



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

**PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL: TENSIONES EN LA PRÁCTICA DE
PROFESIONALES DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA EN CENTROS DE
SALUD MENTAL COMUNITARIA**

**Tesis para optar al grado de Magister en
Psicología Clínica de Adultos con mención en Psicoanálisis**

Nicolás Emilio Gómez Gálvez

Profesor Guía:
Dr. Danilo Sanhueza Órdenes

Informantes:
Dr. Pablo Cabrera Pérez
Dr. Matías Marchant Reyes

Santiago de Chile, 2023

**PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL: TENSIONES EN LA PRÁCTICA DE
PROFESIONALES DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA EN CENTROS DE
SALUD MENTAL COMUNITARIA**

RESUMEN

La presente investigación se enmarca dentro del contexto de las prácticas de profesionales con formación psicoanalítica dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria. Es así como se pretende interrogar los discursos asociados a las tensiones que experimentan los profesionales en espacios multidisciplinarios de salud mental, desde la perspectiva de identificar las formas de hacer dentro de un territorio que desde la política pública no reconoce la práctica psicoanalítica. Es de esta manera como se intenciona una lectura referida a un hacer táctico a partir del saber de oficio de los profesionales que despliegan su ejercicio clínico en estos espacios. Para ello se emplea una metodología cualitativa desde la teoría fundamentada permitiendo la construcción de un sistema categorial, relevando las formas concretas que despliegan los profesionales para hacerse un lugar dentro de condiciones que pueden llegar a ser hostiles hacia el psicoanálisis.

Palabras clave: Psicoanálisis, Salud Mental, Tensión, Saber de oficio, Táctica

Dedico este trabajo a mi compañera de viaje, por su amor, su tiempo, generosidad, por su valentía y sus búsquedas siempre orientadas hacia la verdad...a las heridas y anhelos que en parte también son míos...Encontrarás en ti la verdad, más allá de las palabras...

Al reencuentro con mi viejo amigo cuyas memorias y preguntas han ordenado las trayectorias del tiempo y me han ilustrado en torno a la permanencia e impermanencia de las cosas, al reencuentro de las partes olvidadas, a la memoria más profunda...

Agradecimientos

En primer lugar agradecer la participación y excelente disposición de los colegas que amablemente accedieron a dar testimonio de su experiencia dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria, cuya transmisión fue fundamental para el desarrollo de esta investigación, permitiendo dar cuenta de las maniobras específicas que cada cual despliega en su ejercicio cotidiano para hacer clínica psicoanalítica en estos espacios de intervención multidisciplinaria de salud mental.

Mis agradecimientos a Danilo, profesor guía, quien tuvo una gran disposición, dedicando espacio y tiempo para pensar los impases propios del proceso de investigación, aportando una mirada crítica en cada lectura de los diferentes momentos de la elaboración de este trabajo, haciendo ver de manera precisa los puntos a rectificar, las inconsistencias, proponiendo en todo momento alternativas para mejorar la elaboración de esta tesis, sin duda un apoyo invaluable.

Agradezco a mí amada compañera Carla, quien ha sido parte de este proceso desde sus inicios, aportando reflexiones, escuchando lecturas fragmentarias de este trabajo, permitiendo el devenir de los acontecimientos, siempre en búsqueda de la verdad, apoyando en los momentos más difíciles de atravesar.

Mis agradecimientos a mi amigo, colega y compañero del magister, Eduardo, cuya generosidad y buena disposición fue un aporte significativo en diferentes momentos del magister y del proceso de investigación.

A Eric Moreau, quien ha tenido un lugar fundamental en mi formación en Psicoanálisis desde hace años...

A mis padres, Victoria y Mauricio, mis hermanos, Felipe y Mauricio, a mi hija Natalia y mi hijo Nicanor quienes indirectamente siempre me impulsan a pensar la trascendencia de cotidiano, el lugar del amor, lo político, la responsabilidad sobre la vida y el porvenir...

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL EN CHILE.....	6
2.1.1 Antecedentes históricos y Neoliberalismo en Chile	6
2.1.2 Reformas al sistema de salud	7
2.1.3 La Organización Mundial y la Organización Panamericana de la Salud.	9
2.1.4 La Salud Mental en Chile	10
2.1.5 Centros de Salud Mental Comunitaria y Psicoterapia basada en la evidencia	11
2.1.6 Psicoanálisis v/s Psicoterapia basada en la evidencia	13
2.2 TENSIONES: EL ENCUENTRO ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LAS INSTITUCIONES ...	14
2.2.1 La noción de tensión	14
2.2.2 Antecedentes históricos del encuentro entre el Psicoanálisis y las instituciones	15
2.2.3 El psicoanálisis y la salud pública en Chile	17
2.2.4 La reedición de un conflicto	18
2.2.5 Tensión y desencuentro	20
2.2.6 La regla fundamental y las instituciones	22
2.2 MÁS ALLÁ DE LA TENSION, LAS FORMAS DE HACER	23
2.3.1 Lo cotidiano	24
2.3.2 Sobre el problema del poder	26
2.3.3 Michel Foucault y la problemática del poder	27
2.3.4 Christophe Dejours y el sufrimiento en el trabajo.....	29
2.3.5 El saber de oficio.....	30
2.3.5 Michelle De Certeau y la táctica	31
3 MARCO METODOLÓGICO.....	34
3.1 Diseño de investigación.....	34
3.2 Pregunta y objetivos de investigación:	35
3.3 Participantes y criterios de inclusión.....	36

3.4 Estrategia de recolección de la información	37
3.5 Estrategia de análisis de la información	38
3.6 Consideraciones éticas de la investigación.....	40
4 HALLAZGOS Y RESULTADOS	41
4.1 Descripción y caracterización de los sujetos de investigación.....	41
4.2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DESCRIPTIVOS	48
(1) CLÍNICA BRUTAL COMO CONDICIÓN DEL COSAM.	49
(1.1) Subcategoría: PRECARIEDAD E INFRAESTRUCTURA INADECUADA.....	50
(1.1.1) Materiales Ligeros	50
(1.1.2) Falta de insumos para el trabajo	51
(1.1.3) Insalubridad.....	52
(1.1.4) Falta de profesionales y medicamentos	52
(1.2) Subcategoría: GRAVEDAD	53
(1.2.1) Pobreza y marginalidad.....	54
(1.2.2) Trastornos de personalidad, urgencias psiquiátricas y suicidabilidad.....	55
(1.2.3) Cronificación en el sistema	56
(1.2.4) Riesgo a la integridad física de los equipos	57
(1.3) Subcategoría: DESGASTE, CANSACIO Y SUFRIMIENTO	58
(1.3.1) Apagar incendios	58
(1.3.2) Estar quemados.....	59
(1.3.3) Intervenciones directivas.....	60
(1.3.4) Uso grosero de la derivación	62
(1.4) Subcategoría: CAOS.....	64
(1.4.1) Desorden	65
(1.4.2) Fisuras, vacíos y brechas.....	66
(1.4.3) Surgimiento de la clínica.....	67
(2) LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN EL COSAM.....	68
(2.1) Subcategoría: PREDISPOSICIÓN AL PSICOANÁLISIS	69
(2.1.1) Devaluación del psicoanálisis.....	70
(2.1.2) Valoración del Psicoanálisis.....	70
(2.1.3) Crítica de la política pública.....	71
(2.2) Subcategoría: HACERSE UN LUGAR.....	72

(2.2.1) Ser pillo.....	73
(2.2.2) Ser cínico e histérico.....	74
(2.2.3) Explicar mucho la clínica.....	75
(2.2.4) Ser hermético.....	77
(2.2.5) Tener buena etiqueta en el trabajo.....	78
(2.2.6) Validar los otros discursos.....	78
(2.3) Subcategoría: CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN COSAM.....	79
(2.3.1) Frecuencia de atención.....	80
(2.3.2) Proponer entrevistas preliminares.....	81
(2.3.3) Invertir la demanda para que surja un motivo de consulta.....	83
(2.3.4) Dar tiempo a los pacientes.....	84
(2.3.5) Soportar la transferencia.....	85
(2.3.6) La escucha analítica.....	87
4.2.1 Mapa conceptual Categoría 1: Clínica Brutal como condición del COSAM.....	89
4.2.2 Mapa conceptual Categoría 2: Lugar del Psicoanálisis en el COSAM.....	90
5 DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.....	91
5.1 Discusiones de los resultados de la investigación.....	91
5.2 Conclusiones de la investigación.....	100
ANEXOS.....	102
BIBLIOGRAFÍA.....	107

1. INTRODUCCIÓN

La realización de una investigación referida a las tensiones que experimentan los profesionales con formación en psicoanálisis dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria, deriva de una interrogación fundamental en torno a su exclusión oficial por parte de las políticas públicas en salud mental. Esta inquietud ha conducido a interrogar más directamente las formas concretas de hacer que despliegan los profesionales formados en psicoanálisis que ejercen su clínica en el ámbito público, bajo el supuesto de que el encuentro entre el psicoanálisis y la salud mental es problemático, generando tensiones específicas asociadas a la orientación clínica de los profesionales con formación en psicoanálisis siendo resueltas de maneras específicas y singulares dentro del ámbito de lo cotidiano.

Es de esta manera como para reconocer las tensiones específicas asociadas al ejercicio clínico del psicoanálisis en salud pública, ha sido preciso interrogar investigaciones que bordean el problema desde la perspectiva de la clínica en instituciones de salud o de carácter psicosocial, como estudios que abordan este encuentro desde otros ángulos, vinculados a las condiciones transversales que atraviesan los equipos de salud mental, permitiendo una aproximación al objeto de investigación, que en este caso son las tensiones en la práctica de profesionales con formación en Psicoanálisis dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria.

El estado del arte referido a trabajadores/as en el sistema de salud, nos permite reconocer varias condiciones a tener en consideración para pensar las posibilidades y destinos de la tensión y su tratamiento por parte de los profesionales implicados. En cuanto a lo anterior Silva (2016) en su tesis doctoral sobre el sufrimiento de los trabajadores de la salud, indica como las condiciones materiales del espacio, la historia de la institución, las exigencias institucionales sobre los profesionales y las relaciones dentro del equipo, operan de manera articulada, ejerciendo una influencia específica y combinada sobre las experiencias en el trabajo, siendo posible incorporar estas condiciones para pensar la noción de tensión que atravesarían los profesionales dentro de una institución.

En este sentido, podemos considerar que las tensiones asociadas a una práctica situada en un espacio determinado, se encuentran necesariamente condicionadas por la historia específica del espacio en que se despliega el trabajo. Vanzetti (2010) comenta que es difícil abordar el hacer de los psicólogos en la institución sin considerar la densidad histórica acumulada en dicho espacio, introduciendo elementos de contexto para pensar las prácticas dentro de un espacio atravesado por una historicidad que opera como exterioridad anterior y que ejerce su influencia sobre los sujetos sometidos a dichas condiciones.

En un estudio sobre la práctica de psicólogos de orientación construccionista en salud mental, Henríquez y Rodríguez (2011) al igual que Vanzetti en Salomone (2010) refieren que cada institución responde a una realidad histórica específica, relevando la importancia de esta dimensión a la hora de pensar los conflictos con la institución. En las conclusiones de este estudio se refiere que los conflictos entre los profesionales y la institución, se encuentran asociados principalmente a la obligatoriedad de cumplimiento con lineamientos técnicos contrarios con el propio enfoque clínico, conflictos derivados de divergencias epistemológicas sobre la psicoterapia, donde la institución de salud mental aparece para los profesionales como un medio para la regulación normativa del comportamiento de usuarios, restringiendo a su vez las prácticas del clínico, esbozando una tendencia hacia la obligación de cuadrarse con la institución.

Rodríguez (2010) en un estudio referido a la práctica clínica de psicólogos en la institución hospitalaria, propone una serie de elementos que aportan a circunscribir las tensiones en la práctica en instituciones de salud mental, tales como la falta de espacios para hablar sobre las prácticas clínicas, obligación de hacer lo que no se quiere hacer, asumiendo una posición policiaca frente a los pacientes, la imposibilidad de plantear posiciones disidentes, escasa incidencia en los tratamientos, falta de tiempo para pensar en profundidad los casos clínicos, despliegue de un trabajo sin demanda de atención o la prescripción obligatoria de parte de los médicos, quedando en posición de asumirse como ejecutor de órdenes.

De manera más próxima a nuestro objeto de investigación, podemos encontrar un estudio exploratorio referido a la clínica psicoanalítica de las psicosis en la atención pública en que Sabrovsky (2017) logra pesquisar algunos destinos posibles de esta tensión, entre

ellos, la reclusión del psicoanálisis, el abandono de los espacios públicos, la desobjetivación del hacer concreto del clínico por la influencia de los modelos de gestión, la alta rotación, el burn-out, entre otros puntos problemáticos para los profesionales.

Es de esta manera como la posibilidad de tensiones, paradojas, antagonismos y conflictos en la práctica clínica dentro de los dispositivos de salud pública, parece ineludible para las/los psicólogas/os con formación en psicoanálisis. Esto es señalado por Zenoni (2006), Carew (2008), Chaumon (2008), Ulrrich y Haddad (2009) Baez (2011), Dellepiane (2011), Salomone (2012) Oliveira, Rinaldi, y Ferreira (2015) quienes afirman además, que al desplegarse una práctica clínica desde el psicoanálisis en instituciones de salud mental, se generan tensiones debido a que en las instituciones confluyen diferentes discursos disciplinares y sistemas normativos para la regulación del trabajo, confrontando a los analistas a experimentar tensiones dilemáticas vinculadas a las decisiones clínicas, diagnósticas y/o técnicas, pudiendo anticipar un encuentro problemático entre el Psicoanálisis y las instituciones donde se despliega esta clínica

Por otra parte es posible encontrar investigaciones que nos anticipan la posibilidad una posición activa frente a esta exterioridad institucional, logrando una suerte de “engaño del poder”, lo que parece retratarse en la investigación desplegada en torno al trabajo de psicólogos en APS desarrollado por Andrade (2015), donde se pudo pesquisar que los profesionales despliegan efectivamente formas de resistencias y maneras de hacer creativas de apropiación del poder que pretende ejercer el dispositivo institucional. En este estudio se logra reconocer bajo la categoría de *hacer trampita*, un conjunto de disposiciones, que siguiendo a De Certeau (2000) podríamos llamar tácticas o maneras de hacer para “sobrevivir “dentro de la institución, aproximándonos de manera directa a la perspectiva de esta investigación.

Es de esta manera como en el estudio de Andrade (2015), aparecen de manera concreta formas de hacer asociada a la idea de *arreglárselas con lo que hay*, generando un acomodo de los criterios y parámetros exigidos por el servicio de salud por parte de las/los psicólogas/os de APS, para fines favorables tanto a los usuarios como los propios profesionales, tales como el uso del pasillo o la sala de espera para resolver situaciones con

los pacientes, o generar diagnósticos que no corresponden a la situación clínica con el fin de favorecer el acceso de un paciente a las prestaciones otorgadas por el servicio de salud.

Por otra parte, el estudio evidencia la noción de *hacer malabarismo*, como forma de manejar las tensiones entre lo exigido por el servicio de salud y las prestaciones concretas de los profesionales, orientando las acciones en la dirección de hacer calzar el trabajo real con las exigencias prescritas por la institución, mientras que *hacer trampita* es la representación de una manera de estar, persistir y resistir la precariedad concreta de las condiciones laborales en cuanto bajo valor de la hora destinada al pago de las/los profesionales, generando un acomodo en cuanto a las metas de cumplimiento, para acceder a los beneficios económicos que dispone el sistema.

Es en virtud de lo anterior en que se logra reconocer que el destino de las tensiones dentro de los centros de salud mental no se encuentra determinado por una exterioridad totalitaria, ni por una obediencia obligatoria de parte de trabajadores pasivos que se dejan dominar por el discurso oficial, sino que las prescripciones oficiales son interpretadas de maneras singulares que convocan al sujeto y su acto, pudiendo optar por el goce de la pasividad, inmovilidad o asumir posiciones tácticas para poder desplegar formas de hacer más allá de las aparentes determinaciones exteriores, cotidianas o institucionales, siendo posible pensar en términos foucaultianos una articulación entre poder y resistencia, poniendo en juego aquello que Dejours (1998) refiere como el saber de oficio o la táctica de Michel de Certeau (2000) quedando el sujeto en posición de un despliegue creativo frente a las fuerzas exteriores, lo que para efectos de esta tesis será investigado interrogando los discursos asociados a las tensiones que identifican en su práctica los profesionales con formación psicoanalítica dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria.

Es de este modo como las tensiones en la práctica de profesionales con formación en Psicoanálisis resultan relevantes de ser investigadas desde la perspectiva de que ellas encarnan un conflicto, un encuentro de fuerzas antagónicas, cuyos destinos parecen ser resultado de las apropiaciones singulares que los sujetos en escenarios concretos traducen en prácticas situadas, existiendo todo un campo de indeterminación, libertad, fisuras del sentido, momentos únicos, fugaces, donde la libertad táctica del acto de una práctica es posible, en tanto el poder no se encuentra con objetos pasivos, pudiendo pensar de manera

dialéctica, tanto la influencia de las tensiones sobre las prácticas como los efectos de las prácticas sobre las tensiones, aproximándonos a las formas concretas de hacer que despliegan estos profesionales para poder realizar una clínica psicoanalítica dentro de espacios donde la orientación psicoanalítica no es reconocida oficialmente, sin embargo, las prescripciones oficiales no impiden que dentro de los COSAM se desempeñen profesionales con formación en Psicoanálisis siendo puesta en juego la posición subjetiva frente, el saber de oficio y un hacer táctico para hacerse un lugar.

El abordaje metodológico de la investigación corresponde a la aplicación de una metodología cualitativa con un diseño exploratorio basado en la teoría fundamentada, para lo cual se ha utilizado como estrategia de producción de datos, la técnica de entrevista focalizada semiestructurada, en base a los objetivos específicos de la investigación. Esto permitió dar paso a un análisis de los datos cualitativos en base a un análisis categorial del material producido, desarrollo a partir de un proceso de codificación, que permitió la construcción de un sistema de categorías, subcategorías emergentes y un conjunto de propiedades lógicas de las subcategorías, proceso guiado por criterios de saturación del material cualitativo.

Tras el encuentro con los sujetos de investigación, se ha logrado describir dos grandes categorías derivadas de su experiencia en Cosam. Por una parte, aparece un conjunto de elementos que han sido agrupados y estabilizados dentro de la categoría “Clínica brutal como condición del Cosam” y por otra, una serie de movimientos específicos, posiciones tácticas que se han sido agrupadas dentro de la categoría “Lugar del psicoanálisis dentro del Cosam”, cada una presentando una serie de subcategorías y propiedades específicas que se desarrollan más adelante.

Finalmente, resulta posible delinear ciertas discusiones y conclusiones vinculadas al aporte y los alcances de la clínica psicoanalítica puesta en acto dentro de los equipos de salud mental de los COSAM, cuyo ejercicio mayormente se despliega en condiciones de precariedad y dentro del contexto de una clínica de lo grave. Es así como en base al despliegue de un saber hacer con las tensiones, los profesionales con formación en psicoanálisis logran validar esta clínica, permitiendo en los hechos, más allá de las

prescripciones oficiales, hacerse un lugar dentro de los Cosam, pese a la exclusión del Psicoanálisis por parte del Minsal.

2. MARCO TEÓRICO

Dentro del presente apartado se hará una breve revisión de la historia del sistema de salud en Chile y sus relaciones con la salud mental, para luego realizar un recorrido en torno a las tensiones del encuentro entre el psicoanálisis y las instituciones de salud mental, proponiendo ciertas claves de lectura que permitan una traducción del acontecer cotidiano en términos del poder, el sufrimiento en el trabajo, el saber de oficio, las formas concretas en que despliegan en sus prácticas los profesionales con formación en psicoanálisis que se desempeñan dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria intencionando una lectura bajo la clave teórica de la táctica que encontramos en el pensamiento de Michel de Certeau.

2.1 SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL EN CHILE

2.1.1 Antecedentes históricos y Neoliberalismo en Chile

La reestructuración del mundo tras la caída de los llamados “socialismos reales”, el fin de la guerra fría y la disputa imperialista por la hegemonía mundial, significó un importante avance capitalista de EEUU sobre los países del cono sur de América. Las políticas de Estado, progresivamente fueron intervenidas a nivel internacional de la mano de organismos financieros multilaterales como Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, que a partir de un programa de “estabilización”, impusieron una política para todos los países de América latina, afectando profundamente la administración interna de los presupuestos de los Estados y las políticas públicas (Morandé, 2016)

La crisis económica de los años ochenta y las exigencias del Fondo Monetario Internacional, bajo una lógica de ajustes estructurales como condición crediticia, favoreció la intromisión del Banco Mundial, que aprovechando la crisis, desplegó una política de préstamos a los llamados “países en vías de desarrollo” (Homedes, y Ugalde. 2005). Este proceso, según refiere Morandé (2016) favoreció la aplicación de políticas neoliberales de administración del Estado en base a un programa económico para los países en enfrentaban crisis de pagos internacionales. Esto fue conocido como el “Consenso de Washington”, donde la desregulación del mercado, la disciplina fiscal, el recorte al gasto social, la privatización del sector público, entre otros, se constituyeron en pilares fundamentales, siendo de esta manera cómo podemos considerar que tanto la década de los años ochenta y noventa significaron para la mayoría de los países América Latina y el Caribe un periodo de importantes reformas capitalistas (Infante, De la Mata, y Acuña, 2000) siendo Chile, el primer país de la región en aplicar reformas neoliberales.

2.1.2 Reformas al sistema de salud

La instauración progresiva del neoliberalismo luego del Golpe de Estado del 1973, junto a las políticas de reducción de presupuestos, han sido el contexto dentro del cual se han desplegado las transformaciones y reformas del sistema de salud. Es así como el Sistema Nacional de Salud fundado el año 1952 fue desmontado, a partir del 73, imponiéndose un sistema mixto de administración (Goic, 2015). En la actualidad coexisten servicios de salud públicos estatales, municipales y privados, tal como ha sido promovido por el FMI y el BM (Homedes y Ugalde, 2005). Dentro de este escenario, los procesos de reforma y bajo el discurso de una “modernización del Estado”, se han dirigido fundamentalmente hacia la privatización, por lo tanto, con ello se han trasladado también los modelos de administración de las empresas privadas a las instituciones del Estado, bajo el argumento de que toda administración pública estaría mal manejada y que en consecuencia habría que importar modelos de gestión empresarial, Gaulejac (2005).

La sustitución de la administración pública por los modelos privados, como refiere Gaulejac (2005) representa una verdadera ideología de la gestión que hunde sus raíces en los lazos sociales dentro del trabajo. Esta forma de administración se apoya en una excesiva tendencia de *hacer más con menos* y la imposición de un exceso de medición del trabajo, por lo que la aplicación de un ordenamiento institucional de esta naturaleza, nos anuncia paradojas, contradicciones y tensiones para el conjunto de los funcionarios de las instituciones que de ellos dependen, sumado a que lo que refiere Laurent (2000) respecto a que los todos los Estados modernos e industrializados se encuentran endeudados y compartiendo la preocupación de reducir los gastos en salud mental por no ser un campo productivo (p.35).

Por su parte podemos señalar que las transformaciones neoliberales antes mencionadas, son tardías en relación a los esfuerzos por reformar los modelos de atención en salud mental en el mundo, cuya articulación ha promovido modificaciones, muchas veces contradictorias, donde, por un lado el reconocimiento de los derechos humanos y la consideración de los determinantes sociales de la salud/enfermedad constituyen ejes centrales del modelo de atención comunitaria, revelando una tensión estructural, en tanto el sistema neoliberal parece situarse en las antípodas de un modelo de intervención comunitario, ya que mientras el neoliberalismo favorece condiciones de desigualdad social, sin garantizar derechos como el acceso a la salud, educación, vivienda, entre otros, profundizando las determinaciones sociales que afectan la salud mental, los lineamientos del MINSAL (2018) apelan a los determinantes sociales, ubicando en el centro de su propuesta, entre otras cosas, el respeto por los derechos humanos como condición a considerar en la intervención en salud mental, dejando ver una incongruencia de las políticas públicas en general y insuficiencia de las políticas públicas en salud mental en particular.

2.1.3 La Organización Mundial y la Organización Panamericana de la Salud.

En América Latina, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha intencionado consolidar reformas en salud mental, promoviendo este enfoque de atención comunitaria. Es así como la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica celebrada en Caracas (1990), presenta este modelo como una innovación para una mejor comprensión e intervención sobre la salud mental (Carrasco y Yuing, 2014), mientras que en el informe de salud mundial (2001) se presenta como un “cambio de paradigma”, basado en los progresos de la psicofarmacología (neurolépticos y antidepresivos) que siguiendo a Laurent (2000) sería justamente en la clínica de la medicación donde se cambiaría la sensibilidad del siglo, pasando de una clínica del sentido a una basada en el uso de los psicotrópicos (p.7) y nuevas formas de intervención psicosocial que incorporan la visión de los determinantes sociales y los derechos humanos.

Esto ha operado un impulso hacia la reestructuración general de la atención en salud mental desde un modelo biomédico a uno biopsicosocial, favoreciendo cambios concretos, influenciado por el discurso de la antipsiquiatría, como por ejemplo, la erradicación de los viejos hospitales psiquiátricos, que según el informe antes citado, se configuraban como espacios donde no sólo se ejercían graves vulneraciones de derechos en contra de los pacientes mentales, sino que las formas propias de intervención desde el hospital psiquiátrico tendían hacia la cronificación de situaciones de exclusión de los usuarios “enfermos mentales”, debido al aislamiento y sus efectos de “institucionalismo”, limitando ampliamente las posibilidades de reinserción social de los pacientes (OMS, 2001).

Es de esta manera, como las reformas propuestas por OMS/OPS, al plantearse superar el modelo biomédico y asilar, han desarrollado un conjunto de redes intersectoriales de servicios atención. Esto ha favoreciendo la integración de los servicios de salud mental a los hospitales generales, incorporando progresivamente la atención de salud mental en la atención primaria de salud (APS), siendo de este modo como el Ministerio de Salud (2017) ha proveído de una serie de orientaciones, normas técnicas, guías clínicas y documentos para el desarrollo de una estrategia nacional de salud pública en materia de salud mental, siendo

el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, (PNSMS), la formulación más acabada que ha llevado a cabo progresivamente los planteamientos de la Declaración de Caracas promovida por la OPS (Minoletti y Zaccaria, 2005).

2.1.4 La Salud Mental en Chile

El PNSMP se levanta como propuesta programática en materia de Salud Mental por parte del MINSAL (Aveggio, 2017). Esta propuesta, ha intentado sintetizar la experiencia de usuarios, técnicos y profesionales para el desarrollo de objetivos y estrategias según las necesidades de salud mental de la población, siendo puesto en marcha el año 1993, alineando los servicios de salud con las propuestas de la OMS y definiendo una red temática de equipos de salud mental articulados en base a un modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (Minoletti, 2005).

La organización de los establecimientos de salud, se encuentra segmentada en diferentes niveles según su grado de complejidad técnica o densidad tecnológica, es de esta manera como encontramos un nivel primario de atención en salud (APS), el cual ha incorporado progresivamente servicios de salud mental. El año 2012 un 76% de los centros de APS contaban con equipos de salud mental, mientras que al año 2015, los 2027 establecimientos de APS a nivel nacional contaban con servicios de salud mental. Por su parte es posible encontrar un nivel secundario, que para el año 2016 contaba con 153 equipos en 96 centros de salud mental comunitaria y 57 equipos de centros adosados de especialidades. El nivel terciario de salud consiste en los servicios de salud mental integrados a los hospitales generales y unidades de corta, mediana y larga estadía, a lo que se añaden cuatro hospitales psiquiátricos a nivel nacional, Hospital del Salvador en Valparaíso, Hospital Phillipe Pinel, Instituto Psiquiátrico Horwitz y el Hospital el Peral (MINSAL, 2018).

2.1.5 Centros de Salud Mental Comunitaria y Psicoterapia basada en la evidencia

Dentro de la red intersectorial de servicios de Salud Mental, podemos encontrar los Centros de Salud Mental Comunitaria, que han sido considerados como el escenario y contexto para el desarrollo de la presente investigación, ya que según consideraciones del MINSAL (2018) estos centros corresponden a una pieza clave dentro del sistema de atención en salud mental.

Según los lineamientos técnicos de estos centros, estos poseen una organización interna orientada hacia la formación de equipos transdisciplinarios, que asuman tareas de prevención, detección, atención, rehabilitación y recuperación para la inclusión socio comunitaria de los usuarios (MINSAL, 2018) por lo tanto, estos equipos se encuentran constituidos por médicos generales, psiquiatras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogas/os, entre otros, quienes deben desplegar un conjunto de prestaciones en salud mental para los usuarios, las cuales se encuentran detalladas en los documentos del Minsal (2018) referidos a los Cosam.

Dentro del conjunto de prestaciones de los Centros de Salud Mental Comunitaria, encontramos el uso de la psicoterapia, elemento altamente relevante ya que abre posibilidad de interrogar las tensiones prácticas para los profesionales y discusiones teóricas, en tanto este ejercicio no presenta un carácter unívoco, siendo comprendida desde diferentes perspectivas y enfoques. En cuanto a esta prestación de servicio de psicoterapia, el Minsal refiere lo siguiente:

“Es la atención terapéutica otorgada, por psicólogo clínico/a o psiquiatra con formación certificada en psicoterapia, a personas con diagnóstico de enfermedad mental, según su plan de tratamiento integral, cuyo propósito es mejorar su condición de salud mental y calidad de vida, a través de la utilización de técnicas de enfoques psicoterapéuticos basados en evidencia y validados por el Ministerio de Salud” (MINSAL, 2018: pp 95).

La valoración por la “evidencia” en psicología clínica y/o psicoterapia que actualmente se expresa en los lineamientos del MINSAL, es una expresión concreta de las

discusiones desarrolladas a mediados del siglo XX dentro del campo de la medicina. La necesidad de fundamentar la clínica médica y sus prácticas sobre procedimientos de base empírica favoreció el surgimiento de la llamada medicina basada en evidencia (MBE), que para Berríos (2010) se deriva de una “perversión epistemológica” (p.5) que tendería a la cosificación y estandarización de las prácticas con la finalidad de abrir nuevos mercados farmacológicos en tanto estrategia neocapitalista de consumo, siendo evidente la relación entre el mercado y los discursos de la salud pública, articulados sobre una complicidad capitalista.

Este modelo, que Berríos (2010) también refiere como una “parodia epistemológica” (p.6) luego encontró su expresión propia en el campo de la psiquiatría, favoreciendo procedimientos de intervención psicofarmacológicos ajustados a diagnósticos específicos, posición que también fue asumida por la *American Psychological Association* (APA), buscando determinar tratamientos psicológicos eficaces para trastornos específicos y conducentes a protocolos de intervención, (Celis y Méndez, 2020).

Es así como las psicoterapias que han sido integradas a las instituciones públicas del MINSAL, son aquellas “basadas en evidencia” y apoyadas sobre la base empírica y experimental derivada del modelo de la MBE, siendo estas las *terapias conductuales, cognitivas, la terapia interpersonal, las técnicas de relajación y las terapias de apoyo basadas en la consejería*, (MINSAL, 2018).

Como señala Ascorra (2002) son las terapias de corte cognitivo conductual las que se ajustarían a las taxonomías psicopatológico-psiquiátrica del DSM, siendo posibles de ser estudiadas a partir del método científico y la observación de conductas específicas, condición que operaría como supuesta evidencia de su eficacia, quedando el psicoanálisis, como enfoque psicoterapéutico, formalmente ausente de las orientaciones técnicas o clínicas que se consideran válidas actualmente por el sistema público de salud mental en Chile.

Este posicionamiento se encontraría en coherencia con las definiciones de salud que promueve la OMS, ya que partir de un “enfoque positivo”, se promueve una idea que considera que la salud es un *estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* (OMS 2001), donde la división

estructural del sujeto que propone el psicoanálisis, se encuentra desalojada de antemano, promoviendo una práctica ajustada a protocolos, que según Carrasco (2011) representa una práctica ingenua, que tiende a la cosificación de la relación médico-paciente basada en una lógica económica de costo-beneficio, excluyendo la singularidad del médico y del paciente. (p.2)

2.1.6 Psicoanálisis v/s Psicoterapia basada en la evidencia

La orientación hacia la singularidad, podría hacer pensar que la clínica psicoanalítica no sería susceptible de ser sometida a los criterios metodológicos de investigación que han utilizado otras formas de psicoterapia. Esto supondría una ausencia de pruebas empíricas respecto de la eficacia de la terapia psicoanalítica, lo que para Echeburúa, Salaberría, de Corral y Rocío Polo-López, (2010) no sería un criterio válido para considerarlo una prueba de su ineficacia. Sin embargo, las diferencias clínicas y/o epistemológicas, no han sido un impedimento para que se desarrollen investigaciones referidas a la “eficacia” del psicoanálisis. Existen investigaciones, estudios controlados, aleatorizados y meta - análisis de investigaciones cuantitativas, donde se ha puesto a prueba la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica (Celis y Méndez, 2020).

Ejemplo de lo anterior son los trabajos de Kernberg (1987), quien realiza investigaciones psicodinámica sobre los llamados trastornos de personalidad, buscando articular los desarrollos de la psiquiatría clásica con el psicoanálisis y proponiendo un enfoque terapéutico de inspiración psicoanalítico para el tratamiento de los estados límites, sin embargo, la escuela norteamericana parece hallarse en conflicto fundamentalmente con las corrientes freudo-lacanianas (Barreira, 2016), lo que operan como un obstáculo para la generación de criterios de evidencia compartidos ya que no existe acuerdo respecto de ello, ni un interés desde el psicoanálisis freudo-laciano de basar su legitimidad sobre dichos criterios (Celis y Méndez, 2020).

Es a partir de lo anterior, en que comienza a delinarse una problemática asociada a la exclusión de la clínica psicoanalítica dentro de las políticas de salud mental en Chile, que a su vez puede encontrar otra arista en las diferencias epistemológicas con las llamadas psicoterapias basadas en la evidencia, ya que mientras los enfoques inspirados en la MBE aspiran a la unificación de protocolos de intervención clínica para diagnósticos específicos, el psicoanálisis se orienta hacia la singularidad del sufrimiento, reconociendo plenamente la importancia de la palabra subjetiva, resistiendo toda lógica de estandarización.

Es de esta manera, como resulta posible anticipar tensiones en la práctica para los profesionales que despliegan su clínica por fuera de los bordes de la definición del MINSAL, como es el caso de las/os psicólogos/as con formación en Psicoanálisis. Sin embargo, esta situación en términos históricos difiere de aquello que acontece en la actualidad, pudiendo rastrear desencuentros y encuentros fructíferos entre el psicoanálisis y las instituciones públicas o privadas de salud mental.

2.2 TENSIONES: EL ENCUENTRO ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LAS INSTITUCIONES

2.2.1 La noción de tensión

Para delinear unos primeros contornos respecto a la noción de tensión, clave para pensar el encuentro entre el psicoanálisis y la institución, encontramos la siguiente definición de la RAE (2001) que nos permite una primera aproximación; *es el estado de un cuerpo sometido a la acción de fuerzas que lo atraen*. Otra referencia encontramos en el diccionario Larousse (1986) que define la tensión como; *el estado de un cuerpo estirado... Tirantez, situación que puede llevar a una ruptura o a un conflicto*. Semejante definición encontramos en el diccionario Lexicón de bolsillo (1982) que refiere; *es el estado de un cuerpo estirado por acción de alguna fuerza*.

Por otra parte, el diccionario de filosofía Ferrater Mora (1958) refiere el concepto de tensión a la noción vinculada al estoicismo, donde se le consideraba como un principio de

unificación de lo disperso, es decir, como un principio vinculado al esfuerzo por la vida, siendo de esta manera como en la muerte los seres orgánicos perderían su tensión, siendo así como la tensión representaría un esfuerzo por mantener el equilibrio de las tendencias hacia la dispersión, por lo tanto, se trataría de fuerzas enfrentadas y antagónicas bajo la lógica de la unificación-dispersión.

Es así cómo podemos considerar que nuestro concepto de tensión, se constituye a partir de una combinación simple de elementos articulados bajo la estructura de un conflicto, anticipando un encuentro problemático, es decir, una relación de oposición de fuerzas que al quedar enfrentadas tienden al conflicto.

Es de esta manera como al trasladar esta noción al contexto del encuentro del psicoanálisis y las instituciones, son las/os psicólogos/as de orientación psicoanalítica el objeto sobre el cual recaerían conflictos a interrogar en esta investigación, donde la formación en psicoanálisis, sus categorías clínicas, la conducción de los tratamientos y la ética centrada en la singularidad, entre otros, operarían en su conjunto como un campo de contradicción, “tirantez”, cuyos destinos parecen sujetos a las formas específicas de hacer con la tensión, problema a interrogar directamente en los protagonistas, sin embargo, el encuentro entre el psicoanálisis y las instituciones posee una historia que data desde los primeros tiempos del psicoanálisis. A continuación se presenta un esbozo histórico del encuentro entre el psicoanálisis y las instituciones.

2.2.2 Antecedentes históricos del encuentro entre el Psicoanálisis y las instituciones

El encuentro entre el Psicoanálisis y las instituciones, si bien posee una larga historia, ha sido objeto de amplias discusiones, pudiendo encontrar antecedentes en la propia obra de Freud, relativos a la aplicación del psicoanálisis por fuera del dispositivo clásico. Freud (1919 [1918]) en los *Nuevos caminos de la terapia analítica*, (donde se recoge su exposición en el V congreso psicoanalítico celebrado en Budapest el 28 y 29 de septiembre de 1918), despliega un argumento en torno a la posibilidad de que el psicoanálisis pueda aplicarse a las grandes masas del pueblo, señalando que la conciencia moral de la sociedad entenderá que

los pobres poseen los mismos derechos a la terapia anímica que los estratos superiores de la sociedad, suponiendo la posibilidad de que se puedan desarrollar sanatorios o lugares orientados por el psicoanálisis para la atención de pacientes, ya que para Freud, la neurosis no representaba una amenaza menor que la tuberculosis para la salud pública.

En el texto antes citado, Freud comenta que frente a la posibilidad de un proceso de extensión del psicoanálisis a las instituciones, la terapia analítica se verá precisada a “*alejar el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa*” (1919 [1918] pp 163), planteamiento que sugiere que si bien el psicoanálisis puede trascender los límites de la consulta privada, al aplicarse a las masas, algo quedaría perdido, sin embargo, los aspectos eficaces seguirán siendo aquellos adoptados del psicoanálisis riguroso.

El problema de la extensión del psicoanálisis a espacios institucionales, puede ser documentado desde sus inicios. En relación a ello, García (2007) nos indica en su trabajo sobre el psicoanálisis en instituciones públicas, que uno de los primeros encuentros del psicoanálisis con la institución, se produce en el Hospital de Burghölzli, clínica psiquiátrica de la Universidad de Zurich bajo la dirección de Eugene Bleuler.

Por su parte, Gómez (2021) en su trabajo sobre salud pública y psicoanálisis, expone un amplio listado de datos históricos referidos al encuentro entre el hospital, la salud pública y el psicoanálisis, entre ellos refiere experiencias en Inglaterra y en Alemania en los primeros decenios del siglo XX vinculadas al tratamiento de soldados traumatizados por la guerra, como en el caso de la Brunswick Square Clinic. También nos presenta la experiencia de Bion en el año 1932 quién se desempeñó en la clínica Tavistock de Londres trabajando con pacientes jóvenes con trastornos de personalidad dentro del contexto de un fortalecimiento de la asociación británica de Psicoanálisis por efecto de las migraciones de analistas en Europa a propósito de la guerra, (Roudinesco, E. 2019).

Por su parte la experiencia de Max Eitingon, colaborador del círculo cercano de Freud, quien trabajó en Zurich con Bleuler, para luego fundar el primer policlínico de tratamiento psicoanalítico gratuito en Berlín, que según comenta Roudinesco (2019) habría sido fundado el 14 de febrero de 1920, permitiendo también la formación de los psicoanalistas, instituto que habría favorecido la profesionalización de la formación de los analistas según

criterios vinculados a una formación teórica, análisis didáctico y supervisiones de la práctica clínica.

Más próximo a la experiencia latinoamericana, Gómez (2021) nos recuerda la figura de Enrique Pichón Riviere en Argentina dentro del Hospital José Tibursio Bordá, donde habría logrado una reformulación fundamental del dispositivo hospitalario a propósito de su formación en psicoanálisis a lo cual se podría añadir el trabajo de Goldemberg dos décadas más tarde en el año 1956 en el hospital de Lanús.

Por su parte es posible rastrear la experiencia en Chile donde existen importantes antecedentes de un encuentro entre el psicoanálisis y la salud pública, que aparecen fundamentalmente vinculados a la figura de Ignacio Matte Blanco donde el psicoanálisis habría adoptado mayor protagonismo que en la actualidad.

2.1.3 El psicoanálisis y la salud pública en Chile

Según Ruperthuz (2013) unos primeros antecedentes del psicoanálisis en Chile, pueden asociarse a la figura de Germán Greve Shlegel, quien junto a Fernando Navarro habría sido de los primeros Chilenos en tomar contacto con la obra de Freud (p.264) sin embargo, más allá de estos datos, la relación entre el psicoanálisis en Chile y la salud pública propiamente tal posee una historia cuyo origen se remonta a la década de los cuarenta y sesenta. Como refiere Vetö (2013), esto fue caracterizándose por un importante desarrollo productivo y de colaboración con el mundo académico.

Este periodo, como ha sido señalado anteriormente, nos remite a la figura de Ignacio Matte Blanco, médico, quien se habría formado en la Sociedad Británica de Psicoanálisis, regresando a Chile el año cuarenta y tres para desplegar funciones académicas en la Universidad de Chile y en la clínica psiquiátrica y en la Universidad Católica, analizándose con Fernando Navarro (Vetö: 2013, p132).

Por otra parte, esta relación de mayor protagonismo del psicoanálisis, encuentra expresión en el caso de Guillermo Altamirano, miembro de la APCh, quien habría formado el primer servicio de psiquiatría infanto-juvenil del país, evidenciando un periodo de relaciones colaborativas entre la Asociación Psicoanalítica de Chile, la Facultad de Medicina, las clínicas psiquiátricas y/o servicios públicos de salud mental en el país, sin embargo, tras la dictadura militar, el psicoanálisis en tanto práctica clínica se habría replegado en las consultas privadas, alejándose de la labor pública (Vetö, 2013).

La situación actual de exclusión del psicoanálisis dentro de la salud pública, como refiere Vetö (2013), habría sido condicionada ampliamente por la dictadura militar, mientras que por otra parte, la posición de los propios psicoanalistas y sus instituciones, parecen despreciar la labor pública dentro de los equipos de salud mental, constituyéndose en un factor que favorece la distancia entre el psicoanálisis y la salud pública (Gajardo; 2014), lo que se expresa concretamente en los lineamientos, orientaciones técnicas, protocolos de intervención y discursos institucionales que omiten la referencia a una clínica que posee una larga historia como es el psicoanálisis.

2.2.4 La reedición de un conflicto

En la actualidad los Estados modernos han comprendido la necesidad del tratamiento de la salud mental de la población, sin embargo, no es precisamente la terapia analítica la que es convocada para dar respuesta a las problemáticas de salud pública en materia de salud mental, quedando muchas veces el psicoanálisis en una posición de exclusión frente a los espacios institucionales, como puede apreciarse en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, donde una “racionalidad de la evidencia” opera como umbral de los saberes que son integrados a las políticas públicas de salud mental.

Parece posible hallar una pista en lo que Aceituno (2001) refiere una cierta posición de rivalidad entre el psicoanálisis y el discurso psiquiátrico o psicopatológico, delineando la actualidad de un conflicto que parece reeditarse en las tensiones concretas de la práctica

psicoanalítica en la institución, rivalidad que el propio Freud (1923) retrata en *El Yo y el Ello* señalando que la psicología de sus contendores resultaría absolutamente incapaz de resolver los fenómenos psicopatológicos que se nos plantean.

Lo anterior parece hallar fundamento en una relación de antagonismo epistemológico con las concepciones de la psiquiatría moderna, condición que no parece una novedad histórica, sino más bien una actualización “posmoderna” de las tensiones presentes entre el psicoanálisis y la psiquiatría de finales del siglo XIX, deviniendo una relación contradictoria entre continuidad y ruptura, que parece haber operado desde el origen del psicoanálisis hasta nuestros días.

Por su parte, Aceituno (2005) ha comentado el desarrollo de una dialéctica presente-pasado que opera en los discursos que pretenden dar cuenta de una supuesta clínica contemporánea, reeditando viejos debates bajo nuevas nominaciones, siendo esto uno de los aspectos centrales de la relación conflictiva entre el psicoanálisis y la institución, debido a que esta se constituye ampliamente en sus bases técnicas mediante la asimilación de los discursos hegemónicos de la salud mental, localizando las nomenclaturas actuales, nosologías y construcciones psicopatológicas en el lugar de la verdad.

En relación a lo anterior Frydman (2012) afirma en su texto *La subversión del sujeto en Lacan*, que el resurgimiento de la psiquiatría biológica junto al desarrollo de la psiconeuroinmunoendocrinología y la farmacología de mercado, operan una verdadera *forclusión del sujeto*, situación que permite constatar la naturaleza conflictiva de la relación entre el psicoanálisis y los discursos de la salud mental basados en la racionalidad científica, donde precisamente las concepciones clínicas no psicoanalíticas, logran ensamblar de mejor manera con los discursos normativos, pudiendo integrarse “otras clínicas” con mayor facilidad al campo de las instituciones, ya que serían coherentes con los fundamentos ideológicos de los lineamientos internacionales de la OMS.

Casarotti (2010) en un esfuerzo de historización reflexiona en torno a las relaciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría, señalando que el psicoanálisis tuvo un primer

momento de colaboración fructífero con la psiquiatría, hasta devenir una verdadera hegemonía del psicoanálisis dentro de la institución psiquiátrica. Esto habría encontrado su expresión incluso en la nosología psiquiátrica de las primeras dos versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desordenes Mentales (DSM), decantando en una situación actual de exclusión, que Levy (2019) caracteriza como una verdadera guerra en contra del sujeto del psicoanálisis, siendo atacado desde diferentes frentes como si se tratase de una psicopatología obsoleta y anticuada, lo que permite comprender la puesta en tensión de los discursos contemporáneos de la salud mental, que como nos indica Aceituno (2005), pretenden ser una novedad ante los “viejos” problemas psicopatológicos de la psiquiatría del siglo XIX, cuya actualización más concreta se puede encontrar en los debates actuales respecto a los llamados “trastornos límites”.

2.2.5 Tensión y desencuentro

Por su parte los tiempos proyectados por Freud (1918) parecen haber acontecido de manera muy diferente, pese a ello, el psicoanálisis ha logrado atravesar la prueba del tiempo, demostrando su vigencia en pleno siglo XXI, sin embargo, el pasaje de una clínica privada a una clínica en instituciones es un hecho complejo, cuya relación en gran medida parece adoptar la forma de un “eterno des-encuentro” como indica Baez (2011) en su reflexión en torno al psicoanálisis y las instituciones señalando que habría una profunda tensión epistemológica en la base de este encuentro.

Para Carew (2012) esta tensión se expresaría concretamente en el encuentro entre el campo normativo de la institución y la dimensión clínica del trabajo, quedando la posición ética del analista entre la obediencia a las demandas institucionales o su rechazo, mientras que Salomone (2014) señala que el campo normativo de las instituciones opera efectos de tensionamiento sobre los profesionales que se desempeñan en ellas, generando dilemas éticos en cuanto a las decisiones clínicas, mientras Carew (2012) en la misma línea que Salomone, añade que pensar la articulación de una clínica en las instituciones representa un desafío ya que dicho encuentro genera tensiones éticas debido a que el campo normativo de

la institución, ejercería un poder que tendería a permear de maneras imperceptibles las prácticas concretas de los profesionales.

Por otra parte, Marchant y Petersen (2014) a propósito de un recorrido dentro de un dispositivo de intervención psicosocial de acompañamiento terapéutico guiado por una ética psicoanalítica y basado la escucha y la historización del sufrimiento, teorizan en parte su experiencia, vinculando esta relación de poder institucional a un fenómeno que han denominado *transparencia de la pobreza*, donde las instituciones transgreden todo aquello del orden de la intimidad, reforzando la omnipotencia institucional, obturando las posibilidades de emergencia de un sujeto en su condición de alteridad, es decir, las instituciones o dispositivos institucionales tenderían a un encuentro alienante, arrojando al usuario a un destino social de cosificación, lo que parece situarse en las antípodas de una ética psicoanalítica, relación donde los usuarios quedarían situados en lugar de objetos.

Por otra parte Aveggio (2017) refiere otra expresión de la cosificación de los usuarios dentro de los dispositivos de salud pública, que parece configurar un punto de conflicto entre el psicoanálisis y las instituciones, ya que según comenta, muchas veces el paciente, usuario de las instituciones aparece sin una demanda propia de atención, generándose una inversión de la demanda en los dispositivos psicosociales o de salud mental, que tenderían a ofrecer respuestas clínico-terapéuticas a una demanda institucional-judicial, siendo desplegado un trabajo de intervención donde el usuario/a no ha demandado en absoluto la implicación de una institución, lo que exigiría del clínico un posicionamiento específico para hacer emerger la subjetividad o una demanda propia que los usuarios puedan hablar de su padecimiento más allá de las nominaciones exteriores de un saber burocrático, institucional, biomédico, jurídico o psiquiátrico.

Lo anterior nos sugiere la posibilidad de pensar el despliegue de unas ciertas operaciones clínicas que permitan establecer una demanda genuina de atención en quienes son ingresados por imperativos institucionales, siendo en este punto en que se genera una profunda tensión clínica y ética respecto de la orientación preliminar de un trabajo analítico en dispositivos institucionales, ya que son los propios fundamentos del encuentro entre el usuario y la institución los que hacen negación de su condición de sujeto, sin embargo, siguiendo los argumentos Greisser (2012) en su texto *Psicoanálisis sin diván*, podríamos

pensar que cuando la demanda proviene de la institución, resulta fundamental interrogarnos respecto de la naturaleza de tal demanda e interpretarla antes que responderla, ya que esto último resultaría fatídico para el trabajo clínico desde una perspectiva psicoanalítica.

Por su parte Zenoni (2006) refiere que las tensiones con la institución radican en que por un lado las metas de la institución se vinculan a la reducción de los síntomas, querer el bien del usuario/a respondiendo a las demandas directas y apuntando a la unidad imaginaria del sujeto, mientras que, según su entender, psicoanálisis no apuntaría a ningún bien, se dirigiría a la emergencia del deseo en su singularidad, dirigiendo la escucha a la raíz de la demanda, apuntando hacia la división de sujeto.

2.2.6 La regla fundamental y las instituciones

Dicho esto resulta legítimo interrogarse respecto de la contribución y posibilidades de una clínica guiada desde el psicoanálisis dentro de dispositivos de salud pública, que desatienden la singularidad del sufrimiento, padecimientos que requieren ser traducidos, simbolizados, ingresar al orden del lenguaje, ser escuchados. Esto nos permite considerar lógico una inserción de la clínica psicoanalítica en espacios institucionales, una puesta en acto de la regla fundamental del psicoanálisis, es decir, la asociación libre y la escucha analítica.

En los escritos técnicos de Freud (1904-1919) es posible apreciar que aquello de lo que se sirve el analista para el trabajo clínico reside en la llamada regla fundamental, es decir, en la asociación libre, instancia que favorecerá el desarrollo de una verbalización donde el analizante logra poner en palabra todo aquello que pase por la consciencia en un determinado momento, permitiendo de esta manera la posibilidad de avanzar más allá del saber y de las explicaciones racionales respecto de su padecer, permitiendo de esta manera el despliegue del acto del analista vinculado a la interpretación.

Por su parte, la asociación libre parece favorecer un acto de disseminación significativa respecto de lo pulsional que se encuentra desanudado de los contenidos

representacionales, permitiendo la ligazón de lo que Freud (1950 [1895]) en el *Proyecto de psicología para neurólogos* denominaba como la energía libre, logrando la posibilidad de movilidad de una instancia psíquica a otra, que en términos lacanianos podría comprenderse como una simbolización de lo real mediante una traducción al orden simbólico del lenguaje, que descansaría sobre lo que Freud (1912) refiere en los *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, haciendo de la escucha una condición básica del trabajo clínico, una escucha consistente en no querer fijarse en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma atención parejamente flotante, sin embargo, esto parece ajustarse principalmente a una clínica de la neurosis, que no necesariamente es aquello que se presenta en los dispositivos públicos de salud mental.

Es de esta manera como resulta posible señalar que muchas veces la clínica en dispositivos públicos de salud mental trata de una clínica de pacientes graves, donde la “técnica clásica” del psicoanálisis basada en la llamada regla fundamental parece insuficiente en la dirección de la cura, requiriendo del clínico, como refiere Aceituno y Cabrera (2004) una posición de restitución de aquello que no encuentra registro psíquico, exigiendo un manejo específico de la transferencia asociado a un esfuerzo de figurabilidad e historización, más que apuntar hacia la división del sujeto como podría pensarse en la clínica de las neurosis, sin embargo, esto representa una distinción específica en torno a la técnica de la clínica con pacientes traumatizados que permite introducir otra dimensión al problema del encuentro entre el psicoanálisis y las instituciones.

2.2 MÁS ALLÁ DE LA TENSIÓN, LAS FORMAS DE HACER

Habiendo mencionado una serie de elementos que han sido documentados en torno al encuentro entre el psicoanálisis y las instituciones, resulta posible referir que estas siempre son experimentadas por sujetos concretos, en escenarios específicos y cotidianos del quehacer clínico de los profesionales que despliegan sus prácticas en dispositivos de salud mental. Es así como el sujeto y su acto se hallarían directamente frente a las determinaciones

de una exterioridad cotidiana hecha de materialidades, prácticas y discursos, quedando efectivamente en posición de tensión, que exige su tramitación, desplegando ciertas formas de hacer con la tensión.

De esta manera se torna necesario relevar ciertas claves de lectura para precisar los componentes del problema, donde la idea de lo cotidiano de Giannini, el sufrimiento en el trabajo y el saber de oficio propuesto por Dejours, la problemática del poder en Michel Foucault y la noción táctica desarrollada por Michel de Certeau, nos pueden permitir delinear los contornos de la tensión y las maneras de hacer en el territorio específico de la práctica situada de profesionales que ejercen la clínica psicoanalítica en los Centros de Salud Mental Comunitaria.

2.3.1 Lo cotidiano

Lo cotidiano como refiere Gianinni (2004) representa un problema, cuya relevancia para la filosofía durante mucho tiempo fue soslayada, en tanto se asociaba a ella todo aquello intrascendente para la intelección filosófica, básicamente la cotidianidad como fenómeno, se encontraba en las antípodas de aquellas problemáticas “dignas” para la filosofía y las humanidades. En este sentido Hecerg (2014), refiere que en la historia de la filosofía occidental habría una ambivalencia en cuanto a lo cotidiano quedando este concepto relegado al plano de la banalidad.

Por otra parte, Hacerg (2014) refiere una serie de autores que ha elevado el concepto de lo cotidiano a un estatuto de inteligibilidad filosófica, cuyas elaboraciones han sido recogidas desde diferentes ámbitos, pudiendo rastrear su origen filosófico desde los trabajos de Edmund Husserl, Alfred Schutz y Thomas Luckmann. También, según comenta Hacerg (2014) podemos identificar autores de inspiración marxista como Henri Lefebvre y Agnes Heller quienes han trabajado el concepto de lo cotidiano principalmente desde la perspectiva de la reproducción de las condiciones de producción, entendiendo lo cotidiano como un espacio de reproducción, lo que nos permite anticipar una aproximación a las nociones foucaultianas en torno a los dispositivos del poder que más adelante será desarrollada.

Por su parte el filósofo chileno Giannini (2004), refiere que lo cotidiano “es lo que pasa todos los días” (p.29) en este sentido podría entenderse como aquel decurso intrascendente de acontecimientos “comunes” que acompañan la experiencia rutinaria del sujeto ordinario. Por otra parte en cuanto a lo cotidiano señala:

“...Desde esta perspectiva, lo cotidiano es justamente lo que pasa cuando no pasa nada. Nada nuevo, habría que agregar. A partir de esta simple constatación - es lo que pasa cuando no pasa nada- comienza a sospecharse que no va a sernos fácil caracterizar un fenómeno tan anodino como este...Presenta el inconveniente de lo invisible de las cosas próximas y familiares...aparece y desaparece, es un antimisterio...” (Giannini, 2004: p.29)

Para Bégout (2004) lo cotidiano no se trataría de eventos exteriores que se imponen a la experiencia, sino más bien, lo cotidiano sería un acto del sujeto, es decir, lo cotidiano sería el resultado del acto de cotidianizar, por tanto, sería el sujeto intentando dominar la indeterminación del mundo, quien desplegaría un relato cotidianizante para aminorar las incertidumbres de la existencia, transformando el mundo en un lugar rutinario, predecible y monótono, dominando la indeterminación del mundo bajo la forma de un acto, una negación de lo enigmático, lo que ejercería un efecto narcótico una inhibición del deseo, que se instalaría como parte de lo cotidiano.

Es de esta manera como el acto sobre lo cotidiano permitiría la emergencia de la indeterminación, la discontinuidad, la falta, posibilidad de una ruptura del relato narcótico del poder que mantiene al sujeto desalojado de sí, colaborando de su propio desalojo, renunciando a su poder de hacer, siendo posible considerar lo cotidiano en última instancia como una forma de exterioridad interior que deja al sujeto en posición de responsabilidad en torno a su acto que en última instancia puede subvertir las correlaciones de fuerzas.

2.3.2 Sobre el problema del poder

Para traducir los problemas prácticos dentro de los Centros de Salud Mental, resulta relevante introducir algunas coordenadas básicas en torno al problema del poder, ya que es justamente en estos espacios donde el discurso dominante se presenta condicionando el umbral de lo posible, sin embargo, la exterioridad pensada bajo la clave de lo cotidiano nos permite una aproximación a las dimensiones del acto, sus alcances y limitaciones, donde el problema de la determinación y la libertad se presenta en gran medida por el lado del propio sujeto, cuyas posibilidades obturadas, requieren de un evento en el orden de un acontecimiento subversivo o en palabras de Agamben (2011) una profanación del dispositivo del poder.

Es de esta manera como parece relevante tener en consideración la lectura que Giorgio Agamben (2011) realiza de la noción foucaultiana del dispositivo, en tanto este se encontraría inscrito en unos juegos de poder, cuya dimensión heterogénea, discursiva o no, implica toda una red que orientaría la totalidad de los gestos, conductas y opiniones de los sujetos dentro de un determinado campo histórico, noción que recuerda las teorizaciones de Althusser (1988) respecto de los aparatos ideológicos de estado en su función de reproducción de las subjetividades sobre las cuales se reproducen las condiciones de producción capitalista. Sin embargo, la interrogación de Agamben respecto del dispositivo foucaultiano, en tanto maquina que produce subjetivaciones, o bien formas de desubjetivación, se orienta a las maneras de subvertir el dispositivo, es decir, se intenciona una reflexión referida a la posibilidad de un contradispositivo, estrategia para la cual Agamben desarrolla el concepto de *profanación* extraído de la teología y el derecho, entendiendo con ello las formas de resistencia.

2.3.3 Michel Foucault y la problemática del poder

La problemática del poder en el pensamiento de Michel Foucault representa una importante clave de lectura a ser puesta en juego para pensar las tensiones al interior de una institución de salud mental.

Considerado parte del movimiento de la antipsiquiatría, sus desarrollos teóricos han gravitado fundamentalmente alrededor de una investigación histórica referida al poder, sus mecanismos, sus formas de operación en diferentes coordenadas de espacio y tiempo del cuerpo social. Su capacidad explicativa permite un punto de apoyo para representar el acontecer dentro diversos espacios atravesados por relaciones de poder.

El concepto del poder significa ser capaz o tener fuerza para algo (Ávila, 2007), lo que implica una noción de fuerza. Para Foucault se trataría fundamentalmente de una red de operadores de dominación, relaciones de sometimiento, ubicando incluso el conflicto o la belicosidad por sobre los elementos simbólicos o estructurales para comprender la historicidad de las cosas, tal como refiere en una entrevista, en que afirma que las relaciones de poder poseerían una mayor centralidad que las relaciones de sentido, ya que para él habría en las cosas un núcleo de enfrentamiento, de guerra y batalla, donde ni la dialéctica hegeliana asumida por el marxismo ni la semiótica serían suficientes para poder asimilar las dimensiones de los acontecimientos (Foucault, 1999).

Es así como el poder más bien es asimilable a una red productiva, una cosa enigmática, invisible/visible, presente y oculta, que atraviesa todo el cuerpo social de maneras diversas, múltiples y simultáneas, generando placer, saber, discursos, es decir, generando sus propias condiciones de sostenimiento e incluso, paradójicamente, produciendo diversas formas de resistencia al poder (Foucault, 1999), lo que más adelante revisaremos en torno a los planteamientos de estrategia y táctica desarrolladas por Michel de Certeau.

Para Foucault, existe una concepción raquíca del poder, que a propósito de la represión lo considera homologable a una prohibición, similar a una ley que dice que no, lo que representaría un reduccionismo en cuanto a la comprensión de su complejidad, ya que el

poder, según teoriza Foucault referiría a un conjunto de elementos que co-participan de manera sutil en la producción de una red, que a diferencia del marxismo estalinista, no podría ser atribuido naturalmente a una clase dominante, ni a un efecto de la acumulación, ni la propiedad privada del capital, ya que para Foucault, este no sería una cualidad que se posee, es decir, el poder no puede ser cedido, intercambiado, solamente es posible ejercerlo y en cuanto ejercicio de un sujeto, se corresponde con el acto, es decir, solo existiría en acto, lo que acontece dentro de temporalidades y espacios específicos muy concretos, sin embargo, las formas de dominación serían invisibles, diseminadas de maneras múltiples y contradictorias, incluso bajo la forma del sometimiento voluntario.

Es así como en última instancia el problema del poder se configuran como un entramado productivo que atraviesa todo el cuerpo social, desde los espacios más cotidianos hasta las grandes estructuras productivas e ideológicas, derivadas de la “verdad” paradigmática del discurso dominante de la ciencia, cuya neutralidad aparente, es una forma de vehicular ideología y diseminar sus efectos de saber/poder sobre el cuerpo social (Foucault, 1971). Es así como podemos circunscribirnos a ciertas coordenadas específicas como en el caso de las instituciones, dispositivos o centros de salud mental, ya que en estos espacios se ejercen prácticas derivadas del discurso paradigmático de la ciencia, el cual puede excluir otros saberes y/o prácticas que no obedecen a la racionalidad del poder ni a sus criterios de verdad. Este es el caso de la clínica psicoanalítica, que como ha sido dicho anteriormente, no legitima su práctica necesariamente bajo las formas de la medicina basada en la evidencia, ni protocolos, estandarizaciones, garantías de “verdad” que hegemonizan las prácticas en salud pública, sino que basa su eficacia la escucha de la singularidad del discurso concreto, que desde una mirada foucaultiana podría considerarse como una práctica relegada de legitimación de los saberes relegados, horadando el discurso oficial.

2.3.4 Christophe Dejours y el sufrimiento en el trabajo

Lo anterior, permite entrar en dialogo con algunos aspectos del trabajo de Dejours (2014) en torno al fenómeno del sufrimiento en el trabajo, donde podemos identificar la noción de tensión bajo la forma de una paradoja. El autor considera que en la situación laboral se puede generar una relación paradójal entre el trabajo prescrito v/s trabajo real. Este escenario puede tensionar el destino de las prácticas, llegando a provocar en algunos casos una transgresión de las propias consideraciones éticas de los profesionales implicados, un acrecentamiento subjetivo del peso de las determinaciones, reduciendo las posibilidades de libertad, generando lo que Dejours ha denominado como sufrimiento ético.

En tal sentido, puede ocurrir, como refiere Dejours (2014), que los esfuerzos de adecuación por parte de los trabajadores y/o profesionales implicados en la situación paradójal, podrían ser resueltos bajo la forma de una traición a los propios ideales, o bien el despliegue de un acto consistente con las propias consideraciones éticas, ya que para el autor, la tensión emanada de la relación paradójal se transforma en exigencia de un trabajo psíquico con el fin de aliviarse (Dejours, 2014)

La noción de trabajo psíquico que refiere Dejours, en torno al sufrimiento provocado por las paradojas y tensiones del trabajo, puede ser considerada como una forma de tramitación, elaboración, metabolización y/o simbolización, todas ellas vinculadas de alguna forma a la idea freudiana de elaboración psíquica, que Laplanche y Pontalis (1993) exponen como el conjunto de operaciones psíquicas de transformación de cantidades de energía con el fin de controlarla, desviarla o ligarla.

En este sentido, parece necesario recordar uno de los fundamentos económicos de la metapsicología freudiana, principio fisicalista denominado como el principio de constancia, según el cual el aparato psíquico buscaría mantener reducida las tensiones excitatorias, provengan estas del exterior o bien del interior del cuerpo, desplegando acciones de evitación o abreacción-descarga, según sea la fuente de tensión, con objeto de restablecer estas condiciones de constancia (Assoun, 2020).

Es de esta manera como al tener en consideración la propia conceptualización freudiana y siguiendo el trabajo de Dejours, podríamos considerar que el sujeto tensionado por las exigencias del trabajo, se enfrenta a operaciones de elaboración psíquica cuyo grado de transformación por acción de ligazón o no a un cuerpo de representaciones, abre destinos diversos a las tensiones en el trabajo, pudiendo fijar al sujeto a una posición de objeto de las prescripciones y/o exigencias del trabajo o desplegar formas de hacer creativas ante las exigencias.

Por otra parte, Dejours (1988) a propósito del estudio de diferentes oficios comenta como el sufrimiento puede transformarse en una fuerza redirigida hacia la explotación del trabajo, es decir, ciertos mecanismos de defensa empleados por los grupos de trabajadores, pueden llegar a favorecer los objetivos de la productividad capitalista dentro de las empresas y en los diferentes rubros. Ejemplo de ello es la frustración provocada por las propias condiciones de trabajo, cuya tensión y descarga, puede ir aumentando las cadencias del trabajo. Por su parte en los oficios de alto riesgo, la exaltación de una virilidad omnipotente parece negar el riesgo de la muerte, tal desprecio hacia la vida en el trabajo, tiende favorecer el arrojo hacia el desarrollo de las tareas de la producción.

2.3.5 El saber de oficio

Dejours (1988) reflexiona en torno la importancia de lo que denomina como el “saber obrero”, saber que ha sido forjado en la experiencia misma del oficio, un saber más allá de la teoría de quienes jamás entran en contacto directo con las materialidades puestas en acto en el proceso del trabajo, es decir, el obrero desarrolla un saber único, saber que no se escribe, cuya transmisión se despliega en el terreno mismo del trabajo, de manera oral, un saber hacer concreto, adquirido por oficio, donde un aspecto esencial, sería que este saber es vehiculizado y utilizado sin que haya intervención de parte de la dirección, es un saber forjado en la práctica, no en las aulas ni en los reductos de legitimación del poder, lugares de expulsión de otros saberes, ya que se trataría de un saber de la gente, forjado en la

interacciones vivas del lazo social en el trabajo, un saber que en términos foucaultianos, puede desafiar y hacer resistencia al dispositivo del poder de la producción y reproducción.

Es así como siguiendo a Dejours (1998) y enlazando su teorización con el pensamiento de Foucault (1971) en torno al saber/poder, podemos considerar que el saber teórico, distanciado del saber práctico, es decir, el saber de oficio, puede ser homologable a un saber relegado que podría operar como un contrapoder. Esto sería posible ya que el saber de oficio, hace que una parte del trabajo, el discurso oficial, quede reducido a meras consignas oficiales que son interpretadas por los trabajadores según su propio saber de oficio, tal como el ejemplo que propone Dejours sobre los trabajadores de una fábrica, comenta: *“un ingeniero da una orden, se le escucha respetuosamente, pero al dar media vuelta, se hace como se quiere”*, siendo de esta manera como las prescripciones oficiales no son ejecutadas de manera automática, sino que son sometidas a un tratamiento subjetivo que en el ámbito del trabajo descansa sobre el saber de oficio, es decir, un saber hacer más allá de cómo se pide que se actúe dentro del trabajo, lo que parece abrir inmediatamente espacio a la dimensión de la libertad de hacer, de la resistencia como posibilidad, es decir, la táctica como acto más allá de la supuesta determinación.

2.3.5 Michelle De Certeau y la táctica

En virtud de lo anterior, es pertinente incorporar como clave de lectura las teorizaciones de Michelle De Certeau, quien interrogando los intersticios de la vida cotidiana, se pregunta por las prácticas del sujeto ordinario en espacios comunes, interrogante que remite de algún modo a una concepción respecto del poder, la determinación y la libertad en coherencia con el problema foucaultiano del poder, en el cual intentaría delinear un discurso sobre prácticas en que el poder según refiere De Certeau (2000), se reproduce de forma automática y donde la teorización de estos mecanismos implicaría la posibilidad de un discurso respecto de las prácticas sin discurso por donde se diseminan los efectos del poder.

Es dentro de este entramado teórico, en que propone un desarrollo de conceptos extraídos del pensamiento militar de Carl von Clausewitz, como la noción de estrategia y táctica para pensar las relaciones de poder y resistencia, entendiendo la estrategia como la acción del poder basada en una territorialidad específica, refiriendo respecto a la estrategia:

“...Llamo estrategia al cálculo (o la manipulación) de las relaciones de fuerza que se hace posible desde que un sujeto de voluntad y poder (una empresa, un ejército, una ciudad, una institución científica resulta aislable). La estrategia postula un lugar susceptible de ser circunscrito como algo propio y ser la base donde administrar las relaciones con una exterioridad de metas o amenazas (los clientes, los enemigos, el campo alrededor de la ciudad, los objetivos y los objetos de la investigación...)” (De Certeau: 2000, p42).

Mientras que la táctica, punto relevante en este trabajo, adopta un sentido vinculado a las formas de resistir el poder de las instituciones que dictaminan las formas de hacer, es decir, la táctica sería una manera de hacer dentro de las coordenadas del territorio de quien domina el tiempo y el espacio, esto es una práctica situada en el campo enemigo, como dice de Certeau (2000) “...la táctica es un arte del débil...es un movimiento en el campo de visión del enemigo...”(p.43), por lo tanto, la táctica se trataría de una práctica de resistencia dentro de un no lugar propio.

Para delinear las cualidades específicas de la táctica De Certeau (2000) precisa lo siguiente:

“Aprovecha las ocasiones y depende de ellas, sin base donde acumular los beneficios, aumentar lo propio y prever las salidas. No guarda lo que gana. Este no lugar le permite, sin duda, la movilidad, pero con una docilidad respecto de los azares del tiempo, para tomar al vuelo las posibilidades que ofrece el instante. Necesita utilizar vigilante las fallas que las coyunturas particulares abren en la vigilancia del poder propietario. Caza furtiva. Crea sorpresas. Le resulta posible estar allí donde no se le espera. Es astuta” (p.43).

Es de esta manera cómo bajo la clave de la táctica podemos considerar la posibilidad de pensar una reapropiación táctica de los mandatos del poder por aquellos protagonistas anónimos de carne y hueso que actúan en la vida cotidiana dentro de cualquier espacio social. Siguiendo a De Certeau (2000), el espacio prefabricado que ordenado con la finalidad de dominar al sujeto, se encuentra siempre amenazado por la posibilidad de las “astucias de intereses o deseos diferentes”, que para nuestro autor representa una forma específica de movimientos indeterminados y diferentes que hacen uso de los territorios ya edificados.

Es desde esta perspectiva, en que las prácticas cotidianas pueden ser comprendidas, no sólo desde la perspectiva del sometimiento a las relaciones de poder, sino que son pensadas desde los espacios de libertad y resistencia táctica, lo que no significa en absoluto ausencia y negación de aquello Otro encarnado en la situación social, sino que una cierta forma de subversión de las determinaciones de la exterioridad. Es así como siguiendo a De Certeau (2000), podemos considerar que las prácticas cotidianas se encuentran siempre sujetas a una operación de interpretación-reapropiación a manera como los abogados hacen interpretación de la letra muerta del papel, abriendo espacio a ciertas desobediencias propias de un sujeto que en posición de tal, puede determinar creativamente el destino de sus actos, pudiendo el sujeto operar como un actor social activo y responsable de su acto.

De acuerdo a De Certeau (2000), cada espacio y encuentro cotidiano con cualquier sujeto, puede ser objeto de una profunda interrogación y escucha atenta, en tanto consideraría al otro en su dimensión de alteridad, saliendo de la rivalidad imaginaria para poder desplegar un saber hacer específico que pueda permitir la emergencia de aquello que pretende ser desalojado por los ordenes oficiales del poder y que bajo la forma de la astucia táctica logra subvertir de manera parcial haciendo uso de un tiempo fugaz.

Es de esta manera como el pensamiento táctico de De Certeau (2000) resulta un punto de apoyo centrar en la teorización de la experiencia de los sujetos entrevistados a propósito de las formas de hacer dentro de un territorio dominado por una racionalidad de saber/poder vinculada al paradigma científico de la evidencia y aplicado a la salud mental, siendo así como se intentarán leer las artes de hacer de los profesionales con formación psicoanalítica dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria.

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio cualitativo (Rodríguez, Gil y García; 1999) ya que se realiza en virtud de una aproximación que releva las subjetividades de los entrevistados. Presenta un carácter exploratorio, ya que no se encontraron investigaciones que aborden de manera directa y específica el mismo objeto de estudio. Es de esta manera en que fue pertinente abordar el problema de investigación desde la perspectiva de un diseño de teoría fundamentada, específicamente centrado en la reformulación que habría realizado Glasser (1992) respecto de los trabajos de Strauss y Corbin (1990), siendo de esta manera como se habría propuesto un diseño específico dentro de la teoría fundamentada, denominado, diseño emergente (Sampieri, 2014)

La pertinencia del llamado diseño emergente para el abordaje de esta investigación, radica en que se pretende interrogar los discursos asociados a las practicas que derivan de las tensiones que experimentan los profesionales formados en psicoanálisis en Centros de Salud Mental Comunitaria, bajo una aproximación inductiva, donde la inmersión en el campo permita posteriormente el desarrollo de una teorización sobre el fenómeno en su amplitud, permitiendo desalojar toda pretensión hipotético-deductivo en el abordaje metodológico.

En cuanto a lo anterior, es posible señalar que la única definición apriorística en el presente estudio es la noción de tensión y la relación conflictiva entre el psicoanálisis y las instituciones documentada por diversos autores, lo que ha permitido la definición parcial del problema, bajo el supuesto de que más allá de las condiciones transversales, existirían tensiones específicas a interrogar en la práctica de los profesionales formados en un enfoque psicoanalítico, centrando el interés sobre las formas de hacer que cada cual logra desplegar dentro de las condiciones de una exterioridad como es el caso de los COSAM.

3.2 Pregunta y objetivos de investigación:

¿Cuáles son los discursos de las/los psicólogas/os de orientación psicoanalítica respecto de sus prácticas asociadas a las tensiones que experimentan en su trabajo clínico dentro de Centros de Salud Mental Comunitaria?

Objetivo General:

- Conocer los discursos de los/las analistas y/o psicólogos/as de orientación psicoanalítica respecto de sus prácticas asociadas a las tensiones que experimentan en su trabajo clínico dentro de Centros de Salud Mental Comunitaria

Objetivos específicos:

- Describir las tensiones que identifican los/las psicólogos/as de orientación psicoanalítica dentro de los centros de salud mental comunitaria.
- Distinguir los efectos que ejercen las tensiones sobre las prácticas concretas de los y las psicólogos/as de orientación psicoanalítica en los centros de salud mental comunitaria.
- Explorar las formas de hacer que despliegan los profesionales formados en psicoanálisis para resolver las tensiones que experimentan en sus prácticas dentro de Centros de Salud mental comunitaria.

3.3 Participantes y criterios de inclusión

La muestra empleada para la presente investigación, se corresponde con lo que Sampieri (2014) refiere como muestreo teórico, en tanto se realiza en función de las necesidades de profundización. En primera instancia se intenciona una muestra correspondiente a psicólogos/as de orientación psicoanalítica que desplieguen su práctica clínica, dentro de Centros de Salud Mental Comunitario de la región Metropolitana y/o la región de Valparaíso, sin embargo, no fue posible concretar el contacto con psicólogas, ni profesionales de la región de Valparaíso, circunscribiéndose la muestra exclusivamente a psicólogos de la región Metropolitana.

La aproximación a los sujetos de investigación se logra en base a la colaboración de un colega del programa de Magister en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile, informante clave, quien favoreció el contacto con profesionales que cumplieran los criterios de inclusión para la investigación. Fue de esta manera como se establecieron las primeras comunicaciones informales con los posibles entrevistados, cuya finalidad fue preparar las condiciones para formalizar su participación en la investigación. Tras haber generado este contacto preliminar con los sujetos de investigación, se procedió a la formalización de su participación a través de un consentimiento informado, que fue enviado vía correo electrónico, siendo leído, aprobado y firmado por cada uno de ellos, aceptando íntegramente las condiciones propuestas para los participantes de este estudio.

A continuación se detallan los criterios muestrales de inclusión/exclusión para la realización de esta investigación:

- Psicólogos/as de orientación psicoanalítica, entendido esto como aquellos profesionales que tras sus estudios de pregrado en psicología hayan cursado una formación teórica en psicoanálisis de al menos 1 año, periodo equivalente a estudios de pos- título y/o diplomado en psicoanálisis,
- Que los profesionales entrevistados supervisen sus prácticas clínicas y que se encuentren en análisis o bien hayan finalizado su análisis personal.
- Psicoanalista reconocido por alguna institución analítica/Analista en formación.

- Que los/as profesionales se encuentren trabajando dentro de algún Centro de Salud Mental Comunitaria perteneciente a la red de salud, sea dependiente de un municipio, servicio de salud u otro.
- Que los/as sujetos de investigación tengan una antigüedad laboral dentro de los centros de salud mental comunitaria de al menos un año.
- Que las funciones que desempeñe la/el profesional entrevistado dentro del COSAM se corresponda con el ejercicio de la psicoterapia.
- Como criterio de exclusión sería que el/la profesional desempeñe funciones directivas o exclusivamente administrativas dentro de los centros seleccionados para la investigación, no pudiendo ser incorporado de esta manera a la muestra.

En base a los criterios de inclusión y exclusión formulados para esta investigación, los participantes en la muestra fueron tres psicólogos con formación en Psicoanálisis, los cuales se desempeñan en diferentes Centros de Salud Mental Comunitaria de la región Metropolitana ejerciendo la psicoterapia desde la orientación psicoanalítica, en condiciones diferentes según cada COSAM.

3.4 Estrategia de recolección de la información

La estrategia de recolección de información ha sido la entrevista focalizada semiestructurada (Flick, 2004), organizada a partir de un guión temático referido a las tensiones asociadas a las prácticas clínicas dentro de los Centros de Salud Mental comunitaria, abordando las diferentes dimensiones, tales como; la formación en psicoanálisis, perspectivas sobre el trabajo en Cosam, puntos de tensión, conflicto, encuentro-desencuentro con la institución y las formas de hacer con la tensión, permitiendo suficiente amplitud para que los sujetos de investigación puedan desplegar libremente su discurso en torno a las tensiones sus formas de hacer dentro de estos centros.

Es de esta manera como se realiza un total de 6 entrevistas, generando dos encuentros con cada participante, guiado principalmente por la propuesta metodológica de la teoría fundamentada, introduciendo cierta variación en base a la flexibilidad de los métodos

cualitativos. Es así como se fue adecuando el instrumento de recolección de información para cada nueva entrevista según el criterio de saturación, incorporando progresivamente a los sujetos de investigación en virtud del resultado analítico de las entrevistas precedentes.

Es de esta manera como el procedimiento concreto para la recolección de información fue guiado por la pauta de entrevista aplicada de manera flexible con los tres sujetos en el primer encuentro con cada uno de ellos y siguiendo la dinámica interna asociada a la singularidad del relato de cada uno de los entrevistados. Mientras que en un segundo encuentro con cada uno de ellos se realiza una profundización en base a la especificidad del material, guiado por el criterio de saturación, permitiendo una producción importante de material cualitativo, por lo que el proceso se adecúa a la propuesta de muestreo teórico de la T.F donde las entrevistas posteriores son resultado de los procesos de pre-codificación de las entrevistas anteriores, siendo guiadas por los conceptos identificados.

3.5 Estrategia de análisis de la información

La estrategia de análisis de análisis de información se desarrolla en coherencia con la elección de un diseño emergente de teoría fundamentada (Glasser, 1992 en Sampieri, 2014), donde se estructura progresivamente un sistema de categorías emergentes a partir la interrogación del material cualitativo, abriendo paso a un proceso de codificación para organizar y teorizar los elementos del discurso, estableciendo relaciones entre las categorías, identificando sus dimensiones, propiedades y alcances, formulando y reformulando un sistema que ha permitido una cierta teoría sustantiva o de rango medio como señala Sampieri (2014) en relación las tensiones que experimentan los profesionales de orientación psicoanalítica dentro de los centros de salud mental comunitaria.

El proceso de construcción de categorías emergentes articulado a un sistema de subcategorías y la especificación de un conjunto de propiedades ha sido resultado de una codificación numérica, donde los elementos comunes de las diferentes entrevistas fueron agrupados en categorías previas que al ser revisadas fueron revelando nuevas propiedades,

que a su vez se subdividían revelando nuevas relaciones entre ellas o fusionándose algunas en virtud de su proximidad.

Es de esta manera como se identificaron unos primeros elementos que adoptaron la cualidad de categorías emergentes, cuyas nominaciones fueron extraídas de los significantes literales de los entrevistados. Luego a cada una se le asignó un código numérico para poder marcar fragmentos del material que poseían propiedades equivalentes y que podían ser integrados a una misma categoría, las cuales eran registradas en una tabla con filas y columnas que permitió ordenar y agrupar citas de entrevista que podrían incorporarse dentro de alguna categoría o Subcategoría. Una vez finalizada la revisión en base a lecturas sucesivas del material, se anotaban todas las ocurrencias espontáneas o reflexiones inmediatas que pueda evocar el material y las aparentes categorías preliminares, registrando un conjunto de “memos”, fragmentos analíticos y reflexiones aisladas, para luego dejarlas y volver sobre ellas cuando el propio proceso de análisis lo requiera.

Esto favoreció un análisis en torno a las relaciones entre los diferentes elementos aislados del material permitiendo evaluar si una categoría dependía de otra, es producida por otra, es causa/ efecto, forma parte de tales otras categorías, es decir, se realizó un ejercicio de definición de las propiedades específicas y diferenciales de cada unidad categorial aislada para delimitar sus contornos con mayor precisión, logrando avanzar a una mayor estabilización del sistema categorial en base a un camino espiralado de revisión constante de los objetivos, los supuestos, lo emergente, los supuestos dentro de lo emergente, etc.

Luego se intencionó una búsqueda de equivalencias entre las categorías de las diferentes entrevistas para estabilizar un sistema categorial definitivo. Estas categorías definitivas se seleccionan según un criterio de representatividad, donde la categoría que pueda condensar en sí misma la mayor cantidad de fragmentos diversos se lograba sostener en la centralidad del edificio categorial, definiendo con mayor precisión las propiedades o dimensiones de las categorías central, permitiendo con ello una reducción y organización consistente de la masa de datos producidos en las entrevistas, permitido identificar de esta manera las tensiones, sus efectos y las formas de hacer que despliegan los sujetos entrevistados, contestando así los objetivos específicos propuestos para esta investigación.

3.6 Consideraciones éticas de la investigación

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación y de acuerdo a los planteamientos del Código de Núremberg (1946) respecto de la investigación, se considera ineludible que los sujetos de investigación puedan participar de manera libre e informada. Es de esta manera como se realiza un documento de consentimiento informado que permita a los sujetos de investigación tomar noticia respecto de los objetivos, alcances posibles y relevancia de su participación.

En virtud de lo anterior, se ha considerado relevante otorgar preponderancia al principio de no maleficencia que obliga moralmente al investigador a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos de experimentación (Acevedo, 2002), generando condiciones de confidencialidad, con el fin de evitar un daño o menoscabo para el sujeto de investigación.

Para efectos de esta investigación, lo anterior se expresa en que las tensiones que experimentan los profesionales dentro los centros de salud mental, al desarrollarse dentro del contexto de una relación laboral, las condiciones de investigación deben garantizar que la participación en la investigación no ponga en peligro su relación laboral, por lo tanto, se mantendrá un resguardo respecto de la identidad de los sujetos de investigación y del lugar específico de desempeño, bajo un proceso de anonimización (Pérez, 2017), ya que la posibilidad de conflicto entre el/la profesional con su centro laboral y/o “jefaturas” debido a exponer tensiones en la práctica, podría provocar un menoscabo para el sujeto de investigación, familia y/o cercanos.

Por último, es posible considerar ciertos beneficios posibles para los sujetos de investigación, ya que generar un espacio de conversación respecto de las tensiones en la práctica, se favorece parcialmente una elaboración respecto de la posición del sujeto frente a la institución donde se desempeña, favoreciendo la verbalización y organización de un relato libremente organizado referido a aquellos puntos problemáticos, es decir, sobre las tensiones en la práctica dentro de los centros seleccionados para realizar el muestreo para la investigación.

4 HALLAZGOS Y RESULTADOS

4.1 Descripción y caracterización de los sujetos de investigación.

Entrevistado 1:

Nombre: (E.1)
Edad: 32
Lugar de trabajo: COSAM
Formación: Psicólogo Clínico con Estudios de Pos título en Psicoanálisis
Ubicación: Zona sur poniente de Santiago

El entrevistado 1 (E.1) es Psicólogo Clínico con formación de pos título en Psicoanálisis, ha participado en diferentes instancias y dispositivos de formación: Análisis personal, supervisiones clínicas y estudios teóricos dentro del contexto de una formación continua en Psicoanálisis, no es miembro de asociación analítica. Su actividad laboral se despliega entre su consulta particular y su trabajo en salud pública hace más de dos años dentro de un Centro de Salud Mental Comunitaria de la zona sur poniente de Santiago. Se desempeña media jornada en el Cosam, es decir, 22 horas semanales.

En experiencia del primer entrevistado es posible apreciar unas condiciones materiales de precariedad que destacan en su relato, adoptando en ocasiones la forma de una denuncia debido a lo grave de estas condiciones. En esta entrevista es posible apreciar como el entrevistado destaca que las condiciones de precariedad han generado un efecto contradictorio sobre el equipo, ya que si bien, es fuente de malestar, comenta que esta condición ha generado un movimiento de cohesión dentro del equipo, construyendo a ratos un relato desde el humor, que permite sobrellevar estas condiciones.

Por su parte es posible identificar que el trabajo desplegado implica un desgaste importante, lo que aparece vinculado a la gravedad de las situaciones que se debe atender dentro del Cosam, urgencias psiquiátricas y descompensaciones que tensionan y angustian al equipo de trabajo, lo que en experiencia de (E.1), favorece unas ciertas angustias de parte del equipo, situación que favorece la recepción del psicoanálisis por parte de colegas de otras disciplinas o formaciones en psicología clínica.

En el caso de este entrevistado, existen al menos tres profesionales con formación psicoanalítica, situación que ha favorecido su recepción por parte del equipo, permitiendo la legitimidad del psicoanálisis dentro de este Cosam, sin embargo, el entrevistado comenta que en el Cosam no hay trabajo grupal ni comunitario, el trabajo en su centro es muy solitario, basado en la terapia individual, lo que deja amplio espacio para operar libremente según su criterio clínico, sin embargo, ha debido realizar una serie de maniobras para evitar derivaciones intencionadas por otros profesionales, que a su juicio tienden a interrumpir las transferencias de trabajo con pacientes, respondiendo a las necesidades burocráticas de la institución más que a criterios clínicos específicos.

Es de esta manera como la experiencia de (E.1) nos permite reconocer que el psicoanálisis puede desplegarse y ser integrado sin problema dentro de un equipo multidisciplinario de salud mental, logrando ser un aporte significativo y ser reconocido por los miembros de su equipo de trabajo, poniendo a disposición del equipo su formación en psicoanálisis para pensar la clínica con pacientes graves, logrando dar sentido a ciertos puntos que se tornan ininteligibles por otros discursos.

Es así como se logra reconocer en las entrevistas, una posición activa de (E.1) frente a las condiciones de su Cosam, si bien existe un cuestionamiento a las condiciones del Cosam, esto no deviene una queja que inhibe la acción, no hay posición de víctima frente a la exterioridad, por el contrario, el entrevistado despliega una serie de acciones, que pueden ser consideradas como tácticas, que le permiten hacerse un lugar para validar el psicoanálisis pudiendo trabajar concretamente desde la clínica psicoanalítica en su Cosam, dirigiendo la escucha no sólo hacia sus pacientes, sino también hacia sus colegas, participa activamente de las reuniones clínicas, expone su clínica y sus interpretaciones, en ocasiones refiere explicar mucho la clínica, sobre todo en momentos en que los colegas con otra formación, presentan impasses asociados a la gravedad de los pacientes, favoreciendo un espacio de apertura del equipo frente al discurso del psicoanálisis.

Entrevistado 2:

Nombre: (E.2)
Edad: 29
Lugar de trabajo: COSAM
Formación: Psicólogo Clínico con Estudios de Pos título en Psicoanálisis
Ubicación: Zona norte de Santiago

El entrevistado 2 (E.2) es Psicólogo Clínico, cuenta con estudios de pos título en Psicoanálisis, uno de ellos directamente relacionado con “Psicoanálisis y salud pública”, ha participado de diferentes espacios de formación clínico, no es miembro de ninguna asociación analítica. Ha iniciado su proceso de cura analítica y participa de espacios de supervisión de su práctica clínica. Se desempeña en su consulta particular y destina 22 horas de su trabajo en la Unidad de Drogas de un COSAM de la zona norte de Santiago.

En la experiencia de (E.2) encontramos algunas referencias a las condiciones materiales del Cosam asociadas a escasos recursos, condición deficitaria que ha llegado a generar ciertos conflictos entre profesionales en disputa, por ejemplo por la estufa única del programa, condición cotidiana que se deriva de un financiamiento deficitario, donde son los propios profesionales quienes deben pagar por la compra de los cilindros de gas, claro signo de la precariedad de financiamiento.

E.2 destaca el hecho de que el psicoanálisis no tiene una presencia consolidada, siendo el único profesional con formación psicoanalítica dentro de la unidad en que se desempeña, situación que ha generado mucha tensión y malestar, al punto de optar por aislarse, asumiendo una “posición hermética” para lidiar con la tensión derivada de esta condición, evitando toda exposición de su clínica ante el juicio de otros colegas, que en parte nos remite a condiciones del Cosam y a la posición subjetiva del entrevistado.

En este Centro, el psicoanálisis, no sólo no tiene una presencia consolidada, sino que es abiertamente devaluado por parte de otros psicólogos, quienes según relata el propio entrevistado, hablan pestes del psicoanálisis, que no sirve, es obsoleto, entre otros epítetos y hostilidades que representan una verdadera violencia para el entrevistado, quien elige no

entrar en discusiones, ya que en los momentos en que ha intencionado mostrar su clínica han sido devaluadas sus concepciones clínicas, bajo el supuesto de que el psicoanálisis habría sido superado por las neurociencias y las terapias de base científica, haciendo eco de la racionalidad de la evidencia, discurso institucional de la salud mental, que este caso parece sostener una posición hegemónica concreta, donde efectivamente otros saberes son relegados.

Por su parte, y pese a esta condición de devaluación del Psicoanálisis, el entrevistado, de manera “clandestina” y por fuera de la mirada de los otros, logra desplegar su clínica, lo que parece ser una forma de hacerse un lugar, pese a no poder transformar de manera activa las relaciones dentro de su equipo, ni validar su clínica y formación analítica.

Es de este modo como (E.2) refiere una serie de maniobras específicas para poder hacer clínica desde el psicoanálisis, exponiendo al mínimo su trabajo, como una forma de resguardar esta posibilidad, restándose de los espacios de reunión clínicas de equipo, evitando el encuentro con otros colegas, intencionando desde el ámbito de lo privado, un trabajo clínico sobre la demanda de atención, cuestionando los motivos de consulta y los diagnósticos, ya que según refiere, en la unidad de drogas los diagnósticos asociados al consumo de sustancias, tienden a cerrar la posibilidad de una interrogación propia en torno del padecimiento, abriendo paso de esta manera a la dimensión más subjetiva del sufrimiento tras el diagnóstico psicopatológico, teniendo buenos resultados clínicos, que de todas maneras son mantenidos en reserva de manera hermética situación que contradictoriamente tiene a reproducir condiciones de sufrimiento y desgaste adicional en el trabajo.

Entre la primera y la segunda entrevista con (E.2) se logra generar un desplazamiento en su posicionamiento subjetivo frente a estas condiciones, realizando un esfuerzo de teorización de su propia experiencia en el Cosam. Comenta que se encuentra realizando un ensayo con un colega externo al Cosam donde teoriza los efectos de desubjetivación dentro de los equipos, lo que ha permitido un acomodo frente a su equipo, siendo muy relevante esto, ya que parece un esfuerzo de simbolización de las tensiones no verbalizadas asociadas

a su práctica clínica en Cosam, lo que sumado al espacio mismo de entrevista, ha permitido hacer pensable ciertos elementos impensados, adoptando una posición activa frente a sus colegas, asumiendo en algún momento las actividades de cuidado de equipo, con intención de poder transmitir su propia lectura desde el psicoanálisis respecto del padecimiento subjetivo dentro del equipo de trabajo, adoptando este acto las dimensiones de un paso a lo público para hacerse un lugar desde el psicoanálisis.

Entrevistado 3:

Nombre: (E.3)
Edad: 36
Lugar de trabajo: COSAM
Formación: Psicólogo Clínico con Estudios de Pos título en Psicoanálisis
Ubicación: Zona nororiente de Santiago

El entrevistado 3 (E.3), es Psicólogo Clínico con formación en Psicoanálisis, ha realizado estudios de Postítulo en clínica psicoanalítica, es supervisor clínico y Analista en Formación por parte de una asociación de Psicoanálisis. Ha trabajado durante varios años en salud pública dentro de diferentes dispositivos de salud mental y realizando pasantías y participando de instancias de formación en salud mental. Actualmente se desempeña en su consulta particular y destina media jornada (22 horas) en un Centro de Salud Mental Comunitaria ubicado en la zona nororiente de Santiago

En el relato de (E.3) no aparecen mayores referencias ni comentarios respecto de las condiciones de infraestructura del Cosam, ni a la precariedad material, sin embargo, algo de esto se deja ver en cuanto que se apunta a que hay menos dotación de profesionales, específicamente de médicos psiquiatras, rotación que en última instancia se puede atribuir al financiamiento y a las condiciones de remuneración en las consultas privadas.

E.3 refiere que el psicoanálisis es muy respetado en su centro de trabajo, desde la dirección del Cosam, como en el equipo en general, lo que favorece que el equipo en general sea receptivo a la propuesta clínica del Psicoanálisis. Es de esta manera como la experiencia de (E.3) no presenta mayores tensiones más allá de la clínica misma con pacientes graves.

En general la experiencia del entrevistado dentro del Cosam, tal como el mismo comenta, es satisfactoria, ya que puede trabajar sin necesidad de resguardar su clínica, refiere sentirse validado, respetado, considera que tiene un lugar y que esto es una

característica que atribuye en parte a las condiciones específicas del Cosam, refiriendo que para poder operar con libertad el espacio debe permitir esas condiciones, lo que parece asociado a que habrían varios profesionales con una trayectoria formativa e institucional común.

En el COSAM en que trabaja (E.3) hay varios profesionales con formación en psicoanálisis, al menos 3 psicólogos. También hay una psiquiatra con formación de postgrado en Psicoanálisis, por lo que habría una posición bastante favorable para la clínica psicoanalítica. Es de esta manera en que el psicoanálisis tiene un lugar de reconocimiento importante, lo que favorece que se pueda trabajar con ciertos márgenes de libertad, proponiendo estrategias de intervención derivadas de la clínica psicoanalítica, siendo asumidas por otros miembros del equipo también, como es en el caso de las entrevistas preliminares para determinar las posibilidades del tratamiento o la derivación.

Pese a las condiciones aparentemente favorables para el psicoanálisis, aparece en el entrevistado una reflexión en torno al propio acto de hacerse un lugar dentro del Cosam, es decir una posición activa frente a las condiciones exteriores para poder validarse y legitimar su clínica desde el psicoanálisis, relevando la importancia de hacerse respetar con cuestiones clínicas, sin embargo, el entrevistado comenta que para hacerse un lugar, no bastaría sólo con su deseo de hacerlo, sino que esto debe ser permitido de alguna manera por el lugar donde se desempeña, sin embargo esto deriva de que las condiciones anteriores y exteriores frente al psicoanálisis han sido y son favorables.

4.2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DESCRIPTIVOS

El proceso de análisis del material ha permitido generar una reducción de la masa de datos suficiente para su inteligibilidad y organización según los objetivos planteados para esta investigación.

Es de esta manera como luego de un proceso de codificación y categorización, se han logrado estabilizar dos grandes categorías emergentes que condensan la totalidad de los aspectos relevantes que configuran el objeto de investigación.

Cada categoría presenta subcategorías y un conjunto de propiedades específicas que permiten precisar sus alcances y limitaciones, delineando el sentido concreto para cada elemento del esquema final propuesto en los resultados y hallazgos de la investigación donde las categorías son:

(1) Clínica brutal como condición del COSAM

(2) Lugar del Psicoanálisis dentro del COSAM

(1) CLÍNICA BRUTAL COMO CONDICIÓN DEL COSAM.

La experiencia de los sujetos entrevistados dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria da cuenta de condiciones de alta complejidad en sus prácticas cotidianas, donde la idea de una *Clínica brutal como condición del COSAM* ha sido elaborada a partir de significantes literales extraídos de las propias entrevistas.

Esta categoría condensa elementos asociados a las condiciones materiales concretas de precariedad material en las despliegan su trabajo los sujetos entrevistados, la gravedad de la clínica marcada por condiciones específicas de pobreza en cuanto a los usuarios, siendo posible reconocer un desgaste sobre los profesionales, sin embargo, reconocen en estas condiciones elementos que aparecen bajo el significante del caos, para representar una exterioridad indeterminada que parece preparar las condiciones para que pueda surgir la clínica psicoanalítica dentro del COSAM.

Es de esta manera como una *Clínica brutal como condición del COSAM*, representa el contexto específico donde despliegan su ejercicio clínico los sujetos de investigación, condensando elementos que adoptan la forma de las subcategorías y que soportan a la categoría central, donde cada una se compone a su vez de un conjunto de propiedades que permiten responder los dos primeros objetivos específicos de la investigación, asociados a describir las tensiones que identifican los entrevistados y distinguir sus efectos.

Las subcategorías que componen la primera categoría son:

- **Precariedad e infraestructura inadecuada (1.1)**
- **Gravedad (1.2)**
- **Desgaste, cansancio y sufrimiento (1.3)**
- **Caos (1.4)**

A continuación se presentan descriptivamente las subcategorías y sus propiedades específicas:

(1.1) Subcategoría: PRECARIEDAD E INFRAESTRUCTURA INADECUADA

Los profesionales entrevistados experimentan la precariedad material de sus centros bajo la forma de una tensión transversal asociada al bajo financiamiento. Si bien esta condición dentro del sistema público de salud mental no es ninguna novedad y ha sido ampliamente documentada, se configura como un escenario concreto de adversidad que se interpone al ejercicio clínico de los profesionales, bajo la forma de una infraestructura inadecuada.

Es de esta manera como las formas de la precariedad en los relatos de los profesionales entrevistados, aparece referida a condiciones diversas, tales como salas de atención confeccionadas con materiales ligeros que no logran delimitar la interioridad/exterioridad del box, condiciones inadecuadas de calefacción, falta de instrumentos básicos de trabajo, (lo que favorece conflictos entre los profesionales), insalubridad, falta de medicamentos y profesionales.

Es así como la precariedad referida en el discurso de los entrevistados, representa la forma específica en que se materializa una exterioridad deficitaria en cuanto a los recursos económicos destinados en materia de salud mental para el sostenimiento de estos dispositivos, siendo reconocida a partir de los siguientes elementos:

(1.1.1) Materiales Ligeros

La referencia a las condiciones materiales de infraestructura de los centros en el discurso de los entrevistados se impone en diferentes momentos de la conversación, permitiendo reconocer en ello la importancia de esta condición, que se presenta inadecuada para la práctica clínica, tal como relata uno de los entrevistados: (E.1) *“Uno está atendiendo en una infraestructura muy, muy precaria, materiales livianos, se escucha todo de un lado para el otro...pasa un camión por fuera y las paredes vibran...”* añadiendo que esto afecta

directamente a los pacientes, mencionando: *“una paciente ayer se asustó mucho porque pensó que estaba temblando”*...En otro momento de la conversación se reitera esta dimensión, pudiendo reconocer en ello una tensión concreta: (E.1) *“me ha pasado muchas veces estar atendiendo y que se escuche todo desde afuera, escuchar a un paciente reclamando porque no están sus medicamentos...”* Es así como se logra reconocer que esto afecta directamente la clínica, traspasando el sonido, sin que se logre delimitar la interioridad/exterioridad del box de atención, perturbando, en ocasiones, el desarrollo del trabajo clínico con los pacientes.

(1.1.2) Falta de insumos para el trabajo

En el relato de los profesionales entrevistados es posible identificar otra dimensión de lo precario, en relación a las condiciones básicas de calefacción de los centros: (E.1) *“...El Cosam es un lugar heladísimo y tenemos sólo un balón de gas para toda la unidad”*...elemento directamente asociado al bajo financiamiento de los centros, situación que introduce un tensionamiento en las relaciones entre profesionales, quienes ocasionalmente entran en disputa por los escasos recursos: (E.2) *“...En el Cosam muchas veces nos peleamos por una estufa, cachai, de hecho la estufa es de quien compra el gas”*... Tal es la magnitud de la precariedad que en ocasiones se generan conflictos en lo cotidiano dentro del equipo. Sin embargo, esta condición precaria es objeto de reflexión por uno de los entrevistados, quien señala: (E.2) *“...yo creo que estas reacciones en los equipos tienen que ver con las condiciones materiales también...”* Es de esta manera como parcialmente se logra dar lugar a la dimensión de precariedad que atraviesa la cotidianidad de los equipos ubicando en estas condiciones como causa de ciertos conflictos, en tanto favorecería tensiones agresivas dentro de los equipos que serían descargadas entre los profesionales.

Hablando de las condiciones materiales del trabajo aparece otro elemento vinculado a la precariedad vinculado a los insumos concretos de trabajo, como el caso de las líneas telefónicas. Uno de los entrevistados refiere: (E.1) *“además no tenemos teléfono, lo que implica que tenemos que ocupar nuestro propio teléfono y eso es una cuestión que lleva años...”* De esta condición del trabajo se logra escuchar una tensión ética asociada al uso del teléfono personal, ya que tal como refiere uno de los entrevistados: (E.2) *“a veces se*

reciben llamados de los pacientes fuera del horario de trabajo, por ejemplo un día sábado y ahí hay que decidir si responder o no...” siendo transgredidos los horarios laborales y quedando esta situación enteramente al criterio ético de cada profesional.

(1.1.3) Insalubridad

Otra dimensión de la condición de precariedad es referida por uno de los entrevistados, quien comenta situaciones asociadas a problemas de insalubridad en su centro de trabajo, dice: (E.1) “...*Es tan precario el trabajo en ese Cosam que vive un ratón en el baño literal...*” En otra entrevista con el mismo sujeto, la conversación adopta un tono humorístico que parece una forma de tramitar las sensaciones que provoca esta condición: “...*Ahora no vive en el baño, se cambió de casa, vive en el techo (risa) Siii...se asoma y no es chiste, lo digo como chiste pero es cierto, se asoma de verdad...*” También comenta que esta situación ha sido integrada por el equipo bajo la forma de la broma, comentando: “...*hemos bromeado un montón con el tema del ratón, entre bromas teníamos dos opciones, o lo adoptábamos como co-terapeuta o hacíamos pruebas experimentales...pero de todas maneras, es un síntoma de la precariedad*”... En otro momento señala: “...*hay problemas de alcantarillado, funciona pésimo, hay días en que sale olor a alcantarilla...Hoy nos reíamos con la secretaria, porque para solucionar el asunto, le pasaron una botella de cloro y mayormente era agua, no tenía nada de cloro...*” Es así como la precariedad expresada en la insalubridad del COSAM donde se desempeña (E.1) intenta ser resuelta con una solución aún más precaria que hace pensar en la cronicidad de esta dimensión que se mantiene sin que se intervenga de manera consistente para resolver esta condición.

(1.1.4) Falta de profesionales y medicamentos

Por otra parte la precariedad se nos revela bajo la forma de una insuficiente *dotación de profesionales, medicamentos e instrumentos de trabajo* lo que afecta directamente las condiciones laborales de los entrevistados, es así como hablando respecto de la

configuración de los equipos de trabajo, uno de los entrevistados comenta: (E.3) “...*Si antes habían 10 psiquiatras, hoy con suerte hay 4 y hace como 4 meses que no llega nadie*”, situación que aparece de forma reiterada en las entrevistas, otro entrevistado refiere: “*ahora un montón de pacientes gravísimos no tuvieron ninguna prestación de psiquiatría, lo cual es súper grave*”... Por su parte se puntualiza que no es solamente la falta de psiquiatras, sino también de otros profesionales la que afecta a los equipos y cuya presencia es indispensable para el trabajo multidisciplinario que se despliega en estos dispositivos. Respecto a ello otro profesional entrevistado comenta: (E.1) “*pero a demás de eso también nos faltan muchos profesionales, faltan psicólogas, psicólogos, faltan terapeutas ocupacionales, es increíble...*” Esta condición deficitaria que refieren los entrevistados en su experiencia también se refleja en el abastecimiento de medicamentos, situación compleja, ya que en oportunidades se han generado tensiones graves como nos refiere uno de los entrevistados: (E.1) “...*Había un paciente afuera con una descompensación importante, psiquiátrica, eh, enojado, porque no estaban los medicamentos que necesita tomar y de alguna forma tenemos que resolver esas cosas nosotros*” añadiendo: “*nadie sabe muy bien porque está pasando lo que está pasando, nadie sabe muy bien que está pasando con los proveedores de fármacos, nadie sabe qué pasó con las platas*”

(1.2) Subcategoría: GRAVEDAD

Según la experiencia de los profesionales entrevistados, las condiciones específicas de los sujetos con los cuales se trabaja dentro de los centros, remite a la gravedad como una de las condiciones básicas de la clínica en Cosam. Es de esta manera como según refieren los sujetos entrevistados, muchos de los usuarios que atienden en su práctica diaria se encuentran condiciones de pobreza y marginalidad, presentando trastornos graves de personalidad y una alta suicidabilidad, debiendo atender descompensaciones y urgencias psiquiátricas, situaciones que en algunos casos ha significado un riesgo para los propios profesionales, generando tensiones cuya lógica de intervención se representa bajo la idea de “apagar incendios” como forma de operar sobre la grave, que a veces aparece bajo la forma

de lo caótico, por lo que a continuación se presentan las diferentes propiedades que se han identificado para delinear los alcances y límites de esta Subcategoría.

(1.2.1) Pobreza y marginalidad

La condición de pobreza ha sido considerada dentro de los lineamientos de la política pública en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales, sin embargo, este reconocimiento no se ha traducido materialmente en una política integral para mitigar de conjunto las condiciones sociales de violencia estructural que se desprenden de modelo de desarrollo capitalista en Chile, por lo que la clínica en salud mental pública debe trabajar necesariamente con sujetos atravesados por contextos psicosociales de vulneración graves, que afectan directamente a los pacientes, ante ello uno de los entrevistados comenta: (E.1) *“Por lo general, los contextos psicosociales en que viven estos pacientes son como bien cerrados, bien patológicos, no hay escucha en esos espacios, entonces hay mucho aislamiento, los pacientes se sienten muy aislados de sus familias, de sus grupos de amigos”*...Esta situación, tal como retratan los entrevistados, se convierte en condición básica de la clínica en Cosam, situación que también afecta los procesos mismos con los pacientes, siendo estas condiciones verdaderos obstáculos para la continuidad de los tratamientos, es así como uno de los entrevistado refiere: (E.1) *“hay por ejemplo una paciente que vive en situación de calle...a veces le cuesta llegar, no tiene plata...para mí la pega es distinguir un poco, si es que hay un punto de goce en esta cuestión de esperarla...”* sujeto a esta misma condición otro entrevistado comenta: (E.1) *“Una paciente dice que por favor no le cierren la ficha, que a veces no puede asistir por temas de plata, no tiene para los pasajes... tiene que trabajar en cualquier cosa para sobrevivir, pero que no quiere dejar de ir al Cosam”*.

(1.2.2) Trastornos de personalidad, urgencias psiquiátricas y suicidabilidad

Según relatan los profesionales entrevistados, existe una marcada predominancia de ciertos diagnósticos en los pacientes de Cosam, es así como en una entrevista aparece directamente una referencia a ello: (E.1) *“atendemos a la población más compleja...en general atendemos puros trastornos de personalidad...”* Por su parte, se identifican ciertas problemáticas asociadas a los diagnósticos, donde muchos pacientes ingresan por trastornos ansiosos, situación que es descartada al ingresar a Cosa, en este sentido uno de los entrevistados comenta: (E.1) *“Es que la mayoría de los pacientes que tenemos son con diagnóstico de “ansioso” como diagnóstico burocrático...nos reímos de eso, porque son pacientes muy graves cachai, o sea, ni cagando se trata de un trastorno de ansiedad cachai, la mayoría de los trastornos de personalidad pasan por el diagnóstico de trastorno ansioso, entonces, es para la talla, porque estamos muy claros de que el diagnóstico de ansioso no corresponde nunca, siempre es algo mucho más grave...”*, en coherencia con ello otro entrevistado refiere: (E.3) *“en un Cosam los pacientes son más limítrofes, más psicóticos, no como estructura sino como funcionamiento...”* Esta condición del Cosam, necesariamente implica una tensión adicional ya que el trabajo trataría mayoritariamente de una clínica de lo grave.

Por su parte el trabajo en salud pública con pacientes que presentan trastornos graves, según comentan los propios entrevistados, implica que las manifestaciones clínicas se expresen en amplia medida bajo la forma de la impulsividad y el pasaje al acto por lo que el riesgo de suicidio es una condición latente con la que deben lidiar con cierta regularidad a diferencia de la clínica que realizan de manera particular, en este sentido uno de los sujetos comenta: (E.3) *“...En el Cosam son otras las demandas que se producen, son pacientes más suicidales, la gran mayoría tiene suicidabilidad activa y los que no pasiva, pero aparece de vez en cuando...”* por su parte (E.1) señala: *“hace poco me toco trabajar con un paciente que se intentaba colgar dos veces por semana”* En otro momento (E.3) comenta: *“hay un paciente que se descompensa o que te devela que se quiere suicidar y que estuvo ya escribiendo sus cartas, me paso con una que me dijo que saliendo de la sesión iba a ir... ella tenía todo premeditado para tomar un Uber, llegar hasta ese lugar porque llegan autos y caminar y tomar cianuro y dejar una nota de que*

había consumido cianuro...” En una segunda entrevista otro profesional comenta: (E.1) *“en una sesión ella me comenta el motivo real de porque se intenta matar y es porque ella consintió, fue testigo y partícipe de una violación por parte de su dos hermanos a su hija cuando esta tenía 4 años”....*

Por otra parte, los relatos de los entrevistados nos remiten a situaciones donde las urgencias psiquiátricas y descompensaciones graves dentro y fuera del dispositivo de atención son habituales, tal como comenta uno de los entrevistados: (E.1) *“Estoy en la unidad que atiende más urgencias psiquiátricas...”* Esta situación implica un esfuerzo adicional de parte de los profesionales en las intervenciones con pacientes graves y en contexto de urgencia psiquiátrica. En este sentido y hablando con uno de los entrevistados nos refiere: (E.2) *“...A veces la situación es tan crítica que hay que intervenir más de una vez por semana, hacer un tratamiento más intensivo...”* En cuanto a las descompensaciones y urgencias propiamente tal uno de los entrevistados hace referencia a un protocolo que existe en su centro compartiendo una experiencia de intervención dentro de un contexto de urgencia, refiere: (E.3) *“Una paciente que tiene un cuadro ansioso se descompensó en plena sesión... partió siendo un episodio más panicoso y se le empezó a dormir el cuerpo y ahí se empezó a desvanecer y cayó al suelo en el box en que la estaba atendiendo, mientras pedía que llamaran a la ambulancia del consultorio...”*

(1.2.3) Cronificación en el sistema

La experiencia de los profesionales entrevistados con formación en psicoanálisis, adopta una posición crítica frente a como se vienen haciendo las cosas en los COSAM, específicamente respecto de las formas de intervención, que se estructuran de manera directiva o irreflexiva en cuanto a sus efectos, tal como en el caso de las derivaciones, situación que es referida de forma directa por uno de los entrevistados: *“...En el Cosam se trabaja con casos tan, tan graves que de alguna forma los Cosam se tienden a plantear estrategias que colaboran de forma brutal con la cronificación de los pacientes en el*

sistema...” Hablando de esta dimensión de la cronificación, uno de los entrevistados menciona: “...hay pacientes que se los pelotean, del Cosam al Horwitz, del Horwitz al Cosam y llega un momento en que queda una posición que comparto con los usuarios, como quedar sin voz, sin poder elegir, sin poder hablar...” añadiendo un fragmento de la experiencia de un paciente que fue derivado, comenta: “...un paciente hizo como una especie de protesta del hospital (risas) Fue muy, muy interesante la movida de este paciente, porque se hizo muy evidente que el necesitaba que lo escucharan...” pudiendo reconocerse en ello, que bajo estas formas de intervención, los usuarios quedan en posición de objeto, lo que obstaculiza que puedan presentar avances. En este sentido otro entrevistado refiere: “...La paradoja ahí es que, estos tipos ahí lo que pretenden hacer es tener un programa de eficiencia digamos, eh, pero de eficiencia estadística digamos, que al final termina cronificando o haciendo que las personas no resuelvan de fondo algunos temas que deberían ser atajados...” añadiendo: “...mi propósito o mi objetivos de tratamiento tienen que ver con esto, como con el evitar sobre todo la cronificación de los pacientes en el sistema, pero para eso hay que darle tiempo, no se puede hacer así nomas...en el Cosam me he encontrado con una clínica muy brutal...”

(1.2.4) Riesgo a la integridad física de los equipos

Por su parte es posible identificar en los relatos de los entrevistados momentos en que la gravedad asociada a las urgencias psiquiátricas y descompensaciones puede poner en riesgo la integridad física de los profesionales intervinientes, en relación a esto y hablando con uno de los sujetos en relación a su experiencia con pacientes graves comenta: “...hay una paciente que es súper agresiva, ha agredido a funcionarios...”, mientras que en otro momento se hace referencia a una situación crítica de violencia dentro del Cosam y que requirió que los profesionales se resguardaran físicamente del paciente: (E.1) “...Una vez tuvimos que atrincherarnos en la unidad cachai, porque había un paciente que estaba rompiendo las cosas afuera, rompiendo la impresora, rompiendo los vidrios, casi rompió la puerta...las descompensaciones psiquiátricas han aumentado a propósito de estas dificultades institucionales...” Es de esta manera como

la gravedad representa una dimensión concreta de la experiencia cotidiana de los profesionales entrevistados respecto a su clínica en Cosam.

(1.3) Subcategoría: DESGASTE, CANSACIO Y SUFRIMIENTO

Las condiciones señaladas anteriormente respecto de la clínica en COSAM atraviesan de manera cotidiana el trabajo de los profesionales que se desempeñan en estos espacios. Según el relato de los entrevistados, se pueden reconocer efectos de desgaste, cansancio y sufrimiento que se diseminan en todas direcciones y que afectaría tanto a los equipos profesionales como a los usuarios. Es de esta manera como ha sido posible reconocer en los relatos de los sujetos entrevistados discursos referidos a “estar quemados”, o “apagar incendios”, lo que parece mantener una estrecha relación con la angustia que genera el trabajo en estos dispositivos de salud mental, cuya expresión serían las formas de intervención directivas o el “uso grosero de la derivación, en tanto estarían asociadas a una clínica de lo grave sumado condiciones de alta carga laboral, por lo que las intervenciones parecen adoptar la forma en un mecanismo que permite desalojar la emergencia de la angustia y aquello que no logra tener lugar, es decir, la derivación aparece como una forma de estabilización del sufrimiento de los profesionales bajo un discurso institucional, más que el resultado de consideraciones éticas o clínicas.

(1.3.1) Apagar incendios

En relación a lo anterior, es posible identificar en el relato de los entrevistados una referencia explícita al desgaste y su relación con la carga de trabajo, situación ineludible que afecta de manera transversal a los equipos. En este sentido (E.2) comenta: *“Estaba la cagada, lo que fui a hacer básicamente es apagar incendios, habían muchos incendios, muchos casos que estaban al debe, muchos casos que estaban como sin resolver...o sea llegué a operar sobre la urgencia...”*, mientras que otro entrevistado (E.1) comenta: *“...Es tan intensa la vorágine del trabajo...lo que hay que hacer día a día... siempre o estamos*

atrasados con la pega burocrática o tenemos que estar muy pendientes a la gravedad de los casos...es bastante agotador la verdad...”

En otra entrevista, la noción de “apagar incendios” va más allá de la sobre carga de trabajo, siendo asociada directamente a la gravedad de los pacientes, en este sentido (E.3) señala: “...*La demanda de los usuarios es diferente en COSAM y eso es súper agotador...en su mayoría son pacientes graves, entonces hay que apagar incendios y eso es bien agotador*” reflejando la percepción que existe respecto del desgaste asociado al trabajo.

Por otra parte (E.2) reflexiona en cuanto a los efectos del desgaste, comentando: “...*la maquinaria de estar operando sobre la urgencia, no te permite tampoco es espacio de entender cuál es el malestar del equipo...no hay tiempo para pensar...oye hagamos esto, sentémonos a pensar que nos pasa, porque actuamos así cachai...porque pensamos el caso así, que nos mueve del caso...no está esa instancia*” Es de esta manera como parece posible inferir a propósito de las reflexiones de (E.2) que estas condiciones asociadas a la urgencia y apagar incendios favorecerían el hecho de no interrogar las prácticas, por lo tanto, abren paso a la posibilidad de intervenciones que no son objeto de una elaboración subjetiva o de la reflexión colectiva, tal es el caso de las intervenciones directivas o los excesos de derivación que se expone más adelante.

(1.3.2) Estar quemados

El “*estar quemados*” es una representación del desgaste que aparece de manera directa en el relato de los entrevistados. Esta noción aparece asociada a la naturaleza de las condiciones del trabajo en el COSAM que favorecen ampliamente el cansancio y sufrimiento de los equipos. Podemos reconocer esto en el siguiente extracto de entrevista, donde (E.1) refiere: “...*Hay días en que todos quieren llorar, hay días en que todos quieren...están chatos, se les nota en las caras...*” añadiendo: “...*El equipo está súper mermado y bueno y cojo...súmale a ese estrés de que los psicólogos estamos haciendo toda la pega...*” Esta situación permite reconocer dentro del COSAM una alta carga de trabajo, provocando un desgaste significativo de parte de los profesionales, lo aparece también

referido en la experiencia de (E.2) que comenta: “...*como que ya había pasado mucho en banda entonces me sentía muy cansado, muy agotado...*”

En otra entrevista (E.2) señala directamente que su equipo “*está quemado*” lo que afecta la relación con los pacientes, deteriorando el ejercicio clínico, mencionando al respecto que ha observado escenas donde los colegas comentan: “...*oh mira ya viene ese paciente o mira, ya viene este paciente disruptivo...ya viene puta el paciente tanto...Se genera una atmósfera de resignación, onda no tiene remedio este tipo*”, refiriendo que esta posición sería resultado del agotamiento de los profesionales.

En otra entrevista (E.2) comenta que se genera una hostilidad hacia los pacientes que se traduce en reírse de los usuarios: “...*Es un caso tan complejo, ha pasado por varios tratantes, ella ha solicitado también dos veces cambio de tratante...entonces es una paciente que termina siendo objeto de ciertos chistes dentro del fucionamiento del Cosam...*”

Es de esta manera como el “*estar quemados*” parece encontrarse articulado a la gravedad y a unas ciertas formas de incomprensión respecto de lo grave, abriendo espacio a intervenciones derivadas malestar y cansancio provocado sobre los equipos.

(1.3.3) Intervenciones directivas

La intervención directiva aparece referida a una forma de trabajo clínico donde no se tendría en consideración la dimensión subjetiva del paciente. Es una intervención exterior, intrusiva, que adoptaría la forma de un mandato, una prescripción de carácter obligatorio, donde la relación profesional-paciente es vertical, quedando el paciente rechazado en su singularidad y en posición de objeto de una intervención.

Desde una perspectiva psicoanalítica y en casos muy específicos, estas intervenciones pueden ser necesarias, para operar un corte frente a la repetición de tendencias autodestructivas o donde la transgresión requiere de un movimiento de abandono de la “neutralidad” analítica. Sin embargo, en el relato de los entrevistados estas

intervenciones parecen encontrar su fundamento en condiciones que no obedecen necesariamente a un criterio clínico y podrían vincularse a las condiciones de sufrimiento en el trabajo.

Es posible reconocer en el discurso de los entrevistados una posición crítica en relación a estas intervenciones. Uno de ellos comenta: (E.2) “...*Creo que este tipo de intervenciones, como las que te comentaba, son puras respuestas defensivas frente a la angustia de no saber qué hacer... también sería un síntoma que respira y se respira en todos los equipos o en los equipos que llevan mucho tiempo... pero no elaboras nada...*” Es de esta manera como según el entrevistado, la intervención directiva, no sólo no permite la elaboración de parte del paciente, sino que aparece referida a su dimensión defensiva. Es decir, en estas intervenciones habría un intento mitigar la propia angustia experimentada por un “no saber”, es decir, la intervención directiva según el entrevistado, podría ser interpretada como una manera de hacer con el no saber respecto del paciente, sería una intervención ansiolítica destinada a aliviar a quien la emplea, obturando todo aquello en el orden de la alteridad.

En otro momento (E.2) comenta: “...*el tipo de intervenciones al principio me generaba impacto, porque yo pensaba como chucha estoy en los alcohólicos anónimos, con la diferencia de que el que dirige el psicólogo...eso me impactó...*” En este sentido el entrevistado manifiesta abiertamente su rechazo esta forma de trabajo que como se ha podido reconocer en la cita anterior, parece adoptar la forma de un rechazo a lo impensado, es decir, una forma de operar desde la certeza, desde la seguridad, borrando del campo de la experiencia clínica todo aquello que podría situarse desde el lado de la incertidumbre y posibilidad debido a su carácter angustioso, es así como (E.2) comenta en otra entrevista: “...*Un colega decía, mira, para que le vamos a dar tanta vuelta al paciente X, mejor lo mandamos para alcohólicos anónimos, que aprenda a tocar guitarra, listo y se deja de tomar cachai... ahí yo me quedé con toda esa incomodidad...*” En otro momento (E.2) comenta una escena en que un colega interviene de manera directa, sin considerar las palabras del usuario e imponiendo la obligatoriedad como condición de intervención: “...*mi colega le dijo a un usuario, ya mira, sabes, esto tienes que hacerlo igual, aunque no quieras, porque vienes de tribunal, todos tenemos que hacer cosas que no queremos y bla bla bla...y ahí sentí la piedra de tope...*”

añadiendo: *entonces muchas veces son muy directivos y muy conductuales en ese sentido, como “Lo que tiene que hacer usted es dejar de consumir” eh, en terapia de grupo escuché que mi colega les decía a los participantes: “Ya!, todos tienen que decir; Una semana más sin consumir”...*

Otro entrevistado (E.1) comenta: *“Cuando se intentan hacer cosas como muy tecnificadas me parece, muy estandarizadas, muy poco personalizadas para los pacientes, como que no funcionan muy bien las intervenciones...”* aludiendo directamente a la ineficacia de este tipo de intervenciones, que si bien responderían a cierto discurso clínico, biomédico, psiquiátrico o psicológico, al tener la función de reducir la angustia del profesional interviniente y no considerar el saber del paciente, su singularidad, tienden a generar resistencias y ser rechazadas por los pacientes, abriendo paso a un rechazo más radical expresado en un exceso de derivación, tal como se expone en el siguiente punto.

(1.3.4) Uso grosero de la derivación

La derivación como se indica en un documento de la subsecretaría de redes asistenciales del MINSAL (2016) se enmarca dentro de un sistema de “Referencia y Contrarreferencia” que representa un conjunto de mecanismos administrativos y asistenciales de distribución de los pacientes y usuarios dentro de la red de salud, cuya finalidad es favorecer el acceso a un tratamiento y/o diagnóstico oportuno. Sin embargo, al interrogar las prácticas de los profesionales es posible identificar toda una complejidad detrás de la acción de la derivación.

Es así como (E.2) nos introduce al problema en su relato, donde aparece referido el mal uso de la derivación: *“...Si, es que creo que es una herramienta y que está muy manoseada que se usa muy mal cachai...”*. Según refiere (E.1), en ciertos momentos la derivación representa una verdadera tensión en el trabajo, ya que puede obstaculizar el desarrollo de los procesos psicoterapéuticos, sobre todo en momentos donde queda enfrentado el criterio clínico con las consideraciones de otros profesionales, particularmente psiquiatras. Es de esta manera como (E.1) comenta : *“...esta psiquiatra quería también derivar un caso a*

Cavas, un caso mío, que lo vemos en conjunto...pero yo le dije; sabí que si lo derivamos a este chiquillo lo perdemos,...entonces mi postura fue bien simple, fue como decirle bueno, yo creo que si lo derivamos, perdemos al paciente...” situación que significó una tensión adicional para el profesional entrevistado, ya que logra reconocer que en esta situación, existen elementos discursivos e institucionales, burocráticos que se sitúan a favor de la derivación, pese a operar en contra del proceso clínico del paciente, frente a esto y en relación al mismo caso, añade: “...Claro porque él ponía el saber medico por encima y el saber médico coincide con el saber burocrático, entonces, de alguna forma eh, mi argumento era, Oye este paciente está trabajando una cuestión, que es re importante en terapia y vamos a perder ese espacio y me parece que perder ese espacio incluso le puede hacer peor...”

Este tipo de derivaciones que no tienen en consideración elementos propios del proceso clínico o psicoterapéutico ha generado situaciones donde los propios pacientes manifiestan su inconformidad, tal como señala (E.1): “*Hay un paciente que había sido derivado a un hospital de día y me dijo; Oye..ehh... no me sirvió de nada esa hueá, no me sirvió de absolutamente nada la hueá...*” cuestionando de manera directa la derivación, refiriendo su inutilidad...

Por otra parte es posible identificar en la derivación una solución para deshacerse de ciertos pacientes complejos. En relación a esto uno de los entrevistados (E.1) señala: “...*Por ejemplo, pienso en...hay una paciente en particular que bueno, todo el mundo quiere que se vaya, todos la quieren echar, derivar...ella cansa al sistema constantemente...*” Es de esta manera como se logra reconocer en este relato una dimensión de la derivación que aparece asociada al cansancio y desgaste de los profesionales frente a determinados pacientes.

En relación a esto (E.2) comenta: “...*Justamente esto de las derivaciones es así por el nivel de angustia que ciertos pacientes provoca en los tratantes...*” En este extracto es posible reconocer que la complejidad de los casos genera efectos de angustia y sufrimiento, donde las intervenciones y/o derivaciones estarían del lado de la estabilización de los intervinientes más que estar ajustadas a un criterio clínico en particular, que sin duda, está presente en las derivaciones, sin embargo, en la cita anterior, parece delinarse una dimensión muy específica, siendo la derivación una forma de reducir la irrupción de lo

angustiante, de un desalojo de aquello que no se logra traducir a un saber, es decir, pareciera que en la derivación se pone en juego la expulsión de un núcleo extraño que retorna en la experiencia de los equipos, provocada por aquellos pacientes complejos donde las intervenciones directivas parecen fallar, en este sentido (E.2) comenta: “...*porque como que de alguna manera hay algo del caso, hay algo de ese tipo de pacientes que se tornan insostenibles e impensables para el equipo, de ahí la derivación...*”

(1.4) Subcategoría: CAOS

La experiencia de los profesionales y sus relatos a través de las entrevistas han permitido identificar la noción del “*Caos*” como un elemento relevante que refiere principalmente a la discontinuidad entre las prescripciones institucionales y el acontecer cotidiano. Esta subcategoría, representa una dimensión contradictoria del espacio laboral que genera tensión, debido a la incertidumbre, sin embargo, adopta la forma de un territorio desalojado, tierra de nadie, espacio vacío, que genera tendencias a la queja de parte de los equipos debido a las condiciones de desorden expresado por ejemplo en la falta de un plan de intervención específico para circunscribirse dentro del trabajo.

Por otra parte el “*Caos*”, posee entre otras, una cualidad muy específica, ya que se asemeja a una fisura, un vacío espacio liberado de demandas, donde por una parte los profesionales pueden demandar que se les demande una forma específica de proceder, o bien actuar en concordancia con las orientación propia orientación cínica, siendo un espacio posible por donde puede surgir la clínica.

Este elemento representa la intersección entre las condiciones de lo dado y las formas de hacer con ello, la discontinuidad, anticipando los movimientos que despliegan los profesionales entrevistados para poder ejercer una clínica desde el psicoanálisis, es decir, es condición de posibilidad para pensar posiciones tácticas que más adelante serán desarrolladas.

(1.4.1) Desorden

La noción de “*Desorden*” en el relato de los entrevistados, refiere fundamentalmente a la ausencia de coordenadas claras en términos de la organización del trabajo clínico e interventivo con los pacientes. Esto aparece de manera directa en el relato de (E.1) al quien al comienzo de la primera entrevista señala: “...*Este es un Cosam muy desordenado, muy muy desordenado, en aspectos políticos o burocráticos...*”. En esta misma línea (E.1) a modo de queja comenta: “*ni siquiera tenemos un plan de intervención*” haciendo referencia a la cuestión institucional.

En esta misma línea (E,2) hace referencia a las dificultades que tuvo inicialmente para poder situarse dentro del trabajo, ya que el desorden era de tal magnitud, que la percepción sobre el trabajo hacía pensar que se trataba siempre de resolver cosas urgentes, situaciones inconclusas, ordenar el “*Caos*”, en este sentido comenta: “...*O sea como que igual había un desorden importante, llegué a tratar de masticar un poco mucho del sistema...*”, Es así como la idea de “masticar el sistema”, aparece como metáfora de procesar, elaborar una representación, generarse unas coordenadas respecto del trabajo, hacer un orden propio al desorden exterior dentro del COSAM, frente a lo cual añade: “...*de todas maneras me fui moviendo muy rápido de...en cuanto al aprendizaje...*”

En cuanto a las relaciones entre el desorden y la clínica (E.2) comenta : “...*y nos vemos en medio de estas tensiones constantes entre la clínica y aguantar el caos burocrático, el caos institucional...*” introduciendo en su discurso una tensión entre el desorden institucional y la clínica propiamente tal, sin embargo, este elemento de indeterminación parece abrir espacios para operar de manera autónoma de las determinaciones exteriores anticipando posibilidades de la táctica, de un saber hacerse con esta condición para hacer clínica psicoanalítica, lo que puede reconocerse en palabras de (E.2) que señala: “...*por la particularidad de que no tenemos un plan de intervención, uno puede darle una forma, mas menos hacer lo que uno quiere un poquito...*” Es de esta manera como parece posible considerar que habría una relación de discontinuidad entre las prescripciones oficiales y el acontecer cotidiano dentro de los centros, que estarían sujetos al posicionamiento subjetivo de cada cual frente a las exterioridades del trabajo.

(1.4.2) Fisuras, vacíos y brechas

Las “*fisuras, vacíos y brechas*” serían justamente aquellos espacios de posibilidad e indeterminación derivados del “*desorden*” y que se manifiestan en la experiencia de los profesionales entrevistados, quienes parecen reconocer en esto las condiciones necesarias para poder hacerse con ciertos espacios de tiempo o libertad para desplegar su propio criterio ético-clínico más allá de los discursos dominantes dentro de sus centros de trabajo.

Esto aparece referido de manera directa por uno de los sujetos entrevistados y hace referencia a una condición específica del trabajo que podría ser pensada como la dimensión de una falta en el Otro, en la institución, espacio liberado de demandas que anticipa los movimientos tácticos específicos que pueden desplegar los psicólogos con formación en psicoanálisis dentro de estos centros. En referencia a esto (E.1) señala: “...*Hay que buscarle las fallas a las cosas, al funcionamiento de la institución...*”, discurso que parece revelar una posición subjetiva específica que se autoriza a transformar las condiciones del COSAM en un elemento a su favor.

En la misma línea es posible reconocer en el relato de otro entrevistado (E.2) la búsqueda de estas discontinuidades entre lo prescrito y los espacios vacíos, por fuera de la mirada del otro. Es decir, busca las fisuras para poder hacer clínica psicoanalítica con los pacientes a propósito haciendo uso de la confidencialidad, señalando: “*con ellos hay que hacer PTI que son los planes de tratamiento, ahí se establecen los objetivos de la semana, del mes, lo que uno quiere hacer cachai, esto es algo que se nos pide desde el Cosam... yo lo hago sin mayor problema, es algo que tengo que hacer administrativamente, y yo le digo a la gente; Este es un papel, quizás no va a reflejar el real trabajo que vamos a hacer, eh, pero es algo que también tenemos que cumplir...En ese sentido también me cuelgo más de la confidencialidad del encuadre...*Es así como incluso aparece la posibilidad de la fisura a propósito de un uso específico de la confidencialidad.

En el caso de (E.3) aparece una mayor libertad para operar analíticamente dentro del COSAM, refiriendo que incluso desde la dirección del centro habría un criterio que permitiría que cada cual pueda determinar la manera de hacer su trabajo, sin necesidad de buscar las fallas o fisuras. En este sentido comenta que ha podido operar según su propio

criterio clínico si mayores dificultades, refiriendo que al menos en su COSAM no habrían mayores dificultades para ello, al respecto comenta: “...*Hay mucho criterio de parte de la dirección del Cosam de, de cómo trabajan los psicólogos, hay un criterio que apunta a la libertad de que cada uno haga su trabajo y que lo haga lo mejor que pueda, o sea en ese sentido eh, para mi la experiencia ha sido más que satisfactoria, eh, súper, súper buena...*”

A diferencia de la experiencia (E.3) los otros dos entrevistados refieren tener que hacer un uso específico de los momentos para poder ejercer según su propio criterio como aparece más adelante en el relato de (E.2) donde la posibilidad de hacer clínica psicoanalítica estaría dada por un saber hacer con el vacío, ya que esta posibilidad, no sería una condición dada de antemano, como puede identificarse en el siguiente relato: “...*yo aprovecho mucho esos espacios, esos vacíos legales, me muevo siempre en esos vacíos...*”

(1.4.3) Surgimiento de la clínica

Esta dimensión que ha sido aislada como “*Surgimiento de la clínica*” se desprende inmediatamente de los elementos anteriormente definidos en cuanto “*al desorden*” o las “*fisuras y vacíos*”, y aparece desarrollada fundamentalmente en el discurso de uno de los entrevistados. Tal como refiere (E.1): “...*si no me moviera en esos vacíos, no, no podría hacer psicoanálisis...*” aludiendo de manera directa a la relación entre los vacíos como condición de posibilidad para hacer psicoanálisis en el COSAM, por lo que esta posibilidad dependería en amplia medida de un saber hacer con las condiciones *caóticas* que se presentan en lo cotidiano que han sido desarrolladas más arriba.

Es de esta manera como la dimensión anteriormente adopta la cualidad de una oportunidad para la clínica, para el surgimiento de la clínica, en ese sentido (E.1) menciona: “...*Es re interesante, ya que por un lado institucionalmente está la cagá cachai, pero queda como una brecha en que la clínica puede surgir, uno puede plantearse procesos más profundos, más largos...*”

En este sentido resulta interesante como el “*Caos*” en tanto condición del trabajo en Cosam, a propósito de una brecha, fisura o vacío, es posible de ser transformado por los profesionales con formación psicoanalítica, de un obstáculo a una posibilidad de hacer, decidiendo hacer uso las mismas para los fines de su clínica, permitiendo anticipar un lugar para el psicoanálisis dentro del COSAM.

(2) LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN EL COSAM

El lugar del psicoanálisis dentro del Cosam es la segunda categoría central de esta investigación ya que nos remite a la posibilidad del psicoanálisis dentro del dispositivo COSAM, presencia que puede ser reconocida o no de manera oficial por la institución, interpelando a los psicólogos con formación en psicoanálisis a desplegar actos concretos que pueden ser leídos bajo la clave de una táctica.

Este elemento es relevante, ya que permite comprender la posición de los profesionales de orientación psicoanalítica dentro de sus programas, ya que mientras en un COSAM “se habla pestes del Psicoanálisis” habiendo solo un colega con esta formación, en otros casos hay varios colegas con formación en psicoanálisis, encontrándose medianamente consolidada esta perspectiva, favorecido una cierta libertad en cuanto a las prácticas clínicas.

Por su parte es importante señalar que en el caso de los colegas donde el psicoanálisis no tiene de antemano un lugar, son los propios profesionales quienes deben desarrollar activamente formas de hacerse un lugar, es decir, este lugar no viene dado, son las formas de hacer, el saber de oficio puesto en acto para hacerse un lugar, validarse y legitimar el psicoanálisis en tanto discurso clínico junto a otros discursos, lo que permite una inserción fáctica del psicoanálisis dentro de los dispositivos de salud pública más allá de las políticas en salud mental, siendo de esta manera como esta subcategoría permite contestar parcialmente el segundo objetivo y el tercer objetivo específico planteado en esta investigación.

Las subcategorías que componen la segunda categoría central son:

- **Predisposición al Psicoanálisis (2.1)**
- **Hacerse un lugar (2.2)**
- **Clínica Psicoanalítica en Cosam (2.3)**

(2.1) Subcategoría: PREDISPOSICIÓN AL PSICOANÁLISIS

Esta subcategoría nos remite a los discursos que han podido reconocer los entrevistados en sus respectivos COSAM respecto al psicoanálisis. Específicamente esta dimensión corresponde a las predisposiciones que los entrevistados identifican en sus centros en torno al psicoanálisis, lo que condiciona en mayor o menor medida las posibilidades de desplegar abiertamente su clínica.

Ha sido posible identificar posturas muy diferentes en los respectivos centros donde se desempeñan los profesionales, ya que la predisposición al psicoanálisis oscila desde la hostilidad y abierta devaluación hasta posiciones más receptivas que valoran la posibilidad de la perspectiva psicoanalítica dentro de estos Centros.

Parece lógico referir que en el COSAM donde la perspectiva psicoanalítica se encuentra mayormente validada desde la dirección del centro e incorporada a las prácticas clínicas, no resulta necesario un mayor posicionamiento táctico para hacer clínica psicoanalítica o hablar desde esta perspectiva abiertamente, mientras en que en el otro extremo, donde el psicoanálisis aparece medianamente inserto o bien es objeto de ataques o devaluaciones, la posibilidad de hacer clínica psicoanalítica requiere de un despliegue específico, de posiciones tácticas que implican una salida del campo de la mirada del otro, un manejo de lo público y lo privado, tensionando la posibilidad de operar abiertamente desde esta perspectiva que sabemos, se sitúa por fuera de los bordes establecidos por el MISNAL.

(2.1.1) Devaluación del psicoanálisis

La devaluación al psicoanálisis parece ser minoritaria en la experiencia concreta de los entrevistados, sin embargo, es posible reconocer esta predisposición en el relato de uno de ellos, cuya presencia parece estar a su vez condicionada por la dimensión anterior, es decir, el no reconocimiento oficial de la clínica psicoanalítica. Este elemento resulta relevante ya que no es indiferente al discurso y las prácticas concretas que pueden desarrollarse dentro de un Cosam ya que esta condición parece autorizar o no a ciertos profesionales de otras orientaciones a devaluar el psicoanálisis desde un desconocimiento importante respecto de sus fundamentos. Es así como el entrevistado comenta: *“...en el Cosam se han escuchado pestes del psicoanálisis...”* dejando entrever esta cuestión a partir de un fragmento de conversación con un colega de otra orientación que le decía su opinión: *“Ya sipo, pero mira, eso (el psicoanálisis) es como del 1900, ehh, mira, después de eso en 1950 aparecen las neurociencias y la cuestión...basadas en evidencia y bla bla bla....”* Añadiendo, *“...Es por eso que no sirve el psicoanálisis...además es muy caro, en definitiva, está obsoleto”* Generando con ello una posición de aislamiento del entrevistado en relación a su equipo de trabajo, refiriendo: *“...yo por lo menos, nunca he encontrado la instancia para hablar del psicoanálisis con esta gente...no sé si se puede”*. Este elemento es desplegado más adelante al presentar la siguiente Subcategoría respecto del hacerse un lugar.

(2.1.2) Valoración del Psicoanálisis

Es relevante considerar que la experiencia de los entrevistados oscila dentro de severas contradicciones en torno a la predisposición al psicoanálisis en sus respectivos Cosam. Mientras que uno de ellos, como referíamos en el punto anterior, parece encontrarse aislado y asediado ante una posición de devaluación constante hacia la clínica psicoanalítica, los demás entrevistados desarrollan su actividad junto a otros colegas también con formación psicoanalítica pudiendo con ello afianzar un discurso clínico dentro de sus respectivos centros, compañía que parece fundamental ya que parece operar como una

exterioridad que favorece su propia posición dentro del Cosam. Uno de los entrevistados comenta: (E.1) *“No es raro que se hable de psicoanálisis en este Cosam, así que cuando alguno de los tres nos toca hablar de algún caso clínico, siempre apuntamos desde esa mirada, desde esa lectura, desde el psicoanálisis...”*. Otro entrevistado comenta: (E.3) *“...por lo menos en este Cosam en que estoy, hay personas que tenemos también alguna formación de posgrado o de pos título en esta orientación, de hecho tengo un colega que hizo el magister del ICHPA...añadiendo: “...Hay otra colega que es psiquiatra y también tiene un magister de la ICHPA, también tiene una mirada psicoanalítica...”* lo que parece favorecer una cierta autorización en cuanto a la libertad de hacer, sin embargo, en esta libertad de hacer, se reconoce como factor, no sólo la presencia de otros colegas con formación analítica, sino que una cierta disposición anterior, tal como nos señala uno de los entrevistados: (E.3) *“...Creo que para algo así igual tienen que permitir algo así, o sea no depende de cuánto yo pueda aportar o cuantas ganas tenga respecto a ganarme un lugar o sea yo creo que también tiene que ver con que el lugar te permita eso y aquí la impresión es que te lo permiten, hay harto criterio de parte de la dirección, no van a poner en duda tu trabajo, no se van a meter...”* Es de esta manera como se puede ir delineando ciertas aspectos vinculados a la predisposición que condicionan las formas de posicionamiento de los colegas frente a sus centros, tal como el posicionamiento de manera dialéctica transforma las condiciones de lo existente, permitiendo reconocer una relación significativa en estos elementos que podemos identificar bajo las formas concretas que despliegan los entrevistados para hacerse un lugar.

(2.1.3) Crítica de la política pública

Esta dimensión es polémica y fuente de tensiones dentro de los dispositivos de trabajo, ya que el psicoanálisis no es considerado por los lineamientos oficiales del Minsal, siendo una clínica que forma parte activa de los dispositivos de salud mental. Frente a esto y en relación a la política pública en salud mental, uno de los entrevistados (E.3) comenta: *“yo creo que es una política pública un poco desactualizada, es antigua también, eh, creo que es de un periodo en que sin duda existía o había más psicólogos cognitivos-*

conductuales...” Este fragmento permite considerar que habría una condición anacrónica dentro del sistema de salud pública que habría de ser pensada, frente a lo cual se refiere: “...yo lo llevaría más a un contexto histórico de que en los 90 también la terapia cognitivo-conductual eh, tenía otra fama u otro recorrido...también veo que ahora hay otras especialidades...el constructivismo, el posracionalismo que está pegando mucho eh... no es sólo el psicoanálisis que ha ido entrando a la salud pública...” Aludiendo con esto que independiente de lo referido oficialmente, existe diversidad de perspectivas clínicas que se van insertando en los dispositivos de salud pública, siendo el psicoanálisis uno entre otros.

(2.2) Subcategoría: HACERSE UN LUGAR

Esta Subcategoría se encuentra directamente relacionada con las formas de hacer, es el acto creativo y transformador. Es la pillería específica desplegada por los colegas para hacer prevalecer su criterio ético y clínico frente a las exigencias burocráticas de la institución, es el saber de oficio que refiere Dejours puesto en acto, destinado a generarse condiciones dentro del Cosam. “Hacerse un lugar” representa el aspecto positivo del acto, que bajo la perspectiva de Michel de Certeau puede ser pensado como “la táctica”, esto es, hacer otra cosa con lo dado, situarse o desde la perspectiva de salir de la mirada hasta proponer abiertamente formas de hacer, ser sujeto activo que pueda subvertir las condiciones del trabajo. Es dentro de estas maneras de hacerse un lugar en que encontramos, formas específicas tales como ser pillo, cínico e histérico, asumir una posición intelectual, ser hermético, explicar mucho la clínica, aportar cosas más profundas, tener buena etiqueta, validar los otros discursos.

(2.2.1) Ser pillo

Es posible reconocer en la experiencia de uno de los entrevistados una forma muy específica de garantizarse condiciones para poder operar desde el psicoanálisis, donde el *ser pillo*, aparece como una fórmula táctica muy concreta vinculada a centrar la mirada sobre las fallas posibles de la institución, espacios vacíos, que anteriormente fueron vinculados al caos, donde se logra posible trabajar, en tanto se hace uso para sí de condiciones desprovistas de coordenadas claras, cuyo destino, en última instancia, depende de que cada cual que sea capaz de hacer uso del vacío e indeterminación para sus propios fines, en este caso, trabajar desde el psicoanálisis dentro del Cosam.

Es de esta manera como uno de los entrevistados refiere: “...yo me muevo siempre en esos vacíos, que si no me moviera en esos vacíos no, no podría hacer psicoanálisis...” ejemplo de esto aparece en un relato referido a un caso donde el criterio clínico del psicólogo quedó en tensión frente a un psiquiatra que pretendía derivar un caso que se venía trabajando bien desde la perspectiva psicoanalítica tal como se puede ver en la siguiente viñeta:

(E.1) “...Una vez una psiquiatra quería derivar un caso mío y que vemos juntos...yo le dije: si derivamos a este chiquillo, lo perdemos...era tan intensa la transferencia, tan masiva, eróticamente masiva, que él se instaló ahí y pudimos trabajar algo de esa transferencia erótica, muy propia me parece de su temática de abuso sexual...estábamos en eso, habíamos resuelto algo de esa transferencia y al momento en que la psiquiatra dice que hay que derivar...mi postura fue simple, fue decirle que si lo derivamos perdemos al paciente, el mismo no quiere irse del Cosam...yo dejé que pasara el tiempo y se diluyó el tema de la derivación...yo sabía que los psiquiatras están tan ocupados que no se acuerdan de los casos, entonces fue una decisión mía no tocar más el tema de la derivación con ella, me aproveché de eso, lo dejé pasar y pasó...”

Es así como en relación a lo anterior, el entrevistado añade: “...he podido sostener procesos largos, a propósito de buscarle las fallas a las cosas, al funcionamiento de la institución y también buscarle la falla como lo que pasó con la psiquiatra...” Es de esta manera como la

pillería opera como una manera de generar condiciones para sostener los procesos, que en la viñeta anterior consistió en hacer uso del olvido de la psiquiatra.

Finalmente Ser pillo, nos revela su dimensión creativa en el relato del entrevistado: *“...cuando hablo de pillería me refiero a la creatividad necesaria, una posición, esa posición creativa esto de ser pillo, como de ir a estar lo suficientemente no inhibido como para encontrar soluciones a las cosas que uno necesita...”*

(2.2.2) Ser cínico e histérico

Es posible reconocer una posición específica: “el ser cínico”, que aparece íntimamente ligado al “ser histérico”, sin embargo, esta primera posición aparece exclusivamente referida hacia las jefaturas tal como comenta en la siguiente cita: *“...Hay que ser hasta cínico con los jefes... como de ir a coquetear con la coordinación...para poder aferrarme a mi modo de trabajo, desde el psicoanálisis...”* esto implica un tratamiento específico en relación a la mirada de quien ostenta el poder dentro del Cosam, es decir, mostrar aquello que podría ser bien recibido, en la línea de hacerse deseable, lo que se articula de manera inmediata con la posición de “ser histérico”. Es así como el entrevistado continúa refiriéndose a la posición que define como “ser histérico” en el trabajo comentando: (E.1) *“...bueno, de verdad, hay que ser, incluso ser como medio...sexulizar un poco las cosas, como que me pongo histérico para poder trabajar bien, o sea, hay que buscar los espacios...Trabajo buscando todos los recursos posibles...”*

En la cita anterior parece posible reconocer una premeditación en la posición de “ser histérico” cuya finalidad sería la de buscar espacios, sin embargo, es posible considerar que esta posición no solamente busca un espacio, sino que construye un espacio, ya que este sólo existe como posibilidad, es decir, en este caso, ser histérico sería una forma de abrir un espacio en el otro, hacer uso de una posibilidad, que en este caso aparece desplegada en lo cotidiano de las relaciones de circulación del deseo dentro del equipo.

En otra entrevista añade; *“Si creo que te comentaba esto como de una posición media histérica, para que te den un poco más de chipe libre”* Es de esta manera como el entrevistado logra localizarse en el lugar del deseo del otro, es decir, ser histérico aparecería como una posición táctica de hacerse deseable en lo cotidiano, incluso a través de la talla o desde la seducción. Por su parte es posible escuchar *“... yo soy super bueno para las tallas, entonces me llevo bien con la mayoría...”*, posición que además adopta la dimensión de la hegemonía, ganar territorio e insertarse en la mayoría, es decir, consolidar una posición dentro del equipo de trabajo. Es de este modo como hacerse desear, permite para tener espacio suficiente para reducir la densidad de las determinaciones exteriores, garantizando condiciones para la clínica o para operar según las propias consideraciones éticas del trabajo clínico con los pacientes.

(2.2.3) Explicar mucho la clínica

Es posible reconocer un elemento muy relevante para hacerse un lugar dentro de sus centros, pudiendo identificar ciertas maniobras tácticas vinculadas al uso del saber clínico del psicoanálisis aportando claves de lectura posibles para los casos graves que se tornan ininteligibles debido a su complejidad. De esta manera el *“Explicar mucho la clínica”* dentro del equipo permite dar sentido, reintegrar ese “núcleo extraño” de sinsentido que en ocasiones puede llegar a generar cierta perplejidad, hasta angustiar a los equipos. Este sinsentido aparente de lo clínicamente grave, hace que el equipo se encuentre abierto a la posibilidad de escuchar un discurso o interpretación que ordene y permita comprender la lógica puesta en juego por ciertos pacientes graves, siendo esto un momento crucial para los colegas con formación analítica, ya que es ahí donde se capta un punto específico en que se logra posicionar la clínica psicoanalítica.

En cuanto a esto uno de los entrevistados señala: (E.1) *“...trato de mantener una postura bien, bien intelectual también en las reuniones de equipo, como tratando de aportar cosas más profundas, porque entiendo que así me valido... “...cualquier comentario novedoso que ayude a ver de otros ángulos la problemática sirve harto y en general yo creo*

*que al equipo le sirve este tipo de comentarios desde el psicoanálisis”. En este sentido es posible identificar como uno de los entrevistados asume una cierta función de supervisión con sus colegas de otras corrientes, introduciendo uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis a la discusión del equipo, favoreciendo la intelección de ciertos casos a propósito de la noción de “repetición”, ya que como el mismo comenta: “...En general se entiende poco lo que pasa ahí...y uno tiene que justificar clínicamente lo que es la repetición”. Esto ha sido bien recibido por otros colegas, en tanto permite asimilar parcialmente aquello que escapaba al sentido, pudiendo integrar algo de la propuesta del psicoanálisis, tal como comenta el entrevistado: “...por tener otras perspectivas, una compañera que era humanista, otra más sistémica, como que claro, no son corrientes en particular que parece que tengan inserto por defecto el análisis de la repetición, entonces desde ahí me parece que fue un gran aporte esa postura” añadiendo “y en este caso en particular, fue súper bien recibido porque se empezó a conversar de alguna forma sobre cómo hacer para esto, como se puede dar un corte a esta cuestión tan repetitiva, tan angustiada y de forma terapéutica, que era la pregunta que estaba rondando por los tratantes anteriores...” Esta dimensión resulta altamente relevante, ya que permite que los profesionales con formación psicoanalítica puedan hacerse un lugar en sus centros de trabajo explicando la clínica y haciendo uso del saber psicoanalítico, generando efectos de sentido justo en aquellos casos, que rebasan la capacidad explicativa de otros enfoques, hablando de esto con uno de los entrevistados, señala : “...Es importante explicar mucho la clínica porque de verdad son casos tan complejos en los que muchos se han quedado pillos...” añadiendo: *hay que explicar mucho las cosas, que la tensión con los psiquiatras va por ahí, pero, yo lo he resuelto con, eh, con cuestiones clínicas, o sea yo digo, está bien que hay que explicar las cosas, hay que psicoeducar...”**

(2.2.4) Ser hermético

Este elemento representa una forma de mantener el trabajo clínico desde el psicoanálisis en un centro de salud en el que predomina una posición hostil al psicoanálisis. En este sentido el entrevistado señala: “...he escuchado pestes del psicoanálisis...” lo que le ha provocando una sensación de amenaza, que lo ha llevado al aislamiento dentro del Cosam, esto se escucha en su relato: “...en este espacio se genera una sensación de amenaza, y me hace sentir hermético, siento que hay una distancia y que no cuento más que con la persona que está al lado...” Es de esta manera como la posición de ser hermético, si bien adopta en parte la forma de hacerse un lugar dentro de un espacio hostil al psicoanálisis, implica necesariamente, como refiere Dejours un cierto sufrimiento en el trabajo, en tanto se auto impone un cierto silencio a las propias concepciones clínicas, ingresando a un terreno paradójico, donde se renuncia en parte a lo que se considera que se debería hacer, para evitar el enfrentamiento con el equipo, añadiendo: “...muchas veces me he sentido como incómodo e incluso un poco como, disculpando la expresión y el garabato, pero como que pienso que chucha estoy haciendo aquí sentado con estas personas...para que voy a hablar, si finalmente ellos tienen la razón...no me van a escuchar...” Pese a esta posición defensiva expresada en un “hermetismo” de parte del profesional entrevistado, resulta relevante considerar que entre la primera y la segunda entrevista se produce un movimiento en su posición frente al equipo del Cosam, un desplazamiento de la posición pasiva hacia una posición activa, hay un esfuerzo de tramitación de su propia posición frente al equipo, tal como comenta en la segunda entrevista: “...no sé si te comenté que estoy haciendo un trabajo, escribiendo, donde justamente como que la incomodidad la sublimé, la racionalicé no sé...pero, hay un concepto que estoy trabajando y es la desubjetivación, lo que sería un síntoma que respira y se respira en todos los equipos...”. A esto se suma una disposición al acto, que reafirma su salida de la pasividad, asumiendo la determinación de hacer algo a la exterioridad que lo asediaba, proponiéndose para guiar el autocuidado de equipo, comenta: “...voy a hacer el autocuidado, como equipo nunca nos hemos detenido a pensar o repensar lo que estamos haciendo cachai... voy a mostrar un poco de mi por decirlo así...” Logrando de esta manera reposicionarse dentro de su equipo, mostrando en parte su perspectiva psicoanalítica, poniendo en tensión su propia forma de hacerse un lugar.

(2.2.5) Tener buena etiqueta en el trabajo

En la experiencia de los profesionales entrevistados, la validación de sí dentro del Cosam representa una forma significativa de hacerse un lugar. Esto se escucha bajo diferentes formas, mientras que un entrevistado comenta: “...*la semana pasada tuve que suspender la reunión que íbamos a tener el lunes, fui a trabajar al Cosam, fue una decisión personal, o sea nadie me pidió nada ahí, son decisiones que igual permiten quedarse más tranquilo, porque bueno, tenía mucha pega atrasada...por lo menos a mi me sirve harto tener una buena etiqueta en la pega, porque al final, eso termina repercutiendo directamente en cuanto libertad tienes con los casos...*” Es de esta manera como ciertas decisiones, vinculadas a la responsabilidad, según refiere el entrevistado, colaboran en generarse condiciones para operar con ciertos márgenes de libertad en el trabajo. Otro entrevistado comenta: “...*Simplemente lo que ha pasado es que uno se va ganando un lugar también, se va ganando credibilidad, yo creo que es un poco eso, ir demostrando...*” “...*uno se va ganando un lugarcito también ahí...*” Lo que permite reconocer la importancia táctica de exponer una imagen “íntegra” en términos profesionales, haciéndose un lugar en base a la confianza depositada sobre los entrevistados, quienes en función de su acto se construyen la credibilidad, condición relativa de libertad para la clínica.

(2.2.6) Validar los otros discursos

Frente a los otros discursos uno de los entrevistados comenta: “...*claro que tenemos diferentes formas de ver, por lo menos la clínica o la intervención de una manera súper distinta eh, y creo que para mí, esa es la idea, o es la gracia de todo eso...*” anticipando con ello una valoración por la diferencia. Es de esta manera cómo es posible reconocer que los entrevistados que han logrado hacerse un lugar de manera significativa en sus respectivos Cosam, sostienen una posición de apertura a los otros discursos, es decir, hay una valoración por la diferencia, una posición específica frente a la otredad, un reconocimiento de la alteridad, de sus discursos y sus prácticas, ubicándose más allá del narcisismo de las diferencias, intencionando un diálogo que no se dirige hacia la desaparición de la diferencia,

sino que promueve su coexistencia. Es así como uno de los entrevistados nos comenta: *“...siempre mi postura ha sido decir a los otros compañeros, entiendo lo que me estás diciendo, me parece super, eso hay que hacerlo, tenemos que lograr que este paciente logre viajar solo en metro ...yo les digo, mira yo pruebo con esto y me tinca que puede funcionar y en algún momento tiende a funcionar eso que yo planteo...”* Es decir, el movimiento de reconocimiento del otro en el trabajo se levanta como condición de la propia validación, es decir, superada la rivalidad imaginaria entre los semejantes, se hace posible que la escucha dentro del equipo, escucha que se abre al discurso del psicoanálisis, es decir, los colegas que asumen la alteridad como condición de lo social logran con ello hacerse un lugar dentro de sus equipos, abriendo posibilidades de que el psicoanálisis pueda ser alojado dentro del Cosam, en este sentido uno de los entrevistados comenta: *“...se puede hacer psicoanálisis me parece, no tanto solamente dentro del box, sino que también fuera, en las reuniones, se pueden argumentar cosas como te decía, es bien recibido dentro del equipo...”* Es así como, la posición de reconocimiento de la alteridad en su diferencia y singularidad a través de la escucha, puede ser desplazada hacia los equipos y sus puntos de vista, logrando con ello el objetivo táctico de hacerse un lugar.

(2.3) Subcategoría: CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN COSAM

Si bien la clínica psicoanalítica no forma parte de los lineamientos de la política pública en salud mental, sabemos que ello no es impedimento para que los profesionales formados en psicoanálisis puedan insertarse en los dispositivos públicos de salud mental, ejerciendo la clínica desde esta perspectiva, desplegando diferentes maniobras tácticas para operar desde el psicoanálisis dentro de estos centros, (como ha sido descrito a lo largo del apartado anterior), sin embargo, más allá de las condiciones de los Centros de Salud Mental Comunitaria y de las posiciones tácticas o formas de hacerse un lugar, los profesionales despliegan su práctica clínica de manera concreta en estos espacios, refiriendo sus perspectivas, movimientos clínicos y propuestas para hacer clínica psicoanalítica en COSAM.

Es de esta manera en que podemos reconocer que los profesionales con formación en psicoanálisis entrevistados refieren atender con una mayor frecuencia de atención de lo que se requiere burocráticamente para la subvención de los centros, haciendo prevalecer este criterio clínico dentro de los COSAM. Por otra parte aparece el trabajo con entrevistas preliminares, movimientos de “invertir la demanda de atención” cuando los usuarios llegan derivados de instancias judiciales para que aparezca un motivo de consulta, dar tiempo a los pacientes para que puedan elaborar, soportar las transferencias de los pacientes pese a la gravedad y poner en juego la escucha analítica, que como se logra reconocer en la investigación, se configura como una potente herramienta clínica puesta en juego dentro del COSAM.

(2.3.1) Frecuencia de atención.

Es posible reconocer en el relato de los entrevistados tienden coincidencia en cuanto a que se requiere un trabajo sistemático con los usuarios para que puedan presentar avances. Esto implica sostener el trabajo de los pacientes con una frecuencia mayor de lo que parece estar establecido en los dispositivos burocráticamente por los COSAM para recibir la subvención por paciente.

Según refieren los entrevistados, se acostumbra a atender de manera quincenal, lo que es cuestionado por los profesionales con formación psicoanalítica, refiriendo directamente que esta frecuencia es insuficiente. Es así como uno de los entrevistados (E.1) reflexiona: “...estaba pensando que si atiendes 34 pacientes porque los atiendes cada 15 días va a estar difícil hacer algo efectivo, porque también resulta más difícil vincularse y hacer transferencia en un contexto así...”

Por su parte (E.3) comenta: “... atiendo 17 pacientes, cada paciente va una vez a la semana, bueno, eso es parte de mi encuadre, yo los cito una vez a la semana... entonces por lo menos a mi me pasa que mis pacientes asisten hartos...” Otro entrevistado (E:2) en la misma línea comenta: “...prefiero atender una vez por semana, de hecho en algunas

oportunidades me parece que se debería incluso atender dos veces por semana...” (E.3) en este sentido coincide y comenta: “...de hecho siempre insisto mucho en que prefiero ver a los pacientes 1 vez por semana, no verlos una vez al mes o cada 15 días, a menos que sean pacientes que vayan un poco en retirada, también tengo más de uno que puedo ver hasta dos veces por semana...”

Se ha podido identificar que los profesionales entrevistados en general trabajan con una frecuencia semana, criterio que han podido hacer prevalecer en sus centros a propósito de ir haciéndose un lugar, de haberse validado previamente a propósito de la clínicas en sus respectivos centros, sin que ello sea objeto de ni cuestionamientos, generando mejores resultados con los pacientes.

(2.3.2) Proponer entrevistas preliminares

El dispositivo de las entrevistas preliminares, incluso desde las formulaciones freudianas sobre técnica psicoanalítica, mantiene un lugar muy importante dentro de la clínica, es un momento lógico del trabajo psicoanalítico, donde determinar tanto un diagnóstico estructural diferencial como evaluar las condiciones subjetivas para la clínica, sin embargo, según se logra identificar en la investigación, esto no es algo que se encuentre integrado a las prácticas de salud mental dentro de los dispositivos COSAM, sin embargo, la propuesta de este dispositivo ha sido bien recibida tanto por la dirección de uno de los centros como por el equipo, sin embargo, la facilidad de la recepción de esta propuesta parece descansar sobre las condiciones anteriores de validación del psicoanálisis dentro de este COSAM.

Según la experiencia de uno de los entrevistados, se les solicita atender a todos los pacientes que ingresan independiente de si existe una demanda propia de atención, lo que requiere de una serie de maniobras para generar condiciones para desplegar procesos de psicoterapia y/o psicoanálisis dentro del Cosam. En relación a esto (E:3) refiere: “...*Cuando comencé a trabajar aquí junto con este otro colega que también trabaja desde el*

psicoanálisis, comenzamos a hablar de que nosotros entrevistamos primero y después vemos si es paciente para trabajar, pero eso no se hacía acá, acá sólo se recibía y no había mucho que decir al respecto...quiera o no quiera el psicólogo” Es decir, en este extracto se logra identificar que antes de la propuesta de entrevistas preliminares se recibía a todos/as sin distinción clínica, se asumía que se debía atender sin cuestionamientos independientemente de las condiciones de los ingresos.

Sin embargo, progresivamente se logra instalar y legitimar las entrevistas preliminares como un momento lógico necesario para el trabajo. Frente a ello un entrevistado (E.3) “...Entonces claro, al principio algunos preguntaban, como es eso de lo vas a entrevistar?...Es justamente en la pregunta donde se logra apreciar que la idea de entrevistar previamente a los pacientes antes de decidir trabajar con ellos era completamente ajena a las prácticas establecidas dentro del COSAM.

Añadiendo a lo anterior: “...Claro lo voy a entrevistar porque quiero ver que trae, si se puede o no trabajar con él, ver si es un paciente que a lo mejor sea muy grave y que tengamos que derivarlo en este caso a nivel terciario...y se fue dando de esta forma, se fue instalando que sipo, que era lógico, porque también se venía escuchando en las reuniones de que habían eh, muchos usuarios que eran derivados, no tenían motivo de consulta y faltaban y no podíamos darle el alta administrativa, entonces no podíamos correr la lista de espera, entonces también fue un poco para ir ordenando el asunto...”

Es de esta manera como la validación de este momento lógico de entrevistas preliminares no solamente permite reconocer o generar condiciones subjetivas para un trabajo clínico con los usuarios desde la formulación de un motivo de consulta, sino que logra generar una posición activa de parte del profesional frente a las prácticas instaladas dentro de su centro introduciendo un elemento clínico extraído del psicoanálisis, logrando incluso confluir con una necesidad institucional respecto de las listas de espera, es decir, este dispositivo favorece los ingresos y derivaciones bajo un criterio clínico concreto e introduce la dimensión de la demanda o motivo de consulta favoreciendo condiciones para el trabajo psicoanalítico.

(2.3.3) Invertir la demanda para que surja un motivo de consulta

Íntimamente vinculado al punto anterior, es posible reconocer en la experiencia clínica de los entrevistados movimientos iniciales dentro del contexto de las primeras entrevistas, donde se intenciona que aparezca una interrogación subjetiva en cuanto al padecimiento, ya que según reconocen los entrevistados, existen obstáculos iniciales a resolver como en el caso de pacientes sin demanda de atención, lo que comenta (E.1) en su segunda entrevista: “...claro, los condenados a terapia no vienen muy dispuestos a hacer terapia cachai, he atendido un par de casos derivados de tribunal y solamente un caso, que era muy grave, donde el motivo de consulta se transformó y adhirió desde un motivo de consulta psicoterapéutico...” esto nos muestra que si bien resulta necesaria una operación sobre los motivos de ingreso para establecer un trabajo psicoterapéutico, esto funciona solamente en algunos casos.

Por su parte y en relación al mismo problema que se presenta en la clínica en el COSAM (E.2) comenta: “... R siempre decía que había que dar una inversión a esa demanda, sobre todo cuando vienen de tribunales y vienen condenados a terapia, justamente en esos casos como que aplico bastante eso, esto de invertir la demanda para poder trabajar y tiende a funcionar...” Aquí se puede reconocer un movimiento destinado a la construcción del motivo de consulta, la emergencia de una pregunta que interroge el padecimiento subjetivo. El mismo entrevistado y a propósito de su trabajo en la unidad de drogas comenta: “...creo que desde ahí me ha tocado mucho como deconstruir el concepto de las adicciones, como sacarlo un poco al usuario, al paciente de ahí, bueno...como hacer un poco la pregunta, bueno, su problema es el alcohol, la cocaína o su problema de raíz es, por ejemplo tiene una melancolía a la base, no la puede superar, entonces cuando me ha tocado, intencionar esa pregunta en los pacientes, como que muchos dicen que la verdad es más lo segundo que lo primero, claro, claro, donde la sustancia que estoy consumiendo es un problema secundario...” añadiendo: “...pero yo igual trato un poco, en la clínica de zafar un poco de esa identificación que los pacientes que vienen como tratados desde esa línea tienen...que no toman hace más de 5 años y te siguen diciendo yo soy alcohólico...” Relevando la importancia de interrogar estas identificaciones en la construcción de los motivos de consulta.

Es de esta manera como hay coincidencia entre los entrevistados en cuanto a desplegar maniobras destinadas a hacer surgir un motivo de consulta, esto es sintomatizar el síntoma y cuestionar los diagnósticos. Por su parte (E.3) refiere una situación que ha observado en su centro: *“...igual llegan pacientes donde ocurre que es el psiquiatra el que tiene más ganas de que vaya a terapia que el paciente mismo...lo que es complejo para la clínica”*. En la cita anterior se logra retratar una escena en la cual el deseo de atención viene de otro, no del paciente, mostrando con ello una problemática de la clínica en instituciones, donde se tiende a localizar al usuario en posición de objeto de un saber experto, psicopatológico, nosológico, biomédico y/o psiquiátrico, mientras que los profesionales con formación en psicoanálisis refieren la construcción de un sentido al padecimiento, en relación a esto (E.1) señala: *“...les intento indicar siempre que hay un sentido de los síntomas y muchas veces eso ayuda a construir un motivo de consulta...”*

(2.3.4) Dar tiempo a los pacientes

Este elemento parece poco habitual dentro de los equipos de salud mental de los COSAM, sin embargo, el tiempo parece ser un elemento diferencial de las práctica clínica psicoanalítica, adoptando una centralidad que según refieren los entrevistados, no es parte de las lógicas de intervención de estos centros, es de esta manera como uno de los entrevistados (E.2) refiere: *“...en el Cosam se vive un ritmo más sobre la urgencia, como que cuesta darle el tiempo subjetivo al usuario y se ve el usuario como una urgencia...”* En cuanto a la forma de concebir el tiempo en la clínica, otro entrevistado (E.1) comenta; *“...Es super importante el darse el tiempo de atender a los pacientes...”* añadiendo *“Tengo pacientes que burocráticamente debería haber dado de alta hace mucho tiempo, con una paciente llevo más de dos años trabajando en el Cosam, en general tengo hartos pacientes de dos años, desde que llegué al Cosam que han sido mis pacientes y no los he dado de alta...”*

En este sentido, aparece una relación entre el tiempo y el compromiso ético de la clínica, (E.1) comenta, a propósito de su idea de la clínica en COSAM: *“...Mi idea de la clínica en el Cosam va por evitar sobre todo la cronificación de los pacientes en el sistema,*

pero para eso hay que darle tiempo, no se puede hacer así nomas...” Es así como se retorna a una formulación crítica en torno al modelo de gestión que gobierna las instituciones privadas y públicas, tal como se había indicado más arriba en torno a la cronificación, donde los tiempos de la institución subordinan los tiempos de la clínica a los ritmos burocráticos, comentando: “...*estos tipos ahí lo que pretenden hacer, es tener un programa de eficiencia estadística...haciendo que las personas no resuelvan sus temas de fondo...*” Esto permite reconocer que habría una tensión entre las consideraciones asociadas al tiempo en la clínica de parte de los profesionales con formación en psicoanálisis y los criterios burocráticos vinculados a los modelos de gestión que dominan el funcionamiento interno de las instituciones.

(2.3.5) Soportar la transferencia

La experiencia de los profesionales entrevistados nos remite de manera constante a una clínica de lo grave, tal como se ha descrito en el apartado sobre la “*Clínica brutal como condición del COSAM*”, lo que genera una percepción de mayor agotamiento asociada al esfuerzo de soportar las transferencias complejas que establecen los pacientes, donde un saber hacer con la transferencia se torna fundamental para operar en estos centros, favoreciendo condiciones de validación de la propia clínica psicoanalítica.

Es de esta manera y en relación a un caso clínico grave uno de los entrevistados (E.1) comenta: “...*pero ahí se había instalado una transferencia muy muy compleja, muy intensa, que el trabajo constante con esa transferencia le ha permitido un montón a este paciente o por lo menos no matarse, porque, eh, es un chico que se intentaba colgar dos veces a la semana...*”

En referencia a otro caso (E.1) comenta: “...*era, era tan intensa la transferencia que hizo, fue tan masiva, fue tan eróticamente masiva, eh que bueno, que él se instaló ahí y pudimos trabajar algo de esa transferencia erótica, muy propio, me parece, de su, temática de abuso sexual, eh, pero estábamos en eso, ya habíamos resuelto algo de esa erotización al momento en que la psiquiatra dice: Hay que derivar...* Es en este pasaje donde se logra

visualizar la tensión en la clínica desde el psicoanálisis y otros discursos, en este caso expresado en la posición de una psiquiatra que sugiere derivar, mientras que desde la perspectiva del profesional entrevistado, se estaban produciendo importantes avances a propósito de la transferencia.

En relación a lo anterior y otro de los entrevistados comenta algo que podría explicar la posición de la psiquiatra: (E.2) “...*los colegas tienden a defenderse, de cualquier situación ambigua, desesperada, desestructurada y desorganizada, nos defendemos y dado que estos usuarios no tienen representación, tienen una pata en la psicosis y en lo limítrofe van a generar más cosas que el paciente neurótico que solemos ver en la clínica particular...*”, Mientras que otro entrevistado refiere: (E.3) “...*Hay un montón de casos muy cansadores, casos que te dejan con muchas dudas, mucho apremio, mucha angustia...*”

(E.2) en su segunda entrevista y a propósito de su trabajo en una unidad para el tratamiento de adicciones comenta: “...*los colegas en general no soportan, no soportan lo que les genera transferencialmente el adicto...*” Lo que parece articularse con otro punto anteriormente descrito en cuanto a la derivación, donde esta aparece más como el resultado de las dificultades para soportar la transferencia de los usuarios, lo que se traduce en comentarios como los que nos trasmite uno de los entrevistados en relación a su equipo de trabajo donde se comenta: “*yo he escuchado colegas que dicen...ya, me tiene chato este usuario, lo voy a derivar...me tiene cansado, lo voy a derivar...*”

Por su parte (E.1) comenta: “...*porque el cambio psíquico no emerge, porque no aparece, porque hay resistencia...entonces ese es siempre mi punto con los psiquiatras... porque se tienden a plantear de nociones muy prácticas, muy pragmáticas, muy médicas, pero que de alguna forma no consideran todos los procesos defensivos, de resistencia, transferenciales y uno como clínico si los tiene que considerar o por lo menos como entre comillas Psicoanalista...*”

(2.3.6) La escucha analítica

Esta dimensión de la clínica adopta una importancia fundamental en cuanto es aquello que permite que el paciente/usuario/analizante, según el caso, pueda desplegar su singularidad favoreciendo el establecimiento de la transferencia, condición de la cura. Es así como la escucha analítica permite configurar un espacio de reconocimiento desde la aceptación incondicional de los dichos del paciente, una escucha libre de juicios, (salvo casos de excepción que obligan a abandonar la neutralidad clínica) permitiendo con ello el establecimiento de condiciones básicas para el trabajo psicoanalítico.

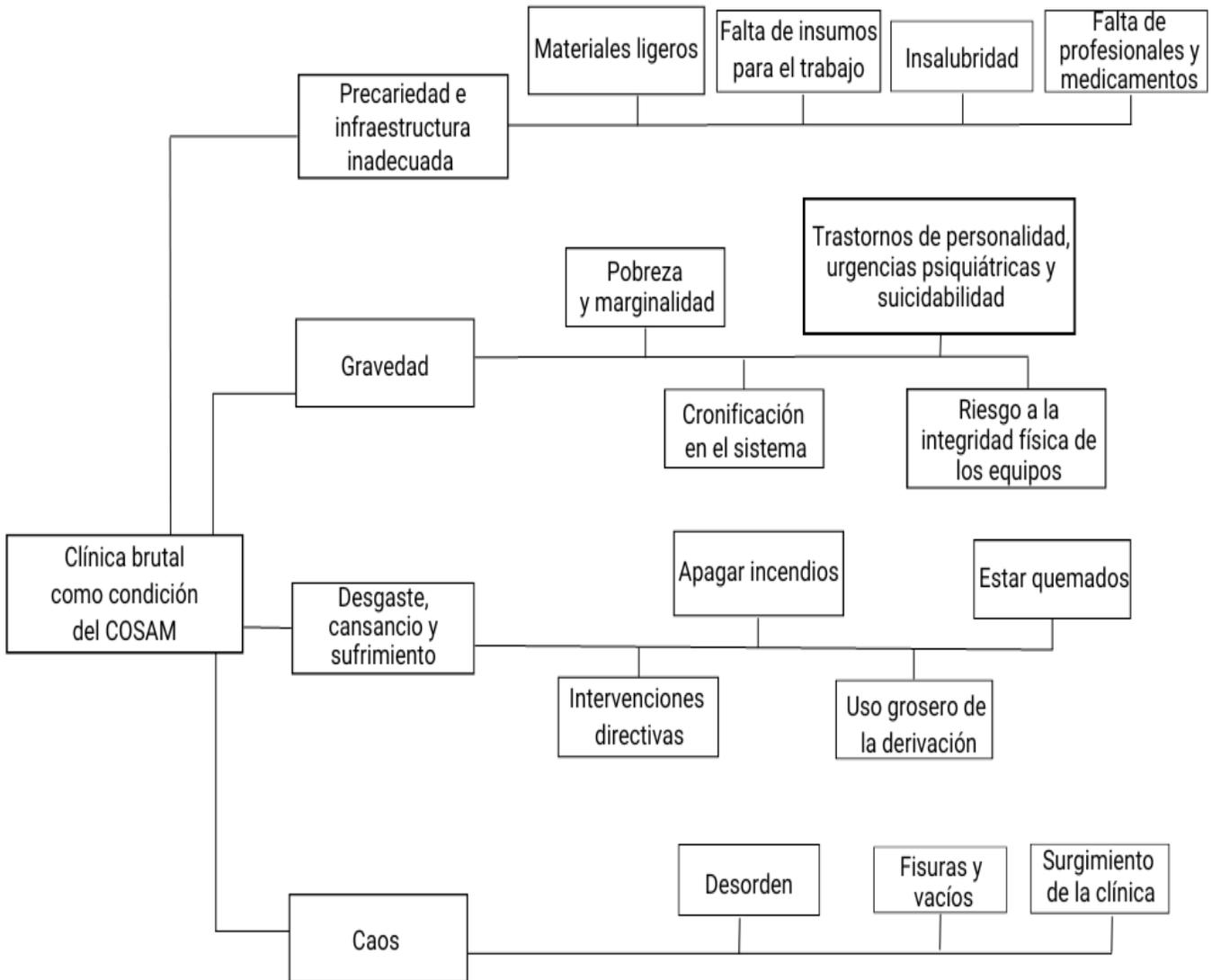
Es así como uno de los entrevistados (E.1) reflexiona: “...*La escucha y el no preocuparse de cosas más directivas hace que los pacientes empiecen a hablar de verdad...*” aquí se logra reconocer directamente la articulación entre la escucha analítica y el establecimiento de la transferencia, siendo la escucha su condición de posibilidad.

Es de esta manera como la escucha aparece adoptando una centralidad en la clínica, elemento en cual se reconoce un efecto sobre la “adherencia de los usuarios”. Frente a esto (E.1) añade: “...*los pacientes en general, pacientes que están traumatizados responden bien a la escucha psicoanalítica, se sorprende realmente de que alguien los escuche, que no vengan a imponerle un paradigma de salud, de lo que hay que hacer o que es lo que es correcto respecto a sus tratamientos, a su condición, entonces por lo menos a mi me pasa que mis pacientes asisten hartos...*” Este elemento resulta importante ya que a partir de la escucha analítica con los pacientes del Cosam, según refiere el entrevistado, se lograría mayor adherencia en los tratamientos, resaltando la importancia de la escucha en los casos de pacientes graves, traumatizados, quienes responderían bien al dispositivo analítico.

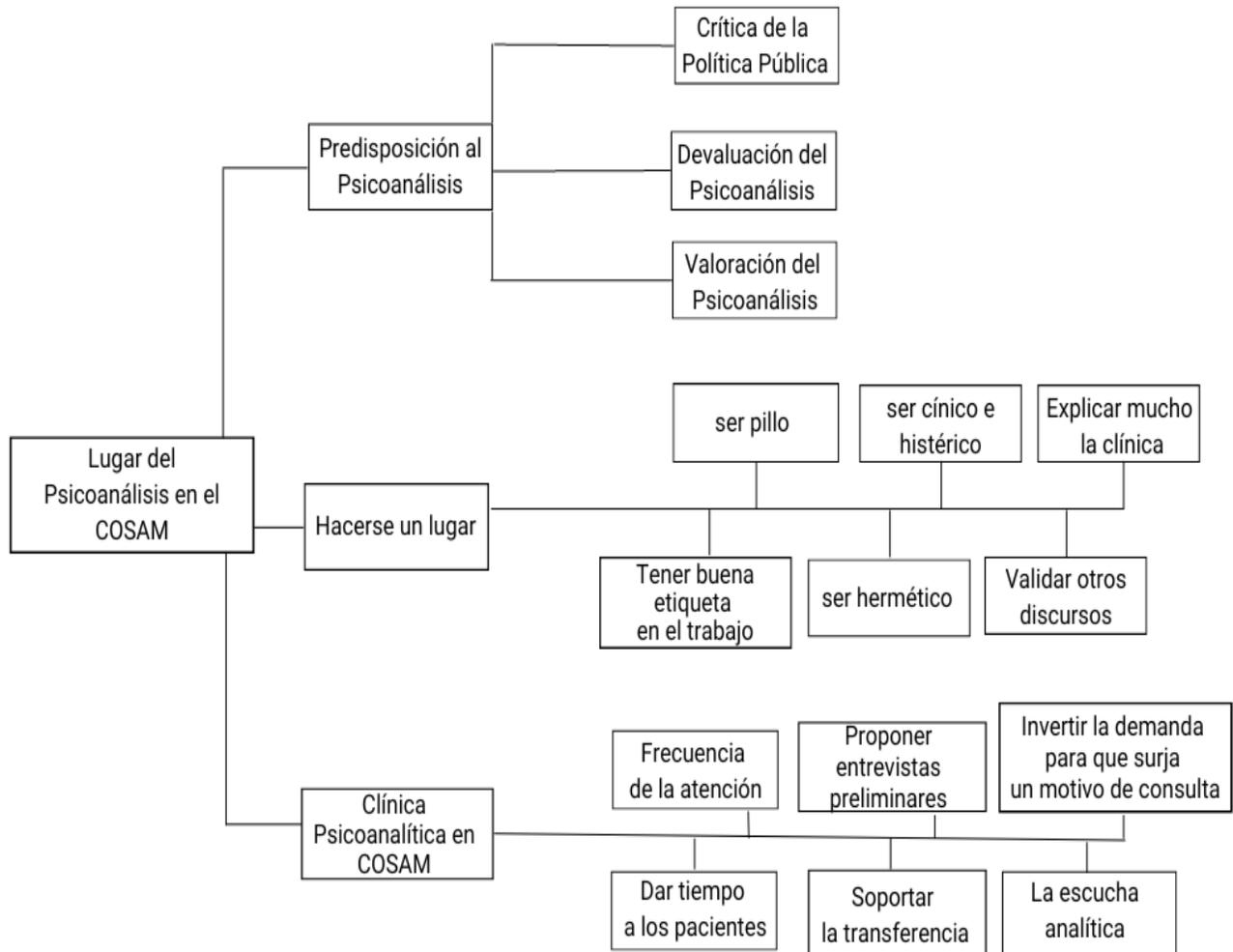
Esta operación de introducción de la escucha analítica y su correlato según la asociación libre, favorece la verbalización, quitando toda dimensión de moralización exterior, permitiendo la ligazón de lo pulsional a una estructura simbólica, operando efectos de construcción metafórica de aquello que ha fallado en la edificación de la represión. Mediante escucha analítica se logra un efecto de subjetivación, que Levy (2009) refiere como una relación correlativa entre metaforización y represión pulsional, lo que en última instancia Esto implica que desde la clínica, los profesionales formados en psicoanálisis

pueden ir haciéndose un lugar dentro de estos centros, permitiendo que el psicoanálisis logre configurarse como una práctica validada dentro de los equipos de salud mental más allá de los lineamientos del Minsal, tal como refiere (E.3) “...me toca escuchar a veces de otros colegas o profesores, de que el psicoanálisis es muy riguroso en la clínica y respecto a supervisarse y analizarse... el psicoanálisis siempre ha sido muy riguroso en eso...”. Añadiendo: “...El tiempo un poco también le ha ido dando la razón al psicoanálisis desde el punto de vista de que los procesos no se pueden definir...” Por último (E.1) reflexiona a propósito de su experiencia clínica en COSAM: “...Entonces, la escucha aparece como la mayor y mejor herramienta y los pacientes lo notan, lo notan, en general lo notan bastante, el darse el tiempo de atender a los pacientes...escuchar el sufrimiento...”

4.2.1 Mapa conceptual Categoría 1: Clínica Brutal como condición del COSAM.



4.2.2 Mapa conceptual Categoría 2: Lugar del Psicoanálisis en el COSAM



5 DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

5.1 Discusiones de los resultados de la investigación

Los Centros de Salud Mental Comunitaria, como se ha visto, son espacios donde confluyen diferentes prácticas y discursos disciplinares frente a la salud mental, formas de tratamiento y abordajes disímiles, multidisciplinarios, que en el caso de la clínica y la psicoterapia, formalmente se encuentran delimitados por una “racionalidad de la evidencia”. Esto se expresa de manera concreta como refiere Gajardo (2014) en el hecho de que el psicoanálisis no es considerado como una práctica reconocida y válida dentro de la política pública de salud mental en Chile, condición que se expresa por omisión en el Plan Nacional de Salud Mental.

Dicho lo anterior, podemos considerar que la política pública de salud mental, si bien incorpora una perspectiva comunitaria sostenida sobre un enfoque de derechos humanos que podría dialogar con una perspectiva psicoanalítica, se nos presenta institucionalmente dominada por una racionalidad positivista, discurso paradigmático que opera como fundamento de la exclusión formal del psicoanálisis dentro del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en sus diferentes versiones. Desde una perspectiva foucaultiana (1978), podríamos considerar que esta delimitación institucional de lo posible, basada en una racionalidad de la evidencia, cuya base derivada de las ciencias positivas y de la medicina, promueve en última instancia un discurso que subordina, relega y desprecia otros órdenes de saber.

Es así como el método del psicoanálisis al encontrarse excluido del discurso oficial del Minsal, nos hace evocar la imagen de un saber relegado, clandestino, que a su vez vuelca su escucha sobre la singularidad, también excluida, que habla en primera persona el sufrimiento y que no es considerado por el discurso biomédico/psiquiátrico para abordar las problemáticas de salud mental, siendo expulsados bajo la hegemonía de un saber experto, psicopatológico, nosológico, estadístico y/o burocrático, destinado a la desaparición de este “saber ingenuo”, que adoptaría la cualidad de un saber incompetente y jerárquicamente

inferior a lo científicamente aceptable, desalojando la dimensión subjetiva de la relación específica del sujeto y la palabra. (Foucault, M. 1992 [1971])

De acuerdo a lo anterior, podemos considerar que el psicoanálisis y los pacientes-usuarios, quedan sujetos a un mismo régimen de validación, cuya lógica desalojaría simultáneamente la subjetividad y los enfoques clínicos que no fundamentan necesariamente su saber en el método hegemónico de las ciencias positivas, siendo las instituciones en perspectiva de De Certeau (2004) unos territorios de exterioridad y ejercicio del poder estratégico, quedando de esta manera los profesionales con formación psicoanalítica que se desempeñan en estos espacios atravesados por tensiones específicas a resolver, por lo que resulta válido preguntar:

¿Existe una relación de continuidad/determinación entre las prescripciones institucionales y el acontecer cotidiano dentro de los equipos de salud mental?

La aproximación concreta a estos espacios permite reconocer justamente una distancia entre lo prescrito oficialmente y eso que Giannini (2004) nos presenta como el acontecer cotidiano, por lo tanto en esta distancia puede ponerse en juego aquello que Dejours (1998) refiere como el saber de oficio, que podría ser pensado como una micropolítica de lo cotidiano, saber práctico que permite operar más allá de las prescripciones oficiales, abriendo paso a lo que Michel de Certeau (2000) teoriza como la táctica en las artes de hacer, escenario en que podemos reconocer una tensión entre la estrategia del poderoso frente a la táctica del débil, permitiendo una reapropiación del territorio, donde las formas de continuidad se encontrarían plenas de posibilidad, por lo que no habría necesariamente una relación de determinación entre las formulaciones oficiales de la política pública y el acontecer cotidiano.

Es de esta manera como la discontinuidad entre las prescripciones y lo cotidiano, según los hallazgos de la investigación, se nos presenta retratada en la subcategoría del “caos”, espacio de indeterminación que se constituye en condición de posibilidad para que los profesionales con formación psicoanalítica puedan “hacerse un lugar” incluso en los territorios más desérticos u hostiles, en el seno de un territorio ajeno, pueden desplegar la táctica.

Hacerse con esta posibilidad implica una serie de movimientos de oscilación entre lo público y lo privado, arreglos específicos, actos espontáneos, creativos y cotidianos, que leídos bajo la clave de la táctica, van desde un repliegue silencioso, temeroso de irrumpir en lo público, hasta la intervención directa sobre los equipos, exponiendo abiertamente la propia clínica psicoanalítica dando un paso a lo público bajo condiciones específicas, sostenidas sobre el reconocimiento y validación de las otras perspectivas para hacerse un lugar justo en el momento en que la irrupción de la angustia y el sin-sentido tienden a su desalojo por la vía de la derivación, permitiendo la reintegración al sentido de ese “núcleo extraño” que retorna a propósito de las transferencias graves.

La posición de repliegue silencioso, “ser hermético” parece garantizar condiciones para la clínica dentro de un entorno abiertamente hostil al psicoanálisis, que hace eco del discurso biomédico, siendo así como la posición “hermética” permite salir del campo de la mirada del otro y garantizarse condiciones para hacer clínica psicoanalítica en el ámbito de lo privado dentro del box, sin intrusiones, ni juicios exteriores. Es así como en ciertos contextos, el repliegue táctico, silencioso, parece una condición fundamental para poder hacer sin recibir de forma directa ataques contra el psicoanálisis, como en el caso de uno de los entrevistados, quien comenta “escuchar pestes del psicoanálisis” dentro del COSAM.

Esta posición, si bien permite hacer psicoanálisis en condiciones áridas, no es posible de sostener sin un resto de sufrimiento, ya que el profesional en “posición hermética” que resiste las hostilidades, ha decidido operar según sus propias concepciones éticas de la clínica, siendo esto un arreglo específico para lidiar con la tensión. Esto implica coordenadas de aislamiento social para eludir el disciplinamiento del discurso dominante, situación paradójica como refiere Dejours (1998) que se encuentra en la base del sufrimiento en el trabajo. Es así como la “posición hermética” permite situarse en lo cotidiano, resistiendo las condiciones de lo dado, hostilidades que se sostienen sobre el discurso hegemónico de la evidencia científica y que en ciertos equipos encuentra cabida, dando certezas y promoviendo indirectamente una devaluación de aquello que opera según una lógica diferente a la razón positivista, como en el caso del entrevistado a quien se le indica que el

psicoanálisis está obsoleto y que desde los años cincuenta que ha sido superado por las neurociencias.

Por otra parte, posiciones como el “ser pillo” o “ser cínico e histérico” adoptan una centralidad fundamental desde la perspectiva de la táctica desplegada en el territorio de lo cotidiano en el trabajo y comparten con la “posición hermética”, un manejo específico de lo público y lo privado. Se trataría justamente de un saber hacer “táctico” con lo cotidiano de las relaciones dentro del trabajo, ganar territorio, disputando la hegemonía dentro del espacio, para poder lidiar con ciertas condiciones adversas para la clínica que podrían afectar los procesos mismos de psicoterapia, como en el caso de las derivaciones de usuarios impulsadas por otros profesionales intervinientes, cuyo juicio es sostenido sobre “tecnicismos burocráticos” asociado a los diagnósticos o a la supuesta especialización de otros dispositivos de la red de salud mental, sin tener en consideración la dinámica interna de la transferencia o del vínculo terapéutico.

Ejemplo de ello es el caso de uno de los entrevistados, quien refiere que en una oportunidad una psiquiatra decidió, sin tener en consideración el trabajo clínico y psicoterapéutico que venían realizando, que se derivara un caso asociado a una problemática de abuso sexual que estaba a su cargo, situación compleja, que inicialmente fue abordada por el psicólogo exponiendo su juicio clínico, señalando que la derivación podría perjudicar al paciente, sin embargo, la obstinación del discurso psiquiátrico, sostenida en lo que el entrevistado refiere como un saber burocrático respecto de los dispositivos de intervención de la red de salud mental, sumado a un discurso nosológico/psicopatológico que en absoluto interpretaba la dimensión psíquica o subjetiva del caso, amenazaba directamente la continuidad del tratamiento y el progreso clínico del paciente, por lo que el psicólogo, percibiendo que su criterio era eclipsado por el poder del discurso psiquiátrico, decidió no volver a exponer el caso en lo público, haciendo uso del olvido, dejando que pasara el tiempo, permitiendo con ello la continuidad del tratamiento con su paciente, es decir, en este caso el “ser pillo” se configura en la táctica que permite resolver la tensión asociada a los criterios antagónicos mediante una salida de la mirada del otro, un repliegue de lo público hacia lo privado.

Por su parte, otras posiciones tácticas se despliegan desde lo privado y hacen de la posibilidad de un pasaje a lo público un momento relevante para legitimar el psicoanálisis dentro de estos dispositivos de salud mental, siendo posible reconocer bajo condiciones específicas, actos explícitos de intervención sobre los equipos, exponiendo en reuniones clínicas o en espacios cotidianos de conversación entre colegas, formas de entender lo psíquico, su lógica contradictoria, intencionando efectos de sentido sobre una base previamente establecida de valoración de las diferencias. Es de esta manera como dentro de un clima de “camaradería” e intercambio de experiencias se hace posible transmitir claves de lectura prestadas de la clínica psicoanalítica, sin pretensión de anular otras interpretaciones, sino que ocupando el lugar de otro discurso posible para pensar en conjunto el trabajo con los pacientes, más allá la rivalidad imaginaria.

Es de esta manera en que podemos considerar, siguiendo a de Certeau (2000), que donde hay poder hay resistencias, por lo que independiente de la correlación de fuerzas dentro del COSAM, de los discursos prescritos oficialmente, del grado de hostilidad o no hacia el psicoanálisis, siempre es posible hacer uso del tiempo, de los momentos que se presentan en lo cotidiano. Es así como el momento fecundo de la táctica, es ahí donde se presenta la duda, una fisura, dimensión fallida siempre presente, que en el caso de los equipos de salud mental, se nos revela mayormente en el momento de la angustia, instantes en que confrontados por lo extraño, por lo grave de la propia clínica, por un agujero en el sentido, los discursos psiquiátrico y/o biomédico del saber/poder que tienden a organizar el sentido de las prácticas, se tornan insuficientes, no logran hacer sentido para la reintegración de una posición que permita hacer con la gravedad, siendo esto una condición específica para la táctica en lo público.

Es en el momento fugaz en que caen las representaciones, cuando las transferencias traumáticas de los pacientes perforan el discurso de la evidencia estandarizada, donde el profesional con formación psicoanalítica puede hacerse un lugar a partir de los elementos que han sido detallados en los resultados y hallazgos de la investigación, exponiendo la lógica de su clínica a partir de su posicionamiento ético frente a lo grave, dando tiempo y lugar a los usuarios, soportando la transferencias, desde un saber hacer con la transferencia propio de la formación en psicoanálisis y reintegrando al sentido aquello que de otra forma

sería expulsado. La caída del saber se torna en tierra fértil para ello, ya que justo cuando los equipos asediados por una clínica de lo grave, caen de sus certidumbres, sufren de un “no saber”, de un agujero en el saber-discurso que ha sostenido sus prácticas, donde puede el discurso psicoanalítico “hacerse un lugar” a partir de un cierto saber clínico que piensa los fenómenos de repetición, lo traumático y su aparición en transferencia.

Siguiendo a De Certeau (2000) y en base a los hallazgos de la investigación, podemos afirmar que la angustia y el sin-sentido serían terrenos propicios para que los/las psicólogos/as con formación en psicoanálisis puedan desplegar posiciones tácticas que permitan pasar de lo privado a lo público con mayor probabilidad de generar resonancias. Es de esta manera como el profesional con formación en psicoanálisis puede llegar a servirse de un agujero en el saber hacerse un lugar desde las pequeñas crisis provocadas por lo grave, escuchando los relatos de los colegas, acogiendo el sufrimiento en el equipo, permitiendo intercambios, traduciendo lenguajes y compartiendo lecturas clínicas, tanto en reuniones de equipo como en espacios cotidianos de encuentro con otros colegas, permitiendo que ese “núcleo extraño” de sin-sentido que retorna permanentemente en estos dispositivos no sea automáticamente desalojado, sino que pueda ser integrado, asumido como un fenómeno clínico a ser escuchado, momento donde la interpretación analítica puede ser alojada, recibida, tener un efecto restitutivo.

Tal es el caso de uno de los entrevistados, quien relata que tras un año y medio de atención con una paciente que presentaba reiterados intentos de suicidio, logra establecer una transferencia de trabajo en base a la escucha analítica, sin juicios, condición clínica que posibilitó que la paciente develara una conexión con sus intentos suicidas asociados a una escena de violencia sexual, donde la propia paciente habría reconocido alguna participación en un abuso sexual incestuoso años atrás en contra de su hija por parte de un familiar. Esta situación interpeló fuertemente al profesional entrevistado, quien angustiado decidió exponer el caso en reunión de equipo, instancia que por una parte le permite validar el juicio clínico del equipo, recibiendo la orientación técnica de la denuncia y la derivación, situación que fue aceptada parcialmente por el profesional con formación analítica, resolviendo hacer efectiva la denuncia de la paciente, es decir, introducir la terceridad de la ley, pero

manteniendo el trabajo clínico bajo la condición de que la paciente acepte las condiciones de la denuncia.

Esta situación si bien despertó angustia en el profesional debiendo soportar la transferencia, movilizó de parte del equipo fuertes sentimientos hostiles y castigadores hacia la paciente, la paciente era condenada por el equipo, interpelando al colega a derivar, preguntando si se sentirá capaz de atenderla a pesar de la situación develada en el curso del tratamiento, lo que fue contestado manteniendo el tratamiento, es decir, soportando la transferencia e introduciendo explicaciones clínicas hacia el equipo en cuanto al fundamento ético de la decisión, recogiendo el hecho de que la paciente mantuvo su demanda de atención en el COSAM

Es de esta manera en que podemos reconocer a través del relato de los entrevistados, que en ciertos equipos se intensifica una práctica de desalojo concreto de lo grave por la vía de la derivación, como un intento de mitigar la perplejidad angustiosa frente aquello que se torna insostenible, traumático. Es así como se intentaría lidiar con las angustias provocadas por la irrupción del sin-sentido asociado a las “transferencias insoportables”, por lo que podemos considerar que los esfuerzos concretos por desalojar lo grave a través de un “uso grosero de la derivación”, parecen destinados a la estabilización de los equipos, en última instancia a lidiar con aquello que Dejours (1998) refiere como el sufrimiento en el trabajo, que en este caso se articula a un escenario donde se trata principalmente de una “clínica brutal”.

Es en estos momentos críticos, cuando se intensifica la tensión asociada a la gravedad misma de la clínica, donde el paso a lo público de los colegas requiere fundamentar elementos básicos de la clínica psicoanalítica, como la necesidad de aumentar la frecuencia de las sesiones, extender el tiempo de los tratamientos, cuestionar los “diagnósticos burocráticos”, proponiendo explicaciones posibles en torno a la lógica del pasaje al acto, los acting, la repetición en la transferencia, anudando clínicamente esto a una lógica que implica necesariamente sostener las transferencias en el tiempo, mostrando con

ello la función defensiva de la derivación y su posible colaboración con la cronificación de los pacientes, delineando de esta manera su aporte concreto a la clínica en estos espacios.

Para que este pase a lo público pueda generar resonancias dentro del equipo, no solo debe emerger la duda, la angustia y una caída del sentido, en tanto coyuntura fugaz donde desplegar la táctica, sino que el intercambio de un saber, en base a lo que ha sido presentado en los hallazgos como “explicar mucho la clínica” (posición táctica de pasaje a lo público), debe desplegarse sobre condiciones cotidianas, anteriores y simultáneas de validación del profesional con formación psicoanalítica dentro del equipo.

Estas condiciones de validación implican una serie de movimientos cotidianos de reconocimiento del lugar de enunciación de los otros, lo que ha sido presentado en los resultados como una “validación de los otros discursos”, preparando así el momento táctico del pasaje a lo público sobre la base de un lazo social sostenido en el reconocimiento de las diferencias, permitiendo condiciones de intercambio, pavimentando la posibilidad de que un saber no sabido pueda ser incorporado como parte de la experiencia clínica de los equipos con los pacientes graves, usuarios de los COSAM.

Es así como la explicación clínica puede desplegarse dentro de una lógica de circulación del saber, de un esfuerzo colectivo de simbolización, bajo la forma del intercambio, que parece descansar en última instancia sobre un ejercicio de traducción de las formas de enunciación de los otros, una aproximación de lenguajes. Esto permite un encuentro entre las diferencias, sin pretensiones de dominación, ni de hablar desde el lugar de la verdad, sino que abriendo diálogos, haciendo uso de significantes de uso común que favorezcan esta aproximación, pudiendo localizar elementos comunes, identificables en la clínica, prestando significantes para pensar espacios impensados, como en el caso de uno de los entrevistados quien comenta que ha introducido en las reflexiones del equipo el problema clínico de la repetición, siendo muy bien recibido, logrando efectos de sentido, permitiendo pensar colectivamente formas de intervención a propósito de esclarecer ciertos casos presentados por un psicólogo/as de otras orientaciones clínicas.

Es a propósito del problema clínico de la “recaída” punto de inflexión en los procesos de intervención, donde parece posible una traducción de lenguajes en base a la

explicación de la clínica, aproximando la noción de “Repetición”, significante aproximativo, también presente en el lenguaje común, que desde la perspectiva de Lacan (1964) en el seminario 11, presenta una posición de centralidad dentro del Psicoanálisis, siendo uno de sus conceptos fundamentales y que en el COSAM a partir de la experiencia directa de la gravedad, se facilita su asimilación, incorporación de una lógica psicoanalítica, en momentos en que ciertos pacientes repiten un pasaje al acto, un acting dentro o fuera del dispositivo, provocando angustia, abriendo una cierta fisura en el sentido e imponiéndose el horizonte de la derivación como una solución a lo incomprensible, suturar lo ininteligible, haciendo de este momento, un ejemplo para pensar la lógica del intercambio y la traducción de lenguajes en tanto posibilidad de propiciar una salida de ciertos impasses que tienden a la expulsión de lo grave.

. Es de esta manera como explicaciones al lograr una traducción de lo grave y la experiencia clínica cotidiana, favorece la propuesta de un sentido tras el aparente sin-sentido, permitiendo la validación de la clínica psicoanalítica en los propios equipos de salud mental.

Finalmente resulta posible reconocer podido que las “posiciones tácticas”, indentificadas en la investigación, permiten proteger la clínica, las transferencias con los pacientes, ampliar los plazos de tratamiento, aumentar la frecuencia de las sesiones, dando tiempo y lugar a los pacientes en base a la escucha y según los propios criterios éticos - clínicos, logrando resolver parcialmente las tensiones cotidianas, a favor de la clínica psicoanalítica, con resultados concretos, pavimentando condiciones de validación, es decir, permitiendo un lugar para el psicoanálisis dentro del contexto de una clínica brutal en el COSAM.

Para finalizar, es posible considerar que mucho de la táctica se despliega sobre el terreno de lo cotidiano, ese decurso habitual de acontecimientos triviales de la vida como diría Giannini (2004), que aparece más bien como un acto del sujeto, un acto de cotidianizar, a través de un relato cotidianizante que obtura o abre todo aquello relativo al acontecimiento, a lo que descompleta la imagen, por lo que desde esta perspectiva se puede devolver al sujeto su lugar y poder de participación dentro de sus condiciones sociales de existencia, instancia donde se juegan las posibilidades de alterar el curso de los

acontecimientos, ganando territorio, transformando lo existente, reduciendo las determinaciones aparentes y que en el caso de los profesionales con formación psicoanalítica en salud pública aparece bajo la forma de una micropolítica de lo cotidiano, un saber de oficio desplegado como táctica para hacerse un lugar. Es de esta manera como el problema de la libertad y la determinación cobran sentido inclinando la balanza hacia el sujeto y su acto por sobre las determinaciones de una exterioridad anterior densificada que somete al sujeto y lo reduce a la condición de objeto, ya que si bien la exterioridad aparece como condición y escenario del acto, esto no es una determinación total, por lo tanto: Es posible el acto subversivo, la táctica de Michel de Certeau.

5.2 Conclusiones de la investigación

Llegados a este punto, parece ineludible reconocer que el Psicoanálisis dentro de los dispositivos de salud pública se configura como una lectura y práctica clínica posible, cuya especificidad abre espacio a pensar elementos impensados en el contexto de una clínica de lo grave, siendo un aporte concreto a los equipos multidisciplinarios de salud pública como en el caso de los COSAM.

Esto es posible a partir de las “posiciones tácticas” que permiten el despliegue mismo de una clínica de orientación Psicoanalítica, que desde las prácticas situadas de los profesionales entrevistados, logra dar tiempo y lugar de reconocimiento a las singularidades de usuarios y colegas, desplegando un saber hacer con la transferencia y proponiendo un sentido al sin-sentido para los equipos.

Es así como el psicoanálisis dentro del contexto de una “clínica brutal”, como se ha referido en esta investigación, podría favorecer ciertas prácticas en salud mental vinculadas a dar tiempo y lugar, sosteniendo los procesos clínicos pese a su gravedad, proponiendo claves de lectura que permiten reintegrar aquello que desborda los límites del sentido dentro de una clínica que principalmente trata de lo traumático, que tiende a ser derivado.

Es de esta manera en que se reconoce un aporte específico del psicoanálisis al dar lugar a los fenómenos situados por los bordes, las fisuras del sentido, las transferencias graves, pensando sus prácticas y las tensiones asociadas, promoviendo una revalorización de la palabra subjetiva, enriqueciendo las prácticas clínicas en salud mental dentro de los equipos de trabajo, dando espacio a la emergencia de lo indeterminado, flexibilizando los márgenes, haciendo un lugar para esta clínica, permitiendo el diálogo entre posturas que discursivamente parecen irreconciliables, pero que en los hechos concretos del acontecer cotidiano son posibles de poner en diálogo más allá de sus diferencias.

Acercar la experiencia analítica a los sectores populares, cuyo sufrimiento, narcotizado por la psicofarmacología (en tanto estrategia de primera línea en salud mental), requiere urgentemente ser traducido, elaborado y reconocido, ser reintegrado al lazo social, abriendo espacio a la posibilidad de que un saber no sabido se haga un lugar en la cultura, sin que esto sea una práctica periférica, clandestina o de contrabando, permitiendo abiertamente la experiencia de la cura analítica dentro de la salud pública.

Finalmente es posible afirmar que el psicoanálisis es completamente posible en los dispositivos de salud mental si logra posicionarse desde el conversar con otros saberes, abriéndose espacios, dando cabida a las alteridades, a las diferencias, a los discursos, incluso aquellos que epistemológicamente pueden situarse confrontados con esta clínica, ya que en última instancia, son portados por sujetos concretos que atravesados por las mismas coordenadas de sufrimiento subjetivo, intentan dar sentido obturando la angustia del sinsentido, pudiendo apropiarse de ciertas claves de lectura para pensarse a sí mismos y pensar la clínica en equipos multidisciplinarios a propósito de un psicoanálisis abierto y dispuesto por fuera del dispositivo del consultorio privado.

Esto habría de favorecer la asimilación de “Eso” que se encuentra en el centro del descubrimiento Freudiano. El psicoanálisis también tiene algo que decir, puede poner en tensión desde la práctica los discursos que van velando las verdades subjetivas, dando tiempo y lugar a lo que se muestra en acto, aquello que está escrito en otro código, otro registro, más allá de las palabras...

ANEXOS

Guión temático de entrevista

<p>Formación en Psicoanálisis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios teóricos (grupos de estudio/Cartel) - Supervisión Clínica - Análisis Personal - Vinculo con escuela (Asociación)
<p>Descripción general del trabajo en COSAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trayectoria e historia laboral en Cosam - Historia del COSAM y su territorio - Composición del equipo y sus relaciones - Jornada laboral (Diferentes momentos) - Interacciones - Discursos dominantes en el centro - Actividades del/la Psicólogo/a de COSAM (Trabajo prescrito/trabajo real)
<p>Puntos de conflicto o encuentro con la institución (tensiones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos transversales: - Remuneración/Financiamiento - Modelo de gestión - Posición del equipo frente al dispositivo de salud mental. - Reconocimiento en el trabajo. - Aspectos específicos:

	<ul style="list-style-type: none"> - Exclusión formal del psicoanálisis en la política pública. (Situación del psicoanálisis en la institución) - Principales diferencias con la demanda institucional o con las funciones prescritas para su cargo (ejemplos) -
<p>Formas de hacer con la tensión (Elaboración de la tensión)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogo con otros profesionales (Psiquiatras, médicos, asistentes sociales, terapeutas, etc) - Dialogo con las jefaturas - Propuestas propias para el trabajo en COSAM/Iniciativas “públicas o privadas” - Participación dentro del equipo (actividad/Pasividad) - Tácticas desplegadas (individuales y/o colectivas)



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAS QUE PARTICIPEN EN INVESTIGACIÓN:

“Psicoanálisis y Salud Mental; Tensiones en la práctica de profesionales de orientación psicoanalítica en centros de salud mental comunitaria”

Yo,....., he recibido una invitación a participar en el estudio titulado: *“Psicoanálisis y Salud Mental; tensiones en la práctica de profesionales de orientación psicoanalítica en centros de salud mental comunitaria”*, a cargo de Nicolás Gómez Gálvez, Psicólogo y estudiante del programa de Magister en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile. El objetivo de este estudio es conocer los discursos de los/las analistas y/o psicólogos/as de orientación psicoanalítica respecto de sus prácticas asociadas a las tensiones que experimentan en su trabajo clínico dentro de centros de salud mental comunitaria. Para cumplir con este objetivo, se llevarán a dos sesiones de conversación o entrevista online, que tendrá una duración aproximada de una hora y media cada una.

He sido informado/a de lo siguiente:

- Mi participación en este estudio es voluntaria: no puedo obtener beneficios materiales o financieros derivados de éste.
- Puedo pasar por alto las preguntas que no quiera responder o retirarme en el momento que desee sin ser sancionado por ello y tener que alegar ninguna razón.
- Los datos son confidenciales. Toda la información que entregue será usada para propósitos exclusivamente académicos y conocida sólo por los investigadores.
- Las sesiones serán grabadas por medio de audio y luego transcritas para el procesamiento y análisis de la información. El investigador responsable, Ps. Nicolás Gómez Gálvez, se compromete a al resguardo de los datos.
- Mi identidad no será revelada y las publicaciones que deriven del estudio se harán de forma que no sea posible identificar la fuente de información.
- El/a entrevistador/a está dispuesto/a a responder a mis preguntas concernientes a este estudio, incluyendo el desarrollo de las entrevistas, el objetivo del estudio o los resultados de éste, siempre y cuando esto no entre en conflicto con el compromiso de confidencialidad con respecto a los datos de otros interlocutores.
- Puedo solicitar tener acceso al estudio una vez que éste haya sido publicado. Para esto basta con contactar al investigador responsable, sin necesitar dar ninguna justificación.

Esta página me fue leída por una persona debidamente identificada, he entendido su contenido y estoy dispuesto en participar en el estudio “**Psicoanálisis y Salud Mental: Tensiones en la práctica de profesionales de orientación psicoanalítica en centros de salud mental comunitaria**”.

FECHA:

FIRMA:

Si desea verificar la información o aclarar cualquier duda, puede comunicarse con el Ps. Nicolás Gómez Gálvez, estudiante de Magister en Psicología Clínica de Adultos, Mención Psicoanálisis por la Universidad de Chile al correo nicogomez@ug.uchile.cl o con el Dr © Danilo Sanhueza, académico del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile al correo: danilosanhueza@gmail.com; o bien directamente al Departamento de Psicología de la Universidad de Chile ubicado en Av. Ignacio Carrera Pinto N°1045, Ñuñoa, Santiago.

Un ejemplar de este formulario será firmado por el investigador y otro por la persona que ha aceptado participar en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, I, (2002) Aspectos éticos en la investigación científica. Ciencia y Enfermería. Universidad de Chile. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100003#:~:text=El%20principio%20de%20no%20maleficencia,para%20los%20sujetos%20de%20experimentaci%C3%B3n
- Aguirre, D (2019) *Excesos de gestión: Sufrimiento y Ética. Una aproximación al trabajo de psicólogos/as encargados/as del programa de Salud Mental en establecimientos de atención primaria de salud*. Tesis de Magister, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de psicología. Universidad de Chile
- Ascorra, P. (2002). Como y Para Qué se ha instaurado el discurso de la maximización de beneficios en la esfera psicoterapéutica: Análisis de las evaluaciones de costo-beneficio. En Revista Psicoperspectiva. Vol 1, pp 21-43, Universidad Católica de Valparaíso

- Assoun, P. (2020). *Introducción a la epistemología freudiana*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Aveggio, R (2016) *Psicoanálisis y políticas públicas de salud mental en Chile; Universalidad, Diversidad y Singularidad*. Revista Estado, Gobierno y Gestión Pública N°30, pp 87-114. Chile
- Baez, J (2011) *El psicoanálisis y la institución (El eterno des-encuentro)*. Revista tesis psicológica, n °6, pp 236-243. Fundación Universitaria Los Libertadores, Bogotá, Colombia. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139022629015>
- Barreira, I. (2016) Nosografías y psicopatología en Otto Kernberg. Clasificaciones en psiquiatría dinámica y psicoanálisis. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139050020015.pdf>
- Berrios, G. (2010). Sobre la medicina basada en la evidencia. Universidad de Cambridge. Recuperado en http://dpsiquiatria.uab.cat/es/informacioDocumental_9.php
- Camaly, G. (2011). Lo que la Época enseña al psicoanálisis. Revista Virtualia, N° 22. Recuperado en <http://eol.org.ar/virtualia>
- Carew, V (2008) *De la naturalización al dispositivo. Reflexiones sobre lo institucional de una práctica*. Grupo de investigación, docencia y extensión, Facultad de psicología Universidad de Buenos Aires, Argentina. Disponible en www.proyectoetica.org
- Carrasco, J y Yuing, T (2014) Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario, interfaces en las producciones de subjetividad. Revista psicoperspectivas. Vol 13, N°2
- Carrascoso, F. (2011). Sobre la medicina basada en la evidencia: réplica al profesor Berrios. Recuperado en <http://www.psicoevidencias.es/Novedades/Editorial/sobre-la-medicinabasada-en-la-evidencia-replica-al-profesor-berrios.html>
- Código de Núremberg, (1947). Código de Núremberg. Recuperado de <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
- Dejours, C. (2001). Trabajo y Desgaste Mental. Buenos Aires. Editorial Paidós

- De Certeau, M (2000) *La invención de lo cotidiano*. Universidad Iberoamericana, instituto. Departamento de historia, Instituto tecnológico y de estudios superiores de occidente. México D.F
- De la Parra, G. Errázuriz, P. Gómez, E y Karina, A (2019) *Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: Un modelo basado en la evidencia y la experiencia empírica*. Pontifica Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales.
- Dellepiane, A (2004) *Psicoanálisis e instituciones*. Fundación Descartes. Disponible en <http://www.descartes.org.ar/etexts-dellepiane1.htm>
- Echeburúa, E. Salaberría, K. De Corral, P y Rocío Polo-López. (2010) *Terapias psicológicas basadas en evidencia, limitaciones y retos de futuro* Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- Flick, U. (2004) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S. L.
- Foucault, M (2012) *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. España, Biblioteca Nueva
- Freud, S (1919) *Nuevos caminos de la terapia analítica*. Obras completas, Tomo XVII. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu editores.
- Freud, S (1914) *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica de psicoanálisis II)*, en Obras completas, tomo XII. Ed. Amorrortu, Bs. As., Argentina. 2001.
- Freud, S (1923) *El yo y el Ello*. Obras completas, Tomo XIX, Ed. Amorrortu, Bs, As, Argentina, 2001
- Freud, S (1919 [1918]) *Nuevos caminos de la terapia analítica*. Obras completas, tomo XVII, Ed. Amorrortu, Bs, As, Argentina, 2001
- Freud, S (1912) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras completas, tomo XII, Ed. Amorrortu, Bs, As, Argentina, 2001
- Freud, S (1950 [1895]) *Proyecto de psicología para neurólogos*. Obras completas, tomo I, Ed. Amorrortu, Bs, As, Argentina, 2001
- Frydman (2012) *La subversión de Lacan, Una introducción a la noción de sujeto*. Editorial Continente. Argentina.

- Gajardo, M (2014) *Inserción/Exclusión del psicoanálisis en sistema público de salud en Chile*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos, Facultad de Ciencias Sociales/Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- García, J (2007) *Psicoanálisis en la institución pública*. Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente pp 9-16. Españ
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press.
- Gómez, L (2021) *Para una nueva Salud Mental*. Chile. Ed. Aún.
- Greiser, I (2012) *Psicoanálisis sin diván; los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídico-asistenciales*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Homedes, N y Ugalde, A. (2005) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Disponible en <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n3/202-209/>
- Infante, A. De la Mata, I y Acuña, D (2000) Reforma de los sistemas de salud en América latina y el Caribe, situaciones y tendencias. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8801?locale-attribute=es>
- Lacan, J (1962-1963) El seminario N° 10, La angustia. Editorial Paidós, Bs, As, Argentina. 2007
- Lacan, J (2020) El seminario. Libro 1, Los escritos técnicos de Freud. Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J (2020) El seminario. Libro 2, El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Buenos Aires. Paidós
- Lacan, J (2003) El seminario. Libro 7, La ética del psicoanálisis. Buenos Aires. Paidós.
- Laurent, E (2000) *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires, Editorial Tres Hache
- Minoletti, A y Zaccaría, A. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile 10 años de experiencia. Disponible en <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/346-358/>
- MINSAL (2017) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

- MINSAL (2018) Modelo e gestión, Centro de Salud Mental Comunitaria. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
- MINSAL (2018) Modelo de gestión, Red temática de salud mental en la red general de salud. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
- Morandé Lavín, F. (2016). A casi tres décadas del Consenso de Washington ¿Cuál es su legado en América Latina?. *Estudios Internacionales*, 48(185), pp. 31–58. <https://doi.org/10.5354/0719-3769.2016.44553>
- Moreau, E (2018) Lacan, el inconsciente y la cura, lógica del significante y lógica del fantasma en la cura analítica. Chile
-
- Oliveira, F, Rinaldi, D y Ferreira, M (2015) *El psicoanálisis puesto a prueba en la institución pública de salud mental: Clínica y política*. Disponible en http://www.convergenciafreudlacan.org/inove4/php/download.php?gal_id=400.
- OMS (2001) Informe sobre la salud en el mundo. Disponible en <https://www.who.int/whr/2001/es/>
- OPS (1990) Declaración de Caracas Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Ordoñez, A y Moreno, M (2018) *Psicoanálisis e institución; Sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos institucionales*. Revista *AffectioSocietatis* N°15 pp 196-227, disponible en <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis>
- Rabinovich, N (2017) *El pecado original del psicoanálisis*. Editorial Letra viva. Buenos Aires
- Rupertuz, M (2013) *Freud y los chilenos, historia de la recepción del psicoanálisis en Chile 1910-1949*. Tesis para optar al grado de Doctor en psicología, Facso, Universidad de Chile, Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/133280/Tesis%20Ps.%20Mariano%20Ruperthuz.pdf?sequence=1>

- Salomone, G (2012) *Discursos Institucionales, Lecturas Clínicas*. Grupo de Investigación, docencia y extensión Facultad de psicología Universidad de Buenos Aires. Disponible en www.proyectoetica.org
- Sampieri, R. (2014) *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill
- Sánchez. J (2018). EL PSICOANÁLISIS Y SU LUGAR ENTRE LAS CIENCIAS. *Límite (Arica)*, 13(42), 44-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50652018000200044>
- Veto, S (2013) *Psicoanálisis en estado de sitio, La desaparición e Gabriel Castillo y las políticas el psicoanálisis en Chile durante la dictadura militar*. Santiago de Chile, FACSO, El buen aire.
- Zamora, C (2015) *Prácticas y registros de las/los psicólogos/as a nivel de salud primaria, Elementos de performatividad en las políticas públicas en salud mental en Chile*. Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Facultad de Filosofía y Educación, Escuela de psicología.
- Zenoni, A (2006) *Orientación analítica en la institución psiquiátrica*. Revista electrónica de la Nueva Escuela Lacaniana, NEL, N°1