

Intervenciones psicoterapéuticas en el marco del Programa Nacional de Salud Mental del Uruguay. Tres años de experiencia*

Doris Cwaigenbaum • Miguel Hoffnung



DORIS CWAIGENBAUM

Médica psiquiatra de niños y adolescentes
Miembro habilitante de AUDEPP
Diplomatura en servicios de salud - Opción Psicoterapia Psicoanalítica
dorishoff@adinet.com.uy

MIGUEL HOFFNUNG

Médico psiquiatra
Miembro habilitante de AUDEPP
Diplomatura en servicios de salud - Opción Psicoterapia Psicoanalítica
mhoffnung@adinet.com.uy

(*) Trabajo presentado en el VIII Congreso de Flappsip. Clínica psicoanalítica. Desafíos a la escucha, Lima Perú. Mayo 2015.

Queremos agradecer a los compañeros que llevan adelante diferentes dispositivos de atención en el marco del programa de Psicoterapias de Mutualista Universal, por sus invaluables aportes. N. Mourelle, C. Puñales, M. Minetti, N. Goyeneche, P. Miños, S. Acosta, K. Scarzella, M. González, M. Rivas, N. Carzul, A. Weilliwis.

RESUMEN

A tres años de la implementación del Programa de Psicoterapias en una institución de asistencia médica colectiva de Montevideo, podemos decir, coincidiendo con la literatura internacional, que vemos la dificultad de que los pacientes transiten por un proceso psicoterapéutico «clásico». El sostenimiento de los tratamientos es en general breve y muchos «abandonan». Ahora, ¿se trata de un verdadero abandono o el terapeuta pretende «algo» que el paciente en ese momento no está dispuesto a abordar? El encuentro con esta población de pacientes, en los tiempos que corren, con las problemáticas actuales y las características de la sociedad actual, nos impone ampliaciones o reformulaciones de la técnica. Sentimos que la teoría es orientadora de la clínica pero que debemos reinventar nuevas formas de entender lo psíquico y a la vez redefinirnos como psicoterapeutas. Haremos una breve reseña de las prestaciones que estamos llevando adelante en la institución en este momento y plantaremos algunos nuevos abordajes, todos sujetos a cuestionamiento, pasibles de mejora y de una valoración de su eficacia.

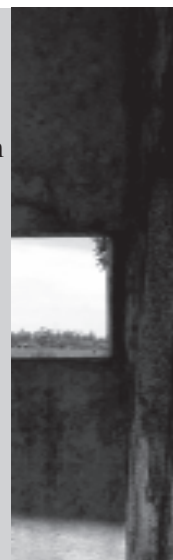
Palabras clave: Salud mental, prestaciones de psicoterapia, intervenciones psicoterapéuticas.

ABSTRACT

Three years after the implementation of the Psychotherapy Program at a collective medical care institution in Montevideo we are able to state, in agreement with the international literature, that we have observed the difficulties that patients face when undergoing a «classic» psychotherapeutic process. Treatment sustainability is usually brief, many patients «drop out». Now, this constitutes a genuine abandonment or the therapist is demanding «something» which the patient, at that time, is not able to confront? Encountering this population of patients, at this time, with the issues that are currently being experienced and the features of society at present, makes it necessary to broaden or redesign our techniques. We feel that theory provides a guideline for clinical practice, but that we must reinvent ways of understanding the psychological area and at the same time, redefine ourselves as psychotherapists.

We give a brief overview of the services we are currently providing at the institution and we suggest some new approaches, all of which are subject to questioning, can be improved and their effectiveness assessed.

Keywords: Mental health, benefits of psychotherapy, psychotherapeutic interventions.



Introducción

En setiembre del año 2011, en el marco del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de nuestro país, se incorporan por primera vez prestaciones de psicoterapia e intervenciones psicosociales de carácter obligatorio y con copagos bajos a nivel nacional, tanto de los prestadores públicos como privados.

Es desde entonces que estamos a cargo de coordinar y llevar adelante dicho programa en una institución de asistencia médica colectiva de Montevideo.

Desde el Ministerio de Salud se priorizó, en una primera etapa, las 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 un familiar, embarazadas y puérperas, madres deprimidas durante el primer año de vida del hijo, personas sometidas a situaciones de violencia presente o pasada, pacientes con trastornos psicóticos y sus familias, pacientes con consumo de pasta base de cocaína y sus familias, docentes y personal de salud (por considerarlos promotores y transmisores de salud) que consultan por problemas personales o laborales.

Un gran abanico de prestaciones se ofrece a los usuarios contando con recursos terapéuticos de diferentes líneas teóricas, aunque en nuestra institución prevalecen las de corte psicoanalítico (Cwaigenbaum, Hoffnung, 2013).

A tres años de la implementación de este programa de psicoterapias podemos decir, coincidiendo con la literatura internacional, que vemos la dificultad que los pacientes realicen un proceso psicoterapéutico «clásico». Y cuando decimos clásico nos referimos a un encuadre de una vez por semana, mantener horarios fijos durante un período prolongado, etcétera.

Esta dificultad se ve sobre todo en adultos (los niños «son llevados»), evidenciándose en el tipo de demanda y el sostenimiento del tratamiento.

Con relación a la demanda muchas veces esta surge en situaciones de urgencia o es de carácter puntual, surge como pedido de ayuda. Pero pensemos que se trata de un sistema de salud donde para acceder hay que realizar trámites y atenerse a las demoras que esto conlleva y muchas veces cuando los pacientes son convocados a un comité de recepción, a fin de ser derivados de acuerdo al motivo de consulta, muchos refieren no estar interesados.

Otras veces la demanda surge de la interconsulta con algún otro profesional médico sin que se trabaje el interés o deseo real de esa persona de realizar un proceso psicoterapéutico.

Los médicos a su vez no saben derivar correctamente y muchas veces esto hace que haya una abultada lista de espera, que en ocasiones se sature el sistema generando que muchos usuarios se desestimen. Esto es parte de una tergiversación del sistema médico donde existe el apresuramiento, el «furor derivandis» de situaciones que deberían ser evacuadas en el primer nivel de atención de salud, en el marco de la relación médico-paciente. Esto está directamente vinculado con la formación del médico, a la dificultad de escucha.

En ocasiones la demanda es «tener alguien con quien hablar», esto generalmente se ve con pacientes adultos mayores, lo cual nos hace pensar en la necesidad de implementar otras intervenciones psicosociales, pero no implica una psicoterapia.

El sostenimiento de los tratamientos es en general breve. Se fija un plazo inicial de por lo menos seis meses (previsto por el Programa Nacional de Salud Mental) y muchos «abandonan» antes. Nos planteamos como reflexión: ¿se trata de un verdadero abandono o el terapeuta «pretende algo» que el paciente en ese momento no está dispuesto a abordar? Descartamos en parte el factor económico en la interrupción de los tratamientos ya que el programa prevé honorarios muy accesibles, pero que para la población con la que nosotros trabajamos esto no siempre es así.

Lo expuesto aquí es a título de ejemplo y nos ha llevado a cuestionarnos cómo poder ofrecer una ayuda al sufrimiento del paciente, cómo en la medida que este logra saber más acerca de su padecer, logra reconstruir su historia, puede modificar en algo sus vivencias. Desde la psicoterapia psicoanalítica esto se consigue a través del interjuego de la transferencia-contratransferencia, las posibles para ese momento. Lo que el terapeuta puede transmitir y lo que el paciente puede recibir. La intersubjetividad del encuentro paciente-terapeuta posibilita la organización de lo intrasubjetivo.

Wolberg, citado por Olinda Serrano de Dreifuss (2012) en su libro *Diagnóstico con intervenciones terapéuticas*, señaló una serie de prejuicios que pueden interferir al terapeuta en procesos breves impidiéndole por ejemplo conformarse con objetivos reducidos, concebir la actividad de interesarse por el paciente, por sus problemas vitales inmediatos.

El encuentro con esta población de pacientes en los tiempos que corren con las problemáticas actuales y las características de la sociedad actual nos impone ampliaciones o reformulaciones de la técnica. Los tiempos de la reflexión y el procesamiento de los afectos ceden terreno a los tiempos breves y a la intensidad del impacto y la actuación. No podemos estar ajenos desde nuestra práctica psicoterapéutica a esto. Sentimos que la teoría es orientadora

de la clínica pero que debemos reinventar nuevas formas de entender lo psíquico y a la vez redefinirnos como psicoterapeutas.

Mantenemos lo de la escucha abierta, la postura empática, la actitud de observación, ponemos énfasis en el lenguaje accesible, el adoptar una postura más activa cuando esto es requerido, en el entendido que estos pacientes muchas veces requieren «ser cuidados» además de escuchados. Debemos decodificar la demanda del paciente, vincularla con las posibilidades reales que tiene de sostener el tratamiento desde diferentes puntos de vista y a su vez proponer algo que le sea tolerable en ese momento.

Se trata de tener por lo tanto la plasticidad para seguir al paciente sin atenerse a una técnica rígida; obtener los mejores resultados a partir de los recursos disponibles.

Todo lo antedicho nos ha llevado cada vez más a pensar y privilegiar «intervenciones psicoterapéuticas» más que «psicoterapias». Agregamos además a esto el amplio espectro de la multidisciplina que incluye trabajo con psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, especialistas en maltrato y violencia, abogados, trabajando incluso en la elaboración de protocolos para estas situaciones.

Evidentemente la apuesta que compartimos como profesionales de la salud mental y miembros de una institución del sistema de salud no es fácil de implementar.

Muchas veces nos sentimos en la frontera, entre lo que aprendimos y lo que hacemos, entre el Ministerio de Salud y las autoridades de la institución, a las que tenemos que dar cuenta de «lo que hacemos», entre la medicina clínica y la salud mental. Esto nos lleva a un planteo que aún tenemos pendiente. Compartimos con el Prof. Ricardo Bernardi (2014) y su grupo la necesidad de evaluar de alguna forma, validar lo que se hace a nivel de salud mental. La idea es incorporar a la historia clínica (con los criterios de confidencialidad pertinentes) un anexo breve con una formulación clínica del caso que incluye una hipótesis que debe ser testeada. Básicamente consiste en contestar cuatro preguntas: ¿Qué le pasa al paciente? ¿A qué se debe lo que le pasa? ¿Cuál es el tratamiento instaurado? ¿Cómo evolucionó? Dándole especial importancia a los aspectos psicosociales y a los individuales de cada paciente.

Coincidimos con Bernardi en que esto lleva a una práctica más reflexiva y crítica de terapeuta y a la vez le da la posibilidad al paciente de tener mayor información sobre el tipo de tratamiento que está recibiendo. Ayuda a instaurar consensos entre colegas para establecer guías clínicas y para las instituciones puede ser útil para orientar mejor la atención que se brinda y servir a la investigación.

Tal como la medicina basada en la evidencia, también nosotros debemos dar cuenta de que nuestra metodología es eficaz, que disminuye el sufrimiento, las complicaciones, que en algunos casos contribuye en la reinserción del paciente en la familia o el grupo social y que reduce los costos económicos de toda una sociedad cuyo gasto en salud es siempre creciente.

Breve reseña del funcionamiento de las diferentes prestaciones

En el marco del programa brindamos tratamientos psicoterapéuticos individuales, grupales de pareja y familia para niños, adolescentes y adultos y también realizamos intervenciones psicosociales a través de diferentes talleres.

En líneas generales diremos que los niños son los que más se sostienen en los tratamientos psicoterapéuticos individuales llegando muchos a culminar el número de sesiones pactadas con buenos logros, lo que no sucede con los adultos y que ya fue explicitado anteriormente.

Tampoco lo hacen los adolescentes en los tratamientos individuales, los que si bien no siempre abandonan, les cuesta mantener la continuidad, son más inconstantes, fiel reflejo de la etapa que están atravesando con los múltiples avatares y vaivenes que esta conlleva.

Grupos terapéuticos

-Grupos de psicoterapia con técnica psicodramática: Funcionan a cargo de dos terapeutas y están dirigidos a niños y a adolescentes.

En cuanto a los adolescentes, hemos visto una mayor permanencia en este tipo de tratamiento a lo largo del tiempo. Pensamos que está vinculado a que la adolescencia está asociada al grupo en forma natural, los adolescentes en general se apartan del grupo familiar para integrarse en otros grupos, existe una necesidad de apoyarse en un espacio mediador, identificatorio de carácter horizontal. El grupo de pares es el «espacio» del adolescente y el encuentro entre ellos constituye un soporte relacional y el encuentro con los terapeutas oficiaría de nexo con el mundo adulto. Los pares como espejos tendrían un rol importante en la búsqueda de encontrarse a sí mismos, de lograr nuevas identificaciones. Confirmar que hay otros que sufren por motivos diferentes pero a veces similares, cambiar de roles jugando a otros personajes, les da la posibilidad de ampliar los recursos psíquicos para enfrentar sus conflictos.

Algo que les resulta atractivo además es la técnica que se utiliza ya que el lenguaje de la adolescencia es fundamentalmente de acción, siendo la actuación algo característico de esta edad, por lo tanto se trata de elaborar conflictos a partir de la acción siendo el rol del terapeuta capturar el acto y otorgarle sentido.

-Grupo terapéutico para personas que hayan sufrido la muerte violenta o inesperada de un familiar: Se trabaja con técnicas del psicoanálisis multifamiliar, lo que es una modalidad innovadora en el seno de la atención en salud mental en nuestra institución, abarca en un mismo dispositivo un importante número de usuarios. Constituye en ocasiones el primer marco de contención para estas situaciones dolientes, en muchos casos, ámbito privilegiado para la elaboración del duelo y, en otros, complementario de otras prestaciones.

Desde el comienzo de la implementación del programa venimos comprobando que la experiencia que surge de la interacción grupal –donde cada uno encuentra un espacio para expresar sus emociones, manifestar su dolor, sentirse comprendido sin ser juzgados– promueve cambios y avances importantes en el proceso de duelo. Logran manejar mejor su angustia, poniéndola en palabras sin «el peso» de la vivencia de que su sufrimiento pueda dañar a los otros integrantes del grupo. De este modo se va tejiendo una red de sentidos que permite pasar de la descarga catártica del sufrimiento al alivio, luego a la aceptación para llegar al final del proceso a convivir con esa pérdida retomando sus actividades en una nueva trama donde toda la familia se re-organiza luego de la ausencia de la persona amada.

Valoramos como muy positivo este abordaje que permite iniciar o transitar el proceso de duelo de quienes consultan como un primer abordaje a una mejor calidad de vida.

Talleres

-Taller de intercambio con adolescentes: Estos talleres en primera instancia pretendían nuclear a los adolescentes en torno a diferentes temáticas de interés apuntando a la promoción y prevención de salud. Si bien el contenido fue valorado como rico, y se practicaron distintas formas de convocatoria, la participación fue escasa. Esto nos llevó a la conclusión que hay que salir de la institución de salud e ir a la comunidad, al escenario natural donde ellos se desenvuelven, institutos de enseñanza, clubes sociales, etc., lo que resulta de mayor beneficio. Y de hecho lo venimos haciendo actualmente con bastante éxito. Se plantean temas en común acuerdo con los equipos docentes, incluye un equipo multidisciplinario y una finalidad preventiva.

-Talleres de crianza para padres de niños en edad escolar y preescolar: Algo similar a lo sucedido con los talleres para adolescentes se dio aquí. Si bien los padres traían a la consulta la demanda de información y orientación en cuanto a varios tópicos, llegado el momento no concurrían por múltiples factores. Esto nos llevó a trasladar el dispositivo a la sala de espera de la policlínica pediátrica y realizar una experiencia piloto. Allí se implementan

acciones tendientes a promover prácticas saludables de crianza y prevenir futuras dificultades en el desarrollo. Se evacúan dudas, se entrega material de lectura y se realizan dinámicas interactivas con las demandas que van surgiendo de los padres y actividades lúdicas que integren a padres e hijos. Se intenta detectar situaciones de riesgo para el desarrollo del niño y realizar un seguimiento en conjunto con el pediatra.

Esto se viene desarrollando con éxito, lo que nos lleva a futuro a pensar en replicar estas experiencias.

-Talleres para embarazadas y puérperas: La inserción de las psicólogas en los grupos de embarazadas y puérperas ha sido muy positivo, en la medida que se integraron con otros agentes de salud como la partera, gineco-obstetras, nutricionistas, odontólogas y enfermeras de lactancia. En estos grupos se trabaja fundamentalmente también en prevención y promoción de salud y en el caso de detectar situaciones de riesgo o frente a la demanda de las usuarias se inicia un proceso psicoterapéutico individual de carácter breve.

Se trabaja además en el posparto en la policlínica de lactancia, lugar privilegiado para el acompañamiento y la contención de las madres en este período. Se instrumentan talleres para cuando comienzan a trabajar y como innovación en el último tiempo se instrumentaron talleres de crianza que incluyen a la mamá y al bebé desde el mes de vida hasta los 6 meses. Es un espacio para el bebé y la familia, fomentándose la participación de los padres o un referente afectivo.

Con la incorporación de las psicólogas al equipo, lo que antes era únicamente una profilaxis del parto, tomó el cariz de una intervención psicoterapéutica que apunta fundamentalmente a transitar esta etapa en forma saludable también desde el punto de vista psíquico y a establecer el apego entre la madre y el bebé, base para el buen desarrollo futuro.

-Taller para personas en situación de violencia presente o pasada: Está a cargo de una psicóloga y una trabajadora social. Asisten mayormente mujeres y si bien se ve una participación activa de las mismas, no hay continuidad en el proceso. Es algo sobre lo que tenemos que seguir pensando.

Como verán hemos incorporado una serie de prestaciones de carácter psicoterapéutico que se vienen desarrollando con mayor o menor éxito pero que constituyen un hito importante en el marco de la salud mental de la población de nuestro país.

De todo lo antedicho se desprende que una de nuestras preocupaciones es la falta de permanencia de los pacientes adultos en los tratamientos en contraposición a la nutrida demanda de asistencia psicoterapéutica. Esto nos llevó a pensar con una colega con experiencia en el trabajo de grupos y de dispositivos

multifamiliares en la implementación de un nuevo dispositivo al que denominamos Grupos de Primera Intervención Terapéutica.

Se trata de un grupo de pacientes adultos, de pre-ingreso, que –formando parte del proceso de tratamiento contenido en los objetivos del programa– funcione a modo de primer contacto con la situación de consulta.

Se observa que con frecuencia algunas situaciones clínicas construyen respuestas (para nosotros) en un breve lapso de escucha. Tres o cuatro sesiones a veces bastan para que el sujeto encuentre un nivel de equilibrio con la situación que lo llevó a consultar. Es así que nos planteamos esta instancia de cuatro sesiones previas al ingreso (o no) a los grupos estables que trabajan más en la especificidad de las diferentes temáticas o a diferentes prestaciones de psicoterapia.

Esta iniciativa que surge de la experiencia clínica optimiza los recursos terapéuticos que el sistema de salud ofrece. Con frecuencia constatamos que el criterio de proceso terapéutico con el que estos dispositivos de atención fueron diseñados, desde la psicoterapia individual, no siempre son lo que los pacientes necesitan o están dispuestos a abordar en las nuevas prestaciones.

Entendemos que esta instancia de grupo previo al ingreso (o no) a otra prestación optimiza los recursos de los que disponemos también en el sentido de agilizar la demanda de asistencia.

Un aspecto no menor a considerar tiene que ver con la posibilidad de concretar en forma ágil un abordaje terapéutico posible de articular con las dificultades de horarios que se plantean a la hora de la coordinación de los tratamientos en los sujetos con compromisos laborales, sin los inconvenientes de un tratamiento de meses de duración que quizás no esté en momento de asumir.

Este aspecto también va en la línea de la optimización de los dispositivos de grupo, ya que el flujo constante de pacientes en un grupo establecido responde más a una necesidad institucional de «agrupar para tratar» que al «proceso grupal» inherente a esta modalidad de tratamiento. Estos movimientos establecen un reordenamiento que con mínimos cambios en la dinámica institucional establecida repercuten positivamente en la calidad de la asistencia.

Comentario aparte merecen las cuestiones relativas a los recursos internos de los que disponemos los sujetos para integrar el agrupamiento, y cómo estos se juegan a la hora de integrarse a un dispositivo que moviliza ansiedades y angustias propias de la intersubjetividad. Las resistencias producto de tales ansiedades con frecuencia operan como factores obturadores del pasaje por lo grupal y son otra causa de abandono de los tratamientos.

Estos grupos de introducción al tratamiento inciden positivamente en este sentido, pues dan la posibilidad de transitar brevemente por estos aspectos consolidando la adhesión al tratamiento en el segundo tiempo de trabajo a la interna de los grupos.

Este espacio, aunque breve, tiende a que el paciente encuentre un interlocutor que pueda reubicar la problemática que presenta en el contexto de su historia, que pueda empezar a pensarse y que esta instancia le sirva para aliviarse y en cierta medida «reestructurarse».

Como habrán visto nos hemos animado a plantear algunos nuevos abordajes, todos en cuestionamiento, todos para ir mejorando y viendo su eficacia, debemos asumir ahora el compromiso por un lado de una evaluación seria y estandarizada y por otro el de intentar reformular la teoría y la práctica.

Bibliografía

- Audepp (1994). *Intervenciones Psicoanalíticas*, Publicación del 2.º Congreso de Audepp, Montevideo, Uruguay.
- Bernardi, Ricardo (2014). «La formulación clínica del caso: su valor para la práctica clínica». *Revista de psiquiatría del Uruguay*, vol. 78, N.º 2, octubre 2014, Montevideo, Uruguay.
- Cwaigenbaum, Doris y Miguel Hoffnung (2013). «Intervenciones psicoanalíticas en el marco del nuevo Programa Nacional de Salud Mental del Uruguay. Primeras reflexiones». *Rev. Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica*, Tomo VIII, N.º 2, diciembre de 2013, Montevideo, Uruguay.
- Serrano de Dreifuss, Olinda (2012). *Diagnóstico con intervenciones terapéuticas. Psicoterapia breve a partir de la historia*. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).
- Insumos aportados por los compañeros que tienen a cargo los grupos terapéuticos en Mutualista Universal.