

Intervenciones psicoanalíticas en el marco del nuevo Programa Nacional de Salud Mental del Uruguay. Primeras reflexiones

Doris Cwaigenbaum | Miguel Hoffnung



DORIS CWAIGENBAUM

Médica psiquiatra de niños y adolescentes
Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud
Miembro habilitante de AUDEPP
dorishoff@adinet.com.uy

MIGUEL HOFFNUNG

Médico psiquiatra
Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud
Miembro habilitante de AUDEPP
mhoffnung@adinet.com.uy

RESUMEN

Uruguay está viviendo la Reforma de la Salud más importante de las últimas décadas. Esta fue iniciada en el período de gobierno anterior y a partir del 1º de septiembre del 2011 se reformuló el Plan Nacional de Salud Mental.

Por primera vez las psicoterapias y las intervenciones psicoterapéuticas se incluyen como prestaciones obligatorias tanto en el sistema público como privado.

Los principios rectores de este plan, procuran asegurar en forma universal y equitativa estas prestaciones a fin de responder a las necesidades de salud de la población. A un año del comienzo de la implementación de este plan, desde nuestra óptica de psicoterapeutas psicoanalíticos y como referentes de salud mental de una Institución de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo, queremos compartir con ustedes nuestras primeras impresiones.

Palabras clave: salud mental, prestaciones de psicoterapia, intervenciones psicoterapéuticas.

ABSTRACT

Uruguay is experiencing its most significant health reform in decades, a process initiated during the previous government. The redesigned National Mental Health Plan was put into operation on 1 September 2011.

For the first time, psychotherapy and psychotherapeutic interventions have been included as services that must be provided on demand in both the public and the private systems.

In keeping with its guiding principles, the plan attempts to ensure that these services are provided universally and equitably in order to respond to the health needs of the population.

A year after the plan was launched, we wish to share our first impressions, from our perspective as psychoanalytical psychotherapists and mental health specialists in a collective medical care institution in Montevideo.

Key words: mental health, psychotherapy services, psychotherapeutic interventions



Uruguay está viviendo la Reforma de la Salud más importante de las últimas décadas. Esta reforma, con el nombre de Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) fue iniciada en el año 2005, tomando verdadero cuerpo en el 2007.¹

El Ministerio de Salud Pública lleva adelante esta reestructura y aspira a que los Programas de Salud se constituyan en herramientas de transformación sanitaria.

Los principios rectores de esta reforma, procuran asegurar en forma universal y equitativa, diferentes prestaciones a fin de responder a las necesidades de salud de la población.

La idea princeps es que los recursos sean accesibles y que la población usuaria pueda acceder de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad económica, tendiendo a salvar así las diferencias injustas y evitables.

En ese contexto de reforma, en este período de gobierno, se planteó el paso de integrar los abordajes psicoterapéuticos a los Servicios de Salud, generando así un verdadero cambio de modelo.

Se tomaron datos epidemiológicos que evidencian que, una de cuatro personas, padece uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida y que los sistemas de salud y la sociedad en general, no estaba dando las respuestas adecuadas a esta situación.

El Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) (2011) pretende entonces desarrollar áreas de prevención y promoción de la salud mental, a fin de vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales. Apunta a la detección precoz de las patologías y pone énfasis en la rehabilitación de los enfermos mentales intentando integrarlos al medio familiar y social, en contraposición, con el modelo de discriminación y aislamiento.

Se priorizó entonces la atención en salud mental incorporando por primera vez prestaciones de psicoterapia e intervenciones psicosociales de carácter obligatorio y con copagos bajos, a nivel nacional, tanto en los prestadores públicos como privados.

Anhelo largamente acariciado por diferentes sectores de la población (sociedades científicas, gremiales, Universidad de la República, familiares de pacientes con padecimientos mentales, terapeutas, otros), quiénes ya venían pensando y reuniéndose en diferentes instancias, desde 1986.

Numerosos compañeros de AUDEPP, desde distintas inserciones formaron parte de comisiones asesoras del plan, aportando experiencias de trabajo y reflexiones que se venían elaborando en torno al tema de las psicoterapias en jornadas y congresos de la Institución

1 Este trabajo fue presentado en el VII Congreso FLAPPSIP, Hacia un Psicoanálisis Latinoamericano, Abuso-Dolor-Denuncia, Clínica ante la Indignación, Santiago de Chile, 24, 25 y 26 de mayo de 2013.

(Recordamos, el 2.º Congreso: Intervenciones Psicoanalíticas, el 4º: Desafíos a la Psicoterapia, Jornadas como «Más allá del consultorio» entre otras).

Esto se sumó a lo trabajado desde hace años por otros colegas, a experiencias de psicoterapia en diferentes ámbitos públicos (universitario) y privados que resultaron insumos muy valiosos, a la hora de elaborar el programa.

Celebramos el hecho de que desde el órgano rector de la salud de nuestro país se tomara en cuenta el concepto de salud mental como inseparable de la salud integral, hecho determinante para que las prestaciones de psicoterapia, en su amplio abanico de recursos, se incluyeran dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

A su vez otro hecho determinante fue el comprender a la enfermedad, no como fenómeno individual, sino directamente vinculado con el entorno familiar y social lo que llevó a incorporar diversos abordajes que incluyen a la familia del paciente, hecho primordial en la atención y la rehabilitación de numerosas patologías.

El Programa priorizó en una primera etapa aquellas poblaciones consideradas más vulnerables. Estas fueron niños y adolescentes hasta 25 años, pacientes que hayan realizado un intento de autoeliminación en el último tiempo, personas que hayan padecido la muerte repentina de algún familiar, embarazadas y puérperas, madres deprimidas en el primer año de vida del hijo, personas sometidas a violencia presente y pasada, pacientes con trastornos psicóticos y sus familiares, niños con trastornos del espectro autista y sus familiares, pacientes que consumen pasta base de cocaína y sus familias, docentes y personal de la salud (por su rol de promotores y transmisores de salud) que consultan por problemas personales y/o laborales.

En líneas generales los abordajes apuntan a promover cambios, buscando aliviar el sufrimiento e intentando favorecer el desarrollo de la persona y sus vínculos. Se ofrece una amplia gama de modalidades psicoterapéuticas basadas en la relación profesional y humana de uno o varios técnicos con uno o más usuarios, utilizando determinados conocimientos sobre el psiquismo y echando mano a distintas herramientas técnicas. Se privilegia también el trabajo multidisciplinario (Bernardi, 2004).

Sucintamente diremos que el Programa plantea tres Modos de abordaje denominados Modo 1, 2 y 3, que en líneas generales podríamos equiparar al Modo 1 con *acciones de prevención y promoción* (son grupos abiertos con 2 coordinadores, hasta 16 sesiones), el Modo 2 con *tratamiento* (psicoterapia de 24 sesiones en niños, 48 en adultos) y el Modo 3 con *rehabilitación* (psicoterapia de 48 sesiones).

Las prestaciones pueden ser individuales, grupales, de pareja o familia según la indicación.

Los copagos son diferenciales, gratuito para el Modo 1, con un costo mayor para el Modo 2 y menores para el Modo 3.

Cada prestador de salud tiene que tener un Comité de Recepción, que evalúa a los pacientes y su demanda y en plazos establecidos ve a los usuarios y deriva de acuerdo a su criterio. Los integrantes tienen que ser Psiquiatras o Psicólogos, Trabajadores Sociales con probada formación y experiencia para realizar esta tarea en una entrevista única.

En cuanto a los técnicos que brindan la asistencia psicoterapéutica, el plan determina que el 70% debe ser médico psiquiatra, o psicólogo y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años y con experiencia en psicoterapia y se admite un 30% de técnicos con experiencia en psicoterapia pero sin formación específica completa.

Los usuarios, y esto es algo novedoso —en una salud hasta ahora totalmente medicalizada—, pueden solicitar por propia voluntad la atención psicoterapéutica.

En el caso del Modo 1 esta será brindada a través de dispositivos grupales previa entrevista con el Coordinador del grupo, y el Modo 2 y 3 deben pasar por el Comité de Recepción.

Todos los meses cada institución prestadora debe informar al programa, cantidad de pacientes en atención, edad y sexo, cantidad de sesiones a las que asistieron, el tipo de atención que recibe: individual o grupal, etcétera. Esto permitirá un monitoreo para evaluar el funcionamiento inicial del plan que ha comenzado no hace mucho tiempo (septiembre 2011) y con numerosas dificultades de implementación.

Piensen por ejemplo que terapeutas formados para trabajar con grupos en el Interior del Uruguay, hay pocos. O que en lugares pequeños hay un solo psiquiatra; que debe cumplir todos los roles.

Es a raíz de esto que el Programa plantea el tema de la complementación público privada, interinstitucional, como otra de las metas a lograr.

El lugar de las técnicas psicoanalíticas en el PNSM

Como se podrá entender de la somera descripción anterior, existe un gran abanico de prestaciones que pueden ser ofrecidas a los usuarios de acuerdo a la decisión que tome cada institución prestadora. Esto seguramente varía de acuerdo a la formación teórica y personal de los que están a la cabeza del PNSM en cada institución, de factores económicos, muy trascendentes en el área de la salud, de contactos y conocimientos personales. Seguramente también, como decíamos antes, de los recursos disponibles reales en cada localidad.

Nosotros estamos trabajando en Montevideo, en una Institución de Asistencia Médica Colectiva que es prestadora del SNIS y cuenta aproximadamente con 60.000 socios, la mayoría de ellos a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que es el financiador a través del sistema de previsión social.

En su mayoría, se trata de usuarios de recursos económicos limitados, que acceden a la salud a través de este sistema. Esto está determinado por la zona en que está inserta la institución y porque sus copagos son de los más bajos de las instituciones de salud de Montevideo.

Hace muchos años que nos desempeñamos allí como psiquiatras y fuimos nombrados para ser referentes del PNSM y coordinar las prestaciones del programa. Si bien contamos con recursos psicoterapéuticos de diferentes líneas teóricas, las terapias psicoanalíticas son las mayoritarias, tanto para el trabajo grupal como fundamentalmente para los tratamientos individuales. Esto por supuesto tiene que ver con nuestra formación como psicoterapeutas psicoanalíticos, con nuestro interés histórico de incorporar estas prestaciones al régimen mutual y con el arraigo de esta técnica en nuestro país.

A modo de ejemplo, tenemos un grupo (ya hace muchos años, preexistiendo a este Programa) de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y familias, teníamos también psicoterapias breves de 14 sesiones. Tenemos ahora en funcionamiento Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar para pacientes graves y para usuarios con muerte repentina de un familiar (técnicos formados con García Badaracco en Buenos Aires), tenemos grupos de psicodrama psicoanalítico para niños y adolescentes, etcétera.

Todo esto con psicoterapeutas, mayormente psicólogos y algunos psiquiatras, que han trabajado en diferentes ámbitos y han hecho experiencia, que ahora hay que poder aplicar a este nuevo diseño de prestaciones.

Adaptarnos a esta modalidad de trabajo lleva a que haya que determinar cambios en la técnica, ya que son tratamientos acotados en el tiempo, de una vez por semana, 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 (y a veces muy incómodos). Es más estamos hablando de usuarios y no de pacientes.

Esta definición implica que el paciente siente que tiene un derecho, que puede reclamar, que el pago de los honorarios queda en manos de un intermediario (la institución), que el deseo real de análisis muchas veces no tenga la fuerza necesaria como para poder hacer un proceso aun breve como está previsto. Algo de esto seguramente opera en que las faltas sean frecuentes, los abandonos después de las primeras consultas (sobre todo en adultos). 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.

Obviamente entonces la o las transferencias con el terapeuta y con la institución juegan un papel distinto al que estamos acostumbrados

en la práctica privada. De hecho algunas veces el consultorio está dentro de la propia institución de salud y otras veces en el consultorio del propio terapeuta, esto de acuerdo a la modalidad de contratación que la institución haya acordado con sus técnicos.

Trabajar insertos en instituciones con fines asistenciales que normativizan, que pautan funciones, espacios y tiempos, nos impone entre otras cosas tomar en cuenta como decíamos, aspectos como el despliegue de las múltiples transferencias que hace el paciente hacia los distintos actores, incluso hacia la propia institución.

E. Galende (1991) desarrolló conceptos que nos fueron de utilidad para pensar estos aspectos, él señala que

la institución a su vez emerge como una fuerza instituyente de una relación que muchas veces hace obstáculo a la relación con el terapeuta. La transferencia a la institución es previa y suele permanecer como telón de fondo a lo largo del tratamiento. Hay una relación regresiva que puede manifestarse como demandas despóticas de cuidados y atenciones o sometimiento. Esto también influye en la imagen que el médico adquiere en la fantasía para el paciente.

Sabemos que la transferencia en todo análisis tiene una dimensión de repetición en cuanto reactualiza en la relación con el analista, algo de los vínculos primarios. La transferencia a la institución busca repetir de modo compulsivo el vínculo simbiótico materno sostenido en el yo ideal. Esta dimensión aparece en la relación con el médico en el acto sometimiento/cuidado. El terapeuta a su vez puede depositar en la institución sus propias demandas regresivas de protección y cuidados. El terapeuta puede protegerse de la transferencia del paciente con la institución y generarse un juego de defensas y resistencia.

Pero también se pueden desplegar transferencias idealizadas hacia la institución y esto jugar un papel en la relación terapeuta paciente.

Todo lo antedicho avala la premisa de que debemos adaptar la técnica a estas nuevas realidades asistenciales y más aún a reformular algunas hipótesis con el afán de intentar proteger en lo posible del dolor y de la enfermedad a nuestros pacientes.

El trabajo en grupo

Consideramos que el dispositivo grupal es una herramienta de gran utilidad que nos permite asistir a un mayor número de pacientes en menor tiempo, optimizando los recursos disponibles.

El trabajo de los grupos facilita la circulación de la palabra, la expresión de los conflictos, favorece la interacción y el intercambio. Propicia en ocasiones una nueva visión de los acontecimientos a partir de lo aportado por los otros miembros para generar nuevas alternativas, favorece las capacidades de afrontamiento. Se generan lazos de solidaridad (Groshaus, 2002).

El grupo muchas veces sirve de sostén en situaciones de vulnerabilidad. La participación en el grupo como psicoterapeutas permite ampliar la capacidad de escucha y comprensión entre los propios miembros del grupo. Estos conceptos fueron ampliamente desarrollados con las compañeras R. Oyenard y S. Barrios (2006) desde nuestra experiencia con grupos de niños y familias con cáncer.

Coincidimos con R. Kaës (1979) que «La copresencia de varias voces, cumple una función en el trabajo de la intersubjetividad en las experiencias traumáticas compartidas...» que «... el proceso asociativo grupal aportaría enunciados que permitirían pensar lo que había permanecido impensable. Por efecto del *après-coup*, las significaciones son transformadas en sentido».

Entendemos que se debe hacer hincapié en la formación en el trabajo con grupos ya que el Modo I se sostiene en base a intervenciones psicoterapéuticas en el marco del trabajo grupal, técnica poco desarrollada en los últimos tiempos en nuestro medio, a la que se le suma la dificultad de los pacientes de aceptar este abordaje que les resulta desconocido y un tanto extraño. Es que después de un apogeo en los años sesenta, y golpe de Estado mediante, hubo una disminución considerable de la formación y el prestigio del trabajo en grupo en nuestro país y no hay actualmente una difusión social positiva que permita más fluidez para aceptar estos encares.

Implementación del Programa

A la hora de organizar e implementar las diferentes prestaciones del Programa entendimos, desde nuestro lugar de referentes, la importancia de tomar en cuenta y conciliar cuatro niveles de necesidades, que a su vez, son interdependientes entre si.

- A) La población objetivo.
- B) El papel del Estado a través del Ministerio de Economía y del MSP como órgano rector de Salud.
- C) Las instituciones de salud públicas (Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE) y privadas (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, IAMC) quiénes deben llevar a cabo estas prestaciones.
- D) Los técnicos, en este caso psicoterapeutas, de muy distinto origen y formación.

Nos vamos a referir brevemente a cada uno de estos niveles.

A) La población objetivo, ya mencionada anteriormente, fue designada por el MSP de acuerdo a sus criterios, siendo el poseedor de todas las herramientas políticas y estadísticas que le permitieron definir estas poblaciones.

Se eligieron las poblaciones consideradas más vulnerables y a los agentes transmisores de salud (docentes de todos los niveles, perso-

nal de la salud). Era absolutamente necesario acotar las prestaciones en esta primera instancia, pues en la práctica es imposible atender a todo el mundo en un breve plazo y todos comprendemos que, tal cual se planteó, esto es una primera etapa del Plan.

Pero... eso no fue para nada claramente explicitado a la población en general, lo cual ha determinado una demanda, quizás genuina, pero imposible de satisfacer, con el malestar que eso genera y la saturación de los nuevos servicios, recién en creación.

Esto incluye que nos hemos encontrado con todas las vicisitudes que se puedan imaginar: desde el «llame ya», y «quiero solución hoy», la pretensión de gratuidad absoluta, el ir a una consulta como sujeto pasivo de acuerdo al modelo médico ampliamente conocido para la población y en búsqueda de una «receta».

Además, se sigue manifestando por un lado el rechazo a lo psicológico y en el opuesto, la solución mágica; rápidamente todo es derivado por parte de los colegas al Programa de Salud Mental, sin conocer ni discriminar a quién y a qué apunta. Todo esto nos hace pensar que tardará muchos años poder crearse una demanda lógica y realmente medible, incluyendo en esto un trabajo cuidadoso con los colegas médicos de primer nivel, que son quienes derivan en muchos casos. Pero el plan permite además que la persona pida asistencia por demanda propia, y esto ya es un cambio.

B) El MSP es quién propone e impone las metas asistenciales a cumplir por efectores de salud en un determinado lapso de tiempo y las fiscaliza.

El MSP a través del PNSM fundamentó la necesidad de implementar este modelo de prestaciones: se ha asesorado, creado comisiones, pasaron años, proyectos, etcétera. Sabemos que todo eso ha llevado mucho trabajo, han ido sucediéndose cambios de gobiernos, de personas, etcétera.

Volvemos a enfatizar en lo que creemos: que existe una casi unanimidad de criterio en cuanto a la necesidad de incluir a la psicoterapia dentro de las prestaciones de salud.

Pero... de nuevo aparecen los «peros».

Las instituciones de salud privada, es decir las IAMC, no fueron partícipes de todas las reuniones y tareas previas, de años, de creación del PNSM y se encontraron en una reunión que se les decía que había que implementarlo de tal y cual manera, en un plazo acotado y no como algo exclusivo y novedoso sino en el marco de nuevas metas que surgen mes a mes en otras áreas de la Salud y que han llevado a una continua necesidad de estar creando funciones que no existían previamente. Esto es sentido como exigencias y muchas veces con castigos, que denotan disminuciones en las cápitas que paga el Fona-sa a las Instituciones.

Porque allí está el otro órgano del Estado que está en juego en este Programa: la intervención del Ministerio de Economía que, de alguna manera, hace sentir que es quién termina rigiendo el Plan.

Por un lado, determina la cápita que el efector de salud va a recibir por cada afiliado y que es inapelable y basada en paramétricas que no tiene antecedentes conocidos en el país, ya que no hay experiencia previa.

Por otro lado, deja librado a la oferta y la demanda la contratación de técnicos para ejercer las prestaciones psicoterapéuticas ya que al no haber Consejo de Salarios que rija estas prestaciones, como hay en todas las áreas de la salud, «autoriza» a contratar, tercerizar, coordinar...Y calcula un precio ficto por hora de trabajo en psicoterapia que es lo que utiliza luego para pagar la cápita.

Luego, cada uno, «que se arregle.»

Por supuesto, sin esta obligación, la mayoría de las IAMC tenían mínimas prestaciones en el área de Salud Mental y «dormían en los laureles»...

C) Hay que diferenciar claramente entre el sector público y el privado: del primero no vamos a hablar, lo desconocemos. En teoría, rigen exactamente las mismas obligaciones y los afiliados tienen los mismos derechos en ambos subsistemas.

Tenemos experiencia en una IAMC y hemos recogido conceptos de otros colegas, referentes de otras instituciones.

Las IAMC por supuesto vieron con mucho recelo el nuevo Plan.

Como otras tantas veces, la Salud Mental es lo último que se toma en cuenta, y, en el contexto de nuevas metas frecuentes que les decíamos antes, era un nuevo problema a resolver con escasos recursos, que en la Salud nunca sobran.

La necesidad de salir a contratar técnicos, infraestructuras (consultorios), personal administrativo y sobre todo un sistema de gestión accesible, fue y es muy complicado.

Las IAMC no estaban ociosas o subocupadas como durante la crisis del 2002 que llevó al cierre de varias de ellas en periodos anteriores y entonces, con ocupación a lleno (gracias al SNIS, sin duda), hubo que salir a solucionar todos estos aspectos novedosos con muchísimas dudas y falta de certezas. Y con —lo que se vivió desde un inicio—, muy poco dinero.

D) Los técnicos tampoco participaron desde una perspectiva gremial, del diseño de este Plan.

Si bien hubo muchos psiquiatras y psicoterapeutas en las comisiones asesoras, en el diseño, en la cabeza, lo hicieron desde distintas inserciones, desde donde, como corresponde, planteaban sus puntos de vista.

No se planteó entonces el viejo tema de quiénes son los psicoterapeutas (no era el ámbito), quiénes estaban habilitados para ejercer como tales.

Queremos señalar que en nuestro país el desarrollo de la psicología ha tenido características particulares. Hace muy poco que fue ascendida a profesión universitaria y la psicoterapia no tiene una reglamentación clara. La formación en psicoterapia ha estado ausente de los ámbitos universitarios encargándose las asociaciones científicas de nuestro medio, con modelos y líneas diversas, y con exigencias diferentes. Esto hace muy variada la formación y la oferta y en algunos casos poco fiable. Entendemos que debiera haber un consenso mínimo en cuanto a las exigencias de la formación para garantizar el trabajo con los pacientes. Se debe avanzar por un reconocimiento a nivel nacional de nuestras prácticas (Lagos, 2005).

Es con esta finalidad que se formó en el año 2004 la Federación Uruguaya de Psicoterapias (FUPSI) donde confluyen diferentes líneas teóricas y entre sus objetivos está el consensuar criterios básicos para la formación y recertificación de los psicoterapeutas.

El lograr una reglamentación jerarquizaría la práctica a la vez que daría una mayor garantía a los usuarios del servicio. AUDEPP forma parte de esta federación y está desde el inicio comprometida en esta tarea.

Tampoco están reglamentados las condiciones de trabajo ni los honorarios. Al no haber laudo, cada institución paga lo que arregla con sus técnicos y les exige la formación que quiere. No nos parece, que ante una nueva experiencia en psicoterapias con poblaciones muy diversas y en muchos aspectos muy vulnerables, sea una cosa sana.

También es cierto que esto cambia el mercado de trabajo; para muchos jóvenes es una posibilidad de insertarse en el trabajo, para muchos pacientes posibilidad de acceder, para muchos otros colegas, el temor de que tendremos menos pacientes, de que los honorarios disminuyan. De eso no se habla mucho... ¿Cómo va a cambiar el mercado laboral de los psicoterapeutas de acá a X años? Sin lugar a dudas, debemos esperar un periodo de tiempo prudencial para poder evaluar este tema que genera cierta inquietud en los implicados.

Respecto a la formación de los psicoterapeutas, entendemos que abre el campo para que muchos se especialicen en las diferentes áreas, dando así mayor posibilidad de trabajo y a su vez mayor garantía de una mejor atención a los pacientes. Actualmente se exige únicamente especialización de uno de los técnicos que coordina los grupos, dándose al otro la oportunidad de completar su formación en el curso de 3 años. Cobran entonces un papel primordial las instituciones que dan formación en psicoterapia.

Imagínense lo que significa para nuestras instituciones en la función de formación y educación continua, todo un reto a pensar y a implementar en el corto plazo. En los próximos años, probablemente

cientos de jóvenes profesionales tengan que acceder a algún título de posgrado habilitado para poder entrar a trabajar dentro del marco del Sistema. Y este título lo otorgan no muchas instituciones. A diferencia de otros países de la región, no hay múltiples universidades en Uruguay, y los institutos universitarios de instituciones como AUDEPP, cobran entonces enorme importancia!

Para terminar quisiéramos puntualizar en definitiva cuáles son, a nuestro entender, algunas de las expectativas de los integrantes de una Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica respecto al Programa de Salud Mental que se está implementando a nivel nacional:

- Que la técnica de trabajo esté incluida dentro de las prestaciones del plan.
- Que los socios de la institución tengan formación y posibilidades de incorporarse a trabajar como prestadores.
- Que se fiscalice en un plazo determinado, que los que estén desempeñando la tarea de psicoterapeutas, tengan una formación y experiencia documentada, lo que dará garantía debida a la tarea.
- Que haya miembros en la institución con formación y experiencia en investigación que participen del grupo que evalúe los resultados de la aplicación de la técnica psicoanalítica en la población usuaria. Que evalúen la remisión o la atenuación de los síntomas, la disminución de las recidivas, en definitiva la mejora en la calidad de vida del paciente y le cabrá a las instituciones de asistencia ver si esto conlleva una disminución o no del gasto en salud asociado.

Si bien está comprobado a nivel mundial que la efectividad de las líneas psicoterapéuticas es más o menos proporcional a la vez que el tratamiento farmacológico y más aún la asociación de psicoterapia y farmacología, sería importante validarlo para nuestro medio, utilizando guías nacionales que tomen en cuenta la idiosincrasia de nuestra población y la realidad de nuestras instituciones. Hace años que en nuestro país el profesor Ricardo Bernardi y un grupo de colaboradores vienen trabajando en esta línea.

Todo esto nos impone seguir profundizando en el desarrollo del psicoanálisis, adaptando la técnica a las nuevas necesidades asistenciales, reformulando hipótesis y apelando, en este nuevo contexto, permanentemente a nuestra creatividad.

Bibliografía

- AUDEPP (2001). *Desafíos a la Psicoterapia*. Libro del 4.º Congreso. Montevideo, Impresora Gráfica.
- Baremblit, G. et al. (1991). *El espacio institucional*. Selección de textos de María J. Acevedo y Juan C. Volnovich. Buenos Aires, Lugar editorial.
- Barrios, S.; Cwaigenbaum, D. y Oyenard, R. (2006). «Más allá del consultorio: Psicoprofilaxis Quirúrgica, una experiencia en un servicio de oncología pediátrica». *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, Audepp, Tomo VII, N.º 2, Montevideo.
- Bernardi, R.; Defey, D.; Garbarino, A.; Tutté, J. C. y Villalba, L. (2004). «Guía clínica para la psicoterapia. Pautas de tratamiento». En: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 68, N.º 2, Montevideo.
- Bernardi, R.; Defey, D.; Elizalde, J. H.; Fiorini, H.; Fonagy, P.; Gril, S.; Jiménez, J. P.; Kachele, H.; Kernberg, O.; Montado, G.; Rivera, J. y Sandell, R. (2001). *Psicoanálisis, focos y aperturas*. Psicolibros, Montevideo.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires, Paidós.
- (2004). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Paidós.
- Ginés, A. M. (2005). «Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el Sistema Nacional Integrado de Salud». En: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Vol. 69, N.º 1, Montevideo.
- Groshaus, M. (2002). «Habilitando los pasillos: Grupos de sala de espera de quimioterapia. Asistencia a pacientes oncológicas y condiciones existentes en una cultura negadora de la enfermedad y la muerte». Hospital Municipal de Oncología María Curie (2001-2006). Trabajo inédito, Buenos Aires.
- Kaës, R. (1979). *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires, Cinco.
- Lagos, M. E. (2005). «Comentarios y reflexiones sobre el trabajo: Guía clínica para la psicoterapia, desde la perspectiva cognitivo-conductual». En: *Rev. Psiquiatría del Uruguay*, Vol. 69, N.º 1, Montevideo.
- Ministerio de Salud Pública, Departamento de Programación estratégica en salud, Área de Promoción y prevención (2011). *Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Montevideo.