la idea de realizar modificaciones técnicas al psicoanálisis para adaptarse al “encuadre de la salud pública”, y en la articulación entre psicoanálisis e investigación en psicoterapia que, por aquellos años se estaban desarrollando en instituciones hospitalarias. Paradójicamente, de la crítica a los esfuerzos de mantener un encuadre analítico de la consulta particular en instituciones de salud, -por parte de algunos analistas miembros de la APCH-, se cuestionaba las modificaciones que se había realizado a la técnica psicoanalítica para ajustarse a las demandas hospitalarias: la terapia psicoanalítica breve.

El testimonio de uno de los entrevistados que se había desempeñado como psicólogo en un hospital público de Santiago, permite resumir el dilema al que nos referimos anteriormente:

(E8) “Nosotros teníamos una visión muy crítica de las instituciones psicoanalíticas, porque se habían privatizado. O sea, que frente de haber salido de los hospitales se privatizaron, y el intento de volver a los hospitales... del psicoanálisis era a través de las terapias breves...”

Ese era el modo, en que el psicoanálisis intenta, luego de haber sido expulsado de los hospitales, y que los divanes han sido guardados en las bodegas, el psicoanálisis intenta retornar a través de una modificación técnica digamos, que tienen que ver con las terapias breves.

O sea, que en el fondo eran más bien terapias inspiradas, y terapias más bien breves que pudiesen, por lo tanto, insertarse eventualmente en los hospitales, porque la APCH seguía enseñando un psicoanálisis de cuatro, cinco sesiones a la semana -completamente inviable para cualquier servicio de salud pública-, entonces la única forma de subsistir era privatizándose nomas. Entonces, creíamos que el psicoanálisis podía ser pensado en setting muy distintos, y sin desvirtuarlo. Si uno lograba más o menos entender mejor cual era el sentido de la clínica psicoanalítica, eso no debiese verse tan limitado por contextos técnicos. “si no puedo hacer sesiones de cinco a la semana de cincuenta minutos, entonces no es psicoanálisis...”, no, eso es una estupidez. Eso es una ritualización vacía del psicoanálisis (...) Entonces, nosotros pensábamos que por ahí era la manera de presentar el psicoanálisis, y no con esta especie de esta cuestión como... un producto más digerible... de terapias breves”.

Para abordar este dilema, y la confusión que se desprende de algunos testimonios, respecto al encuadre y el dispositivo psicoanalítico, resulta conveniente detenerse en las distinciones que proponía Lacan, entre el “psicoanálisis puro”, y el “psicoanálisis aplicado”. De acuerdo a Attié (2002), en el acto en que Lacan funda la Escuela Freudiana de París, en el año 1964 (luego de su expulsión de la IPA), asocia el psicoanálisis puro con la práctica del psicoanálisis didáctico, y por su parte, el psicoanálisis aplicado estaría al servicio de la terapéutica. Lo que estaría en juego en ambos casos, es la función del deseo del analizante y el deseo del analista. “El psicoanálisis es constituido como didáctico por el querer del sujeto, y éste debe estar advertido de que el análisis contestará ese querer, en la medida misma en que vaya acercándose al deseo que entraña” (Lacan, 1964 p. 6).

Del mismo modo Miller (2001), sostiene que “el psicoanálisis puro es el que lleva al pase del sujeto, y en cambio, el psicoanálisis aplicado es el que concierne al síntoma, es el psicoanálisis en tanto que aplicado al síntoma” (p. 15). Es más, el mismo autor, advierte sobre los riesgos de establecer la diferencia entre ambos conceptos, a partir de “la regla y la tradición”, lo cual -piensa Miller- conduce a situar el psicoanálisis en una posición frágil, en la posición de la “fortaleza asediada”. “Cuando uno se encuentra asediado, todo indica que está en vías de ser apresado en el interior” (p. 4). Dicho de otro modo, estaría advirtiendo de lo contraproducente que serían los intentos de “atrincherar” el psicoanálisis, en función de las reglas formales de la institución psicoanalítica.

Finalmente, resulta paradójico que, de la crítica al exceso de neutralidad, en el psicoanálisis que se transmitía en las Asociaciones oficiales en los años 90 -en la cual se enfatizaba en el setting de la consulta privada, descuidando su aplicación a otros ámbitos-, también se termine criticando los esfuerzos de modificar el dispositivo analítico para adaptarlo a las condiciones de la salud pública. Si de la idealización del encuadre, se hubiese desprendido una “política de neutralidad”, pareciera ser que, ante las modificaciones del dispositivo analítico, surge cómo crítica una especie de “política de la transacción”. En otras palabras, cómo si la política de algunos psicoanalistas fuese la de “transar”, y, en consecuencia, “desvirtuar” la finalidad del psicoanálisis. Esto podría dar cuenta de ciertas ambigüedades en la política de un psicoanalista, en relación a la idea de: “que es y que no es psicoanálisis en la salud pública”. Esta ambigüedad, -además de las críticas a quienes

“transaron” el psicoanálisis y modificaron el dispositivo en la salud pública-, es posiblemente, otro antecedente que podría explicar las razones por las cuales, los psicoanalistas terminaron siendo “espectadores” de la política sanitaria, o, dicho de otra manera, “auto marginándose” del debate y la discusión de ésta en la época de los años '90. Por lo demás, la política, consiste en, precisamente, “transar”, y no sólo, aferrarse a las ideas y convicciones que se tienen sobre un determinado tema; de lo contrario, se asume una posición de “trincheras”, o una actitud religiosa, respecto de las ideas que se defienden.

“En nuestra época el psicoanálisis está en todos lados, más los psicoanalistas en otra parte” (Lacan, 1964 p. 9).

Eje 3: Los límites posibles del psicoanálisis en la salud pública

El eje 3 -con el cual concluye el análisis e interpretación de los resultados-, se centra en la categoría: “Los límites posibles del psicoanálisis en la salud pública chilena”. En este esquema, se plantea que se pueden apreciar distintas modalidades de inserción del psicoanálisis en la salud pública de los años '90, en las cuales, aparece la necesidad de: “adaptar la técnica psicoanalítica”; de ejercer un psicoanálisis de manera clandestina, o, -en contra de estas estrategias-, de estar inmerso en una posición de “guerrilla”, de estar “atrincherado” en el mismo psicoanálisis, descuidando los posibles diálogos que se pueden producir con otros actores de las instituciones de salud pública.

Eje 3

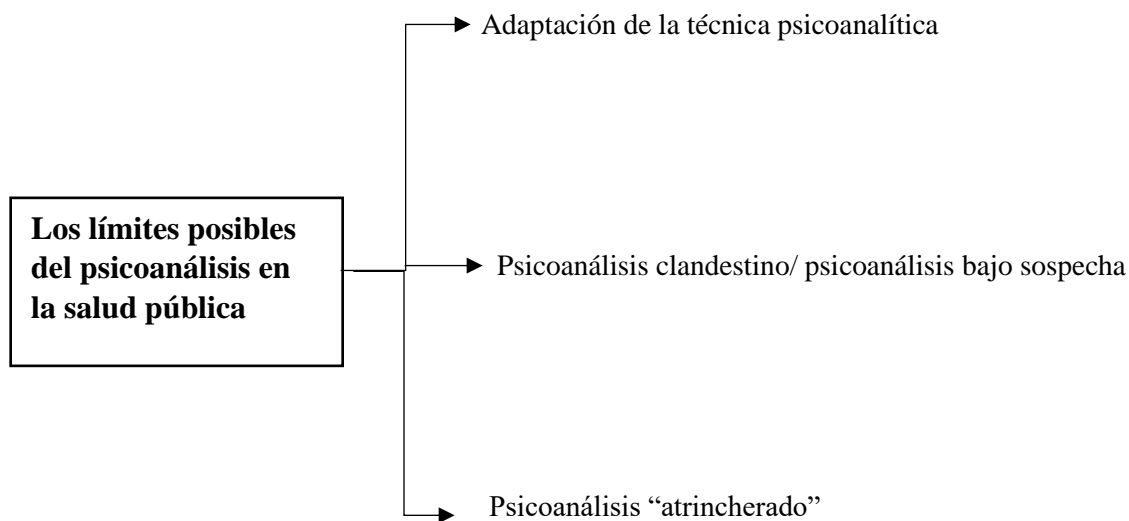


Figura 3: Esquema de clasificación de la categoría y subcategorías respecto del tercer eje “El dilema de los límites del psicoanálisis en la salud pública chilena”.

Tal y como ya se describió en los ejes anteriores, el contexto en el cual se insertan las prácticas y los testimonios de los entrevistados, es en una salud pública que comienza a tener una serie de modificaciones, luego de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 1993, el cual -entre otras cosas- permitió aumentar los alcances del campo de la salud mental en la salud pública, y, por cierto, abrir espacios para la inserción de los psicólogos más allá de la institución hospitalaria. Al mismo tiempo que se producían estos cambios, también la salud pública estableció un fuerte acento en los “compromisos de gestión”, profundizando así una racionalidad económica a la hora de diseñar e implementar políticas y programas de salud mental, en función de su costo y de su utilidad.

Por otro lado, también se planteó que el desarrollo que tuvo el psicoanálisis hasta la década de los años '90, había recibido una serie de críticas que apuntaban a su desconexión con la realidad chilena, y con la desconexión o, “divorcio”, entre quienes ejercían el psicoanálisis en contextos de salud pública, con las instituciones oficiales que ya existían en esa época en nuestro país. Así, lo que se constata, es que hubo una desatención importante por parte de las Instituciones Psicoanalíticas, en asuntos de políticas públicas de salud mental, mientras que -paradójicamente- las contribuciones de psicoanalistas a la salud pública, solía ser catalogado como una contribución como una persona “particular”, no en tanto, psicoanalista. De ese proceso, se plantea que habría aumentado las brechas entre el psicoanálisis y la salud pública, inclusive, que los psicoanalistas terminaron siendo observadores de las políticas sanitarias de la época, más que participantes activos de la discusión y la elaboración de ésta.

Ahora bien, en el eje 2, se planteó que había una tensión entre lo que hemos catalogado como: “revisionistas” vs “puritanos”. Una tensión que, por cierto, tiene lecturas desde una dimensión política. Políticamente, tal como ocurría en el país, se podía constatar un dilema en torno a mantener una “política de neutralidad”, y una política de “transacción”, o -dicho de otro modo- una “política de consensos”. Ésta última, sería atribuido a aquellos psicoanalistas que optaron por realizar modificaciones técnicas al psicoanálisis para adaptarlo a las condiciones de la salud pública, la cual, en la mayoría de los casos, hacía inviable la pretensión de aplicar el psicoanálisis que se difundía y se enseñaba en las Asociaciones oficiales que existían en aquellos tiempos. Pues bien, resulta necesario

detenerse en, precisamente, la época en la que este estudio se propuso investigar, para intentar entrelazar esa tensión, con algunas condiciones de la época de la transición a la democracia.

Cómo plantea la historiadora Azun Candina, la época de la transición a la democracia es un tiempo “crispado”. En la década de los ’80, había iniciado la crisis económica que provocó graves consecuencias sociales, además de jornadas de protestas en las principales ciudades y un aumento significativo de la cesantía. Ese escenario político-social aumentaba aún más el rechazo hacia la dictadura, al cual se le indicaba como el gran culpable de la crisis, y de los altos índices de pobreza y cesantía que estaban afectando al país (Candina, 2018). En esa década también, específicamente, en el año 1980, se había redactado la Constitución, siendo ésta aprobada sin registros electorales y sin ninguna garantía de transparencia y legalidad. “Había entregado al general Pinochet otros ocho años más en la presidencia de la República (de hecho, lo nombró “presidente”), le dio la posibilidad de reelegirse por otros ocho años en 1988 y establecía en su ominoso artículo 8° que: todo acto de persona o grupo destinado a propagar doctrinas que atenten contra la familia, propugnen la violencia o una concepción de la sociedad, del Estado o del orden jurídico, de carácter totalitario o fundada en la lucha de clases, es ilícito y contrario al ordenamiento institucional de la Republica” (p. 44).

En el año 1983, se redacta el primer manifiesto democrático en el que se pedía la renuncia de Pinochet a la presidencia, el cual fue suscrito por el Partido Demócrata Cristiano y el Partido Radical. Y, en el mes de agosto del mismo año se funda la Alianza Democrática (AD), que entre los años 1983-1987 lideró a la oposición de centro-izquierda. Posteriormente, el año 1986, la oposición había fijado como meta que ese año fuera el último de Pinochet y la Junta de Gobierno en el poder: fue bautizado *el año decisivo*. En ese mismo año, se produce el tiranicidio fallido por parte del FPMR, el 7 de septiembre de 1986. Luego, un año más tarde, finalmente, el Partido Comunista decide sumarse, junto a la mayoría de los partidos de oposición, a votar No en el plebiscito que la dictadura cívico-militar había planificado en la Carta Constitucional de 1980, y que se llevaría a cabo en 1988. Fue un hecho importante, debido a que, era uno de los partidos políticos más golpeados en la dictadura militar, y que estaban por la opción de derrocar y de no transar con la dictadura (Candina, 2018).

Después del triunfo del No, en el año 1989, se aprobó un paquete de reformas constitucionales, el cual derogó el artículo 8°, y la facultad de exiliar personas o de disolver la Cámara de Diputados, sin embargo, “la democracia protegida, y con los militares como garantes de la institucionalidad siguió intacta: los comandantes en jefe siguieron siendo inamovibles por el Poder Ejecutivo, el sistema de elecciones binominal se mantuvo y en términos prácticos y de la mayor relevancia, Pinochet continuó como comandante en jefe del Ejército y la institución de los senadores designados -donde él mismo esperaba estar desde 1998 en adelante- tampoco se modificó” (Candina, 2018 p. 49).

Esos antecedentes, junto a la crítica de que, a partir del año 1990 en adelante, los gobiernos del retorno a la democracia siguieron gobernando con la arquitectura institucional que había sido heredada de la dictadura, llevaron a pensadores como Tomas Moulian a plantear que la democracia en esa época era una “jaula de hierro”. Para el sociólogo, la transición había operado como un sistema de trueques, y que aspiraba al olvido, a mantener los recuerdos “bloqueados”, puesto que la memoria y el recuerdo, amenazaban, de alguna manera, la “estabilidad” frágil que se había producido con el retorno de la democracia. Al respecto, menciona:

La llamada transición ha operado como un sistema de trueques: la estabilidad, se dijo, tiene que ser comprada por el silencio. Pero creo que se trató de una trampa de la astucia. Las negociaciones parecieron realizadas, especialmente durante el gobierno de Aylwin, bajo el imperio del temor, como si estuvieran inspiradas por una táctica de apaciguamiento. Pienso que el sentimiento de miedo existió efectivamente en la masa, en los ciudadanos comunes. Pero la élite decisora actuó inspirada por otra estrategia, la del “blanqueo” de Chile. Estuvo movida por un realismo frío y soberbio, carente de remordimientos porque decía (¿o creía?) interpretar el “bien común”, la necesidad de Chile (Moulian, 1997 p. 33).

Por su parte, Elizabeth Lira, plantea que la transición fue un pacto, debido a que el gobierno de Aylwin se encontraba muy limitado por el poder que aún seguía ejerciendo Pinochet, y debido a que las Fuerzas Armadas y la Corte Suprema seguían alineados con el pasado de la dictadura. En ese sentido, menciona:

Yo creo que la transición fue un pacto: Pinochet tenía todo el poder, incluso tanto como para no considerar el plebiscito y tomar la decisión de seguir adelante. Entonces, las presiones internacionales tuvieron un rol decisivo, pero también las tensiones internas en los sectores que lo apoyaban e, incluso, en las fuerzas armadas,

que posibilitaron que se implementara la transición tal como había sido prevista en la Constitución de 1980. Pero fue una transición extraordinariamente controlada, porque se pensaba que si el comandante en jefe, las Fuerzas Armadas y la Corte Suprema - por lo tanto, teóricamente, el Poder Judicial-, estaban alineados con el pasado de la dictadura, entonces el espacio de movimiento que tenía el Gobierno era extraordinariamente limitado. A su vez, la existencia de senadores designados hizo perder fuerza al Gobierno en ese Congreso recién electo (Lira, en Aguilera, 2018 p. 114).

A estos antecedentes, también se suma el aumento de la tensión política que implicaron los hallazgos de osamentas de Pisagua, al corto tiempo de que Aylwin había comenzado su gobierno. De hecho, en la investigación realizada por el periodista Ascanio Cavallo, relata los diálogos y los episodios políticos que se desencadenaron con estos hallazgos, en un momento, en el que se estaba intentando llegar acuerdos con la derecha para solicitar el indulto de los presos políticos en dictadura. De hecho: “El ministro del interior Enrique Krauss y el diputado José Antonio Viera-Gallo insistían en dar rango constitucional a los tratados internacionales a través del artículo 5°. Así se podrían aplicar, por ejemplo, las normas sobre la guerra de la Convención de Ginebra. Pero los familiares de las víctimas no aceptaban que se diga que en el país hubo una guerra; el hallazgo de Pisagua confirmaba esa resistencia. Al otro lado, los militares insistían en hablar de la “guerra interna” de 1973; pero tampoco aceptaban que se intentara aplicar las normas internacionales sobre la guerra” (Cavallo, 2017 p. 57).

Cómo ya se ha mencionado antes, el acontecimiento de Pisagua fue un hecho que tuvo directa relación con la creación del programa PRAIS. Sin embargo, tal y como relata Elizabeth Lira, ya había existido un trabajo de colaboración con otras organizaciones, con las cuales, se hicieron una serie de propuestas al programa de gobierno de Patricio Aylwin. En ese trabajo, ILAS participó en la propuesta de la necesidad de que se incluyera la temática de las violaciones a los Derechos Humanos en el Programa de Salud Mental.

El programa de gobierno de Patricio Aylwin, que se publicó en julio del año 1989 en el diario La Época, fue construido por más de mil profesionales por áreas temáticas. Nosotros, como equipo en el Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS) -del cual yo formaba parte desde 1988-, colaboramos con la preparación del Programa de Salud Mental Nacional, en el Área de Salud, para incluir el tema de las violaciones a los Derechos Humanos y sus secuelas. En ese programa contribuimos en varias instancias: participamos en la reflexión sobre la posibilidad de

establecer una comisión de la Verdad, así como en la propuesta que se creara en el Programa de Salud un programa de reparación en salud; trabajamos en la articulación de la educación en Derechos Humanos. Luego continuamos en equipos más pequeños, afinando las propuestas y pensando que algunas se transformarían en proyectos de ley. En ese período de la transición, hubo una contribución muy potente de la sociedad civil, desde las ONG que estaban especializadas en distintos temas (Lira, en Aguilera, 2018 p. 113).

Y así, hay muchos más antecedentes que permiten describir la fragilidad de la época denominada como transición. De hecho, también existe una discusión entre algunos historiadores que más bien plantean que lo que existió en nuestro país, a partir del año 1990 fue una “instalación democrática”, puesto que, la transición ya había iniciado con lo que se había estipulado en la redacción de la Constitución de 1980. Pero, más allá de eso, y a la luz de los antecedentes expuestos, cabe preguntarse: ¿Es posible que el “espíritu político de la época” (de la transición y consensos), haya permeado la discusión en torno a la política del psicoanálisis en aquellos años?, o, ¿que se haya visto reflejado el espíritu de la época en las prácticas y articulaciones discursivas sobre la posición del psicoanálisis en torno a la política sanitaria del país? ¿Qué tanto los psicoanalistas abandonaron la discusión del “oro puro”, para aumentar los alcances de su contribución a otros ámbitos más allá de la clínica individual?, o ¿también se vieron inmersos en una especie de “jaula de hierro”, atrincherados en el mismo psicoanálisis, desatendiendo el diálogo con otros actores e instituciones de la salud pública de la época? Posiblemente, este estudio no permita responder esas preguntas, pero las siguientes subcategorías intentaran evidenciar las distintas posiciones que asumían algunos analistas, ante las dificultades de ejercer una clínica psicoanalítica en la salud pública. Como veremos más adelante, hay quienes optaban por la necesidad de adaptar la técnica y realizar modificaciones al encuadre para hacer el psicoanálisis más viable y “eficiente” en una institución hospitalaria. Mientras que, otros analistas, (curiosamente que se desenvolvían en la Atención Primaria de Salud, donde las presiones por el rendimiento y las metas sanitarias suelen ser mayores), apuntaban a que el psicoanálisis se tenía que desarrollar de manera “clandestina”, pues estaba bajo vigilancia.

Subcategoría: Adaptación de la técnica psicoanalítica

Esta subcategoría nace del dilema que proponen algunos entrevistados, a las iniciativas que surgen en los años '90, de aplicar terapias de tiempo limitado en la salud pública, desde una perspectiva psicoanalítica, y a partir, de la evidencia empírica de los hallazgos que se estaban publicando en investigación en psicoterapia. En ese contexto, uno de los lugares en donde se estaban desarrollando esas experiencias de trabajo, fue en la Unidad de Psicoterapia Breve del Hospital Psiquiátrico, y también en el Hospital Salvador.

Uno de los impulsores de la Unidad de Psicoterapia Breve en el Hospital Psiquiátrico, fue el psiquiatra y psicoanalista, Guillermo de la Parra, el cual, había realizado su formación en la APCH, y también fue uno de los miembros fundadores del ICHPA. En un artículo del año 1993, el autor explicaba los fundamentos del trabajo que se estaba desarrollando en la Unidad, y la propuesta de ampliar el entrenamiento de terapeutas en psicoterapias de breve duración. Al respecto, señala:

En nuestro medio, en la línea teórica psicoanalítica, se da la paradoja que los terapeutas que acuden a la formación psicoterapéutica más sofisticada, ya sea en el Instituto de Psicoanálisis o en el Instituto de Psicoterapia Analítica, no trabajan en instituciones de salud pública, y, por lo tanto, atienden a un porcentaje reducido de la población demandante de ayuda psicoterapéutica. Por otra parte, en Estados Unidos, estos factores y la disminución permanente de postulantes a la formación psicoanalítica ha llevado a desarrollar nuevos métodos de enseñanza psicoterapéutica, y a una mayor apertura de la utilización de diversas técnicas junto al uso combinado con psicofármacos (De la Parra, 1993 p. 380).

Además de lo anterior, el autor sumaba al argumento otro antecedente. Qué la formación en “psicoterapia dinámica”, se realizaba principalmente, en “modelos de terapias prolongados o en psicoanálisis”, siendo que, la evidencia demostraba que las terapias ambulatorias en Estados Unidos no sobrepasaban las veinte sesiones, es decir, eran, en la práctica, de breve duración.

Sin importar la predilección teórica del terapeuta y sus metas terapéuticas explícitas, la gran mayoría de las terapias ambulatorias efectuadas en Estados Unidos no duran más de 20 sesiones e incluso en la práctica privada, no exceden las 26 sesiones. La paradoja es que, la formación en psicoterapia dinámica se hace mayoritariamente en modelos de terapias prolongadas o psicoanálisis; lo que también ocurría en nuestro país según lo sugieren algunos resultados preliminares. Por esto adquiere peso la argumentación que dice que, si estamos haciendo, querámoslo o no, preferentemente

psicoterapias de baja frecuencia y breves en el tiempo, ¿por qué no entrenarse específicamente en eso? (De la Parra, 1993 p. 381).

Las raíces teóricas de esta propuesta, no sólo se vinculaban con los conceptos provenientes del psicoanálisis (principalmente, la transferencia, además de la resistencia y las funciones defensivas del yo); la teoría de relaciones interpersonales de Stack Sullivan, la teoría de relaciones objétales de Otto Kernberg, sino que también, la teoría general de sistemas de Bateson, Watzlawick, y de los resultados de la investigación empírica en psicoterapia (De la Parra, 1993). En otras palabras, una propuesta ecléctica, en donde, se pone una especial atención a las funciones psíquicas del yo, y su capacidad de adaptación al medio.

Cómo ya se ha mencionado antes, el psicoanálisis ha experimentado una diversificación importante en el transcurso del tiempo, y esta expansión también se relaciona con la apropiación que tiene la teoría en un contexto social y cultural en específico. En ese sentido, los alcances y los límites del psicoanálisis también son aspectos que se tornan difusos. Inclusive, su lenguaje ha tenido variaciones con el transcurso de las décadas. El lenguaje psicoanalítico ha variado, en función de la apropiación cultural en la que se sitúa. Este proceso, tuvo un importante antecedente en Estados Unidos, sobre todo en la década de los años ´50 y en los ´60. De hecho, cómo explica Zaretsky (2012), en la medida que el psicoanálisis estadounidense iba pasando del “yo” al “sí mismo”, la distinción entre los enfoques psicoanalíticos y no psicoanalíticos empezó a difuminarse. “Ya en el año 1969, el psicoanalista estadounidense George S. Klein pudo observar con aprobación que el lenguaje psicoanalítico había cambiado “conflicto” por “dilema”, “defensa” por “adaptación”, e “impulsos sexuales y agresivos” por “motivaciones generales” El efecto que eso tuvo, según Klein, fue una “paridad explicativa para la intención consciente” (p. 464). En otras palabras, lo que plantea Zaretsky, es que, en la misma medida que el psicoanálisis se fue ampliando en EEUU, ya en la década de los ´60 el psicoanálisis se había transformado en una psicoterapia ecléctica, “incluso la palabra “psicoanálisis” empezó a caer en desuso, siendo sustituida gradualmente por eufemismos tales como “psicología dinámica”, “psiquiatría dinámica” y “terapia psicodinámica” (p. 465).

Esta argumentación la podemos encontrar en el testimonio de uno de los entrevistados, el cual, era partidario del uso ecléctico del psicoanálisis en la salud pública, y de realizar modificaciones técnicas, en función de la evidencia disponible en psicoterapia. Al respecto, menciona:

(E4) *“El acercar el psicoanálisis y enfrentarlo a la realidad clínica, muchas veces pasaba que uno trataba de adaptar a los pacientes a tu teoría -cuando uno se está formando pasa mucho eso digamos-, versus la indicación adaptativa, que es “¿qué necesita el paciente?” ... a lo mejor, el paciente necesita una conversación de dos sesiones. Entonces, desde el punto de vista, de la **indicación adaptativa**, significa que distintos caminos llevan a Roma, o sea... de la indicación adaptativa, lo que nos da, y lo que nos muestra la investigación, nos muestra que no hay teorías superiores a otras, no hay orientaciones superiores a otras, que todos los caminos llevan a Roma; y que tú puedes entonces, acercarte allá a una paciente que puedas recibir digamos en Renca; qué tiene una situación de trauma, de adversidad en la infancia, etc. Te puedes acercar dependiendo de la paciente con “EMDR” digamos, o te puedes acercar psicoanalíticamente, y probablemente las dos alternativas van a llegar a Roma”.*

En oposición a esta postura, otro entrevistado plantea una opinión crítica sobre las iniciativas de vincular el psicoanálisis con investigación en psicoterapia, a pesar de que, también reconoce, que dichas experiencias posiblemente tuvieron un mayor impacto, una mayor contribución desde el psicoanálisis a las políticas públicas de salud mental de la época. Dicho de otro modo, para algunos entrevistados, las experiencias de las Unidades de Psicoterapia Breve, habrían estado más en sintonía con la salud pública de los años ´90. Sin embargo, -cómo ya se explicó en el eje 2-, también son criticadas en el sentido de que habrían “desvirtuado” el sentido de la clínica psicoanalítica.

(E8) *“Y, respecto a tu última pregunta, yo pienso que probablemente el que intentaba hacer esto de una manera más sistemática y seria -pero de una manera que a nosotros no nos interesaba para nada-, era Juan Pablo Jiménez. A propósito de psicoanálisis y políticas públicas, Juan Pablo Jiménez, desde una perspectiva psicoanalítica hacia investigación empírica pura y dura digamos... y eso por supuesto, sacaba datos que permitía, de alguna manera... -utilizaba cuestionarios yo me acuerdo-, y nosotros encontrábamos que todo eso era una aberración (hoy día quizás no lo miraría tan terrible... no lo sé), pero en ese minuto, un cierto... no sé si fundamentalismo, pero estábamos entusiasmado con Lacan, y **queríamos algo más puro** ¿me entiendes?”.*

¿Cómo entender estas posturas? Una especie de tensión entre homologar enfoque psicoanalítico con una psicoterapia basada en la evidencia, y, por otra parte, la postura de

catalogarlo como una “desviación”. En opinión de Zaretsky (2012), el psicoanálisis sufrió una separación entre dos vertientes en su historia del siglo XX. Una de ellas que aspiraba a un psicoanálisis “científico”, y la otra, al estudio de la cultura. Lo que constata en su investigación, es que, cuando fue declinando el psicoanálisis del yo, y la aspiración a consolidarse como representantes del modelo médico, al mismo tiempo, se fue consolidando distintos usos del psicoanálisis en los estudios de la cultura, el género, y la identidad. “El linaje científico del psicoanálisis dio lugar a la neurociencia, al estudio del cerebro y a la psicofarmacología, al principio en los Estados Unidos y luego, más lentamente, en otros países. El linaje humanístico y literario dio lugar a los estudios culturales, la teoría feminista, la teoría *queer* y el estudio de la identidad, la narrativa y la representación (Zaretsky, 2012 p. 495).

Ahora bien, el dilema que se habría producido en ese proceso es que, si bien el psicoanálisis tuvo una importante expansión, a raíz de su contribución en las teorías culturales del siglo XX, al mismo tiempo, los psicoanalistas que se reconocían más en esa vertiente habrían descuidado la reducción que se estaba produciendo del psicoanálisis, en cuanto a su uso en la psicofarmacología y en terapias cognitivo-conductuales.

Tomando en cuenta lo anterior, cabe preguntarse: ¿Qué tanto aparece este dilema?; ¿estas dos vertientes del psicoanálisis, en las críticas de la adaptación técnica en la salud pública? ¿Es una pugna que sigue arremolinada en los alcances y los límites del psicoanálisis, y que se pone en juego, también en los vínculos de la práctica psicoanalítica con las instituciones de salud pública? Posiblemente, lo que se descuida en esa pugna, es la dimensión de la ética del psicoanálisis. En ese sentido, -más allá de la discusión sobre si se “desvirtúa” o no el psicoanálisis con las modificaciones técnicas-, se podría plantear que también hay una ética que podría estar en tensión.

Con el imperativo de la eficiencia y la eficacia, pareciera que no hubiese espacio para una ética distinta, que no sea la de ajustarse a los rendimientos de las instituciones de salud pública. Un imperativo que, genera contradicciones en los psicoanalistas, al momento de verse enfrentados con la racionalidad técnica y con la racionalidad económicas del sistema de salud público. En este sentido, cabe preguntarse: ¿son los esfuerzos de la adaptación

técnica psicoanalítica, una manera de hacer más eficiente al psicoanálisis, o una manera de “camuflar” al psicoanálisis?

Curiosamente, para Tomas Moulian, uno de los aspectos que caracterizaba al Chile de la década de los años '90, era el debilitamiento de los “sistemas discursivos alternativos” a la ideología dominante de la época, y que éste se presentaba como el “único horizonte posible” (Moulian, 1997). Al parecer esto mismo ocurre con algunos psicoanalistas dentro de la salud pública, en donde pareciera ser que existe una especie de acuerdo tácito, respecto del uso de tratamientos costo-efectivos, basado en la evidencia, sin preguntarse demasiado por otros horizontes posibles.

Subcategoría: Psicoanálisis clandestino/psicoanálisis bajo sospecha

La presente subcategoría, nace del testimonio de dos entrevistadas que se habían desempeñado en la Atención Primaria de Salud en la década de los años '90, en la comuna de Santiago. Antes de haber ejercido cómo psicólogas en un Centro de Salud Familiar, una de ellas había trabajado en un COSAM, institución que -de acuerdo con el testimonio de las entrevistadas- era objeto de cuestionamientos y diversas críticas, por parte de algunas autoridades municipales. Si bien este hecho ya fue analizado en el Eje 1, bajo la subcategoría “la clínica psicológica bajo amenaza”, al llevarlo al plano de la práctica del psicoanálisis, las entrevistadas expresaban que era necesario, de alguna manera, disfrazar lo que realmente hacían, o inclusive ejercer un “psicoanálisis tramposo” para lidiar con la presión de las estadísticas y algunas directrices institucionales.

En este sentido, resulta pertinente revisar algunos hitos que antecedieron la creación de los COSAM en nuestro país. De hecho, tempranamente aparece un documento oficial del MINSAL, en el cual se describían algunos cuestionamientos que eran objeto los COSAM por parte de los Servicios de Salud y de cómo los equipos de estas instituciones caían en una especie de desconfianza en relación con la labor que ejercían. Esta situación podría explicar -en parte- la necesidad de algunas analistas de disfrazar las prácticas clínicas y de “resistir” una especie de ambigüedad en el que se encontraba el rol del psicólogo.

Los COSAM surgen de la mano de las experiencias de trabajo de los programas en prevención y tratamiento de los problemas de alcoholismo en comunas de bajos recursos de nuestro país. En la década de los ´80, se habían formado equipos de trabajo, a partir de la Comisión Nacional para el Estudio del Problema del Alcoholismo y la Drogadicción en Jóvenes. De los resultados a los que llegó esa comisión, surge la indicación hacia los municipios de la Región Metropolitana para que se contratasen equipos profesionales de salud mental y también se crearon los Centros de Adolescencia y Drogas. Como relata el informe del MINSAL (1994), los equipos de trabajo sistematizaron esas experiencias en colaboración con la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, a partir del año 1990.

Posteriormente, y en base a ese trabajo previo de salud mental comunitaria, se creó el proyecto: Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional, AID, del Gobierno de los Estados Unidos. Esto permitió la contratación de equipos y la creación de otros centros de salud comunitarios. Finalmente “es en el mes de octubre del año 1990, cuando se produce la promulgación oficial de los COSAM por parte del Ministerio de Salud, ceremonia a la cual asiste Leonor Oyarzun (la esposa del Presidente Aylwin), el Ministro de Salud de la época (Jorge Jiménez de la Jara), y el Subsecretario de Salud, entre otras autoridades” (MINSAL, 1994 p. 13).

Al poco tiempo de la promulgación de los COSAM, ya existían voces que apuntaban hacia el funcionamiento de estas instituciones. De hecho, en un informe publicado en el año 1994, el mismo Ministerio de Salud, ya mencionaba que los centros tenían “serios problemas laborales, tales como inestabilidad funcionaria, irregularidades en los contratos, y cuestionamiento periódico de la existencia del establecimiento” (MINSAL, 1994 p. 11).

Existía la desconfianza entre los propios equipos de trabajo de los COSAM y entre estos y los servicios de salud estatales, de que los centros fueran transformados en consultorios especializados periféricos, y que pudieran ser totalmente absorbidos por la necesidad inagotable de atención de patología y se perdiera definitivamente la posibilidad de trabajo comunitario preventivo. Los servicios, por su parte, miraban con desconfianza la actividad de estos equipos cuyos planteamientos y estrategias no eran bien comprendidas y parecían ser difíciles de supervisar y evaluar (MINSAL, 1994 p. 11).

Dicho en otras palabras, pareciera ser que, los mismos COSAM ya eran visto con sospecha por parte de las autoridades sanitarias de la época, por lo que, posiblemente no sea

extraño que los profesionales insertos en aquella ambigüedad hayan ejercido distintas maneras de “camuflar” lo que realmente hacían, y no solamente responder a las directrices de la institución. Esta situación aparentemente se sigue repitiendo en el quehacer de los psicólogos de la Atención Primaria de nuestro país. Cómo constató Andrade (2015), en su investigación sobre la situación del Programa de la Depresión y la manera en que funcionan los equipos de salud mental que otorgan estas prestaciones, surge con mucha fuerza la expresión de estar haciendo trampa al interior de las instituciones, a fin de poder responder a las demandas institucionales, y adaptarse a un contexto caracterizado por la precariedad de los recursos.

En el caso de esta investigación, las entrevistadas significaban su ejercicio del psicoanálisis con el concepto de la “clandestinidad”, lo que estaba en directa relación con la necesidad de hacer trampa y con la percepción de ejercer una clínica psicoanalítica “bajo sospecha”. Esto, por una parte, aparece en el discurso de las entrevistadas como una forma de abordar las directrices del Ministerio de Salud, las cuales apuntaban a la reducción de los tiempos destinados a los procesos terapéuticos; la evaluación de los procesos clínicos en base a rendimientos estadísticos, y, por otra, cómo una forma de representar las solicitudes más “pedestres” por parte del municipio, que nada tenían que ver con el rol del psicólogo.

(E1) *“Entonces, nosotras andábamos, cómo aplicando un **“psicoanálisis clandestino”**, era como (...) cada fractura que encontrábamos (...) ocupábamos fracturas, andábamos todo el rato mirando por donde nos podíamos meter. O sea, como te digo, de esta directriz: “hay que denunciar violencia intrafamiliar y sino, te vas a ir a la cárcel”, -que se nos tensionó mucho con el tema del secreto profesional-, (...) nosotras lo que hacíamos era ocupar las fracturas a nuestro favor. Estábamos todo el tiempo en esa lógica, “ocupemos esta fractura que tiene el sistema a nuestro favor”. Entonces, me acuerdo, como te digo, de ese caso que no tenía sentido denunciar, que antes podíamos intentar hacer una intervención clínica nosotras, y eso hacíamos. Esa fue otra de las tensiones que tuvimos (...)”*

En esta misma línea, otra entrevistada, plantea que no era posible ejercer un psicoanálisis “de manera pública”, y que, a raíz de las presiones que comienzan a existir con la evaluación estadística, se hacía necesario ejercer un “psicoanálisis tramposo”.

(E3) *“Una clínica psicoanalítica pública, **de manera pública, no... de manera como... “tramposa”**, por ejemplo, lo que yo te digo, no poner las estadísticas, no nos llevaban estadística... y poníamos las estadísticas (no mentíamos), pero ellos nos revisaban las fichas, entonces con el sistema si te pillaban que no hacías seis*

sesiones, y el tipo llevaba no sé: “100 sesiones”, ¿me entiendes?... entonces, yo siento que públicamente no era posible. Cuando estaba en los consultorios tampoco era posible, o sea, fue posible cuando funcionábamos como departamentos independientes...

*En Quinta Normal, yo creo que ahí no hubo, no hubo interferencia de la gente de salud, porque estábamos muy lejos, no tengo idea... pero no había ninguna... había cierto abandono diría yo... era una casa re pobre, que tenía ratones, y yo creo que eso mismo, nos dio la posibilidad a nosotros de decidir, y poder hacer esa clínica, pero era **una clínica como “bajo guardia”**, porque si nosotros decíamos que atendíamos tanto tiempo, tantos años, tantas veces... nos iban a decir: no”.*

Cabe mencionar que cuando la entrevistada habla de Quinta Normal, se refiere al COSAM en el cual se había desempeñado en primera instancia, cuyo equipo había sido desarmado, luego de que la Municipalidad solicita la incorporación de psicólogos en los consultorios de la comuna. En el caso de aquella entrevistada, también refiere que a pesar del abandono en el que se encontraba el COSAM por parte de las autoridades sanitarias, se hacía necesario ejercer una clínica “bajo guardia”. Surge así, con mucha fuerza, la sensación de haber estado “resistiendo” la transición que estaba viviendo el sistema de salud público de nuestro país, de haber estado haciendo distintos acomodos para “preservar” algo de la clínica psicoanalítica que por distintos motivos se habría encontrado en un riesgo de caer en la clandestinidad.

Ahora bien, ¿Qué lugar ha tenido el psicoanálisis chileno en las experiencias de salud mental comunitaria? En este estudio no se logra responder aquello, sin embargo, esta subcategoría intenta mostrar algunas condiciones que podrían haber hecho posible los testimonios que hablan de la “clandestinidad del psicoanálisis” en las instituciones de salud mental de APS de los '90, en donde, precisamente, los discursos sobre lo comunitario al parecer se entrelazaban con los discursos en torno a la eficacia y la eficiencia en modelos psicoterapéuticos. Esto habría ubicado al psicoanálisis en un lugar ambiguo e incómodo, en donde si ya era concebido como una psicoterapia cara y poco eficiente, también podría haber sido considerada como una teoría desinteresada de los problemas sociales y de las políticas públicas de carácter comunitarias que estaban retornando a los discursos oficiales en aquella época.

Subcategoría: Psicoanálisis “atrincherado”

Finalmente, la última subcategoría alude a la posición que asumían algunos analistas en torno a las instituciones de salud pública de la época, en donde -a diferencia de las dos modalidades anteriores-, se constata un “empuje” a mantener una posición de “guerrilla”; una especie de “atrincheramiento” en el mismo psicoanálisis, lo cual, dificulta y disminuyen las posibilidades de diálogo con otros actores de la salud pública, y las posibles contribuciones que él mismo psicoanálisis podría hacer a las instituciones y a las otras disciplinas.

En este estudio, se logró acceder al testimonio de un psicoanalista que había formado parte de la “Unidad Lacaniana” en el Hospital Salvador en la década de los años '90. Este equipo de trabajo fue una inserción importante para el psicoanálisis de orientación lacaniana, el cual, había tenido una mayor profundización en el medio nacional, gracias a la difusión que realizó el psicoanalista belga Michel Thibaut, y por el psiquiatra y psicoanalista chileno Rafael Parada.

Para el entrevistado, una de las dificultades que se manifestaban en la unidad, era el escaso diálogo con otras disciplinas, y la escasa conexión que existía con el desarrollo de las políticas públicas de salud mental. En otras palabras, plantea que si bien, fue un nicho importante para el psicoanálisis lacaniano, al mismo tiempo, no hubo una mayor discusión en torno a la política sanitaria de la época.

(E8) “No lo interpelábamos desde el discurso del poder... porque era claro que ellos no iban a esforzarse en saber lo que era “el objeto a”, o la función fálica digamos. Nosotros aspirábamos un poco a eso... -aunque sea loco-, o sea, nosotros nos parábamos en la reunión clínica y hablamos de eso, y la estructura y cosas así... y encontrábamos que ellos debían aprender... esa era nuestra parada -loca, delirante-, pero era eso... “ellos tenían que aprender de nuestro discurso”. O sea, “nosotros traíamos la verdad aquí a esta cuestión”. Entonces era cómo: “aprendan...” “nosotros no vamos a aprender su lenguaje... ustedes aprendan el nuestro”. Entonces te prometo que esa era como el “ethos”, como se dice de la unidad lacaniana. Había algo de eso bastante pedante, que probablemente no debimos haber sido muy amables para el resto. Tampoco éramos pesados, pero hay una cosa pedante, en el sentido de no hacer esfuerzos...”

Por otra parte, una entrevistada que se había desempeñado en un CESFAM en aquella época, también se refiere a los desencuentros con la institución de salud pública que formó

parte, haciendo principal hincapié, en la escasa comprensión que habría existido por parte del centro de salud sobre las condiciones que requiere el “setting psicoanalítico” para llevarse a cabo. Esto también fue cerrando las posibilidades de diálogo, y desatendiendo la discusión con la política sanitaria. Al mismo tiempo, reconoce las dificultades que tiene el mismo psicoanálisis para integrarse a otras disciplinas, y de “conquistar otros territorios” en el ámbito de la salud pública de nuestro país.

(E3) *“Yo me acuerdo de lo difícil que fue, y además... mucho maltrato institucional, porque, yo creo que no entendían nada, porque, lo traté de explicar mil veces, o sea: como era la técnica, como era el procedimiento, porqué era importante que se mantuviera de tal o cual manera el encuadre, no... y lo otro era que todos ellos hacían charlas, y una vez al mes, por ejemplo, a crónicos, entonces, las hacían en la sala de espera, entonces venían todos los diabéticos el día cinco del mes... entonces, ellos querían que yo hiciera las mismas charlas.... Y no podían entender que era una terapia distinta de grupos con pacientes, que no eran los mismos pacientes... todo eso no les cabía... también una vez al mes, entonces no podían entender que tenía que ser una vez a la semana, en una frecuencia... todo eso, nunca se entendió”.*

En relación a la necesidad de que el psicoanálisis tenga apertura al diálogo con otras disciplinas, Roberto Aceituno, junto al psicólogo Domingo Asún, en su trabajo presentando en el Congreso Mundial de la Federación Mundial para la Salud Mental, en el mes de septiembre del año 1999 planteaban una reflexión sobre la historicidad de la clínica psiquiátrica y los problemas en torno a la clasificación por parte del discurso de la psiquiatría en la sociedad moderna, los cuales, descuidan las formas de producción de subjetividad y las formas de hacer lazo social que tienen los sujetos. Al mismo tiempo, -al final de su ensayo-, hacen hincapié en la necesidad de una “modestia teórica”, por parte también del mismo psicoanálisis.

Es necesario considerar un mínimo de ejercicio de modestia teórica: ni el psicoanálisis, ni la psiquiatría dicen la verdad del sujeto; es solo en el diálogo con otras formas de producción cultural donde alguna posibilidad de trabajo de palabra y de acto pueden imaginarse (Aceituno y Asún, 1999 p. 219).

En definitiva, se constata que la discusión en torno al “oro puro” del psicoanálisis, también se desprende en algunos de los testimonios a los que este estudio tuvo acceso lo que va en directa relación con la posición de “atrincherarse” que asumen algunos analistas, bajo la premisa que estarían defendiendo “lo que realmente es el psicoanálisis”, evitando que se

“contamine” por peligros externos. Posiblemente, sea en la historia de la creación del programa PRAIS, en la cual se puede observar con mayor claridad, la idea de que: *“desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social”* (Freud, 1921 p. 67). Dicho en otras palabras, pareciera ser que hubo un abandono sobre aquella discusión, lo que permitió una incidencia mayor en el diseño de una política pública de salud mental.

Empecé a pensar que este trabajo tenía una limitación enorme, que era que nosotros podríamos pasar el resto de nuestra vida trabajando con problemas que se vivían como si fueran personales, individuales y privados, cuando se trataba simultáneamente de problemas públicos y políticos. Me parece que esa visión marcó nuestras reflexiones de mediados y fines de la década de 1980 (...) Nos parecía necesario señalar la necesidad de considerar los efectos de la represión política sobre la salud mental de las personas al pensar la transición. Y ése fue el tema sobre el cual trabajamos durante varios años (Lira, en Aguilera, 2018 p. 113).

Pese a lo anterior, sería necesario examinar con mayor cautela las formas en las que se llevaron a cabo las prácticas del psicoanálisis en aquella época, debido a que los dispositivos en los que se insertaron los distintos entrevistados son diversos, y con directrices institucionales que varían. Lo que, si parece estar claro, es que parte de la historia del psicoanálisis del retorno a la democracia, es una historia de “dilemas y paradojas”, en la cual, algunos psicoanalistas se encontraron atados a las mismas contradicciones que se suponían habían superado y que aspiraban a criticar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tal como se mencionó en los primeros capítulos de esta investigación, el presente estudio se propuso realizar un contrapunto a los hallazgos obtenidos en la tesis: “Inclusión/Exclusión del Psicoanálisis en el Sistema Público de Salud en Chile” que desarrolló la psicóloga María Jesús Gajardo en el año 2014 en este mismo programa. En dicha investigación, se intentó comprender la distancia entre el psicoanálisis chileno y el sistema de salud público de nuestro país, a partir de los testimonios y las apreciaciones de distintos actores claves de las políticas públicas de salud mental y en función de su significativa trayectoria en el sistema público de salud.

En base a lo anterior, -y con la finalidad de profundizar en las razones de aquella distancia entre psicoanálisis y la salud pública de nuestro país- surge como fundamento a esta investigación, la necesidad de conocer los testimonios y las experiencias de los psicoanalistas que estuvieron insertos en distintos servicios del sistema público de salud en la década de los años ´90, una época en que, se produjeron importantes reformas, y las políticas de salud mental comienzan a tener un protagonismo que no habían tenido antes.

Luego de entrevistar a nueve psicoanalistas que trabajaron en distintas instituciones de salud pública, esta investigación organizó los resultados, a partir de tres ejes fundamentales. En el primer eje, se constató que, -más allá de la discusión sobre la inserción/exclusión del psicoanálisis en la salud pública-, es la clínica psicológica misma la que es descrita como un asunto que era necesario preservar -paradójicamente- de las mismas políticas públicas que hacían posible la ampliación de dispositivos, en los cuales los psicólogos podían estar insertos en la época de los años ´90. Tal y como fue presentado en aquella categoría, para comprender este fenómeno -la clínica bajo una amenaza-, es necesario atender al contexto sociopolítico, el cual produjo un efecto importante, no sólo en el funcionamiento del sistema público de salud, sino que también, en las identidades de los trabajadores y en las prácticas clínicas.

Así es como se describen algunas de las directrices de dos informes claves del Banco Mundial que surgen a fines de la década de los ´80 y principios de los años ´90, los cuales son pertinentes para comprender el diseño que asumen las políticas públicas de salud en

nuestro país en aquel período, y para reflexionar sobre los alcances y los límites de las intervenciones psicológicas en el sistema sanitario. En este contexto, se realizó especial hincapié en la articulación entre, por una parte, objetivos sanitarios y compromisos de gestión, con los cuales se estipulan las prestaciones de servicios en el sistema con escasa atención en la demanda de los sujetos, y por otra parte, en la racionalidad económica, que prioriza intervenciones (“prestaciones”) costosas efectivas, sin una reflexión seria sobre el tipo de evidencia a la que se apela, los supuestos que hay detrás, así como los criterios para determinar efectividad y eficacia.

Cómo resultado de la articulación entre los compromisos de gestión y la racionalidad económica surge una especie de imperativo ideológico, un nuevo “significante amo”, en el cual, -tal y como plantea Eric Laurent (2000)- “si no es eficaz no se tiene un lugar”. Aun cuando se apela a una racionalidad estrictamente técnica, es difícil ignorar que el triunfo del binomio “economía-gestión” a la hora de administrar los servicios públicos de salud esconde una intención política. Dicho de otro modo, al mismo tiempo que se toman decisiones en función de la evidencia empírica disponible, y a través del cálculo del costo y la utilidad, se pretende suponer que la discusión política no tiene cabida, desconociéndose así, que el mismo discurso de la eficiencia y la eficacia también se ha convertido en una doctrina política con efectos e implicancias en la subjetividad. Asimismo, los psicólogos clínicos se ven envueltos en una serie de contradicciones ante las directrices institucionales, y en cuanto a sus deseos como clínicos de hacer algo diferente a lo que se supone que deberían hacer, cayéndose en una especie de “contradicción performativa”, y una ambigüedad respecto del rol de los psicólogos al interior de las instituciones públicas de salud mental.

En el segundo eje, se plantea un análisis en torno a distintas razones que podrían explicar la distancia entre el psicoanálisis chileno y las reformas de salud mental de los años '90. Así, se propone que la mayoría de los psicoanalistas terminaron asumiendo una posición de espectador ante las reformas de salud mental. Una posición más bien contemplativa, en la cual no se desarrolló una mayor discusión con la política sanitaria de la época. Esto fue potenciado al encontrarse con interlocutores poco interesados en el psicoanálisis lo que dificultaba el diálogo y las posibilidades de inserción. En ese contexto, se constatan prejuicios en torno al psicoanálisis, los cuales son alimentados tanto por algunas autoridades del sistema

público de salud, como por los mismos psicoanalistas que confundían encuadre con dispositivo psicoanalítico, descuidando, al mismo tiempo, la discusión en torno a la posibilidad de desarrollar intervenciones psicoanalíticamente orientadas más allá de la técnica clásica.

De acuerdo con los hallazgos encontrados por María Jesús Gajardo (2014), “no son siquiera las técnicas las que concentran los reproches, si no, concretamente el encuadre psicoanalítico, pues es precisamente este punto el que haría del psicoanálisis algo inviable en el ámbito público. Supone una duración y frecuencia que en el sistema público jamás se podría garantizar” (p. 105). Tal y como se describió en el segundo eje, también se desprende de los testimonios de los entrevistados una derivación de la misma discusión, respecto al “oro puro” del método psicoanalítico, que aspiraban a superar. Todo lo anterior, va generando una desconexión con la dimensión más política del psicoanálisis, al punto de caer en una “auto marginación” con la política sanitaria de la época.

Cabe agregar que, mientras se experimentaban estas ambigüedades en torno a la política de salud mental en los psicoanalistas que trabajaban como clínicos en los servicios públicos de salud, el Ministerio de Salud adscribiría oficialmente a las terapias cognitivo-conductuales en el manejo y diagnóstico de la depresión en la Atención Primaria de Salud. Este hecho es relevante, debido a que al mismo tiempo que se ratifican los acuerdos de la Conferencia de Caracas, surge en paralelo, una nueva manera de gestionar la salud pública de la mano de las directrices del Banco Mundial, con los cuales se comienzan a tomar decisiones a partir de la evidencia empírica disponible y considerando al costo-utilidad. Esto produjo mayores dificultades para el psicoanálisis, al ser considerado, de antemano, como una psicoterapia cara y poco eficiente.

Por otro lado, la desvinculación y el desinterés de las asociaciones y grupos psicoanalíticos respecto de las nuevas orientaciones y políticas de salud, hizo que no se fuera capaz de sostener una propuesta a otro nivel, que tomara en cuenta definiciones ontológicas y éticas que están por sobre la técnica. Algún entrevistado mencionó que el psicoanálisis tiene una concepción ontológica distinta de los procesos de la salud y la enfermedad, los cuales se encuentran en tensión con la doctrina del “bienestar” que subyace a las políticas públicas de salud de nuestro país. Esta encrucijada es descrita por algunos analistas como un

“diálogo imposible” al interior de las instituciones de salud mental. De acuerdo con François Laplantine (1999) “la medicina occidental moderna es un pensamiento del entendimiento en el sentido cartesiano, o sea del espacio, en el que aún en la actualidad reside el marco de referencia del conocimiento médico positivo” (p. 60), donde enfermedad puede ser aislable y clasificable, prescindiendo de las narrativas del sujeto. Dicho de otro modo, esta perspectiva “implica la idea de que la enfermedad es completamente distinta del sujeto que la padece” (ídem, p. 64).

Laplantine ubica al psicoanálisis en una concepción funcional de la enfermedad mental, en el cual el sujeto participa en el proceso de la enfermedad, es decir, no es sólo el escenario en el que se presenta la patología.

“Una de las grandes originalidades del psicoanálisis reside en el hecho de que no se interesa, sino accesoriamente, en los factores externos que pueden acarrear problemas mentales, pero busca comprender y tratar éstos como conflictos esencialmente intrapsíquicos. En efecto, el analista no trabaja sobre la genealogía objetiva de la patología, sino sobre las fantasías experimentadas y las modificaciones de las relaciones entre las propias instancias psíquicas. Todo el pensamiento psicossomático contemporáneo participa del mismo modelo etiológico, que pone en evidencia la psicogénesis de las enfermedades” (ídem, p. 96).

Es interesante también que existe una vertiente del psicoanálisis que se desarrolló en el siglo XX, en la cual apuntaban a las estructuras sociales del capitalismo como un factor que se relacionaba con la génesis de las neurosis. De acuerdo con Makari (2012), estas perspectivas tuvieron un desencuentro importante, a raíz de algunos postulados más conservadores sobre los factores psíquicos que explicarían las conductas antisociales y el crimen, influenciadas por la noción de la pulsión de muerte que Freud había planteado en su obra “Más allá del principio del placer” del año 1920.

“En Londres, analistas kleinianos como Edward Glover y John Rickman opinaban que los criminales carecían de la capacidad para atemperar su agresividad innata. En 1934, Melanie Klein creía que los impulsos criminales eran innatos y que sólo eran afectados marginalmente por factores como los ambientes degradantes. Estas posiciones enfurecieron a izquierdistas como Wilhelm Reich y Otto Fenichel, que estaban convencidos de que la represión social, la pobreza y la desesperación tenían alguna relación con la agresión, la ruptura de la ley y el crimen. El analista socialista Ernst Simmel contrarrestó estas perspectivas conservadoras al declarar en 1932 que el “fuego infernal del capitalismo en colapso” producía la agresión, la delincuencia y la criminalidad” (Makari, 2012 p. 581).

En el tercer eje se intentó articular la discusión que describimos como: “puritanos” vs “revisiónistas” con algunas de las condiciones políticas de la época. En el fondo, se propone que, el “espíritu político de la época” (de la transición y consensos) también se habría manifestado en algunos dilemas que se desprenden de los testimonios de los entrevistados. De la crítica a la ortodoxia psicoanalítica de nuestro país, paradójicamente, también se criticaba a quienes pretendían vincular al psicoanálisis con investigación en psicoterapia, cayendo en una actitud “purista” en el sentido de suponer que se estaba “desvirtuando” el sentido de la clínica psicoanalítica. Lo que se propone en esta tensión, es que se termina descuidando la dimensión de la ética psicoanalítica y como esta se ve en una encrucijada con la ética del bienestar que subyace a las políticas públicas de salud mental y con la ética utilitarista. Dicho de otro modo, “maximizar el bienestar” para la mayor parte de la población.

En suma, se plantea que hubo una especie de disociación por parte de algunos psicoanalistas que se desempeñaban en instituciones de salud pública, al mantener la premisa de que la clínica psicoanalítica no se podía ejercer “por fuera” del encuadre clásico, suponiendo con ello que, es en la consulta particular en donde se practica “verdaderamente” el psicoanálisis. Esta disociación, sumado al retiro de las instituciones oficiales del psicoanálisis de la discusión con la política pública de la época, fueron disminuyendo las posibilidades de diálogo con quienes estaban a cargo de la elaboración de las políticas de salud mental.

La época de los años ´90, también es concebida para pensadores como Tomas Moulian (1997), como un período en el que se fueron desvaneciendo los discursos alternativos a la ideología dominante, que fue posicionando el rendimiento, la eficiencia y el discurso técnico como una suerte de imperativo y que éste se presentaba como un “único horizonte posible”. En 1992, Francis Fukuyama había planteado la tesis del “Fin de la Historia”, a propósito del declive de los proyectos socialistas y la hegemonía de las democracias liberales. En este sentido, pareciera ser que la política propiamente tal comienza a ser una especie de obstáculo para la doctrina de la técnica, la cual comienza a ser una nueva forma de gobierno y que en nuestro país tuvo un papel protagónico hasta el “estallido social” de 2019.

En base a lo anterior, se propone que “la adaptación técnica” del psicoanálisis a la salud pública se presentaba como una forma de inserción pero que, al mismo tiempo, excluía la posibilidad de pensar la política, como un espacio al que el psicoanálisis también estaba convocado a participar y a formular discursos alternativos que permitieran hacer una suerte de contrapeso a las premisas que subyacen a las políticas de salud mental que se elaboran en la década de los ´90.

Comentarios finales:

Esta investigación de tesis hace que sea inevitable terminar comentando sobre las relaciones entre el psicoanálisis y la política. Como vimos, el vínculo entre ambas instancias no es claro y más bien se observan distintos desaciertos y desencuentros de psicoanalistas con los acontecimientos políticos de su época. En este sentido, es relevante lo que constata Silvana Vetö, respecto a los dilemas que comienzan a manifestarse en el movimiento psicoanalítico cuando surge con más fuerza la necesidad de la institucionalización y la necesidad de aumentar la formación de los analistas, dado que había aumentado su reconocimiento social. En ese contexto surge la propuesta de crear la Asociación Internacional de Psicoanálisis y las declaraciones de Sandor Ferenczi que advertía de los “peligros” de que aumente el número de aquellos que se dicen analistas sin serlo, y que era necesario garantizar por medio de una asociación, que los psicoanalistas “aplicasen efectivamente el método psicoanalítico según Freud y no cualquier método tramado para su uso personal” (Brabant, Falzeder, Giamperi- Deustch, en Vetö, 2013).

Otro antecedente que marcó la historia política del psicoanálisis fue el inicio de la Segunda Guerra y la persecución que instaló el régimen nazi en Europa. En ese contexto, se produce el exilio y la muerte de distintos psicoanalistas de la época y la disolución de importantes asociaciones de psicoanálisis. Un número importante de psicoanalistas se insertaron en Estados Unidos produciéndose con ello una diversificación, la cual, al mismo tiempo, tuvo importantes consecuencias para el devenir de la teoría y la práctica del psicoanálisis. Dicho fenómeno, Ely Zaretsky (2012) lo describe cómo una dialéctica entre “absorción y marginación”. En el fondo, con aquella expresión afirma que, la historia política del psicoanálisis en el siglo XX es una historia de la “dispersión”, en donde la teoría y las

prácticas clínicas se fueron ajustando a los contextos socioculturales en donde se fue insertando el psicoanálisis. Sin embargo, otros conceptos fueron cayendo en desuso, marginados o incluso nombrados de otra forma para hacerlos más ajustables al escenario sociopolítico de la época.

Tal y como relata Makari (2012), en el año 1933 los nazis quemaron libros de importantes autores judíos, incluyendo los escritos de Sigmund Freud. En 1935, las leyes de Nuremberg privaron a los judíos alemanes de sus derechos como ciudadanos. Para entonces, la mayoría de los analistas de izquierda y los judíos habían huido de Berlín y los pocos que quedaron fueron obligados a renunciar a la sociedad psicoanalítica. Por ese entonces, Freud tenía la preocupación de que el psicoanálisis fuera prohibido y al mismo tiempo, creía que él psicoanálisis no podía “florecer mejor bajo el fascismo que bajo el bolchevismo y el nacionalsocialismo” (p. 579).

Si bien Freud y sus colegas estaban acostumbrados a la hostilidad pública, operaban bajo la suposición de que, si su trabajo era considerado médico y científico, no sería proscrito. “Yo soy un liberal de la vieja escuela”, escribió Freud con nostalgia a Zweig. El viejo liberal había intentado proteger lo más posible su ciencia de los compromisos políticos directos, ya que temía dañar el estatus objetivo de la disciplina y, a cambio, esperaba que las fuerzas políticas reinantes permitieran a su ciencia desarrollarse libremente. Pero con Dollfuss en Austria, Hitler en Alemania, Mussolini en Italia y Stalin en la Unión Soviética se había vuelto imposible proteger la investigación científica racional de los políticos en Europa. Las teorías que antes se evaluaban por su ingenio, confiabilidad y utilidad clínica eran ahora examinadas por sus posiciones políticas (Makari, 2012 p. 580).

De hecho, la discusión sobre la relación entre la política y el psicoanálisis también tuvo visiones contrapuestas entre los psicoanalistas del siglo XX. Ana Freud por medio de una carta dirigida Ernest Jones del año 1933, enfatizaba en la opinión que tenía su padre: “que el psicoanálisis no tenía ningún papel en la política, y que si iba a ser prohibido debe serlo por lo que es y no por su vínculo con la política” (Vetö, 2013 p. 106). Pues bien, de aquella afirmación, no sólo resulta interesante la separación tajante entre ambas dimensiones, sino que también la idea de “*por lo que es*”.

Ahora bien, es necesario hacer hincapié que aquella discusión surge en un contexto político-social en específico, en el cual efectivamente defender algunas ideas podía tener como consecuencia el exilio, la desaparición o la muerte, tal y como también ocurrió con

algunos analistas de izquierda durante la dictadura militar en nuestro país. Volviendo a la idea de *“lo que es el psicoanálisis”*, ya en el siglo pasado fue motivo de importantes discusiones, sobre todo entre quienes pretendían consolidar la perspectiva psicoanalítica como una ciencia y entre aquellos que buscaban explicar los problemas psicopatológicos, a partir de las estructuras del capitalismo. De acuerdo con Robert Walder (citado en Makari, 2012), “el analista marxista Wilhelm Reich había adoptado una posición extrema al afirmar que todas las neurosis estaban causadas por fenómenos sociales, pero Melanie Klein se había situado en el extremo opuesto, al enfatizar demasiado la biología y la fantasía” (p. 583).

Es decir, se pueden encontrar episodios importantes en la historia del psicoanálisis, donde surgen tempranamente las disputas en torno al dilema: *“lo que es”* y *“lo que debería ser”*. Una confusión, por cierto, que aún sigue teniendo implicancias en el desarrollo y diversificación de la teoría psicoanalítica. Lo que resulta interesante, es que a pesar de esta discusión y los intentos de “dejar afuera” la dimensión política del psicoanálisis, finalmente en la historia del siglo pasado, existieron prohibiciones de ejercer el psicoanálisis en Estados totalitarios tanto de izquierda como de derecha. Esto podría haber aumentado la idea de la “ambigüedad” o de la ambivalencia política que pareciera ser que acompaña al desarrollo del psicoanálisis.

En 1933, era legítimo preguntar si el psicoanálisis era intrínsecamente una teoría social y política liberal o si era una psicología basada en los impulsos que veía los problemas sociales como inherentemente psicológicos, absolviendo de toda responsabilidad a las estructuras sociales. Esta pregunta se hizo más urgente cuando la supervivencia del psicoanálisis parecía depender, no de su amplio atractivo cultural o de su prestigio científico, sino de su identidad política (Makari, 2012 p. 581).

Cómo plantea Vetö (2013) distintos psicoanalistas se vieron obligados a silenciar sus ideas políticas, con la implementación de leyes antisemitas y la persecución del comunismo. Un claro ejemplo de esto fue el caso de los analistas “freudo-marxistas” que formaban parte de la Escuela de Frankfurt. En aquella institución participaron intelectuales y analistas que adherían al comunismo como doctrina política, despertando importantes resistencias de aquellos que pensaban que el psicoanálisis no tenía ningún rol en la política y que más bien debía mantenerse como una teoría neutra, a fin de proteger su supervivencia. “Aquellos analistas que, como Wilhelm Reich, Otto Fenichel, Erich Fromm, entre otros, habían

abrazado el comunismo como doctrina política capaz de congeniar con las críticas que el psicoanálisis lanzaba a la sociedad de la época, a mediados de la década siguiente serían obligados a tomar una de las siguientes alternativas: ser expulsados de la International Psychoanalytical Association o bien a silenciar sus ideas políticas” (p. 106).

Pese a todo lo anterior, también es posible mencionar otras experiencias, en las cuales, si hubo una articulación más clara de la perspectiva psicoanalítica con la política, en especial con algunas iniciativas comunitarias y políticas de salud pública de la posguerra. Ya mencionamos la contribución del psicoanálisis en el desarrollo de la política del Sector en Francia, y la manera en que la teoría podía ofrecer una mirada distinta al modelo asilar que predominaba en occidente en los tratamientos de la enfermedad mental. Sumado a esto, también resulta pertinente mencionar las experiencias que se desarrollaron en Argentina, en donde, -tal y como plantea Emiliano Galende- “la extensión de lo psicológico implicó la expansión de lo psicoanalítico” (p. 259).

El autor explica que, con la ruptura de la Asociación Psicoanalítica Argentina ya no había un impedimento para que los psicólogos pudiesen reconocerse como psicoanalistas, lo cual facilitó la autonomía profesional y evitó que el campo médico los situara en funciones auxiliares. Asimismo, la expansión de las prácticas psicológicas (de la mano del psicoanálisis) a las instituciones de salud, de infancia; de adicciones, entre otros, impulsó el desarrollo de una terapéutica más relacional, lo que -a juicio del autor- habría permitido disputar el campo más hegemónico de la medicina y la psiquiatría. Al mismo tiempo, se fue construyendo una alianza con sectores de la psiquiatría que incorporaban prácticas en salud mental desde enfoque más comunitarios, abandonando así el enfoque alienista. En el fondo, el psicoanálisis habría contribuido a una modernización de la psiquiatría. Sin embargo, la paradoja de esta mayor expansión-asimilación del psicoanálisis, habría implicado una “banalización” del psicoanálisis mismo, dado que se fueron usando los conceptos para explicar distintos ámbitos de la existencia de las personas. Ante eso, el autor se pregunta si es que ya comenzó “la caída del psicoanálisis”, como forma rigurosa de estudiar la subjetividad al extenderse y transformarse en técnicas breves y eficaces de lo mental (Galende, 1990).

En lo que respecta a nuestro país, ya vimos como la Asociación Psicoanalítica Chilena mantuvo una posición apolítica y de abstinencia en lo que se relaciona con los acontecimientos sociales y políticos ocurridos en la dictadura militar. Tal y cómo constató Silvana Vetö, hubo una marginación de lo social al mismo tiempo que la institución ponía un fuerte acento en la reglamentación y en la formación de los analistas que se iban a desempeñar en la consulta privada. En paralelo, importantes psicoanalistas hicieron abandono de cátedras universitarias y se replegaron a las consultas privadas y al trabajo en la asociación. Así, lo que se va constatando es la tajante separación entre psicoanálisis y política, visto ambas dimensiones como lugares que son excluyentes entre sí. Esto tuvo su traducción en el rol de un psicoanalista, en donde era más deseable mantener una posición neutral con los asuntos políticos y valóricos de la sociedad. Pese a esto, si hubo trabajos de psicoanalistas de la APCH que colaboraron con las ONG que brindaban apoyo a las personas víctimas de la dictadura militar, sin embargo, esto era considerado un trabajo “político” y no “psicoanalítico”, y en algunos casos era desconocido por la propia asociación (Vetö, 2013).

En definitiva, pareciera ser que el psicoanálisis ha estado atravesado por una suerte de ambivalencia en cuanto a su relación con la política y a la expansión de la disciplina al medio social e institucional. Dicho de otro modo, al mismo tiempo que se produce esta mayor expansión, el psicoanálisis estaría corriendo una especie de “riesgo” de “perder lo que es propio”. En ese contexto, Miranda (2003) -tomando a Freud- plantea que el psicoanálisis no se pone al servicio de una determinada cosmovisión filosófica, puesto que -tal y como plantea Freud- el psicoanálisis no pretende educar a los sujetos, ni tampoco imponerle un ideal. Este principio que se encuentra en los fundamentos del psicoanálisis, evidentemente lo deja en un lugar incómodo con la política, pero también puede dejar un espacio, un vacío de sentido, en el que se pueda repensar los discursos dominantes de una época y denunciar los intentos de clausurar el derecho a la palabra y el derecho al síntoma.

Estrechamente ligado a lo anterior, está la necesidad de discutir sobre la ética psicoanalítica y el relato del bienestar implícito en las políticas modernas. Cómo ya mencionamos en los resultados de esta investigación, pareciera ser que, en las discusiones en torno a “los límites del psicoanálisis con la salud pública”, es el asunto de la ética lo que parece descuidarse. De acuerdo con Freud (1913), el psicoanalista debía estar advertido del

“*furor sanandi*”, al igual que de otros “fanatismos”, deslizando, a su vez, una crítica a las pretensiones de intentar sanar las neurosis operando con “*ínfimos e inocentes arbitrios*” (p. 174). En el fondo, Freud también estaba haciendo una crítica a la medicina de su época que desconoce la noción de pulsión y la relación de ésta con los síntomas de los pacientes.

Por su parte, Lacan (1966), es más explícito al señalar que uno de los aspectos clave que diferencia al psicoanálisis de otras formas de psicoterapia, tiene que ver con la ética. “Se trata ciertamente de un rigor en cierto modo ético, fuera del cual toda cura, incluso atiborrada de conocimientos psicoanalíticos, no sería sino psicoterapia” (p. 312). Desde esta perspectiva, entonces, el psicoanálisis no se define en función de la técnica ni de las condiciones que suponen un encuadre, sino que más bien, se trata de la orientación en torno al síntoma, puesto que en el síntoma es también en donde aparece el sujeto, y el cual hace “fracasar” el ideal de una completitud, de una homeostasis posible, y de paso, de un social todo armónico. En el fondo, el sujeto es el “error”, lo que falla de las pretensiones de maximizar el bienestar y de los cálculos de las estadísticas poblacionales. En este sentido, - tal y como plantea Miranda (2003)-, “es el síntoma el que nos lleva a la ética en psicoanálisis, precisamente porque el síntoma no es reductible, representa lo no educable, lo no domesticable de la condición humana. Eso es estructural. Es el misterio de la sexualidad freudiana escondida en el síntoma” (p. 59). Así es como, paradójicamente, es el analista quien debe “sanarse de su deseo de sanar”, y de imponer a otros un bienestar que no le ha sido solicitado.

Evidentemente esta comprensión en torno al sujeto y el malestar genera una tensión con aquellas políticas que se inspiran en una ética del bienestar y que, a la larga, desembocan en una ética utilitarista. En este punto, resulta pertinente tomar como referencia la conferencia de Jacques-Alain Miller “La Patología de la Ética”. Para Miller (1989), también se puede definir la ética como el discurso en el cual se proponen normas de conducta, normas de buen comportamiento.

“Hay una conexión entre la medicina y la ética, dada por la norma. Tanto la medicina como la ética debían decir cómo comportarse bien, cómo conducirse bien para permanecer en armonía con el mundo, conservar el cuerpo en buena forma, tener buena salud. En este sentido, la salud es también un valor ético” (p. 68). Esta reflexión lleva a Miller a sostener

que la salud mental se define como un auxiliar del orden público. Cómo una suerte de imperativo, un “deber ser” sobre el buen comportamiento y la adaptación al medio, lo que, al mismo tiempo, deja a los trabajadores de la salud mental más cerca de convertirse en trabajadores de “la policía y de la justicia”.

Así es como, la ética del bienestar retorna como imperativo categórico, y es en ese punto, en donde Miller sostiene que el psicoanalista no es un trabajador de la salud mental y que la experiencia analítica implica el trabajo con un sujeto que pueda “responder por lo que dice y por lo que hace”. En el fondo, el psicoanalista trabaja con el “sujeto ético”, con la “responsabilidad subjetiva”.

El psicoanalista, por su parte, no es un trabajador de la salud mental. En cierto modo, el secreto del psicoanálisis es que en él no se trata de salud mental. No se trata de salud mental por oposición a lo patológico médico. No se trata de la armonía del sujeto con su ambiente, con su organismo. Porque el concepto mismo de sujeto impide pensar la armonía del sujeto con cualquier cosa en el mundo. El concepto de sujeto es, en sí, disarmónico con la realidad. Y el analista no puede dar la salud mental. Sólo puede dar la salud, es decir, puede saludar al paciente que llega a su consultorio. En cierto modo, el analista está encarcelado en su consultorio. Digamos que, en lugar de la salud mental, está el saludo analítico (ídem p. 71).

La ética del bienestar subyace a las políticas de la salud mental, y éstas pareciera ser que van homologando “bienestar” con “felicidad”. Surge así, un nuevo imperativo: “maximizar la felicidad” como una suerte de razón de los Estados contemporáneos. Desde esta perspectiva, resulta conveniente mantener ciertas sospechas sobre los discursos de la salud mental, para, precisamente, cuestionar las prácticas que pretender “enseñar el buen vivir”, y la aspiración a una “sociedad feliz”, al mismo tiempo que se desconocen otras dimensiones de lo humano, en donde la satisfacción es precisamente algo paradójal, algo que también apunta a “gozar de aquello que nos mortifica”.

Finalmente, el tercer punto al cual nos interesa referirnos tiene relación con la “dialéctica de absorción y marginación” que acompaña a la historia de la diversificación del psicoanálisis. Esto surge con mucha fuerza en el contexto de la masificación del psicoanálisis en Estados Unidos, lo cual -de acuerdo con la investigación de Ely Zaretsky- habría suscitado la preocupación de Freud en torno a que el espíritu psicoanalítico podía desaparecer a costa de que triunfase como profesión. En el fondo, es el dilema en relación con “*qué tanto se*

puede ceder sin que el psicoanálisis se traicione a sí mismo". Este dilema podría haber aumentado la confusión de algunos analistas que, tal como desde los inicios de su enseñanza plantea Lacan, confunden encuadre con dispositivo psicoanalítico. Del mismo modo, podría ser una de las razones que llevó a algunos analistas a "disociarse" entre lo que hacían en tanto psicoanalista de su consulta particular, y lo que hacían en tanto psicólogo o médico en una institución de salud, -paradójicamente- dando por hecho que en la consulta particular se practica "verdaderamente" el psicoanálisis. Así, lo que se descuida es la posibilidad de un psicoanálisis aplicado a la terapéutica y la contribución a otros modos de inserción de la práctica psicoanalítica más allá del setting clásico.

Esto, sobre todo, por una generación de analistas que fueron formados bajo una suerte de "primacía de la técnica", de la mano de la Asociación Psicoanalítica Chilena, que había establecido una importante preocupación en el encuadre y en la posición de neutralidad que debía mantener el psicoanalista. Así, otros modos de aplicación de la perspectiva psicoanalítica eran considerados más bien "desviaciones" de lo que se suponía era "realmente" el psicoanálisis. Por tal motivo, no resulta extraño que las experiencias de trabajo que algunos psicoanalistas realizaron en instituciones de salud pública o con la política de salud de la época haya sido considerado un trabajo "aparte" de su labor en tanto psicoanalista.

Para describir mejor a que nos referimos con el dilema de "preservar el espíritu psicoanalítico", son pertinentes las declaraciones de Mario Gomberoff del año 1990, a propósito de sus reflexiones sobre la institucionalidad psicoanalítica de la época.

"El psicoanálisis en su definición depende de Freud. No nos podemos apartar de él. Si nos apartamos, dejamos de ser psicoanalistas. Este estado de cosas, con definiciones como ésta, con la adhesión que no puede apartarse, permitió que el Psicoanálisis fuera efectivamente un Movimiento y su estructura organizativa fue la estructura de un Movimiento. Nuestro movimiento ha tenido éxito. Nuestra ciencia preservó sus fundamentos y apartó de sí todo lo que fuera "desviaciones". Esta última expresión es un término que se usa en el ámbito de los partidos políticos, pero no en el terreno de la ciencia. Si nuestra institución hubiese tenido otras características, en el comienzo de su existencia, posiblemente habría sido disminuida, lo freudiano se habría arriesgado a ser desdibujado" (Gomberoff, 1990 p. 702).

A esto se suma la constatación de un cierto desinterés, de no ver a las políticas o reformas de salud mental de los años '90 como algo a lo que el psicoanálisis estaba convocado a discutir o en lo que tenía algo que decir, por cierto. Esto también se explica por

la historia del psicoanálisis chileno, pero posiblemente por la época de la transición, también haya sido una época de transición para el psicoanálisis chileno, en el cual, en cierto modo, si tuvo que producirse un “*acto de traición*” a lo que, en ese entonces, se entendía como psicoanálisis en nuestro país, para poder, precisamente, “imaginar otros horizontes posibles” donde se tenga algo que decir y también, algo por lo cual resistir.

BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Editorial Madres de Plaza de Mayo: Buenos Aires, Argentina.
- Arostegui, J. (1995). *La investigación histórica: Teoría y método*. Editorial Crítica: Barcelona, España.
- Arrué, O. (1991). Orígenes e identidad del movimiento psicoanalítico chileno. En Casaula, E; Coloma, J y Jordan, J.F. (Ed). *Cuarenta Años de Psicoanálisis en Chile. Biografía de una sociedad científica*. Santiago de Chile: Editorial Ananké.
- Arrué, O. (1998). Brief Note on the History of Chile in the last Thirty Years. *Newsletter IPA. International Psychoanalysis*, 7 (1), pp. 34-35.
- American Psychological Association. (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta*.
- Askheim, C, Engebretsen, E y Sandset, C. (2016). Who cares? The lost legacy of Archie Cochrane. *Med Humanit* 2017; 43: 41-46.
- Alfaro, J. (1993). La psicología comunitaria en Chile durante la década del sesenta: aspectos conceptuales y operativos. En Olave, R y Zambrano, L. (Ed), *Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile*. (pp. 84-93). Santiago: Editorial Universidad Diego Portales.
- Alonso, L. (2003). *La Mirada Cualitativa en Sociología. Una Aproximación Interpretativa*. Editorial Fundamentos. Madrid, España.
- Aceituno, R y Asún, D. (1999). Propositiones sobre la clínica como discurso “actual”. *Revista de Psiquiatría*. Vol 16. (pp. 215-220).
- Andrade, G. (2015). “Hacer Trampita” para sobrevivir: Significaciones sobre el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. *Psicoperspectivas*, 14 (3). (pp. 117-127).
- Attié, J. (2002). El psicoanálisis aplicado y el psicoanálisis puro. *Virtualia*, 2 (6), pp. 2-7.
- Aguilera, C. (2018). Entrevista a Elizabeth Lira. Incluir la Salud Mental en la agenda de los Derechos Humanos. *Revista Interdisciplinaria de Estudios sobre Memoria*. Vol 5. N°9 (pp. 104-121).
- Basaglia, F. (1972). *La Institución Negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Editorial Barral, Barcelona: España.
- Baudini, S. (2014). Para una política del psicoanálisis en la época actual. *Virtualia* 28: 1-6.
- Baeta, M. (2015). Cultura y Modelo Biomédico: Reflexiones en el Proceso de Salud-Enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13 (2), pp. 81-83.
- Banco Mundial (1987). *El Financiamiento de los Servicios de Salud en los países en desarrollo*. Una Agenda para la Reforma. Washington, D. C.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Banco Mundial. Washington, D.C. Recuperado de:

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>

- Bowlby, J, Miller, E y Winnicott, D. (1939). Evacuación de Small Children. Carta dirigida al British Medical Journal. (diciembre de 1939, Londres). Recuperado de: <https://psychoanalysis.org.uk/who-we-are/100-years-of-history/winnicott-bowlby-and-miller-publish-open-letter-warning-against>
- Bogdan, R y Taylor, S. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Brown, T, Cueto, M y Fee, E (2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico*. Vol.XXXVIII, N° 69. (129-156).
- Casaula, E. (2009). La Sociedad Chilena de Psicoanálisis. *Gradiva*, 10 (1): 15-34.
- Castel, F, Castel, R y Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada*. El modelo norteamericano. Editorial Anagrama: Barcelona, España.
- Cavallo, A. (2017). *La historia oculta de la transición. Memoria de una época 1990-1998*. Editorial Uqbar: Santiago de Chile.
- Candina, A. (2018). Transición e instalación democrática en Chile contemporáneo. *Revista Anales*. N°15 (pp. 39-51).
- Comblin, J. (2002). *El Neoliberalismo. Ideología Dominante en el Cambio de Siglo*. Ediciones Chile América. Santiago de Chile.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Barcelona: McGraw-Hill.
- De la Parra, G. (1993). El manual de psicoterapia dinámica de tiempo limitado: una nueva alternativa para entrenar terapeutas en un consultorio externo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. N° 31 (pp. 379-387).
- Dörr, O. (1993). La crisis del hospital psiquiátrico y la actual política de salud mental. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. Vol XXXII. N°2. (1993). (pp. 251-252).
- Errázuriz, P, Valdés, C, Vöhringer, P y Calvo, E. (2015). Financiamiento de la Salud Mental en Chile: una deuda pendiente. *Rev Med Chile*; 143. (pp. 1179-1186).
- Fernández, J, Pereira, J y Torres, A. (1995). Una Agenda a Debate: El Informe del Banco Mundial "Invertir en Salud". *Rev Esp Salud Pública*; 69. (pp. 385-391).
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras completas*. Tomo XXI, pp. 57-140. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas*. Tomo XVIII, pp. 63-137. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (2007). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918]). En *Obras Completas*, Tomo XVII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

- Freud, S. (1991). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I, 1913). En *Obras Completas*, Tomo XII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Florenzano, R. (2014). En Heskia, C y Carvajal, C. (Ed), *Historias de Psiquiatras. Testimonios de Psiquiatras Chilenos* (pp.245-258). Santiago: Universidad de los Andes.
- Florenzano, R. (1991). Intervenciones de salud mental comunitaria en programas de salud general. En Horwitz, N, Penna, M, Valdés, M y Florenzano, R. (Ed), *Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud* (pp. 25-41). Facultad de Medicina: Universidad de Chile: Santiago de Chile.
- Flores, R. (2009). *Observando observadores*. Santiago de Chile: Universitaria
- Gajardo, M. (2014). *Inserción/Exclusión del psicoanálisis en el sistema público de salud en Chile* (tesis de magister). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Editorial Paidós: Argentina.
- Gatica, M y Vicente, B. (2020). Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Rev Med Chile* 2020; 148: 500-505.
- Gomberoff, M. (1990). Apuntes acerca de la historia del psicoanálisis en Chile. *Revista de Psiquiatría*, 7 (2), p. 5.
- Gomberoff, M. (1991). Consideraciones sobre la Institución Psicoanalítica. En Casaula, E, Coloma, J y Jordan, J. F. (Ed), *Cuarenta años de Psicoanálisis en Chile. Biografía de una Sociedad Científica 2*. (pp. 695-728). Santiago de Chile: Editorial Ananké.
- Hartmann, H. (1969). *Ensayos sobre la psicología del yo*. Editorial Fondo de Cultura Económica: México.
- Homedes, N y Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panam Salud Publica* 17.
- Howells, J. (ed.) (1975). *World History of Psychiatry*. Nueva York., Brunner/Mazel.
- Homans, P. (1989). *The Ability to Mourn: Disillusionment and the Social Origins of Psychoanalysis*. Chicago, University of Chicago Press.
- Huertas, R. (1991). Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Vol. 11. N°37.
- Jiménez, J. (2014). En Heskia, C y Carvajal, C. (Ed), *Historias de Psiquiatras. Testimonios de Psiquiatras Chilenos* (pp.261-279). Santiago: Universidad de los Andes.
- Jiménez, J. (2019). Nuestro Modelo de Formación y el Terapeuta Principiante. En Jiménez, J y Figueroa, J. (Ed), *La Práctica del Psicoanálisis: Evolución y Actualidad* (pp.205-225). Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile.

- Jordán, J. (1991). Notas para una definición de psicoterapia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. Vol 29. (pp. 9 – 14).
- Klein, M. (1960). *Sobre la Salud Mental*. En Obras Completas. Barcelona: Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Editorial Tres Haches: Buenos Aires, Argentina.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Ediciones del Sol. Buenos Aires: Argentina.
- Laverde, E. (2008). Investigación sobre resultados en psicoterapia analítica. *Rev. Colomb. Psiquiat.* Vol. 37.No.1. (1-10).
- Lacan, J. (1966). *Escritos I*. Editorial Siglo XXI. Madrid: España.
- Lacan, J. (1964). *Acta de Fundación*. 21 de junio de 1964. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano. Recuperado de:
<https://elp.org.es/wp-content/uploads/2019/10/Acta-de-Fundacion-J-Lacan-1964.pdf>
- Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. *El lugar del psicoanálisis en la medicina*. Recuperado de:
<https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.9%20%20%20PSICOANALISIS%20Y%20MEDICINA,%201966.pdf>
- Lira, E. (2010). Trauma, Duelo, Reparación y Memoria. *Revista de Estudios Sociales*. N° 36 (pp 14-28).
- Makari, G. (2012). *Revolución en mente. La creación del psicoanálisis*. Editorial Sexto piso. España.
- Marconi, J. (1973). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat*; 1973; 19: 1-18.
- Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, creador de la psiquiatría intracomunitaria. Reflexiones acerca de su legado para la psicología comunitaria chilena. *Revista Psykhe*. Vol 13. N° 2 (pp. 187-199). Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200014
- Miller, J-A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Freudiana*, 32, pp. 1-26.
- Miranda, G. (2016). Malestar en Chile, política sanitaria y psicoanálisis. En Radiszcz, E. (Ed), *Malestar y destinos del malestar. Políticas de la desdicha* (pp.32-51). Santiago: Social-Ediciones.
- Miranda, G. (2003). *Jacques Lacan y lo Fundamental del Psicoanálisis*. Ediciones UCSH. Santiago de Chile.
- Miranda, G. (2014) Clínica y Salud Pública: Alcances y Limites. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 42 (1-2): 35-44.
- Miranda, G y Saffie, X. (2014). Pacientes Policonsultantes. ¿Un síntoma del sistema de salud en Chile?-. *Acta Bioethica*. Vol.20: 1-9. Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2014000200009

- Miller, J-A. (1989). *Lógicas de la vida amorosa*. Editorial Manantial. Buenos Aires: Argentina.
- Minoletti, A, Horvitz, M y Rojas, G. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad. Saude Colet*. 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 440-7. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a06.pdf>
- Minoletti, A., Rojas, G. & Sepúlveda, R. Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile. En: Armijo MA (Ed). *La Psiquiatría en Chile. Apuntes para una Historia*. Santiago, Chile: Laboratorios Royal Pharma; 2010; p. 132-55.
- Ministerio de Salud de Chile (1990). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (1994). *Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (1994). *Salud y Derechos Humanos. Una experiencia desde el Sistema Público de Salud Chileno*. Publicaciones de Salud Mental. Serie Memorias e Informe N° 1. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (1998). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención*. Unidad de Salud Mental. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (2001). *Consecuencias de la Tortura en la Salud de la Población Chilena: Desafíos del presente*. División de Salud. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (2000). Conferencia Nacional “Un Plan de Atención Psiquiátrica para Chile”, 18 y 19 de mayo 1999; Congreso Mundial de Salud Mental, 6 al 10 de septiembre 1999. Recuperado de:
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b678460e04001011f01239d.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (2013). *Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más*. Recuperado de:
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Muñoz, R. (1999). En camino a un mundo sin depresión. *Revista de Psiquiatría* (2000). XVII/ 1. (pp. 19-28).
- Moulian, T. (1997). *Chile actual. Anatomía de un mito*. Editorial Lom, Santiago de Chile.
- Norambuena, P. (2017). *Comunidad, salud mental y psicología. Raíces de la psicología comunitaria en Chile: pensamiento, práctica y desarrollo de programas de salud mental comunitaria y otras iniciativas de enfoque comunitario, entre 1960-1973*. (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (1990). “*Declaración de Caracas*”. Recuperado de:
https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

- Parada, R. (2014). En Blanco, D y Fierro, O. (Ed), *Psicoanálisis en Chile: construcciones y relatos*. (pp. 15-36). Editorial Pólvora: Santiago de Chile.
- Pérez, G. (1998). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Editorial La Muralla. Madrid, España.
- Pemjean, A (1994). Políticas de Salud Mental 1990-1993. *Revista de Psiquiatría*. Vol XI. Enero-marzo. 1994 (27-33).
- Plotkin, M y Ruperthuz, M. (2017). *Estimado Doctor Freud. Una historia cultural del psicoanálisis en América Latina*. Editorial Edhasa, Buenos Aires, Argentina.
- Plotkin, M. (2013). Historia y Psicoanálisis: Encuentros y Desencuentros. *Revista Culturas Psi*. Vol. 1. (25-44).
- Pucheu, A. (2000). Efectos de los procesos de Modernización en el Sistema Social de las Organizaciones de Salud en Chile. *MAD*, (2).
- Radyszcz, E. (2009). Sobre el uso de la psicoterapia como dispositivo gubernamental. En Cavieres, H. (Ed), *Psicología; Ética e Ideología* (pp.111-126). Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez: Santiago de Chile.
- Radyszcz, E, Sabrovsky, M y Vetö, S. (2014). La dictadura militar en la historia oficial del psicoanálisis chileno: sobre la construcción de un *pathos* discursivo. *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Vol 66: No.1.
- Ríos, L. (2011). Una reflexión acerca del Modelo de Investigación Biomédica. *Salud Uninorte*, vol. 27, (2), pp. 289-297.
- Roudinesco, E. (1993). La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia. (2) (1925-1985). Editorial Fundamentos. Madrid. España.
- Ruperthuz, M. (2013). *Freud y los chilenos: "Historia de la recepción del psicoanálisis en Chile (1910-1949)* (tesis doctoral). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Ruiz, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Trillat, E. (2000). En Quétel, C y Postel, J. (Ed). *Nueva historia de la psiquiatría*. (pp.316-346) Editorial: Fondo de Cultura Económica, México.
- Thibaut, M. (2014). En Blanco, D y Fierro, O. (Ed), *Psicoanálisis en Chile: construcciones y relatos*. (pp. 73-98). Editorial Pólvora: Santiago de Chile.
- Vetö, S. (2013). *Psicoanálisis en Estado de Sitio*. Colección Praxis Psicológica, Serie Psicoanálisis y Cultura. Facultad de Ciencias Sociales: Universidad de Chile.
- Zaretsky, E. (2012). *Secretos del Alma. Historia social y cultural del psicoanálisis*. Editorial Siglo XXI. Madrid: España.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Psicoanálisis en el contexto de las Reformas de Salud Mental en los años '90 en Chile

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación: “El Psicoanálisis en el contexto de las Reformas de Salud Mental en los años '90 en Chile”. Su objetivo general es: “identificar y analizar las experiencias y los esfuerzos de adaptación y resistencias de los psicoanalistas insertos en dispositivos de salud pública, para preservar el psicoanálisis ante las reformas de salud mental de la década de los '90 en Chile”.

El investigador responsable de este estudio es el Profesor Gonzalo Miranda Hiriart, de la Universidad de Chile, del programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

- 1- Su participación consistirá en una entrevista semi estructurada, en la cual se abordarán asuntos en torno a, por ejemplo: el rol del psicoanálisis en el contexto de las reformas de salud mental de los años '90, y sobre los esfuerzos de dialogo y posibles tensiones con las transformaciones de la atención en salud mental en el sistema público chileno.
- 2- Su participación es completamente voluntaria, y se realizará, mediante una videollamada grabada, la cual se destruirá una vez que la tesis se encuentre entregada. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.
- 3- La entrevista es completamente confidencial y se mantendrá el anonimato del entrevistado; su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. La información que se obtenga de la entrevista solo será utilizada para fines académicos de la investigación.

- 4- Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez aprobada la tesis, se le podrá enviar los resultados a su correo electrónico si usted lo desea.
- 5- Si requiere más información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al profesor responsable de este estudio: Gonzalo Miranda Hiriart, correo electrónico: gamirand@uc.cl.

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio, “El Psicoanálisis en el contexto de las Reformas de Salud Mental en los años '90 en Chile” en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de la información _____

Este documento consta de número de páginas del documento páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

Anexo 2: Guion de entrevista para “Informantes claves”

AREA TEMATICA	PREGUNTAS GUÍA
Presentación y consentimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Buenos días / tardes... como le adelantaba por correo, estoy haciendo un estudio sobre... • Antes de comenzar le quisiera pedir autorización para...
Marco laboral	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué profesión tiene? ¿Dónde se formó como psicoanalista? ¿Tiene otros estudios? • ¿Participa en alguna institución psicoanalítica? ¿Participó en alguna institución psicoanalítica en los años '90?
Implementación de las Reformas de Salud Mental de los años '90 en Chile	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo recuerda el rol que tuvo el psicoanálisis en el contexto de las transformaciones en la atención de salud mental en el sistema público en los años '90? • ¿Recuerda diálogos o debates sobre las reformas de salud mental de los años '90 al interior de instituciones psicoanalíticas? / ¿Recuerda diálogos entre el psicoanálisis y el enfoque comunitario en salud mental? • ¿Las políticas de salud mental de los '90 incorporaban aportes o conceptos provenientes del enfoque psicoanalítico? • ¿Hubo tensiones / resistencias para el psicoanálisis cuando se elaboraron las políticas de salud mental en los años '90? • ¿Sabe si hubo algún psicoanalista que haya tenido un rol relativamente protagónico en el contexto de las reformas de salud mental en los '90?
Experiencias y testimonios	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Conoce alguna experiencia de programa, COSAM, CESFAM, u hospital donde el enfoque psicoanalítico tuvo algún protagonismo durante los años '90? • ¿Me podría recomendar algún/os profesional/es de orientación psicoanalítica que trabajara en el sistema público de salud en los años '90 que pudiera entrevistar?
Cierre y agradecimientos	

Anexo 3: Guion de entrevista para “Psicoanalistas en el sistema de salud público”

AREA TEMATICA	PREGUNTAS GUÍA
Presentación y consentimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Buenos días / tardes... como le adelantaba por correo, estoy haciendo un estudio sobre... • Antes de comenzar le quisiera pedir autorización para...
Marco laboral. Institución de salud pública, en la que se desempeñaba en los años '90	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué profesión tiene? ¿Dónde se formó en psicoanálisis? ¿Tiene otros estudios? • ¿Pertenece a alguna institución psicoanalítica actualmente? • ¿Dónde trabaja actualmente? • ¿Cuál ha sido su recorrido en el sistema de salud público chileno?
Implementación de las reformas de salud mental de los años '90 en Chile	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué recuerdos tiene, respecto a la implementación de las reformas de salud mental que se producen en los años '90? • ¿Qué cambios hubo en el servicio de salud en donde trabajaba? • ¿Había debates o reflexiones sobre las políticas de salud mental en el servicio de salud donde trabajaba? • ¿Tenía algo que decir la teoría psicoanalítica sobre las reformas de salud mental que se estaban implementando en esos años?
Experiencias y testimonios de adaptación y de resistencias a las reformas de salud mental de los años '90	<ul style="list-style-type: none"> • Desde su experiencia personal, ¿cómo fue su inserción como psicoanalista en la salud pública?, ¿Era posible sostener una clínica psicoanalítica? • Desde su experiencia, ¿Cómo eran recibidas las directrices del Ministerio de Salud en el equipo de salud mental en el que usted trabajaba?, ¿Había dialogo y debate al respecto? ¿Cómo se entendía la migración hacia un enfoque comunitario entonces? • ¿Cómo recuerda las reuniones clínicas con la institución?, ¿Eran escuchadas las ideas y conceptos de la teoría psicoanalítica por el equipo?, ¿Qué conceptos del psicoanálisis le permitían dialogar con otras disciplinas al interior del servicio de salud en el que trabajaba? • De acuerdo a su experiencia en el servicio público de salud, ¿era posible articular la perspectiva psicoanalítica con los enfoques comunitarios en salud mental?, ¿Había dialogo y debate?, ¿Qué tensiones o controversias recuerda?; ¿Cuáles cree que fueron los principales desencuentros? • ¿Cómo evalúa la actitud de los psicoanalistas / instituciones psicoanalíticas ante las reformas en la salud mental en los '90? • A su juicio, ¿Piensa que el psicoanálisis sufrió algún perjuicio durante la implementación de las reformas de salud mental en los años '90? • ¿Me recomendaría algún otro profesional de orientación psicoanalítica que trabajara en el sistema público de salud en los años '90 que pudiera entrevistar?
Cierre y agradecimientos	