

Síntoma y demanda psicológica en el primer nivel de atención en la ciudad de La Plata

Nicolás Campodónico ¹

Resumen

Este trabajo tiene por objetivo analizar la demanda de atención psicológica en los Centros de Atención Primaria de Salud de la Municipalidad de La Plata y su relación con las estrategias terapéuticas. A partir del análisis, nos planteamos ciertos interrogantes acerca de las formas de presentación que el síntoma adquiere en la época contemporánea, lo que nos conduce a revisar las discusiones en el campo del Psicoanálisis sobre el estatuto de los llamados “nuevos síntomas”. El problema surge de una constatación empírica: el importante incremento de la demanda de atención psicológica en el ámbito público, tanto a nivel de los Centros de Salud municipales como en los servicios de Psicopatología y Salud Mental de las instituciones hospitalarias. A partir de la exégesis bibliográfica y del análisis de los casos clínicos se puntualizan los aspectos destacados que permiten poner de relieve la oferta de atención que contempla el carácter diversificado y no seleccionado de las consultas que pueden arribar al dispositivo. En este sentido, se analizarán algunas respuestas que el Psicoanálisis ha ofrecido en una extensión de su campo de acción que contempla las demandas sociales, preguntándonos, acerca de las torsiones necesarias para la instalación del dispositivo respetando los lineamientos de la institución pero sin abandonar la ética y fundamentos teórico-clínicos del Psicoanálisis. Sólo cuestionando y desplazando las generalizaciones, podremos ubicar la particularidad que la clínica psicoanalítica pone como condición de su práctica. Una práctica que debe conservar la pretensión de tomar cada caso como único

Palabras Clave: Psicoanálisis – Demanda Psicoterapéutica – Síntoma – Diagnóstico Diferencial.

The symptom and the psychological demand of first-level care in La Plata city

Abstract

This paper is aimed at studying the psychological demand in the primary health care centers of La Plata city hall and their relationship with the therapeutic strategies. Some questions about the introducing way of the symptom in this contemporary time have emerged and led us to review the discussion on the so-called “new symptoms” within the psychoanalytic field. Thus, a problem arises from an empirical finding: a notorious increase of the psychological demand in the public sphere both in the municipality health centers and the psychopathology and mental health offices of the hospitals. From the bibliographical exegesis and the case-histories analysis some issues on the care provision are pointed out as they involve unselected and diverse consultations. In this sense, some of the answers the psychoanalysis has offered to its social practice will be studied and thereby make us wonder on the necessary twists to set a device that regards the institution policies but keeping the ethics and theoretical-clinical grounds of the psychoanalysis itself. We can only situate the singularity that the psychoanalytic practice demands if we inquire on and displace the generalizations. A practice that should regard the history-case as unique.

Keywords: Psychoanalysis - Psychotherapeutic Demand - Symptom - Differential Diagnosis.

Introducción

Nuestro trabajo ha partido del reconocimiento sobre la consideración y también la importancia en la actualidad de la salud mental tanto a nivel de política pública como de las diferentes orientaciones teórico-

clínicas. Dicha temática, con el transcurrir del tiempo, se ha convertido en un campo de mucha reflexión y preocupación. Por este motivo, nos propusimos abordar un tema que no cuenta hasta la fecha con estudios sistemáticos en la ciudad de La Plata. Tomamos como instituciones de relevamiento para la

¹ Fac. de Psicología. Univ. Nacional de la Plata, Argentina. E-mail: nicolas_campodonico@hotmail.com

casuística a los Centros asistenciales de Salud Pública, apuntando a evaluar tanto la presentación sintomática como la especificidad de la demanda de tratamiento psicoterapéutico en las consultas de los pacientes en los servicios de salud dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la ciudad.

Los cambios en el enfoque de salud y la alta prevalencia de las consultas por los llamados trastornos mentales contribuyeron a introducir innovaciones en las políticas de salud mental y a la decisión de incorporar en los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) a profesionales no integrados con anterioridad, como los psicólogos. En consecuencia, de acuerdo con las normas ministeriales y según los diferentes planes de acción en torno a la salud mental existentes, los centros de salud de atención primaria deben poner en práctica acciones médicas y psicosociales orientadas a la atención de los problemas de salud mental. Estas acciones deben abarcar tanto actividades de psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, como de rehabilitación social y laboral, y deben estar orientadas a la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental. Estas acciones pueden estar a cargo de psicólogos o de otros profesionales del equipo de salud mental que trabajan en los servicios de APS. Siempre considerando que según la Ley de Salud Mental N°26657 (2011), el trabajo en este ámbito debe ser interdisciplinario.

En la ciudad de La Plata, según el plan de salud que presenta la Municipalidad dentro del marco de la Atención Primaria en la Salud (APS), como hemos planteado previamente se ofrecen un gran cantidad de dispositivos de atención, para brindar un servicio a aquellos que entrarían en la categoría social de “vulnerables”. Para ello no solamente se brinda asistencia psicológica, sino también se promueven diferentes programas y planes promocionales, todo ello de manera gratuita.

Es en este sentido que se nos plantea la cuestión: ¿de qué manera se relaciona la inserción del Psicoanálisis en las Instituciones de Salud con requisitos, lineamientos y características específicas? El alcance terapéutico del Psicoanálisis trasciende hoy las fronteras del consultorio privado para tomar su lugar en el campo de la salud mental, en instituciones públicas, en diferentes dispositivos de atención, en una amplia variedad de casos que aún cuando se alejen de los términos puros que pueden dar lugar a una entrada en análisis, pueden beneficiarse con el encuentro con un psicoanalista. Se

trataría para nosotros de preservar en el seno, de las instituciones y en diferentes espacios de intervención un espacio para la singularidad del sujeto. Llegados a este punto, la cuestión es la siguiente: ¿Cuál es el lugar del Psicoanálisis en este panorama que acabamos de esbozar? ¿Qué papel creemos que le corresponde al Psicoanálisis ante un problema social de actualidad como es el de la asistencia pública a la salud mental? Es así que se supone que el concepto mismo de “salud mental” se edifica sobre un conjunto multidisciplinario en el que el mismo Psicoanálisis tendría su lugar, junto a la psiquiatría, la psicología, la sociología, el trabajo social, la epidemiología y otras disciplinas.

Inmerso en esta época, el Psicoanálisis tiene que arreglárselas para sobrevivir como se plantea muchas veces desde el Psicoanálisis mismo de orientación lacaniana, y lo hace desde una posición que, inevitablemente, lo deja en los márgenes del paradigma, pues resiste y rechaza que su discurso vire hacia el de la ciencia, que como vimos excluye al sujeto. Sin embargo, debemos aclarar que ubicarse en los márgenes no equivale a ser marginal. También como hemos visto las instituciones de salud son lugares de inserción en los que se demanda nuestra presencia pero, a su vez, se nos imponen condiciones que van a contrapelo de la ética del Psicoanálisis de orientación freudo-lacaniana.

La práctica en la institución: análisis y reflexiones

Asistimos en la actualidad a importantes cambios en las presentaciones clínicas, tal como venimos planteando, que convocan a una rigurosa reflexión acerca de si se trata de las clásicas estructuras psicopatológicas planteadas por Freud (neurosis, psicosis y perversión) que adoptan renovados modos de presentación acordes con el imaginario social de los tiempos (caracterizado por la promoción de los objetos de goce que reemplazan a los ideales en eclipse), o si por el contrario nos enfrentamos a las “nuevas formas de síntomas”, como lo piensa Massimo Recalcati, al referirse a “aquellas posiciones subjetivas (anorexia, bulimia, adicción a las drogas, etc.) en las cuales falta o es deficitaria la articulación metafórica del síntoma”. (Recalcati, 2003, p.11)

En realidad aseveramos que los nuevos síntomas no son tan nuevos, no más de lo que lo era la histeria en los tiempos de Freud y Charcot. Lo que es nuevo es la etiqueta con que son clasificados,

y sobre todo la modalidad de demanda con la que son presentados. Desde aquí, creímos pertinente entonces interrogarnos por las coordenadas teóricas y clínicas que permitan el establecimiento de una caracterización de la presentación del síntoma a partir de una clínica diferencial en Psicoanálisis considerando la articulación entre la demanda y la oferta de la época en los dispositivos asistenciales. De esta manera, nos ha orientado el trabajo el interrogante acerca de las presentaciones sintomáticas, y la incidencia de lo social y lo cultural en la proliferación de las mismas en nuestra época. Es en este sentido que en el curso de lo trabajado nos ha resultado de especial interés analizar diferentes perspectivas que han abordado el problema de la articulación psicopatología-clínica y condicionamientos socio-culturales. Todas estas perspectivas teóricas encuentran su fundamento en el reconocimiento de nuevas condiciones que caracterizan el malestar de la cultura, y buscan dar respuestas para establecer tal articulación, algunas de ellas planteando un relativismo extremo, otras matizado, atendiendo a la diferenciación de la forma y el contenido de los síntomas, así como su inserción en las diferentes estructuras subjetivas. Por consiguiente, las nuevas condiciones históricas y culturales no pueden ser desconocidas en su condicionamiento de la presentación de los síntomas y las estrategias necesarias para su transformación. La elaboración de la casuística permitió darnos algunas respuestas sobre los problemas planteados así como el surgimiento de nuevos interrogantes con intenciones de dilucidarlos, centrándonos en el análisis caso por caso, con la posibilidad de arribar a una elaboración de conclusiones generales. Es preciso situar la inscripción del motivo de consulta actual en la historia del sujeto, así como también las condiciones en que los fenómenos que determinaron la consulta pueden ser subjetivados a partir de la misma.

En el período abordado para el trabajo de elaboración de la casuística, que se llevó a cabo entre 2011-2015, se han asistido rotativamente a los Centros de Salud Municipal de La Plata N° 9, 25 y 27, en donde se han seleccionado un número de consultas en cuanto a las admisiones realizadas y al seguimiento de tratamientos.

El análisis del perfil epidemiológico de la población que llegó a consulta psicológica en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de La Plata presenta características particulares que responden a condiciones demográficas, sociales, económica y

poblacionales propias de la distribución geográfica en que se encuentran dichos Centros. Se pudieron extraer algunos números representativos a modo de presentación, en cuanto al sexo, edad, la existencia de tratamientos psiquiátricos/psicológicos previos, origen de la demanda, diagnósticos presuntivos, entre otra información que facilitó nuestro análisis. Nos centraremos entonces en el análisis de los motivos de consulta, de la presentación inicial del padecer. Es decir, que partimos, teniendo en cuenta los tiempos lógicos de Lacan, del instante de ver, de la queja, el malestar. Así la formalización del motivo de consulta constituye el punto de partida en el tratamiento en el que delimitaremos por qué consulta así como también la coyuntura de inicio del padecer.

Como hemos mencionado previamente, en el año 2011-2015 trabajamos con un número total de 65 consultas en el área de salud mental en la admisión de los diferentes Centros de Salud asistidos para realizar las tareas. El grupo poblacional que consultó con mayor frecuencia se encuentra entre los 21 y 30 años (43,18%), seguido del grupo que tiene entre 31 y 40 años (26,15%). La población infanto-juvenil menor de 14 años que consulta es siempre derivada a otros servicios de salud mental especializados en dicha atención, por no presentar ni las condiciones materiales (juguetes, recursos lúdicos, etc.) ni especialidad profesional en los dispositivos que asistimos. (Ver figura I)

Por otro lado, otro dato significativo del análisis de la población según sexo expresa que el conjunto de consultas que posee mayor frecuencia de concurrencia es el de las mujeres con el 77% respecto de los hombres con el 23% (Ver figura II), situación que era esperable dada la prevalencia de consultas de mujeres en los Servicios de Salud Mental como pudimos encontrar en las diferentes estadísticas públicas.

Por otro lado, entre los sujetos que utilizan los servicios de salud por problemáticas subjetivas, el 90% no cuenta con cobertura de Obras Sociales o Empresas de Medicina Privada, situación que se corresponde en cuanto al nivel ocupacional, del que surgen datos interesantes referidos a la vulnerabilidad económica, ya que del total de sujetos el 48% no trabaja. Del total de la muestra solamente el 30% tiene trabajo estable, y un 15% no trabaja desde hace más de un año, signos que se manifiestan sea por el lado de una melancolización de la vida, centrada en la angustia, la inhibición y el estancamiento, o por el lado compulsivo y agresivo de

no saber qué hacer para cambiar su situación, buscando por todos los medios incesantemente y encontrando sin embargo diversas frustraciones. Entonces encontramos que muchos de los casos que hemos presenciado hay una estrecha asociación de problemáticas de Salud Mental con la pobreza y/o las condiciones socio-económicas que viven los sujetos que llegan a las consultas.

Figura I: Consultas según la edad

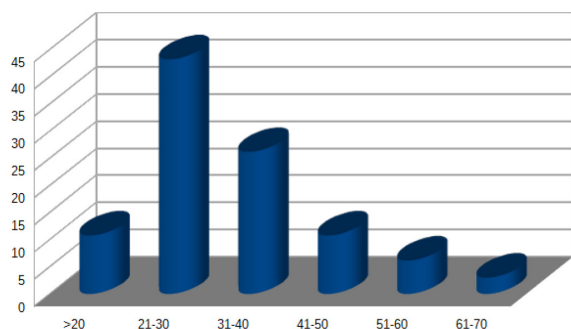
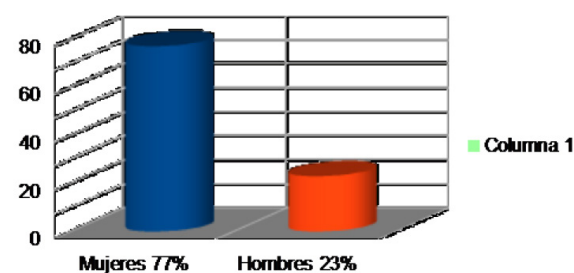


Figura II. Consultas según sexo.



Desde la Secretaría de Salud de la Municipalidad, los profesionales que actúan en los dispositivos han desarrollado en el 2011, un Protocolo de acción en el campo de salud mental en el primer nivel de atención. Los problemas que conducen a las consultas en salud mental, determina que en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de La Plata, según la CIE-10, prevalecen los siguientes diagnósticos:

- Trastornos de la ansiedad o neuróticos (43%). Código: F40-48.
- Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (12%)
- Trastornos del humor/afectivos o del estado de ánimo (10%). Código: F30-39
- Causas sociales y violencia (10%). Código: T73-74

Los problemas de salud mental toman diferentes

formas y características según las circunstancias. Algunas personas se sienten deprimidas. Otras se sienten angustiadas y temerosas. A otros les baja el apetito, o comen demasiado. Algunos dependen del alcohol y las drogas para adormecer sus sentimientos dolorosos, otros piensan en el suicidio e incluso tratan de cometerlo. Están quienes se sienten agresivos. Hay personas que han quedado traumadas por algunos eventos, contingentes o no, que marcaron su existencia, como por ejemplo un accidente, la muerte de un familiar o como lo fue a nivel masivo, la inundación de la ciudad de La Plata hace unos años, que dejó secuelas en muchos sujetos que han consultado como hemos podido ver en diversas demandas. Generalmente en estos casos, los temores suelen extenderse en el tiempo, o aparecer muy posteriormente al episodio sufrido sin que el sujeto pueda otorgarle un sentido. Muchas personas no podemos dejar de decir que también tienen más de uno de estos problemas al mismo tiempo.

Una categorización de los motivos manifiestos de consulta más frecuentes, nos indica que existe una primera dimensión que se refiere a la exploración de variables que se inscriben en el motivo de consulta manifiesto. Es decir, la presentación por parte del paciente de su padecimiento, lo que el paciente “nos dice” y esto lo hemos retomado las siguientes variables, no excluyentes entre sí:

- Demanda referida a problemática social.
- Demanda referida a problemática familiar.
- Demanda referida a problemática de pareja.
- Demanda referida a problemática con la sexualidad.
- Síntomas somáticos.

Los síntomas del paciente suelen ser claramente identificables dentro de los cuadros descriptos por la psiquiatría clásica o por los manuales diagnósticos. Se manifiestan como dolor, sufrimiento insoportable, como una señal de aquello que no anda en la vida. Habitualmente se presenta como una ruptura aguda, Freud lo llamaba quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría, algo ha roto el equilibrio en que se sostenía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares. La inhibición, mutismo y aislamiento o la impulsividad que puede conducirlos a actos desesperados suelen ser las modalidades de respuesta de algunos de los sujetos. En las modalidades actuales, el sufrimiento subjetivo se encuentra en correspondencia con un nuevo

régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica. A estos síntomas debemos agregar los informes sanitarios así como la experiencia cotidiana que demuestra que las patologías de consumo, las impulsiones, los trastornos de la alimentación se han convertido también en nuevas epidemias. Debemos resaltar algo importante aquí en relación a los modos actuales de presentaciones clínicas en las instituciones asistenciales, los cuales coinciden con la caracterización de la “Civilización del trauma”, tiempos de “la urgencia generalizada” o tiempos “del Otro que no existe” tal como Leonardo Gorostiza en el prólogo del libro *Clínica de la Urgencia* (2007, p. 9). Se trata de tiempos que muestran las consecuencias de la caída de los grandes relatos, de los ideales y de las tradiciones que antes daban cobijo a los sujetos; época de los sujetos desorientados, sin brújula también podemos agregar. Coincidimos con Sotelo (2008) cuando menciona que esto se manifiesta en una clínica muy precisa (hecha del trauma y de su correlato, la angustia) que bien podríamos llamar una “clínica del desamparo”.

Los diferentes fenómenos que caracterizan nuestra época, evidencian la inestabilidad, la rapidez de las mutaciones, la flexibilidad imprescindible para estar al paso con las nuevas formas de producción. En el ámbito sobre los llamados nuevos síntomas, a través de la casuística se presenta cada vez más con frecuencia un trastorno conocido en la clasificación psiquiátrica contemporánea como *Disturbio de Ataque de Pánico*. Aunque se podría decir que esta manifestación patológica no es nueva, ya que la descripción de Freud sobre las neurosis de angustia, incluía mucho de los rasgos diagnósticos destacados en la actual versión del algún manual psiquiátrico. En el pánico el velo se cae, produciendo la explosión repentina e incontenible de pánico que deja al sujeto preso de unos fenómenos corporales que en el manual de psiquiatría podemos encontrar claramente, y que nuestros pacientes en la casuística cuentan al pie de la letra: disnea, palpitaciones, taquicardia, temblores, sudores, sensación de ahogo, náusea, dolores abdominales, miedo a enloquecer, miedo a morir.

Se puede observar en la mayoría de las consultas una caída de ideales. Las problemáticas de pareja, es decir angustias, depresiones, etc., que se fechan o se relacionan con cambios en la situación de pareja, siendo una problemática que desde siempre ha llevado a consulta, la llamativa frecuencia con que tanto

hombres y mujeres refieren a ella en las admisiones (aproximadamente un 60 %) nos lleva a interrogarla desde la perspectiva del síntoma, en la relación con la época. Se trataron de presentaciones en relación a problemas en la formación de pareja; el malestar propio en la relación; el dolor por la separación; o incluso las dificultades de tomar decisiones entorno a la relación. Es así que por medio de la casuística hemos encontrado que la ruptura amorosa cuenta en muchas consultas en los CAPS, acompañados de problemas de decisión en cuanto a la pareja, violencias dentro de la pareja, celos desmedidos, problemas que al fin de cuentas generan otras dificultades en el lazo social. A partir de las evidencias en el discurso actual de la caída de los ideales de fidelidad, matrimonio, maternidad dentro del lazo conyugal; del binario masculinidad-feminidad, resultaría esperable encontrar las marcas de la época en estas formas de demanda. Sin embargo, la casuística que trabajamos indica que sigue haciendo síntoma con relación a esos “viejos” ideales.

Por otro lado, encontramos que en las hipótesis de aquello que resulta intolerable o molesto en la vida de aquel que consulta al servicio de salud mental, los sujetos ya arriban en muchas ocasiones con rasgos que definen su malestar y por lo tanto su presentación: tienen trastorno obsesivo compulsivo; tienen ataques de pánico; sufrieron un trauma en la infancia; lo que le sucede corresponde a la herencia familiar. Es decir llegan a la consulta con una pre interpretación de su malestar, sea otorgado por consultas o tratamientos previos, lo que han dicho personas de su entorno, o simplemente ideas que se han construido ellos mismos acerca de dónde viene eso que resulta disruptivo en este momento de su vida.

Sin embargo, sin importar la pre interpretación o la idea sobre su malestar en aquellos sujetos que decidieron consultar, encontramos que se trata porque se quebró algo que al sujeto le funcionaba hasta ese momento muchas veces es un momento de quiebre narcisista, de ruptura de la unidad, de conmoción de los ideales, momento donde se puede producir una vacilación referida a su fantasma, una división subjetiva. Hasta ese momento hubo algo que lo mantuvo con una realidad con la cual se manejaba, pero en algún momento por alguna contingencia se quiebran las soluciones subjetivas que funcionaron hasta aquel momento, y ahí es donde llegó a la consulta. Es el momento donde encontramos en el sujeto que llega al límite de decir “no puedo solo”, lo que nos resulta importante porque

de esta manera articula una demanda al Otro. Si bien encontramos muchos casos en donde es mandado por Otro, sea el juzgado, el colegio, etc., y llegan a buscar el certificado o constancia que les requieren, el espacio ofrecido resulta como una oportunidad de involucrarlo de otra manera.

Desde otro ángulo podemos ver que los problemas que conducen a las consultas en salud mental, determina que en los Centros de Salud se puede plantear una clasificación que obedece a criterios sintomatológicos que se cristalizan en torno a malestares en la civilización, es decir, a ciertas formas modernas de precariedad como la desinserción, la fobia social y la soledad que constituyen el origen del sufrimiento de los sujetos que consultan. Realizando un corte transversal en la variedad de los casos se pueden rescatar dos categorías de síntomas: los que revelan cierta inhibición, impedimento, incluyendo la angustia de los sujetos trabados que sufren de fobias sociales, que no pueden ir a trabajar, sujetos aislados o pegados a su familia. Mientras que por otro lado, la tendencia inversa le corresponde a sujetos desinhibidos, desbordados y aparentemente sin trabas. Distinción efectuada por Ehrenberg (2010) con respecto a los nuevos síntomas en relación al ideal de autonomía que se privilegia en la sociedad actual.

Sea del costado de las inhibiciones o del lado de los sujetos desbordados, encontramos constantemente en la casuística aquello que aparece bajo el sintagma de "desarraigo social", que Miller (2016) planteó, como aquella noción clínica que reúne rasgos esenciales del síntoma contemporáneo: empuje al goce sin límites, caos identificadorio, ausencia del padre (tanto real como simbólico), rechazo de la autoridad, dificultad extrema para establecer un lazo, una transferencia con un sujeto supuesto saber. Si la dificultad de establecer un lazo social se encuentra más en evidencia en los casos de psicosis, no se limita sólo a estos. En efecto, la instauración con carácter dominante del discurso capitalista en la actualidad implica una ruptura de los lazos sociales así como la caída de los grandes ideales cohesionantes y de los modelos identificadorios como hemos planteado en otro momento del trabajo. Este sintagma de "desarraigo social", nos resultó patente para construir, pensar e interpretar los casos presentados más abajo.

Lo que venimos diciendo nos lleva a interrogarnos por las nuevas modalidades del lazo, ya que sabemos cual es el estatuto del Otro en nuestra época y conocemos los estragos que por su inexistencia

dejaron marca en los sujetos y en la sociedad. La sociedad de consumo actual lleva a un empuje al aislamiento, cada uno con su gadget, que como hemos visto, encontramos sujetos en la casuística en donde su vida transcurre delante de una computadora, tienen un núcleo pequeño de amigos cibernéticos, se aíslan, y su problema es la inseguridad que padecen al momento de tener que mantener un lazo real con sus pares. Entonces, nos preguntamos qué posición tomar frente al empuje del uso de internet para generar lazos, los mensajes de texto para conocer amigos, parejas. Cada vez estamos ante la presencia que hay más gente que prefiere que todo quede pantalla a pantalla. Entonces, aún cuando no sea un motivo explícito de consulta, la soledad del sujeto contemporáneo se hace escuchar desde el primer momento en la consulta. ¿Las consultas en el siglo XXI son por padecer la soledad? ¿Cómo son las soledades actuales? Hay, pues, soledades muy distintas, en plural, diversas y singulares a la vez porque no se escucha a un sujeto que hable de su soledad igual a la de otro. En todo caso, podemos distinguir de entrada dos soledades. Hay una soledad con el Otro, de la que por ejemplo hablaba ya Winnicott en su clásico artículo "La capacidad para estar solo" (1958). Es una soledad con un Otro que él igualaba a la madre. Es incluso una soledad para el Otro. Y hay una soledad sin Otro, una soledad más radical de hecho, sin representación posible en el lugar del Otro. Es esta soledad la que encontramos especialmente cuando el sujeto se confronta con el goce femenino, ese goce sin representación significativa, más allá del falo. Es la soledad a la que se refiere Lacan, por ejemplo en su Seminario Aún, como una soledad de la que nada sabemos, una soledad que es "ruptura del saber". (Lacan, 1973, p. 145) Llega a decir incluso algo más enigmático todavía: es la soledad "que de una ruptura del ser deja huella". (Lacan, 1973, p. 145)

En este sentido, se puede mencionar la manera que desde el campo de la sociología el nuevo orden social dominado por la tecnocultura o tecnoestructura produce dos efectos: el primero, es que vivimos en un mundo de "incertidumbre fabricada", que penetra todos los ámbitos de la vida; y el segundo, coincidiendo con el anterior, es que como consecuencia del fin del orden tradicional patriarcal se da un fenómeno de expansión, que consiste en que las personas exigen más autonomía que en ninguna época anterior. (Belaga, 2007, p. 14-15) Asimismo, se puede ver que ambos fenómenos se pueden constatar en la clínica. Entonces, ¿cómo

se manifiestan en las consultas comprendidas en la casuística? La incertidumbre fabricada la podríamos encontrar en el relato en los pedidos de atención ligados a lo contingente, al acontecimiento, a la urgencia. Mientras que el otro hecho, se expresaría bajo las nominaciones identificatorias: “yo soy anoréxico”, “yo soy adicto”, etc., que aprovechan los significantes de la época para fijar al sujeto en un lugar establecido. En ambas situaciones, el que consulta se ve forzado necesariamente a pasar por el Otro en el recorrido de la cura, para llegar luego a su posición de goce, a una nueva identidad ligada a un modo-de-gozar enlazado a los valores del Otro social. Como hemos mencionado previamente, nos encontramos transitando la época caracterizada por el progresivo desvanecimiento del Otro. La inexistencia del Otro como mencionamos inaugura la época de los desengaños y la errancia, en donde parecería que el Otro ha pasado a ser solamente un semblante.

La gran mayoría de los pacientes concurrió a los CAPS por confianza en la institución y/o en los profesionales, así como por la cercanía de los dispositivos de atención con respecto a su domicilio. De ahí que nos resulta de interés resaltar la categoría que denominamos “origen de la demanda”, o sea la diferenciación de la demanda ya sea espontánea, de interconsulta, derivaciones médicas o indicación judicial. Sin embargo, es necesario precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y al contenido al que esta se presenta. Centrarnos en este condicionamiento y en las transformaciones que se pueden operar fue uno de los objetivos de la investigación. Además resulta importante subrayar (teniendo en cuenta que se trata de una demanda no seleccionada como se ha planteado y que el Centro de Salud pertenece al campo asistencial), los tipos de síntomas que llegan a la consulta, y su articulación con la demanda; la posibilidad del establecimiento de la transferencia analítica, y las posibles transformaciones del síntoma en el transcurso del tratamiento. Entonces hablamos del origen de la demanda en dos dimensiones:

1. *Consulta espontánea:* en esta categoría se ubican el tipo de consultas que llegan a la institución por decisión ya sea propia de los sujetos o aconsejados por familiares o amigos. Constatamos que sobre el total de las entrevistas realizadas, el porcentaje fue el 70,76% (46 casos). Lo que está en juego en este tipo de demandas es la búsqueda de una asistencia terapéutica que puede formularse en ocasiones con claridad como un pedido de

psicoterapia, en otros como de consejos u orientación, o finalmente como un tratamiento farmacológico. Nos resultó interesante detenernos especialmente aquí en el problema de la implicación subjetiva que acompaña la presentación del síntoma, así como de las respuestas a las intervenciones que pueden realizarse en el curso de la primera entrevista.

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

Derivación Interna o Interconsulta: este tipo de derivación consiste en el pedido de los profesionales de salud del Centro, ya sea el médico clínico, trabajadora social, ginecóloga, pediatra u obstetricia, quienes son los principales derivadores en los CAPS que se intervino. La derivación interna muestra un 21,53% (14 casos) con respecto al origen de la demanda que llega a consultar a los dispositivos asistenciales.

Derivación Externa: (7,69 % - 5 casos) esta derivación se caracteriza por provenir de diferentes instituciones:

A) Otras Instituciones de salud, como son hospitales de la zona u otros Centros de Salud que no cuentan con servicio de Psicología o en ciertas ocasiones derivados de esos dispositivos por no poseer disponibilidad en la agenda del profesional interviniente;

B) Secretaria de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de La Plata, que manifestó el criterio de derivación menos visto en la casuística, dado que no se atendía consultas infantiles donde se desarrolló la recolección de información para la misma.

C) Juzgado de familia, sub-categoría representada por los casos vistos y presenta la particularidad de que en realidad no existen ni motivación ni implicación subjetiva, sino que lo requerido es solamente el certificado de comienzo de tratamiento para así presentarlo ante quien corresponda, ya que se requiere intervención de un tratamiento psicológico de instituciones públicas en dichos casos.

D) Patronato de Liberados de La Plata, institución que coordina y ejecuta a través de sus dependencias, en todo el ámbito territorial de la Provincia de Buenos Aires, las políticas, planes y programas contemplados en la Ley de Ejecución Penal Bonaerense y/o los aprobados por el Ministerio de Justicia, destinados al control de las obligaciones impuestas judicialmente, al tratamiento en el medio libre y a la asistencia de los liberados ó tutelados, con el fin de contribuir al

mantenimiento de la paz social y a la disminución de la criminalidad y la reincidencia. A través de la situación en que se encuentran los sujetos que son derivados por dicho ente, se les requiere concurrir a una institución de salud pública para realizar un tratamiento psicológico, del cual deberán presentar certificado posteriormente.

Por otra parte, podemos decir que el área de atención psicológica presenta ciertas particularidades. En primer lugar, podemos decir que su formalización es menor que en el caso de las prácticas médicas. En efecto, en un movimiento aparentemente favorecido por las características del dispositivo psicoterapéutico, la discrecionalidad del profesional en cuanto a la admisión y tratamiento es mayor. Los dos lineamientos aceptados en esta dirección se vinculan con la duración del tratamiento (hasta seis meses, aunque están permitidas excepciones circunstanciales por cada profesional) y la derivación a otras instituciones (de acuerdo al criterio del psicólogo) de casos que requieran la intervención de otros profesionales de la salud (estados agudos y psicosis). Por otra parte, no existen requerimientos específicos a la confección de historias clínicas.

Otro aspecto de singular relevancia será la relación particular en relación a la temporalidad. Como mencionamos, resulta necesario para pensar la problemática de la relación entre el tiempo y la eficacia, estudiar un aspecto de la lógica de la intervención del analista. En este sentido, en la consulta está implicada la dimensión del tiempo. Si es urgente, para el modelo médico, requiere rápida intervención. En relación con esta cuestión, desde la intervención psicoanalítica se introducirá otra temporalidad, acorde a la lógica de los procesos inconscientes, con el fin de que el sujeto cambie la posición pasiva frente a sus síntomas. (Sotelo, 2012, p. 236)

Entonces, frente a la exigencia de respuestas rápidas y eficaces, de solución de restaurar el equilibrio perdido por el nuevo malestar, debemos pensar aquello que Lacan propone como una pausa que permita abrir un tiempo de comprender (Lacan, 1945, p. 47); es necesario que se introduzca una pausa para así decidir la particularidad del caso y la estrategia a seguir.

De la clínica freudiana del padre, la ley, la prohibición y la represión a la clínica contemporánea del Otro materno, de la sustancia, de la cosa, del goce; vemos que los cambios de la subjetividad de nuestra época están marcados por el pasaje del significante al goce, supresión de la dimensión de la falta, rechazo

del inconsciente, afirmación de una subjetividad sin vínculos, dispersa y a la deriva.

A partir de lo trabajado, vemos que en la actualidad se anulan las diferencias, se borran los límites. Ante esta realidad que se nos impone, nos preguntamos entonces: ¿cómo sostener anudados los tres registros, real, simbólico e imaginario, para que haya un sujeto? Y también, ¿son las patologías de la época una forma de anudamiento que permite decir “yo soy”, ante el taponamiento subjetivo, producto de la declinación del Nombre-del-Padre? Y sobre esta idea, ¿cómo intervenir desde el Psicoanálisis para evitar el estrago al que conduce esta forma precaria de anudamiento?

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

Conclusión

Como hemos mencionado previamente, partimos como tema para nuestro trabajo, analizar y explorar el origen de la demanda junto a la presentación del síntoma y su relación con las estrategias terapéuticas, particularmente con las intervenciones psicoanalíticas en los dispositivos asistenciales de la ciudad de La Plata. Para ello abordamos lo que consideramos para nosotros dos problemas principales:

1.- ¿Cuáles son los cambios en la envoltura formal del síntoma, así como la importancia de la presentación de los llamados “nuevos síntomas”?

2.- La extensión del Psicoanálisis en su práctica y los problemas que se le presentan al mismo para responder a la demanda social.

La salud mental es una preocupación moderna tal como la hemos planteado en el recorrido del trabajo. Intentamos remarcar que desde su fundación

el Psicoanálisis ha entrado en una completa tensión con conceptos como salud mental (concepto que Miller, entiende como “paz social”) y el modelo médico imperante. Por otro lado, hemos reconocido la importancia de algunos aspectos para sostener la distinción entre Psicoanálisis puro, Psicoanálisis aplicado y psicoterapia, lo cuales serían:

1. La psicoterapia no considera el goce. De acuerdo con esto, se elude el tema de la omnipotencia del otro, para preservar su consistencia, “mientras que lo característico de la posición analítica, que abre al Psicoanálisis propiamente dicho, sería, al admitir la cuestión del goce, no hacer consistir al Otro” (Miller, 2001). El analista rechaza la omnipotencia, pues su deseo es la abstención (lo que abre un más allá).

2. Lacan tampoco mencionó que la psicoterapia, es distinta del Psicoanálisis, en tanto se inscribe en el discurso del amo. Este discurso es conforme al inconsciente. Respecto de la psicoterapia, Miller (2001) sostiene que “el sujeto reclama una identificación que aguanta y sufre cuando esta vacila, cuando le falta. Lo que urge es restituirla”. En relación con esto, la psicoterapia se sostiene en los saberes de una época en la que debe ser productivo (y, en este caso, el producto es el objeto a). Miller señala entonces la psicoterapia privilegia la identificación al precio de arrinconar al fantasma.

3. El lugar que ocupa el sentido, también es algo distintivo de la psicoterapia. La psicoterapia especula sobre el sentido. En la trayectoria que hace Lacan al entrar al Psicoanálisis, primero el sentido es promovido, pero luego lo resitúa, lo relativiza y lo aminora. En su última enseñanza Lacan va a decir que el Psicoanálisis es fuera de sentido. El Psicoanálisis puro se concluiría con el pase. El Psicoanálisis aplicado es el que concierne al síntoma, aplicado al síntoma. La salida al Psicoanálisis aplicado podría ser la curación, pero este término es conflictivo en lo relativo al Psicoanálisis hemos visto. La distinción entre Psicoanálisis puro y aplicado responde a la diferencia que hay entre fantasma y síntoma. El síntoma podría curarse, aligerarse. El fantasma se debe atravesar. Lo que sostiene la distinción entre Psicoanálisis puro y aplicado es la creencia respecto de la oposición entre síntoma (aquello que se debe mejorar) y fantasma (aquello en lo que se puede obtener goce). Sin embargo, esta distinción se anula en la última enseñanza de Lacan, al introducir la noción de *sinthome* (Miller, 2001). “Que el Psicoanálisis sea una terapia justifica que participe en las problemáticas del siglo XXI en salud

mental; por lo tanto, justifica la hipótesis de la unidad de la *psyché*”, pero hay que deshacerse de esta hipótesis, continúa Laurent, porque “el Psicoanálisis no es una terapia de la *psyché* sino del sentido”. (Laurent, 2000, p. 49) Al permitir experimentar la falta en el ser, lleva necesariamente a buscar nuevos sentidos (para darles un nuevo uso), en lugar de encontrarlos en la identificación promovida por las psicoterapias que abordan el síntoma desde una causalidad.

En este sentido, la distinción de la que hablamos, nos lleva a poder dar cuenta, a partir de la experiencia misma, que los practicantes del Psicoanálisis nos encontramos efectivamente trabajando dentro de diferentes instituciones de salud, lo que muestra que el alcance terapéutico de nuestra práctica se encuentra trascendiendo hoy las fronteras del consultorio privado para tomar su lugar en el campo de la salud mental, en instituciones públicas y en diferentes dispositivos de atención. El Psicoanálisis constituye en la actualidad una oferta más en el mercado de la salud, ya que se lo habilita a formar parte del conjunto de tratamientos consagrados a la curación de los síntomas modernos. La cuestión que surgió y guió como pregunta es la siguiente: ¿Cuál es su lugar en este panorama que acabamos de esbozar? Como estamos planteando, vemos que el campo del Psicoanálisis se ha extendido, encontrando demandas que antes no nos llegaban, en dispositivos como son los Centros de Salud que responden a un modelo de salud asistencialista, enmarcado dentro de la llamada Atención Primaria de la Salud. Si bien se ha extendido la oferta y la demanda “psi”, nuestra experiencia nos ha enseñado, que muchos de los sujetos que llegan a la consulta al Centro de Salud, nada saben (o saben poco) sobre lo que implica “ir al psicólogo”; es más, muy pocos pueden decir algo sobre lo que implica ir al analista y a lo que dicha práctica concierne. Es en este sentido que resulta interesante pensar que nadie ingresa a la experiencia analítica si no se siente interpelado por el sinsentido. Hay, por lo tanto, una condición para la entrada al Psicoanálisis que es sentirse interpelado frente al acontecimiento, las contingencias de una vida y querer tener alguna relación al saber, decidir saber algo más, eso quiere decir ir más allá de las formas aparentes. (Belaga, 2015) Lo que en muchos de los casos que nos llegaron a los Centros de Salud, no se encuentra esta relación con el saber.

Una variedad en los orígenes de la demanda es lo que pudimos ver en los casos seleccionados para el presente trabajo. Por otra parte, otro tema importante

es lo concerniente a la variable del tiempo en donde la atención brindada debiera ser por el plazo institucional establecido de un máximo de 6 meses o 24 sesiones de 15 a 50 minutos cada una, según los criterios del profesional actuante. En algún punto entonces nos preguntamos ¿Cómo hacer funcionar el Psicoanálisis y cómo entender qué sucede cuando el marco de aplicación impone una duración preestablecida para la atención? Cuando pensamos en las instituciones públicas (en nuestro caso los Centros de Salud de Atención Primaria de nuestra ciudad) debemos estar atentos a la exigencia de trabajar en espacios conceptuales múltiples y forzarnos a distinguir niveles en nuestras intervenciones. Específicamente la institución de salud se instala como un dispositivo de intervención desde un campo de saber que responde al lazo social que resulta de lo que Lacan ha llamado el discurso del amo. Está habitada por reglas de consistencias heterogéneas, mixtura discursiva y extradiscursiva que cumple un papel en la funcionalidad social y se sostiene en mandatos que son del campo de la ciencia, en un entrecruzamiento con perspectivas sociológicas y epidemiológicas en la que la patología es abordada en función de los factores de riesgo en un enfoque bio-psico-social, en la que pierde su importancia la noción de causa. Sin embargo lo que pudimos constatar durante la experiencia es que si bien esto se encuentra reglamentado en dicho protocolo municipal, no hay restricciones ni físicas ni burocráticas sino que el campo de intervención y atención resulta flexible en el campo limitado de la asistencia municipal. En cambio, si bien encontramos libertad de acción e intervención, en cambio la formación y supervisión de los casos no cuenta con un espacio ni en la institución sanitaria ni en algún espacio correspondiente a la Secretaría de Salud del municipio. En nuestro trabajo de investigación contamos con asesoramiento académico y clínico exterior a la institución de atención clínica.

Por otro lado, reconocemos que desde el modelo en el que se inserta la atención clínica en los dispositivos de salud, nos parece importante subrayar que los criterios de admisión que se sostienen desde la institución priorizan la atención a la población vulnerable o de escasos recursos económicos, sin cobertura de obras sociales, lo que responde al criterio

de “salud para todos” que preconiza la Atención Primaria de Salud, modelo desde el cual se sostienen los Centros de Atención Primaria. En el caso particular de la admisión, este dispositivo como instrumento institucional funciona gestionando las entradas al servicio en consonancia a evaluar, clasificar y decidir la derivación conveniente para el logro de efectos supresores del malestar. Sin embargo, los resultados terapéuticos rápidos que a menudo se observan en la práctica analítica no constituyen el propósito del acto del analista. No obstante estimamos que el Psicoanálisis lacaniano no reniega de ellos, y por el contrario los convierte en puntos de apoyo, cuando esto se hace posible, para la experiencia analítica. Ello implica explicarlos, establecer su lógica y su significación, hecho que por lo demás permite interrogar la época, es decir, una época que exige procedimientos automatizables y eficaces. Sin embargo, en tanto el Psicoanálisis no es una práctica que hace de la eficacia terapéutica su objetivo ni inmediato ni único para su ejercicio, hemos planteado la necesaria distinción de lo siguiente: qué define una perspectiva terapéutica en un análisis, qué puede hacerla incluso necesaria en ciertos casos y bajo qué premisas, o también cuándo es un obstáculo para el análisis mismo. Intentamos mostrar que el Psicoanálisis no hace de la transferencia un agente terapéutico, como sí lo hacen diversas formas de psicoterapias.

Dentro de las patologías de la época, las nuevas patologías, los nuevos síntomas, quien acude a la consulta demanda la solución que sea capaz de aliviarlo de su sufrimiento, y es ahí que el analista podemos pensar que puede servirse de este lugar y utilizar el pedido manifiesto para generar un efecto placebo, pero sin olvidar que lo hace en tanto Otro que entiende el sinsentido, proveyendo un saber que también obra. Transformar un saber sin sujeto es un sujeto sintomatizado, será el resultado terapéutico del Psicoanálisis, teniendo en cuenta que el síntoma es el efecto de lo simbólico en lo real, que ordena haciendo borde a ese real que angustia o inhibe y empuja a la sustancia o al vacío en detrimento del fármaco que alivia, sin saber de lo que causa. En otras palabras, hacer pasar del nombre de goce a servirse de los nombres del padre, para saber hacer con su goce.

Referencias

- Belaga, G. (2007). *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Belaga, G. (2015). *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Buenos Aires. Grama Ediciones.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise. Le mental et le social*. Paris: Editorial Odile Jacob
- Lacan, J. (1945/2012). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. En *Escritos 1*. 193 - 208. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1973/2008). Redondeles de cuerda. En *Aún, El Seminario XX*. 143-164. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Ley N° 26657. Ley Nacional Argentina de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2011.
- Miller, J. A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. En *La orientación lacaniana*. Vol. 3, N° 3.
- Miller, J. A (2016). *Desarraigados*. Buenos Aires: Paidós.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío*. España: Síntesis.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JVE Editores.
- Sotelo, I. (2012). *Aportes del Psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas*. (Disertación Doctoral, Universidad de Buenos Aires, 2012). Facultad de Psicología, UBA.

Fecha de recepción: 25/04/2017

Fecha de aceptación: 13/01/2018