



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA - FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo final de grado
Monografía

Psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado dentro del marco académico de la Facultad de Psicología en el Hospital de Clínicas

Docente tutor/a: As. Mag. Deborah Rydel

Docente Revisor/a: As. Mag. Leticia Aszkinas

Florencia Ferreira Gracia

CI: 4.935.360-6

Montevideo - Diciembre 2023

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Contexto de la Salud mental previo al año 2007	6
El Programa de psicoterapia del HC	9
La creación del SNIS y el cambio en la atención psicológica	11
Creación del Plan Nacional de Salud Mental 2020.....	13
Modalidad de las prestaciones en salud mental en el PNSM.....	14
Psicoanálisis y psicoterapia: encuentros y desencuentros.....	16
Terapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado en el HC.....	21
Reflexiones finales	26
Referencias	28

Resumen

Este trabajo final de grado, tiene como objetivo realizar una reflexión crítica sobre la práctica de psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” que he realizado en el presente año como parte de la práctica de graduación de la Facultad de Psicología.

Para lograr esto, se llevará a cabo un breve recorrido histórico sobre el avance de la atención en salud mental en Uruguay. Se presentarán los planes de psicoterapia que, según la ley, se ofrecen en hospitales tanto públicos como privados.

Además, se explorará cómo el psicoanálisis ha tenido que actualizarse a nuevas formas de trabajo que resulten apropiadas en instituciones y dispositivos diferentes de aquellos para los que fue originalmente concebido.

Por último, se analizarán los puntos de convergencia y divergencia entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado, así como su aplicación en el mencionado dispositivo específico.

Palabras clave: Psicoterapia psicodinámica, psicoanálisis, servicio de salud

Introducción

El presente trabajo de carácter monográfico se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Su objetivo principal es presentar una de las modalidades contemporáneas de atención en salud mental. Se analizará la atención en salud mental desde una perspectiva específica de orientación psicodinámica, centrándose en la Psicoterapia Psicodinámica de objetivos y tiempo limitado que se ofrece en la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología, ubicada en el tercer piso del Hospital de Clínicas (HC) "Dr. Manuel Quintela". Esta práctica, denominada "Consulta Psicológica en Hospital de Clínicas" y supervisada por la docente Silvana Contino, forma parte del ciclo de graduación. Su objetivo principal es brindar a los estudiantes la oportunidad de adentrarse en el campo de la clínica psicológica como parte de la extensión universitaria, específicamente en el segundo nivel de atención. Cabe destacar que esta práctica se enfoca en la formación y no en la prestación de servicios asistenciales, lo que significa que las intervenciones realizadas tienen un límite temporal definido de acuerdo al año lectivo, aunque existe cierta flexibilidad si es necesario.

El equipo se compone de seis estudiantes que trabajan en duplas. Cada dupla lleva a cabo dos intervenciones psicológicas, donde uno de los miembros es responsable de dirigir el proceso, mientras que el otro cumple el rol de observador. La práctica se supervisa semanalmente en grupo, y se aborda desde una perspectiva que integra la teoría con la experiencia clínica.

Los usuarios que buscan atención psicológica en la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología presentan una solicitud de atención, tras lo cual son incluidos en una lista de espera. Esta lista es gestionada por los equipos de recepción de la policlínica, quienes se encargan de resolver las consultas directamente o de realizar derivaciones según corresponda.

En la Policlínica, operan dos equipos de recepción y cinco dispositivos de atención psicológica: dos de ellos se centran en intervenciones de psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado, uno se especializa en intervenciones de enfoque cognitivo-conductual, otro se dedica a intervenciones especializadas en duelo y crisis suicidas, y finalmente, un dispositivo ubicado en la sala del Hospital trabaja en colaboración con residentes de psiquiatría de la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR).

La elección de la temática de este trabajo tiene que ver con mi trayectoria en la carrera de Psicología en la Udelar. Lo que distingue a esta facultad es que, a pesar de estudiar un tronco común, cada estudiante se gradúa con una formación única. Cada uno elige y moldea su propio camino tanto como estudiante y como futuro profesional. Esta característica me lleva a reflexionar que existen tantas formas de pensar la psicología como psicólogos en ejercicio, cada uno atravesado por su formación, sus experiencias de vida y desarrollando un estilo personal.

Desde el inicio de mi carrera, siempre supe que mi camino en la formación estaría relacionado con el psicoanálisis. Sin embargo, nunca me he cerrado a la posibilidad de explorar otras opciones. Al llegar al final de mi recorrido académico, me adentré en la psicoterapia psicodinámica y comencé mi práctica en el HC. Fue entonces cuando me di cuenta de que para atender a los pacientes en ese entorno se requería un enfoque diferente, uno que el psicoanálisis clásico no podría abordar de manera efectiva.

En cuanto a las condiciones de atención en salud y los recursos disponibles en los Centros de Salud, no son comparables con los de una clínica privada. La demanda es alta, superando con creces la capacidad de atención. Los plazos son limitados y deben cumplirse sin excederse, además de existir necesidades reales y urgentes que deben ser atendidas con recursos escasos.

El psicoanálisis en sí mismo no parecía ser una opción viable, lo que me llevó a preguntarme cómo era posible, ya que para mí, el psicoanálisis siempre parecía ser efectivo. Durante mi carrera, encontré un pasaje de Freud (1918) en el que afirmaba que la eficacia terapéutica del psicoanálisis no era muy elevada, ya que solo beneficiaba a un pequeño grupo de personas, principalmente aquellas con un buen poder adquisitivo, pero no llegaba a las grandes masas desfavorecidas de la población. Freud anticipaba que en el futuro se crearían sanatorios o lugares de consulta donde el psicoanálisis se ofrecería de manera gratuita para llegar a un mayor número de personas. En relación a cómo modificar la oferta psicoterapéutica para adaptar la técnica a las nuevas condiciones, plantea Freud (1918/1979):

Es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa... Pero cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia. (p.163).

Considero relevante compartir mi trayecto como estudiante y cómo a partir de mi último año en la Facultad, decidí explorar a fondo la atención psicológica en Centros de Salud desde una perspectiva psicodinámica. A lo largo de mi formación, siempre me imaginé ejerciendo como psicóloga en un entorno de consulta privada. Sin embargo, en la actualidad, mi enfoque se orienta hacia la atención en el ámbito de la salud, y reconozco la necesidad de adaptar tanto las teorías como las técnicas para ofrecer la mejor atención posible.

Fue fundamental para mí comprender que toda teoría tiene sus límites, y creo que ésta es una de las razones por las que me atrajo la psicoterapia psicodinámica. Esta corriente toma el psicoanálisis como base, pero también incorpora herramientas de otras corrientes, lo que enriquece su enfoque y flexibilidad.

En este trabajo se realizará un recorrido crítico por los hitos más relevantes de la atención en salud mental en el país, principalmente respecto a su concepción jurídica vigente en cada período y las prácticas que en ese contexto se generaron. Asimismo, se plantearán las diferentes líneas de trabajo desarrolladas en el Hospital de Clínicas respecto a la atención en Salud Mental, tanto por parte de la Policlínica de Psicología como de otros servicios institucionales (a saber, el Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica). Así, se llegará hasta el contexto actual en el cual la práctica que llevo adelante en el HC tiene su marco de trabajo, y plantea una comprensión propia de la atención en salud mental. Luego, se desarrollará en torno a las diferencias técnicas encontradas entre los enfoques del psicoanálisis más tradicional, y el trabajo mediante la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado que se lleva adelante en los servicios de salud. Más adelante se explicarán brevemente algunas de las herramientas utilizadas en el contexto de atención de la práctica en el HC, como lo son el Manual OPD-2 y la Formulación Psicodinámica de Caso.

Contexto de la salud mental previo al año 2007

“Las políticas en salud mental en el Uruguay han estado marcadas por una serie de acontecimientos que han pautado una serie de transformaciones, de idas y vueltas, reformas y retrocesos en los dispositivos de atención y tratamientos.” (Techera et al., 2013, p. 15). A finales del siglo XIX, en el año 1876 se inaugura el primer hospital psiquiátrico del Uruguay, llamado Manicomio Nacional actualmente conocido como Hospital Vilardebó.

Al pasar los años dicho hospital psiquiátrico se satura, quedando sobrepoblado, por lo que se crea en el año 1912 la Colonia Etchepare en el departamento de San José. Pero ésta no

fue la solución que se preveía, de hecho se transforman en dos instituciones sobrepobladas. “El hacinamiento continúa hasta nuestros días, siempre son más las personas institucionalizadas que las camas disponibles.” (Techera et al., 2013, p. 19).

Como política pública, en 1936 se crea la ley N° 9.581 la cual organiza la asistencia de los entonces llamados psicópatas

Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido —en su domicilio privado o en otra casa particular— en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten (Uruguay, 1936).

Esta ley, entiende por establecimiento psiquiátrico todo sanatorio o casa de salud en donde se asista a más de un psicópata. Dicho establecimiento deberá estar a cargo de un director que será médico con autorización oficial para el ejercicio de la profesión, ya que en el año 1936 aún no se encontraba reglamentada por la Facultad de Medicina la especialización en Psiquiatría; por ende la ley plantea que una vez regularizada dicha especialización, los directores de estos centros deberán ser médicos psiquiatras. En el artículo N° 7, la ley expresa que los establecimientos deberán estar regulados por el Ministerio de Salud Pública y que al ser mixtos deberán respetar separaciones por sexo, edad, géneros y grados de afección de los enfermos que allí se asistan. También plantea en el artículo N° 10, que deberán contar con un servicio abierto y otro cerrado, el abierto sería para pacientes que ingresan voluntariamente, y que no presentan manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad. Por otro lado, el servicio cerrado sería dedicado a pacientes que sean ingresados en contra de su voluntad, ya sea por indicación médica, por orden judicial o policial, y presenten estado de peligrosidad o manifestaciones antisociales. Hasta aquí el modelo de atención era enteramente manicomial.

En 1948 se aprueba la Ley N° 11.139 que crea el Patronato del Psicópata, con el objetivo de proteger al enfermo mental y velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad.

Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia -hospitalaria y externa- y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación, si no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos. (Uruguay, 1948).

Otra de las finalidades de esta ley es fundar y administrar un “hogar - taller” destinado a enfermos mentales que no cuenten con amparo familiar, pero que dado su estado sí puedan continuar con el tratamiento, realizando trabajos adecuados que les permita obtener una remuneración.

“En 1966 se abrió una nueva fase en la psiquiatría nacional. Apareció el crítico informe de Pierre Chanoit, que sirvió de inspiración para el Plan de Salud Mental de 1972.” (Techera et al, 2013, p. 19). Pierre Chanoit fue un consultor internacional de la Organización Mundial de la Salud, quien en 1966 visitó Uruguay para conocer las condiciones sanitarias del país.

En dicho informe Chanoit habla de las carencias, y penurias del modelo de atención en salud mental que en aquel momento se implementaba. Además denuncia la falta de recursos humanos y económicos, así como los tratos inhumanos a los pacientes psiquiátricos. También planteó el hacinamiento en el que se vivía, tanto en el Hospital Vilardebó como en la Colonia Etchepare (Monné, 2019).

En 1986 se aprueba el Plan Nacional de Salud Mental, por el Ministerio de Salud Pública. Dicho plan marcaba en sus primeros lineamientos la importancia de darle carácter Nacional al mismo, para así eliminar la situación de fraccionamiento que existía en cuanto a la atención en salud mental en aquel momento. Entre las acciones que este plan propone, se plantea que “buscará desalentar la hospitalización psiquiátrica innecesaria o la prolongación de la misma. Asimismo, se desarrollarán aquellas formas de atención que mantengan al paciente en su lugar de residencia y en contacto con sus vínculos más significativos.” (Ministerio de Salud Pública, 1986, p.11).

El Plan Nacional de Salud Mental buscaba la modernización de la atención en salud mental en el país desde una perspectiva de derechos humanos. Pretendía que se brindara una atención universal e integral a la población, para esto se necesitaba cambiar radicalmente la perspectiva desde la que se concebía al “enfermo mental” o “psicópata” en aquella época.

Como menciona Techera et al (2013):

En dos décadas nuestra sociedad logró avanzar desde un sistema de atención en salud mental marginado, fragmentado y en franca descomposición, a un nuevo estado, con fuertes contrastes, pero en movimiento y con innovadoras realizaciones y proyectos en diversas direcciones, articulados, en general, en un dinámico PNSM. (p. 20).

A partir de la creación del Plan Nacional de Salud Mental, también se crean nuevas políticas públicas, por ende, se vuelven posibles nuevas formas de llegar a la atención de la población en general de una forma más universal e integral como se pretendía. Pero aunque se avanzó en un importante cambio legislativo "... aún se evidencian dificultades para planificar e implementar políticas integrales de salud mental, que incorporen acciones imprescindibles de prevención y promoción en el marco de políticas intersectoriales" (MSP, 2020, p.15).

Desde la creación del Plan Nacional de Salud Mental los psicólogos comienzan a insertarse en los servicios de salud, poco a poco, ocupando cada vez más estos espacios, ya que en un principio "las inserciones y prácticas en cada uno de estos servicios han sido disímiles, dependiendo en general de iniciativas aisladas que actuaron durante años escindidas dentro del sistema sanitario." (Rydel et al., 2022, p. 142).

Cuando en 1986 se crean los equipos de salud mental en los hospitales generales, también se implementa el Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas de Facultad de Medicina.

El programa de psicoterapia del HC

El Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas con casi cuatro décadas de actividad ininterrumpida, (1986) fue el primero en consolidarse en un servicio público de salud mental; desde entonces "La atención en psicoterapia, cuyas actividades se realizaban exclusivamente en el ámbito del ejercicio privado, se ha desarrollado y consolidado en los servicios públicos y universitarios." (Ginés, 2010 p. 29).

Este programa universitario ha atraído y fusionado diversas orientaciones psicológicas, tales como el psicoanálisis, el psicodrama, la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar sistémica, la terapia vincular psicoanalítica y la psicósomática. Además, ha incorporado un amplio espectro de técnicas terapéuticas, incluyendo intervenciones individuales, grupales y familiares, y brindando cobertura a poblaciones diversas, como adolescentes, adultos y familias. Asimismo, se ha especializado en el abordaje de un amplio rango de trastornos, que incluye problemáticas existenciales, neurosis, trastornos de personalidad y psicosis (Ginés, 2010, p. 30).

Desde las distintas perspectivas teórico-metodológicas que podemos encontrar dentro del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, se encuentran además las terapias grupales con adolescentes. "La experiencia fue demostrando que los adolescentes de 14 a 16 necesitaban otro tipo de abordaje, que permitiera un insight del conflicto ya que eran

traídos por su familia, o enviados por las instituciones.” (Fernández et al., 2010, p. 62). Esto dio paso a que se creara una modalidad distinta de atención para esta franja etaria, donde ellos pudieran hacerse cargo de su propia conflictiva, se crea entonces un grupo de psicodrama, donde lo que se construye allí no es a nivel de un diálogo teatral, sino que el drama contiene los contenidos latentes que ellos mismos despliegan y van manifestando, permitiendo así la elaboración tanto individual como grupal. (Fernández, 2010, p. 62).

Con respecto a la psicoterapia vincular psicoanalítica, fue a partir de distintos ateneos y discusiones donde se comprendió que muchos de los pacientes que estaban en procesos psicoanalíticos en la policlínica del HC, tenían problemáticas que iban más allá del abordaje individual que se les brindaba.

El grado de sufrimiento en los vínculos requiere, de un trabajo a ese nivel para poner en palabras formas de vincularse silenciadas que llevan a mecanismos de repetición en los diferentes integrantes de ese grupo familiar, o de la pareja. (Fernández et al., 2010, p. 102).

La inclusión de esta línea de trabajo implicó un gran desafío para los integrantes de la clínica, dado que apelaba a un modo muy distinto de pensar la consulta y llevarla a cabo. Con la puesta en marcha de esta teoría desde el encuadre institucional se trató de atender la demanda de familias, parejas y vínculos familiares además de realizar interconsultas e intercambiar y asesorar a los integrantes de la Clínica Psiquiátrica sobre esta perspectiva clínica.

Otra de las psicoterapias que se brinda en el Programa de Psicoterapia de la Clínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, es la cognitivo conductual, la misma pretende brindar asistencia desde la teoría cognitivo - conductual a nivel individual y/o grupal a pacientes con diferentes patologías, como lo son: el trastorno de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, depresión y disfunciones sexuales. Son diagnósticos que generalmente posibilitan el establecimiento de objetivos concretos que pueden trabajarse dentro del año lectivo.

Entre las distintas psicoterapias que se brindan desde el marco hospitalario se encuentran las psicoterapias psicoanalíticas breves, en sus inicios conocido como el “Grupo de Ginés” fue el primer equipo de psicoterapias psicoanalíticas breves, dirigido entonces por el profesor Dr. Ángel Ginés, catedrático de psiquiatría de la Facultad de Medicina (FM). Él, en conjunto con un grupo de recién graduados de la facultad de psicología se dispusieron a generar una flexibilización de la técnica psicoterapéutica psicoanalítica sin la cual

probablemente no hubiese sido posible trabajar desde el psicoanálisis dentro del marco hospitalario.

Los cambios de “consultorio” que hacían que nunca tuviéramos claro en donde íbamos a atender al paciente; las puertas que no se cerraban desde dentro y por ende, las frecuentes e inevitables irrupciones de técnicos o de consultantes que entraban sin golpear y al vernos se disculpaban y se iban; los diálogos a voz en cuello por los corredores, que en ocasiones se detenían ante la puerta de nuestro consultorio sin miramiento alguno por la consulta que se estaba llevando a cabo allí adentro; los gritos destemplados de un paciente en plena crisis aguda o de los funcionarios llamando desesperadamente a alguno de los técnicos... (Fernández et al., 2010, p. 129).

Según el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas estas situaciones volvían al encuadre algo en constante variación; lo que sucedía en el hospital y cómo los terapeutas abordaban estas cuestiones condujeron a una flexibilización de la técnica. Los terapeutas se vieron obligados a adaptarse a una clínica diferente.

Situaciones como las relatadas siguen ocurriendo en el HC, aunque la profesión está más establecida y ha ganado un lugar dentro del hospital. Aún sucede que durante una consulta, otro profesional pueda abrir la puerta del consultorio sin previo aviso e interrumpir la consulta, o que surjan cambios inesperados en las asignaciones de consultorios, lo que hace que el encuadre se vea alterado. Sin embargo, como se hizo en el pasado, continúan los esfuerzos y se afrontan los desafíos que implica ejercer la profesión en el entorno hospitalario de manera efectiva.

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el cambio en la atención psicológica

En 2008 entra en vigencia la Ley N° 18.211 la cual crea el Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicha ley se propone reglamentar el derecho a la protección de la salud de todos los habitantes residentes del país, y establece las modalidades de acceso a los servicios integrales de salud. Algunos de sus principios rectores son: la cobertura universal, la equidad en la atención y la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población, entre otros.

La ley cuenta con varios objetivos, entre ellos se encuentran alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población, para esto se propone el desarrollo de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente, con la finalidad de promover hábitos saludables. También se propone implementar acciones de promoción, prevención y diagnóstico precoz, así como tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación en la salud de los usuarios.

El SNIS propone un modelo de organización de tres niveles de atención, estos tres niveles tienen que ver con la complejidad de las prestaciones. Aún así tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. Con respecto al segundo nivel, este incluye la atención integral de carácter clínico, es decir la atención en hospitales, ya sea hospitalización de día, breve o mediana estancia. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad. Por último el tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnologías diagnósticas o tratamientos de alta especialización.

El SNIS en cuanto a la salud mental busca asegurar el acceso universal y equitativo a prestaciones en psicoterapia, pero si bien en el SNIS

se comienzan a implementar abordajes psicoterapéuticos en servicios de salud de manera heterogénea, luego por Decreto se incorporan de manera obligatoria en la implementación de prestaciones en salud mental (Decreto N°305/011) reconociéndose la salud mental como una prioridad de la segunda etapa de la Reforma de la Salud. (MSP, 2020, p.14).

En septiembre del 2011 en el marco de la reforma sanitaria del país, se instaura el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental. Las prestaciones allí establecidas pasan a ser obligatorias en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Este plan entiende a la salud mental como inseparable del concepto de salud integral:

Si bien tiene su especificidad en cuanto a sus formas de abordaje y comprensión, es parte indisoluble del mismo. En este sentido, desde una concepción integral, todos aquellos aspectos vinculados con la salud mental deben incluirse en las diferentes formas de abordaje. (MSP, 2011, p. 3).

En 2017 se aprueba la Ley de Salud Mental, la cual tiene por objetivo garantizar el derecho a la protección de la salud mental con una perspectiva de respeto a los derechos humanos. Esta ley entiende por salud mental al estado de bienestar mediante el cual la persona es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida,

trabajar y ser capaz de realizar una contribución a su comunidad. Uno de los principios rectores de esta ley es la calidad integral del proceso asistencial, por lo cual es necesario contar con un enfoque interdisciplinario.

Creación del Plan Nacional de Salud Mental 2020

En 2020 el Ministerio de Salud Pública aprueba el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027. “Este PNSM surge como una necesidad, para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 19.529 Ley de Salud Mental 2017” (MSP, 2020. p. 6). Tiene entre sus propósitos contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante la creación de estrategias efectivas, de cara a la promoción y prevención de la salud mental. Otro de sus objetivos es brindar una atención de calidad, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales. El PNSM intenta “promover hábitos saludables de vida y fortalecer principales recursos psicosociales en la población de todas las edades con énfasis en niños, niñas y adolescentes.” (MSP, 2020. p. 38). Se plantea la modificación de la percepción social sobre las personas con enfermedades mentales, es decir, se propone abordar el estigma que se genera en torno a determinadas personas debido a poseer patologías mentales.

El PNSM tiene como centro la mayor autonomía de las personas con problemas de salud mental, la generación de redes de apoyo, en principio familiares y también de las instituciones. Entre los principios en los que se basa el plan, se encuentran: la integración familiar, laboral y comunitaria de la persona.

El marco general de la salud mental es promover las condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos, comunidades y sociedades con el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar. La salud mental es una experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, caracterizada por la capacidad de afrontar crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental (MSP, 2020, P. 6).

La creación del Plan Nacional de Salud Mental también es una gran oportunidad para la incorporación de más psicólogos al sistema de salud, diversificando la oferta en atención y adaptándola a las necesidades de las personas, teniendo en cuenta dichas necesidades pero también articulando esta oferta con los distintos niveles de complejidad y especialización del propio sistema. (MSP, 2020).

A través de la implementación de este plan se enfatiza la construcción de equipos con el fin de atender áreas específicas de la salud mental tales como: la adolescencia, la violencia, la salud sexual y reproductiva y las adicciones.

Modalidad de las prestaciones en salud mental en el PNSM

El PNSM cuenta con las prestaciones establecidas en Agosto del 2011 por el Plan de Implementación de Prestaciones en salud mental del Sistema Nacional Integrado de Salud. Estas prestaciones son tanto para adultos como para niños y adolescentes.

Se toman como criterio que: la niñez comprende a los menores de 10 años; la adolescencia las franjas etarias de 10 a 14 años inclusive y de 15 a 19; la juventud de 20 a 25 años inclusive y a partir de esta edad los adultos. (MSP, 2011, p. 9).

Para adultos, los prestadores deben asegurar tres distintos modos de atención, el modo uno es la atención en grupo de carácter gratuito y de hasta 16 sesiones anuales para cada usuario. El modo dos asegurará la atención individual, de pareja, familia o grupal de hasta 48 sesiones anuales para cada usuario con un copago preestablecido. El modo tres será la atención individual o grupal de hasta 48 sesiones anuales por usuario con un copago menor al establecido en el modo dos. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

Los tres modos son distintos en su metodología y también en cuanto a la población objetivo al que va dirigido. El modo uno el cual es la atención grupal, está dirigido por ejemplo a familiares de personas con uso problemático de sustancias, además de familiares de usuarios que cuenten con diagnóstico de esquizofrenia o usuarios que hayan sufrido la muerte repentina de algún familiar. El modo dos tiene como población objetivo a usuarios con IAE (Intentó de Autoeliminación), a usuarios jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 inclusive, a docentes de enseñanza preescolar, inicial y primaria, también a docentes de enseñanza secundaria y técnica, además a trabajadores de la salud. Y el tercer modo, brinda atención psicoterapéutica orientada a la rehabilitación de usuarios con consumo problemático de sustancias y a usuarios con trastornos mentales severos y persistentes.

Con respecto a las prestaciones que ofrece el PNSM para los niños/as y adolescentes es muy similar al que ofrece para adultos. También cuenta con tres modos, el modo uno, al igual que para los adultos cuenta con la atención en grupo de carácter gratuito y de hasta 12 sesiones anuales por usuario. El modo dos, implica la atención individual, grupal o familiar de hasta 24 sesiones anuales para cada usuario con un copago preestablecido. En

el modo tres hay atención individual y/o grupal de hasta 48 sesiones anuales para cada usuario con un copago menor que en el modo dos. En situaciones de discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista, la prestación podría extenderse a 144 sesiones.

La población objetivo para el modo uno es de padres o familiares con hijos en edad preescolar, escolar y adolescentes. Padres, familiares o referentes afectivos de niños con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista. Adolescentes, embarazadas primerizas, puérperas primerizas, madres dentro del primer año posparto con indicio de depresión. La población objetivo del modo dos es de madres deprimidas en el primer año de vida del niño, niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje, niños y adolescentes con IAE, niños y adolescente con problemas situacionales y/o adaptativos como pueden ser vivir situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano. Además niños que tengan una intervención quirúrgica de alta complejidad. El modo tres propone llegar a niños y adolescentes con consumo problemático de sustancias psicoactivas, trastornos disruptivos, trastornos del humor y trastornos de ansiedad, entre otros.

Con respecto a la evaluación del plan, será necesario que los prestadores realicen seguimiento, investigación y evaluación interna. A su vez, cada prestador deberá contar con un Comité de Recepción que derivará a los pacientes según su criterio. Los integrantes del comité deberán ser psiquiatras, psicólogos y licenciados en trabajo social con formación y experiencia para realizar esta tarea en una sola entrevista. Los técnicos que brinden asistencia psicoterapéutica, deberán ser el 70% Psiquiatra o Psicólogo con comprobada formación y experiencia en psicoterapia, y el 30% podrá estar conformado por técnicos con título de psiquiatra o psicólogo pero sin formación específica en psicoterapia. (MSP, 2011, p. 13). De esta manera, por primera vez se incluyen las psicoterapias y las intervenciones psicoterapéuticas como prestaciones obligatorias y con copagos accesibles a nivel nacional, tanto en los prestadores públicos como privados.

El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental plantea que en la atención en salud mental “se propiciará la diversidad teórica y técnica en los tres modos, sin perjuicio de ajustes periódicos en disposiciones futuras, que se realizarán en base a la información obtenida y estudios realizados” (MSP, 2011, p. 25). En este plan se considera que no hay una sola forma de brindar atención en salud mental, dado que no hay un solo tipo de usuario. Los profesionales de la salud mental cuando comienzan a trabajar en hospitales, llegan con diferentes y variados marcos teóricos, incluso aunque todos tengan el mismo título. Así como no todos los profesionales ejercen de la misma manera o desde la misma teoría, los usuarios también son distintos entre sí y necesitan cada uno de ellos la atención

que más se acomode a su problemática. “No existe una única forma de psicoterapia que pueda resolver todos los problemas y abordar todas las patologías” (Defey, 2004, p. 22).

Las modalidades de abordaje en la atención en salud no solamente deben adaptarse a los pacientes y sus necesidades sino también a la institución bajo la cual se amparan, es decir muchas veces las instituciones ponen sus límites y definen la forma de trabajar de los profesionales que allí ejercen y es necesario adaptar la forma en la que se trabajara para poder cumplir ya sea con los tiempos estipulados o los objetivos dispuestos.

Psicoanálisis y psicoterapia: encuentros y desencuentros

El psicoanálisis es tanto una teoría sobre el funcionamiento de la mente humana como una práctica terapéutica. En este trabajo se abordará el psicoanálisis desde esta perspectiva, aun así, se entiende que esto puede depender de la definición que se elija para “psicoterapia”

Si bien para Freud el psicoanálisis era inequívocamente una terapia psicológica, algunas orientaciones psicoanalíticas actuales sostienen que el psicoanálisis no debería ser considerado una psicoterapia, pues su objetivo es más amplio y los resultados terapéuticos surgen como efecto de la exploración del inconsciente, que es la meta principal. (Bernardi et al., 2004, p. 101).

Dado que en este trabajo se considera que la transformación y el enriquecimiento tanto de la persona como de sus relaciones están dentro de los objetivos de la psicoterapia, es apropiado incluir al psicoanálisis en este ámbito. Como se mencionó previamente, la meta del psicoanálisis es la exploración del inconsciente. Respecto a los objetivos del tratamiento: “el objetivo del psicoanálisis es el fundamental cambio estructural, la integración del conflicto inconsciente reprimido o disociado en el yo consciente.” (Kernberg, 1998, p. 339). A diferencia de los objetivos de la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado, el cual es “una reorganización parcial de la estructura psíquica en el contexto de cambio sintomático significativo” (Kernberg, 1998, p. 339). Los terapeutas psicodinámicos intentan aumentar la reflexión y autoconocimiento para así facilitar la toma de conciencia y la comprensión de los comportamientos.

Con respecto a las técnicas principales del psicoanálisis como menciona Ramírez, 1991 (citado en Lopera, 2017, “la psicología”, párr. 5) “El dispositivo terapéutico freudiano

consistió en un artificio metodológico fundamentado en cuatro elementos: asociación libre (verbalización), atención flotante (escucha analítica), análisis y manejo de la transferencia (vínculo o relación paciente-analista) e interpretación (conjunto de intervenciones)”.

La asociación libre consiste en expresar todos los pensamientos que vienen a la mente de forma espontánea, sin omitir nada por más vergonzoso o penoso que sea para el paciente.

La atención flotante se refiere a que el analista debe escuchar “suspendiendo en lo posible sus propias expectativas y sus concepciones teóricas previas, pues de lo contrario, nunca hallará nada nuevo” (Freud, 1912/1998, pp. 111-112). Con respecto a la interpretación y el manejo de la transferencia, Otto Kernberg (2001, p. 210) plantea que tanto el psicoanálisis como la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado coinciden, a su juicio, en el uso de estas técnicas; ahora bien, difieren en el uso específico que hacen de ellas, el psicoanálisis las emplea con el mayor rigor posible, en el sentido clásico freudiano, la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado, introduce algunas variaciones, como por ejemplo, tener más en cuenta el aquí y ahora al momento de interpretar, y manejar la transferencia.

Sí bien el abordaje de la consulta psicológica desde el marco psicodinámico de objetivos y tiempo limitado, es una derivación del modelo psicoanalítico, y aborda la tarea clínica en términos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico; el modelo psicodinámico introduce algunas variantes a nivel técnico del ejercicio profesional.

“En el modelo psicodinámico se da focalización en los problemas con una mayor directividad en el proceso tanto de evaluación diagnóstica como de intervención con carácter terapéutico por el hecho de que el tiempo es acotado, que no implica el tiempo del modelo psicoanalítico tradicional.” (Contino, 2015, p. 48)

El foco de atención está puesto en el sujeto y lo que le sucede, y esto orienta la estrategia terapéutica a seguir.

Tanto el psicoanálisis como la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado otorgan una gran importancia al encuadre. La habilidosa articulación del encuadre interno del terapeuta con el encuadre externo constituye el instrumento fundamental para llevar a cabo con éxito un tratamiento (Alizade, 2002, p. 1). El encuadre interno del terapeuta está compuesto por sus vivencias, su formación, su análisis personal y condiciones personales. Este conjunto de propiedades psíquicas son prioritarias en todo trabajo clínico psicoanalítico. (Alizade, 2002, p. 1).

El encuadre externo tiene que ver con ciertas características y límites dentro de los cuales se debe desarrollar el proceso terapéutico. Es definido como un conjunto de constantes que crean el marco para que pueda tener lugar el proceso psicoterapéutico. Estas condiciones aseguran el mínimo de interferencias a la tarea terapéutica, a la par que ofrecen el máximo de información que el terapeuta puede recibir (Zac, 1971, p. 464). Las constantes que se establecen como parte del encuadre son: los horarios de las sesiones, la frecuencia de sesiones semanales, los honorarios y el lugar de encuentro. Sí bien el encuadre es relativamente constante y se intenta mantenerlo, “no es estereotipado y fijo, sino que posee cierta regularidad funcional que tiene como consecuencia una estabilidad mínima necesaria para que se desarrolle el proceso analítico” (Zac, 1971, p. 467).

El encuadre en la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado se caracteriza por sesiones presenciales, sin el uso del diván, a diferencia del psicoanálisis. Después de una evaluación inicial que puede abarcar varias entrevistas, se establece el contrato terapéutico, donde terapeuta y paciente colaboran para determinar los objetivos del proceso. También se establece una fecha aproximada de finalización de las sesiones, en contraste con el psicoanálisis, que no establece un plazo para concluir el proceso. Además, se define la duración de cada sesión, que generalmente se extiende a aproximadamente una hora.

Freud ya planteaba en 1918/1979 que las diversas formas de enfermedad que se presentaban en esa época, y que continuaban en aumento, no podían ser tratadas mediante una única técnica, lo que implicaba una nueva responsabilidad por parte del analista (p. 161). En la actualidad, todavía se observan dos tipos de psicoanálisis. El Dr. Luis Hornstein, en su conferencia para la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica en mayo de 2001, hizo una distinción entre el “psicoanálisis de frontera” y el “psicoanálisis retraído”. Según Hornstein, el primero es un enfoque explorador que se aventura en nuevos territorios, a diferencia del segundo, que es un enfoque arrogante que considera que no tiene nada importante que aprender (p. 4).

A partir de esto, se puede considerar que existe un psicoanálisis más ortodoxo, en el sentido de que mantiene su enfoque original: atender a una minoría que puede costear una terapia psicoanalítica privada con tiempo ilimitado, describiéndolo metafóricamente como un “psicoanálisis de diván”. Por otro lado, existe un psicoanálisis que busca adaptarse a la realidad y a las demandas actuales, con el objetivo de hacerlo más accesible para un público más amplio y en un plazo determinado.

Los más analistas de los analistas, acostumbrados a las fronteras, como nunca ataron las prácticas a las teorías, pueden atender pacientes singulares con sus prácticas singulares, sea en el hospital, sea en el consultorio. Las incongruencias, las inconsistencias y hasta las “desviaciones” pueden ser saludables. (Hornstein, 2001, p. 7).

Denise Defey (2004) sostiene que los hospitales y centros barriales reciben a consultantes en crisis. Por lo tanto, es necesario adaptar y adecuar las herramientas para abordar eficazmente estas problemáticas y poder resolver este tipo de situaciones.

Las psicoterapias breves y focales surgen en los hospitales y en los centros barriales de asistencia. Esto no es y no puede ser casual. Es en estos ámbitos donde en un espacio físico relativamente acotado se despliega y transita toda una sociedad a lo largo del tiempo, y donde la diversidad y perentoriedad de las necesidades humanas se evidencian en su plenitud. (Defey, 2004, p. 20).

Varios profesionales han desarrollado metodologías para poder trabajar con estas problemáticas. Sifneos (1992) por ejemplo, desarrolla una metodología específica con el fin de promover una movilización en el paciente que garantice un trabajo efectivo en un período acotado de tiempo. Pero incluso antes de esta propuesta de Sifneos, Freud, ya en 1918 en el caso del Hombre de los Lobos, había decidido poner un límite de tiempo al tratamiento para potenciar los efectos terapéuticos.

Resolví... que el tratamiento debía terminar en cierto plazo, independientemente de cuán lejos se hubiera llegado. Estaba decidido a respetar ese plazo; el paciente terminó por creer en la seriedad de mi propósito... y el análisis brindó en un lapso incomparablemente breve todo el material que posibilitó la cancelación de sus síntomas (Freud, 1918/1979, p.13).

Lo que define y vuelve particular a la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado, es el cambio metapsicológico en el conflicto inconsciente, lo cual en general suele darse en función de un marco teórico psicoanalítico y sobre la base de una técnica claramente definida. “En efecto, la psicoterapia dinámica breve es una técnica que se muestra muy eficaz para desbloquear el inconsciente, rompiendo las duras resistencias al cambio que muestran muchos neuróticos.” (Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2001, “delimitación conceptual”, párr. 9).

Las psicoterapias dinámicas de objetivos y tiempo limitado tienen rasgos generales, es decir, se utilizan determinadas técnicas que las caracteriza, alguna de estas técnicas pueden ser por ejemplo: marcada actividad del terapeuta, presencia de elementos técnicos originales, actitud de esperanza y optimismo del terapeuta e interpretaciones tempranas de los fenómenos transferenciales. Sí bien estas técnicas no son propias del psicoanálisis la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado comparte las bases del mismo, respeta sus técnicas y utiliza muchas de ellas, como lo son la confrontación, la asociación libre, la aclaración y la interpretación. Sin embargo, el proceso terapéutico en psicoterapia psicodinámica busca acelerar los cambios en el paciente mediante el trabajo en los focos conflictivos centrales, confrontando de manera activa las resistencias y, en particular, los fenómenos transferenciales. Esto puede hacer que en algunas ocasiones se asemeje a un enfoque más conductual (Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2001).

A diferencia del psicoanalista clásico, que escucha mucho más de lo que interviene y limita sus intervenciones a pocas ocasiones, la actividad del terapeuta dinámico es notable y evidente. El psicoterapeuta dinámico trabaja de forma continua en resaltar los focos conflictivos acordados por el paciente y él (siempre con el entendimiento de que focalizar implica centrar la labor terapéutica en conflictos o síntomas específicos del paciente). Su objetivo es mantener la atención del paciente en estos focos, incluso llegando a dirigir las asociaciones libres hacia estas áreas específicas.

La intervención terapéutica en la psicoterapia psicodinámica como menciona Gabbard 2010 (citado en Rodríguez-Zafra y Gil, 2022):

se caracteriza por siete rasgos distintivos: presta especial atención al afecto y a la expresión de la emoción, explora los intentos de eludir algunos aspectos de la experiencia, trata de identificar temas y patrones de conducta y pensamiento recurrentes, concede importancia, explora y elabora las experiencias pasadas, da importancia al análisis de las relaciones interpersonales, tiene en consideración la relación terapéutica, y explora los deseos, sueños y fantasías del paciente (p.34).

En resumen, como mencionan Rutan y Stone 2001 (citado en Rodríguez-Zafra y Gil, 2022) el ámbito de trabajo de la psicoterapia psicodinámica es el análisis, comprensión y reequilibrio de las fuerzas intrapsíquicas, interpersonales y psicosociales. (p.30).

En Uruguay varios autores han escrito acerca de la adaptación de la técnica psicoanalítica a la atención en Servicios de Salud, entre ellos Doris Cwaigenbaum y Miguel Hoffnung. Ambos médicos psiquiatras y psicoterapeutas, en el año 2013 publicaron en la revista de

psicoterapia psicoanalítica sus primeras reflexiones en cuanto a las “Intervenciones psicoanalíticas en el marco del nuevo Programa Nacional de Salud Mental del Uruguay”.

Ellos plantean que adaptarse a esta modalidad de trabajo en Servicios de Salud, lleva a que haya que determinar cambios en la técnica, ya que son tratamientos acotados en el tiempo, en un ámbito institucional con un copago regido por el MSP. “Hay un tercero en el contrato, al cual no estamos acostumbrados en la práctica privada, la que hemos manejado toda la vida y con la cuál nos sentimos cómodos... Es más estamos hablando de usuarios y no de pacientes.” (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2013, p. 7)

Al definir a los pacientes como usuarios y que el pago de los honorarios quede en manos de la institución, esto muchas veces hace que no haya un deseo real de análisis y por ende no se puede realizar un proceso aún breve como estaba previsto. Los usuarios faltan frecuentemente y muchos abandonan luego de las primeras consultas. “También agregamos que al ser una institución de salud, mucha gente consulta por la urgencia, como se hace habitualmente en medicina, pero no tiene después real deseo de tratamiento a posteriori.” (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2013, p. 7) Por todo lo anterior es necesario seguir avanzando en el desarrollo del psicoanálisis, adaptando la técnica a las cambiantes demandas asistenciales, reformulando hipótesis y apelando permanentemente a la creatividad.

En el año 2015, Emiliano Escudero en su tesis “Papel emergente de la Psicología en Organizaciones Sanitarias en Uruguay” toma las palabras de Meurer y Aguiar (2011) ellos estudian la viabilidad de la práctica psicoanalítica en la salud pública y en particular a partir de la hegemonía de la medicina es estos espacios. Ellos plantean que la lógica del consumo imprime a las prácticas una exigencia de resolución rápida que no deja tiempo para “involucrarse con su malestar, buscar sus causas, la construcción de nuevas formas de lidiar con ello, asumir la responsabilidad.” (Meurer y Aguiar 2011 citado en Escudero, 2015, p. 12) Esto también lo mencionan Cwaigenbaum y Hoffnung y es algo que se repite en la mayoría de las investigaciones de esta temática. Sí bien entienden que el trabajo clínico del psicoanalista se ve atravesado por estos fenómenos, concluyen que “a pesar de las dificultades la clínica psicoanalítica es viable y oficia como resistencia a las lógicas del discurso hegemónico en las instituciones de salud” (Escudero, 2015, p.12)

Terapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado en el Hospital de Clínicas

El dispositivo de la práctica de graduación de consulta psicológica, desde el cual se abordan los procesos psicoterapéuticos, se apoya en el Manual de Diagnóstico Psicodinámico

Operacionalizado 2 (OPD-2). Este manual fue desarrollado en Alemania en 1990 con el propósito de ampliar la clasificación de trastornos psiquiátricos más allá de lo que ofrecen el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), los cuales se basan principalmente en descripciones sintomatológicas.

El objetivo del grupo de trabajo OPD es entonces ampliar las clasificaciones descriptivas orientadas a los síntomas a través de dimensiones psicodinámicas básicas. El diagnóstico psicodinámico multiaxial, se basa en cinco ejes diferentes: Eje I: Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento Eje II: Relación Eje III: Conflicto Eje IV: Estructura Eje V: Trastornos psíquicos y psicósomáticos. (Pérez et al., 2009, párr. 4).

El OPD-2 es una herramienta de diagnóstico que tiene en cuenta la estructura de la personalidad, las tensiones internas, los conflictos, los recursos positivos de las personas y sus competencias personales. Esto contrasta con los manuales de diagnóstico tradicionales, que se centran en un enfoque descriptivo y sintomático (Contino, 2015, p. 39). El OPD-2 permite identificar patrones relacionales disfuncionales, conflictos intrapsíquicos y condiciones estructurales del paciente. Si estos aspectos están relacionados con la sintomatología y las molestias del paciente, se pueden deducir los focos terapéuticos (OPD-2, 2008).

Como se mencionó anteriormente, antes de comenzar un proceso terapéutico, el paciente pasa por una primera instancia, conocida como la Entrevista de Recepción. En esta entrevista se realiza una evaluación clínica para determinar la necesidad de un proceso terapéutico. En caso de ser necesario, se evalúa qué tipo de proceso sería más adecuado en función de la problemática del paciente, su funcionamiento psíquico y los recursos psíquicos que posee.

Al inicio del proceso terapéutico, en la primera entrevista, se le presenta al paciente el encuadre. Esto implica discutir cómo serán las sesiones, incluyendo horarios, ubicación y duración aproximada del proceso. En el caso particular de la práctica, también se le informa al paciente que será atendido por una dupla de estudiantes que está a punto de finalizar su carrera. Se le explica que uno de los estudiantes será el terapeuta principal y el otro acompañará como observador participante.

La entrevista es común a todos los modelos teóricos, pero el mayor grado de libertad que se otorga al sujeto para hablar, es propio del modelo dinámico. Ésta es

entendida como relación, lenguaje de un lado y escucha del otro. En la interacción de ambas se construye el trabajo clínico. Desde un modo específico de escucha (atención flotante), se posibilita el análisis del lenguaje, la equivocación, el fallo, la repetición, así como el análisis del contenido. (Maganto y Ávila, 1999, p. 308).

Las primeras cuatro entrevistas son exploratorias y tienen un enfoque semiestructurado. Su objetivo principal es identificar aspectos relevantes del paciente para obtener una primera impresión de su situación. Durante estas entrevistas iniciales, recopilamos información necesaria que posteriormente permitirá realizar una Formulación Psicodinámica del Caso (FPC).

Una Formulación Clínica (o formulación del caso) es una explicación o conceptualización fundamentada teóricamente, de la información obtenida a partir de una evaluación clínica. En la práctica clínica, las formulaciones son usadas para comunicar una hipótesis y proveer el marco de trabajo para desarrollar el enfoque terapéutico más adecuado al paciente (Luborsky y Barrett, citado en Bernardi, 2014, p. 159).

La FPC debe ser precisa, concisa y centrada en objetivos específicos. “Perry et al. recomiendan que la FPC se concentre solo en la información esencial para el tratamiento, y proponen que no exceda las 500 a 750 palabras.” (Bernardi, 2014, p. 159). Esta formulación debe ser capaz de discernir lo fundamental de lo secundario y, al hacerlo, proporcionar una descripción resumida del caso que orientará la planificación terapéutica. La FPC sirve como punto de partida para identificar los focos claves a abordar en la terapia. Estos focos se definen en colaboración con el paciente, considerando tanto el motivo de consulta como los aspectos conflictivos que el terapeuta pueda percibir.

En estas entrevistas exploratorias, se investigará el motivo de consulta. Por ejemplo, se explorará si el paciente buscó ayuda inmediatamente después de la aparición de la sintomatología o si hubo una demora en su decisión de buscar tratamiento. Si hubo una demora, se indagará en lo que lo llevó a consultar en ese momento en particular. También se investigará si el paciente puede asociar el inicio de los síntomas con alguna situación específica.

La comunicación que hace el sujeto que consulta sobre su problema, padecimiento, sufrimiento, síntomas o trastorno, introduce lo que se denomina la dimensión subjetiva o percepción subjetiva del paciente. Esto es lo experimentado por el sujeto

que la padece y a veces puede distar de la visión que tiene el clínico que responde al pedido de ayuda (Bernardi, 2011. citado en Contino, 2015, p.18).

Cuando se investiga el motivo de consulta, se lo hace escuchando las asociaciones que el paciente establece en relación a éste. En este proceso, el terapeuta conecta estas asociaciones con la historia del paciente y se formulan hipótesis sobre la situación del sujeto, lo que permite la construcción de diferentes niveles diagnósticos.

Después de recopilar la información necesaria a través de las entrevistas exploratorias y haber determinado los focos a trabajar de manera conjunta, se presentarán estos focos al paciente. Si el paciente está de acuerdo, se comenzará a abordarlos en las siguientes entrevistas. Los focos se generan mediante la FPC en función de la evaluación del paciente en relación a los cinco ejes del OPD-2.

Los ejes son: I) Vivencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento, el acento está puesto más bien en los elementos vivenciales, las motivaciones y los recursos que posee y no tanto la evolución de la enfermedad.

Eje II) Relacional, le confiere cierto peso decisivo a la interacción de transferencia y contratransferencia, como se vincula con su entorno y con el terapeuta.

Eje III) Conflicto, tiene que ver con los conflictos internos determinantes para la vida. El OPD-2 distingue siete conflictos intrapsíquicos:

1. Individuación versus dependencia
2. Sumisión versus control
3. Deseo de protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)
4. Conflicto de autovaloración
5. Conflicto de culpa
6. Conflicto edípico
7. Conflicto de identidad.

Eje IV) Estructura, el concepto se refiere al self y sus relaciones con los objetos, es decir, a la disponibilidad de funciones psíquicas en la regulación del self y su relación con los objetos internos y externos. Se trata de las capacidades del sujeto. El OPD-2 distingue cuatro niveles de integración de la estructura (integración alta, mediana, baja y desintegrado).

El eje V) Trastornos psíquicos y psicosomáticos, incluye el diagnóstico fenomenológico descriptivo establecido en las clasificaciones preexistentes (CIE-10 Y DSM IV).

Todos los ejes permiten la determinación del foco. Estos finalmente corresponden a un perfil de los resultados de la evaluación del OPD, los cuales son, en parte, los

factores que causan y perpetúan el trastorno, desempeñando un papel fundamental en la psicodinámica de la enfermedad. (Cierpka et al., 2010, p. 227)

Cuando se habla de foco se hace referencia a un constructo teórico-técnico, que surge en la mente del terapeuta a partir de la interacción con el paciente luego de las primeras sesiones de tratamiento y podría formularse idealmente en términos de una interpretación esencial en la que debe basarse la terapia (Defey, et al., 1995, p. 28).

Es importante destacar que un paciente puede presentar varios aspectos a trabajar, y durante el proceso terapéutico, es posible que se produzcan cambios en los focos. Sin embargo, debido a la naturaleza de una intervención de tiempo limitado, estos focos deben ser seleccionados con antelación y abordados dentro del plazo establecido. En situaciones en las que se considere que estos pacientes necesitan una atención más prolongada, el equipo de trabajo y la docente supervisora pueden optar por realizar una interconsulta con un profesional pertinente, o derivar al paciente a instituciones que puedan abordar la problemática de manera más exhaustiva.

Poco antes de concluir el proceso terapéutico y tras haber trabajado en los focos previamente identificados, se realiza una evaluación. En esta evaluación, se considera cómo ha transcurrido el proceso, si se han cumplido los objetivos establecidos inicialmente y si aún hay áreas pendientes de trabajo. Después de analizar estas cuestiones, se planifica el siguiente paso para el paciente. Si se determina que el paciente aún necesita continuar trabajando en ciertos aspectos en terapia y muestra interés en hacerlo, se procederá a derivarlo a su centro de salud más cercano, siempre que haya psicólogos disponibles, con el propósito de mantener al paciente vinculado al sistema de salud. En caso de que se determine que el proceso psicoterapéutico ha llegado a su término, se comunicará esta decisión al paciente, y la intervención se dará por concluida al finalizar el proceso.

Al término del proceso psicoterapéutico, cada estudiante elaborará un informe psicológico para cada paciente al que haya atendido. Este informe se incorporará a la historia clínica del paciente. Como parte del cierre del proceso, se llevarán a cabo una o más entrevistas de devolución, en las cuales se comunicarán las conclusiones de manera oral o a través de un informe psicológico escrito.

En la práctica de graduación, siempre se opera bajo la premisa de que el usuario debe permanecer vinculado al sistema de salud una vez que el proceso termine. Por esto es fundamental conocer la zona de residencia del consultante para determinar a qué centro de salud de ASSE pertenece y, de esta manera, facilitar su derivación al centro de salud más

cercano. Esta derivación puede ser para continuar la intervención que se llevaba a cabo o para su remisión a otro especialista.

Reflexiones finales

Como reflexión final, considero importante señalar que este trabajo no tiene la intención de ser una crítica al psicoanálisis clásico, sino más bien una problematización de su relevancia en la época contemporánea. A lo largo de este trabajo, hemos observado cómo se ha adaptado y actualizado para mantenerse vigente en el contexto de diversas instituciones y enfoques terapéuticos. En la actualidad, la demanda de psicoterapia ha experimentado un notable crecimiento en comparación con décadas anteriores, lo cual debe ser tenido en cuenta tanto en el desarrollo de nuevos enfoques como en la planificación del futuro de la atención en salud mental en nuestro país.

Es fundamental que todo lo que provenga de la Universidad de la República en beneficio de la sociedad resulte en el máximo impacto positivo en su área de influencia, y que esto se logre a un costo menor en comparación con otras alternativas. Así lo expresó Arocena (2011) cuando declaró que la Udelar está "socialmente comprometida con los sectores más postergados". Dado que la Universidad está comprometida con los sectores sociales más desfavorecidos, resulta de suma importancia que, desde la Facultad, se consideren las necesidades específicas de estos sectores al brindar psicoterapia, garantizando la disponibilidad de psicoterapia gratuita y de calidad. Además, es crucial que las instituciones de Salud Pública también contemplen otras cuestiones que influyen en el acceso a la psicoterapia. Por ejemplo, en situaciones en las que los usuarios no puedan costear el boleto del autobús, la institución debería buscar soluciones para abordar este y otros problemas, como se hace en el HC, con el propósito de mantener a los usuarios vinculados al sistema de salud.

La psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado, basada en el psicoanálisis, representa un esfuerzo significativo por adaptarse a las demandas y necesidades cambiantes de la atención en salud mental en la actualidad. Según Defey (et al., 1995) esta terapia ha demostrado ser beneficiosa en varios aspectos:

Tiene mayor accesibilidad: La terapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado ha hecho que el tratamiento psicodinámico sea más accesible para un público más amplio. Esto permite que un mayor número de personas se beneficie de los principios fundamentales del psicoanálisis en un marco de tiempo más corto y con objetivos más específicos.

Es eficiente en la resolución de problemas: Al establecer objetivos claros y plazos definidos, esta forma de terapia permite a los pacientes abordar problemas específicos de manera más eficaz. Esto es particularmente valioso en situaciones donde se necesita una solución rápida y enfocada.

Cuenta con la Integración de enfoques contemporáneos: La psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado a menudo incorpora elementos de enfoques terapéuticos contemporáneos, lo que la hace más relevante y efectiva en el contexto actual de la salud mental.

Tiene un enfoque centrado en el paciente: es una terapia más centrada en el paciente, con objetivos específicos, permite una mayor colaboración entre el terapeuta y el paciente, lo que puede fortalecer la alianza terapéutica y el compromiso del paciente.

En resumen, la psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado es una respuesta inteligente a las demandas cambiantes de la atención de salud mental. A través de esta transformación, el psicoanálisis se mantiene relevante y se adapta a las necesidades de las personas que buscan un enfoque psicodinámico para abordar sus desafíos emocionales y psicológicos en el mundo actual.

Realizar este trabajo ha sido una experiencia enriquecedora que me ha permitido aproximarme a una problemática vigente y relevante para mi futuro como profesional de la psicología. A lo largo de este proceso, he aprendido acerca de la importancia de adaptarse constantemente a las cambiantes necesidades de la población y a las posibilidades que ofrecen las instituciones de salud. Este proceso de actualización debe mantenerse de manera constante en un ejercicio de reflexión crítica por parte de los profesionales que llevan a cabo prácticas de atención en salud mental, en beneficio tanto de los pacientes como del avance de la teoría psicoanalítica y de la disciplina psicológica en su conjunto.

Referencias

- Alizade, A. (2002). El rigor y el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96: 13 - 16. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/21669>
- Arocena, R. (2011). Una mirada al camino recorrido apuntando a redoblar esfuerzos, 2011. Hacia la reforma universitaria, fascículo 12. Montevideo: Rectorado, Universidad de la República.
https://www.cci.edu.uy/sites/default/files/Hacia%20la%20Reforma%20Universitaria%20Nro.%202014_0.pdf
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J., & Villalba, L. (2004). Guías clínicas para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 68(2), 99-146.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/18919>
- Bernardi, R. (2014). La formulación clínica del caso: su valor para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 78(2):157-172.
http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/05_TO_04.pdf
- Cierpka, M., Stasch, M., Grande, T., Schauenburg, H., de la Parra, G., & Rost, R. (2010). La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 4(1), 221-235.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/1892>
- Contino, S. (2015). Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario (Tesis de maestría). Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/5478>
- Contino, S. y Casal, P. (2021). Atención psicológica por telepsicología. Situación de emergencia social y sanitaria por COVID-19. En G. Etchebere, G. Loarche, C. Marotta, A. Granese y M. Zapata (Eds.), *Experiencias de los equipos de Extensión Universitaria de la Facultad de Psicología: En el marco de la situación de emergencia social y sanitaria ante la pandemia por COVID-19* (pp. 35-54). Extensión Universidad de la República.
https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2021-11/Experiencias%20de%20Extensi%C3%B3n%20de%20los%20Equipos%20de%20Facultad%20de%20Psicolog%C3%ADa%20en%20el%20marco%20de%20la%20emergencia%20social%20y%20sanitaria%20ante%20el%20COVID-19.pdf
- Cwaigenbaum, D., & Hoffnung, M. (2013). Intervenciones psicoanalíticas en el marco del nuevo Programa de Salud Mental del Uruguay: Primeras reflexiones. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 8(2), 37-50. AUDEPP.
<http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272013080204.pdf>

- Defey, D., Elizalde, J. y Rivera, J. (1995). *Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*. Montevideo: Roca viva.
- Defey, D., Montado, G., Navarro, R. y Rubin, E. (2004). *Psicoterapia psicoanalítica focalizada*. En D. Defey. *Vidas en crisis: La técnica de la psicoterapia focal psicoanalítica en vivo*. (pp. 20-47) Tomo 1. Educat.
- Escudero, E. (2015). *Papel emergente de la Psicología en Organizaciones Sanitarias en Uruguay: Estudio de las prácticas psicológicas en el mutualismo montevidiano a partir de las nuevas prestaciones en salud mental (Tesis de magíster en Psicología Social)*. Universidad de la República. (Uruguay). Facultad de Psicología.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7562/1/Escudero%2C%20Emiliano.pdf>
- Fernández Castrillo, B, Gerpe, M y Villalba, L (Coord.). (2010). *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/6315>
- Freud, S. (1979). De la historia de una neurosis infantil. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 17, pp. 151- 163). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1918).
https://docenti.unimc.it/amanda.salvioni/teaching/2020/22528/files/herramientas-para-el-analisis-de-los-textos-literarios/freud_lo-siniestro-vol.xvii-de-las-obras-completas
- Freud, S. (1998). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico y Sobre la iniciación del tratamiento*. En J. L. Etcheverry (Trad.). *Obras completas* (Vol. 12, pp. 107-120). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912).
<http://bibliopsi.org/docs/freud/12%20-%20Tomo%20XII.pdf>
- Ginés, A. (2010). *Programa de psicoterapia del hospital de clínicas a la psicoterapia en el sistema nacional integrado de salud*. En: Fernandez, B., Gerpe, C., Villalba, L. *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/6315>
- Grupo de Trabajo OPD (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD - 2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.
- Hornstein, L. (2001). *Desafíos de la terapia psicoanalítica*. Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica. Montevideo.
<http://www.luishornstein.com/conferencias.html>
- Kernberg, O. (1998). *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas*. Asociación Psicoanalítica del

Uruguay.

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Psicoterapias_de_apoyo.pdf

Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas. *Psicoanálisis APdeBA* - Vol. XXIII - N° 1 - 2001. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/03/012001kernberg.pdf>

Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *CES Psicología*, vol. 10, núm. 1, pp. 83-98. Universidad de Antioquia, Colombia. DOI: <https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.6>

Maganto, C., Ávila, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales. *Clínica y Salud*. vol. 10, n.º 3 - Págs. 287-330. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/50621.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (1986). Plan Nacional de Salud Mental. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2011). Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/bibliografia/msp-plan-de-implementacion-de-prestaciones-en-salud-mental>

Ministerio de Salud Pública. (2019). Ordenanza Ministerial N°1046 del 23 de agosto del 2019. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>

Ministerio de Salud Pública. (2019). Ordenanza Ministerial N°1488 del 07 de noviembre del 2019. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>

Ministerio de Salud Pública. (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf

Monné Vouno, M. (2019). El campo de la salud mental bajo autoritarismo (Uruguay 1973-1985). El simulacro de cierre del Hospital Vilardebó en 1983. [Avance de Tesis de Doctorado inédito]. <https://es.scribd.com/document/567599249/Mariana-Monne-Ponencia-Sobre-El-Hospital-Vilardebo>

- Pérez C, Francisca, Alvarado P, Luis, de la Parra C, Guillermo, y Dagnino R, Paula. (2009). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 271-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000400003>
- Rodríguez-Zafra, M. y Gil Escudero, G. (2022). Psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de grupo: Conceptos e intervenciones terapéuticas. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 27-40. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1118>
- Rydel, D., Dogmanas, D., Casal, P. e Hidalgo, L. (2022). El Psicólogo en el primer nivel de atención de salud: Desafíos para Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(1), 132-158. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v12.n1.6>
- Sánchez-Barranco Ruiz, A., y Sánchez-Barranco Vallejo, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (78), 7-25. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-5735200100020002&lng=es&tlng=es.
- Techera, A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez, L., Miniño, A., Sánchez, C. (2013). Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental. En N. de León (Coord.), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 13-24). Psicolibros Waslala. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud_mental_en-debate.pdf
- Uruguay. (1936, agosto 24). Ley N ° 9.581: Regulación de los establecimientos psiquiátricos. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>
- Uruguay. (1949, enero 17). Ley N ° 11.139. Patronato del Psicópata. Creación. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>
- Uruguay. (2017, setiembre 19). Ley N° 19.529. Ley de Salud Mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Zac, J. (1971). Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre. *Revista de Psicoanálisis*. 28(03), pp. 593-610. <https://es.scribd.com/document/670335789/Zac-Joel-Un-Enfoque-Metodologico-Del-Establecimiento-Del-Encuadre>