

# El psicoanálisis en el contexto de las reformas de salud mental en los años '90 en Chile<sup>1</sup>

**Resumen** El presente artículo entrega los resultados de un estudio cuyo propósito fue explorar las experiencias y los esfuerzos de diálogo, adaptación y resistencia de psicólogos y psiquiatras que trabajaban desde la orientación psicoanalítica en dispositivos de salud pública, en el contexto de las reformas en el campo de la salud mental en Chile. Para ello, se llevaron a cabo nueve entrevistas semiestructuradas a profesionales que trabajaron en centros de atención estatales durante la primera década luego del retorno a la democracia. El material obtenido fue analizado siguiendo los procedimientos de codificación propios de la Teoría Fundada, a través de los cuales se levantaron tres grandes categorías: (a) la percepción de pérdida de autonomía experimentada como una amenaza para el ejercicio clínico, (b) los psicoanalistas como espectadores y escasamente interesados en las políticas de salud mental, y (c) el dilema de adaptarse al sistema versus practicar una clínica psicoanalítica de manera relativamente clandestina.

**Palabras Clave:** psicoanálisis aplicado – institución – salud mental

Gonzalo Miranda Hiriart y Sebastián Ortiz Olivares

La noción de salud mental adquiere un protagonismo creciente desde el fin de la Segunda Guerra Mundial hasta nuestros días. De diferente manera y a ritmos distintos, los trastornos psiquiátricos y los problemas psicosociales pasan a ser temas de interés cotidiano, y ocupan gradualmente un lugar cada vez más relevante en las políticas y planes de salud pública. El retorno a la democracia en Chile coincidió con la Conferencia de Caracas, que subraya la necesidad de reorganizar los servicios de atención psiquiátrica en América Latina, vinculándolos a la Atención Primaria de Salud (APS), con enfoque comunitario y cautelando los derechos humanos y civiles de los llamados enfermos mentales (OPS/OMS, 1990). Ambos hechos, la democracia y el acuerdo de Caracas, potenciaron como nunca antes el desarrollo de una agenda de Estado en el campo de la salud mental en el país. De este modo, en los años '90 se crean los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), dentro del Programa Integral de Reparación y Derechos Humanos (PRAIS) se incorpora un importante contingente de profesionales de salud mental; se publica la Política y Plan Nacional de Salud Mental, se desarrolla el programa para detectar y tratar la depresión en la APS, y se redacta el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 - 2010, que tuvo gran impacto (Minoletti, Rojas & Sepúlveda, 2011).

Al mismo tiempo, se adoptan las orientaciones políticas del Banco Mundial, que promueven el cálculo económico para la definición de prioridades, así como el uso de criterios de costo-efectividad para la selección de las 'prestaciones'. Ejemplo de ello es la adscripción de las autoridades sanitarias al enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en la APS.

En ese contexto, el enfoque psicoanalítico es el que parece encontrar más obstáculos como marco de intervención viable en los nuevos servicios de salud mental. Desde una perspectiva histórica, esto no es extraño. Sabido es de los vaivenes en la relación entre la disciplina psicoanalítica, la psiquiatría, y la salud pública. El mismo Freud fue ambivalente;

---

1 Trabajo aprobado por pares evaluadores doble ciego.

si bien propuso ampliar la psicoterapia a “las masas”, “aliando el oro puro del psicoanálisis con el cobre de la sugestión” (Freud, 1919 [1918], p. 163), al mismo tiempo se mostraba poco optimista, pues, en sus palabras, las personas pobres estarían poco dispuestas abandonar la neurosis por la dura vida que llevan. De todos modos, cabe recordar que en ese mismo texto propuso una profilaxis psicoanalítica a través de la educación, de un futuro modelo educativo que nunca fue creado.

Esa brecha entre las políticas de salud pública y el psicoanálisis fue la que llevó hace diez años a la psicóloga María Jesús Gajardo a explorar las representaciones sociales que tienen agentes clave de la política sanitaria chilena sobre el psicoanálisis y, de esa manera, aproximarse a los supuestos que podrían estar incidiendo en su consideración al formular políticas públicas en el área de salud mental (Gajardo, 2014). Para eso, realizó entrevistas a expertos/as: profesionales de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, directores de servicios de psiquiatría, y psiquiatras que habían actuado como asesores del MINSAL en materia de salud mental durante los años '90. Ella encontró que, entre los/as expertos/as, el psicoanálisis era valorado desde un punto de vista histórico en el abordaje de los problemas mentales, y que aporta algunos elementos comprensivos interesantes. Pero que, sin embargo, como terapia se lo consideraba poco eficiente, costosa e inviable de ser aplicada en la salud pública. Esto va de la mano con una serie de juicios y premisas tales como: que el psicoanálisis es sólo para las elites las cuales pueden costear sus tratamientos largos en el ámbito privado, que los pacientes que acceden a un psicoanálisis son aquellos que tienen un nivel cultural elevado, inteligencia y motivación por explorar su personalidad y, que el encuadre psicoanalítico es incompatible con el sistema público de salud. A eso se suma la impresión de que los/as psicoanalistas no estarían interesados/as en los debates de la salud pública.

Pese a esto, algunos entrevistados señalaron como deseable la inserción del psicoanálisis en la salud pública: siempre y cuando haya interés por parte de los/as psicoanalistas y “en la medida que pueda comprobar con evidencia científica su costo-efectividad y entrando en diálogo con el modelo comunitario de salud” (Gajardo, 2014 p. 107).

Gajardo concluye que los/as expertos/as entrevistados “parecen vehiculizar un discurso social que los antecede y que determina que una serie de supuestos se toman como referencias incuestionables al momento de determinar el proyecto en el área de la salud y, previo a eso, el proyecto país que se persigue” (Gajardo, 2014 p. 103). Le llama la atención que no se cuestione el ideal de la época contemporánea, que exige resultados observables y medibles, que además se obtengan en un corto período de tiempo, “que estén demostrados a través de investigaciones experimentales, de manera de poder estandarizar y protocolizar cada una de las intervenciones, asumiendo que si algo funciona para una persona debe funcionar para todos sus similares, obviando la particularidad de cada uno” (op. cit. p. 103). También afirma que: “resulta relevante que el enfoque psicoanalítico pueda tener un lugar de participación activa a nivel de las políticas públicas en salud mental, desde el cual contribuya a la construcción del modelo de atención clínica. Pero, por otro lado, es necesario hacerse la pregunta de hasta qué punto el psicoanálisis debe moldearse a dichas exigencias, sin que ello implique una pérdida de su integridad y sin que se desvirtúe el modo en que se han comprendido sus elementos fundamentales. En última instancia, hasta qué punto debe moldearse, sin dejar de ser psicoanálisis” (p. 108). Esta es, probablemente, la interrogante central. Sin embargo, ya se trate de psicoanálisis “puro” o “aplicado”, de “psicoanálisis” o de

“psicoterapia de orientación psicoanalítica”, más que un asunto cuantitativo –“hasta qué punto”, debería llevar a preguntarnos en qué puede transar el enfoque psicoanalítico y en qué no, puesto que ya no sería tal.

Luego de dicha investigación, surge la inquietud por explorar qué hacían, en la práctica, los/as profesionales que, trabajando al interior del sistema público de salud en los años '90, sostenían una orientación psicoanalítica. Así nace este estudio, cuyo objetivo fue identificar y analizar las experiencias y los esfuerzos de diálogo, adaptación y resistencias de los psicoanalistas insertos en dispositivos de salud pública, para preservar el psicoanálisis en el contexto de las reformas de la década de los años '90 en Chile. Se trata de un aspecto desconocido de la historia reciente, tanto del psicoanálisis, como de las políticas de salud mental en Chile, que vale la pena relevar, en tanto conduce inevitablemente a una reflexión y a un diálogo que está pendiente en gran parte del mundo.

## Método

El estudio, de tipo exploratorio, fue realizado a través de una metodología cualitativa, en particular, utilizando el enfoque de la Teoría Fundada de los autores Barney Glasser y Anselm Strauss (Strauss y Corbin, 2002). Como señalan Bogdan y Taylor (1987), desde esta perspectiva, se busca no reducir a las personas y a los grupos a un conjunto de variables, sino más bien, “comprender a las personas dentro del marco de referencias de ellas mismas” (p. 20), lo cual permite aproximarse a la percepción de los sujetos sobre un determinado fenómeno. Se identificaron algunos profesionales, psicólogos/as y psiquiatras que actualmente trabajan como psicoanalistas y que en los años '90 se desempeñaban en la salud pública desde una orientación psicoanalítica, quienes, a su vez, fueron recomendando más participantes a contactar. De esta manera, se llegó a realizar 8 entrevistas individuales de carácter semi estructuradas basadas en guión, las que se efectuaron durante el primer semestre de 2021. Además, se realizó una entrevista complementaria a un integrante de la directiva de la Asociación Psicoanalítica Chilena durante los años noventa. El material obtenido fue transcrito para luego ser analizado, a través del procedimiento de codificación que sugiere la Teoría Fundada, pero utilizando sólo las codificaciones abierta y axial. Como resultado emergieron catorce categorías que fueron ordenadas y esquematizadas en tres ejes, tal como se expone más adelante. La triangulación de la información se realizó mediante el análisis de las entrevistas con material obtenido a través de fuentes documentales. Es decir, se realizó un trabajo de integración de datos, el cual fue presentado a dos académicos que acompañaron esta investigación, a fin de reducir eventuales sesgos.

Los requisitos para participar en la investigación como informante fueron: (a) Haber trabajado durante los años '90 en algún dispositivo de la salud pública por a lo menos un año (Consultorio APS, COSAM, Programa o Servicio de salud mental en un Hospital General, Hospital psiquiátrico, PRAIS), y (b) Adscribir al psicoanálisis como enfoque teórico para el trabajo clínico. Con respecto a la formación psicoanalítica, no se generaron criterios de exclusión, por lo que se contó con profesionales que en la actualidad se definen a sí mismos como “freudianos”, “psicodinámicos”, “kleinianos” e “intersubjetivos”. Por el contrario, se priorizó la heterogeneidad de la muestra, a fin de integrar profesionales con distintas trayectorias formativas y laborales. Tal como aparece en la Tabla 1, los/as entrevistados/as fueron tres médicos psiquiatras y psicoanalistas con amplia experiencia hospitalaria, y seis psicólogos/as, tres que se habían desempeñado en hospitales, dos en APS y uno en un COSAM.

**Tabla 1**

## Participantes

Participantes	Profesión	Institución
Entrevistado 1 (E1)	Psicóloga	APS
Entrevistado 2 (E2)	Médico psiquiatra	Programa PRAIS
Entrevistado 3 (E3)	Psicóloga	APS/COSAM
Entrevistado 4 (E4)	Médico psiquiatra	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
Entrevistado 5 (E5)	Psicólogo	COSAM/PRAIS
Entrevistado 6 (E6)	Psicólogo	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
Entrevistado 7 (E7)	Psicólogo	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
Entrevistado 8 (E8)	Psicólogo	Hospital Salvador
Entrevistado 9 (E9)	Médico psiquiatra	Director APCH años '90

Como ya se dijo, en paralelo se analizaron algunos documentos oficiales de políticas de salud mental de la biblioteca del Ministerio de Salud, poniendo un especial énfasis en el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 1993; en la “Memoria de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar 1990-1994”; la publicación oficial de la “Guía Metodológica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en APS del año 1998”; y el informe sobre “Salud y Derechos Humanos: Una experiencia desde el Sistema Público de Salud Chileno” del año 1994.

Los resguardos éticos que se tuvo durante la investigación buscaron cautelar la integridad y la confidencialidad de la información entregada por los/as participantes. Para eso, se siguieron los aspectos éticos que establece la American Psychological Association (APA, 2010) en los puntos 3.10 y 8.02, el cual consiste en proporcionar un consentimiento informado a los entrevistados en el que se explique el propósito de la investigación, la duración estimada, los procedimientos, y los posibles beneficios y/o riesgos potenciales. Se utilizó como modelo el consentimiento informado disponible en el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, con el cual se explicitó que la participación de los/as entrevistados/as era sólo a través de una entrevista grabada y que se mantendría el anonimato en todo momento, que la información recabada era sólo para fines académicos y que tenían derecho a conocer los resultados del estudio y los datos de contacto del responsable de la investigación para responder preguntas o inquietudes.

## Resultados

A continuación, se exponen los hallazgos del estudio, organizados en tres categorías que se formularon de manera inductiva a partir del material transcrito de las entrevistas:

### a) La clínica psicológica bajo amenaza

Un aspecto relevante que se desprende de las entrevistas, es la percepción de que la clínica psicológica, en general, se encontraba amenazada en los años '90, lo cual aparece como algo paradójico, puesto que nunca había habido una inserción tan significativa de profesionales psicólogos/as en la salud pública, sobre todo en el nivel primario de atención. De acuerdo con los entrevistados, esta amenaza se podría descomponer en que:

- a pesar de una mayor presencia de la salud mental en las políticas ministeriales, seguía siendo un campo relativamente marginal en el sistema y que operaba en condiciones de mucha precariedad, con financiamiento muchas veces a través de programas de duración acotada,
- existía ambigüedad y cierta suspicacia frente a intervenciones de tipo psicológicas, en especial, la psicoterapia, y
- la clínica, tal como se aprendía y se practicaba tradicionalmente, era difícil de sostener ante la racionalidad económica que se imponía en las políticas sanitarias.

Es llamativo que la mayor iniciativa por parte del Estado en este campo fue experimentada como una pérdida de autonomía, y que las nuevas orientaciones hicieran que los/as profesionales temieran perder los espacios ganados como clínicos:

*"...nos distribuyen en distintos consultorios... había como mini consultorios que eran chiquititos, y eso fue muy complicado, porque ahí la salud mental... primero ya dejamos de ser un equipo... pasamos a ser él psicólogo del lugar... pero de allegado... no sé cómo decirte. No teníamos nada, o sea... yo me acuerdo de que una compañera, no había donde ponerla, la pusieron en la caseta del guardia para atender" (E 3).*

*"Cuando estábamos lejos nunca nadie nos fiscalizó, pero todo eso, cuando entra el tema de la estadística... cambia todo. Y ahí lo único que les importaba era el tema de las estadísticas, o sea, era fundamental... porque al consultorio lo evaluaban por eso. Entonces... cuántos pacientes vio... cuántas atenciones se hicieron" (E 3).*

Con la publicación del Plan Nacional de Salud Mental del año 1993, los/as psicólogos/as comienzan a insertarse en los distintos consultorios de la red de salud pública. Esta inserción fue de la mano con el mayor protagonismo que comienza a adquirir la APS, y con el retorno del discurso comunitario a las políticas oficiales. Los consultorios pasan a ser redefinidos como Centros de Salud Familiar (CESFAM); se expanden los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) en distintas comunas de nuestro país; se fortalece la presencia de psicólogos/as en los hospitales generales y se implementa el programa PRAIS para todos/as aquellos/as que habían sido víctimas de la dictadura militar. Dos años después, el Ministerio de Hacienda solicita que las instituciones de salud establecieran indicadores de gestión, como parte del marco de la formulación presupuestaria, y de acuerdo con las directrices que entregaba el Banco Mundial, que se habían transformado en referente indiscutido para las autoridades de la época, a partir del informe Invertir en Salud (Banco Mundial, 1993), que en la práctica se redujeron a priorizar el rendimiento por sobre cualquier otra consideración, rendimiento que se entendía como cantidad de prestaciones:

*“Yo creo que contábamos con cierta protección de las autoridades, pero combinado con que había que atender a 20 personas diarias... o sea, con la lógica administrativa que un poco atentaba...: yo hablaba con el tipo que llevaba las estadísticas del hospital y nos pedía anotar el registro diario de atención, entonces después lo hacíamos... y una persona normal podía ver cinco o seis personas... más los test, más todas las cuestiones... entonces nos decía: ‘oye pero ustedes atienden muy poco, si un psiquiatra atiende 20 al día... y si le decía yo, ‘es que nosotros tomamos más tiempo,’ entonces me decía: ‘sabe, le tengo la solución... ¿por qué no acorta su sesión a veinte minutos?’” (E 6).*

*“Ellos [autoridades] no tenían tanto interés... por ejemplo, yo estaba trabajando con pacientes, y llegaba una orden de la directora que decía que tenía que hacer sobrecupo... y que tenía que atender quince minutos a un par de pacientes que estaban mal. Y yo tenía mi agenda a las cuatro, a las tres, a las dos... ahí también nos empiezan a cambiar los horarios... habíamos logrado media hora por paciente y se fue perdiendo... (E 3).*

El discurso oficial en los años '90 era que el/la psicólogo/a debía “atender a los factores psicosociales de la población” y resolver los casos clínicos con “tecnología comunitaria” (Pemjean, 1994, p. 30). De hecho, se constata que el uso del término “clínica” va retrocediendo en el lenguaje oficial, en comparación al objetivo de implementar intervenciones psicosociales desde un sello comunitario.

Así el contexto, los/as entrevistados/as señalan que se buscaron distintas estrategias para defender una práctica clínica ante las mismas políticas que habían hecho posible la inserción de la psicología a todo nivel de la red de salud pública de nuestro país. Es en este escenario, que la clínica –sea psicoanalítica o no– pasaba a un segundo plano:

*“Yo diría que nosotros preservamos el quehacer clínico por sobre el burocrático, o sea, lo logramos como equipo. Vivíamos súper presionadas por las listas de espera, pero, además, yo diría que hubo menos cuestionamientos, porque mi opción fue tener equipos de distintas formaciones teóricas, no éramos sólo psicoanalistas, había dos psicoanalistas, dos que nos interesaba el psicoanálisis, y las otras dos eran sistémicas. Entonces yo diría que al interior del equipo (más la psiquiatra), no fue tanto esta lucha, (que a veces yo creo que es un poco imaginaria), de: ‘vamos a tirarle el psicoanálisis contra los cognitivos de la salud pública,’ sino que más bien, lo que tratábamos todo el rato era de preservar lo clínico por sobre lo burocrático, esa fue la tensión con la que nosotros estuvimos todo el tiempo combatiendo” (E 1).*

## **b) Los/as psicoanalistas como espectadores/as de las políticas de salud mental**

A lo largo del proceso de reformas de las políticas de salud mental de los años noventa, los/as psicoanalistas no tuvieron un papel protagónico. Menor, incluso, que el que tuvieron durante la dictadura militar (1973-1990). Es más, lo que se observa es un divorcio entre la práctica que ejercían los/as analistas en sus consultas privadas y lo que hacían al interior de instituciones de salud públicas. Eso, además de una desconexión de las asociaciones oficiales de psicoanálisis con los asuntos vinculados a políticas de salud mental y casi nula discusión sobre cómo ejercer una práctica analítica acorde a los contextos de la salud pública. De acuerdo con los/as entrevistados/as, esta desconexión se puede vincular al hecho de que la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH) era la única institución oficial dedicada a la formación de analistas hasta el año 1989. De marcada orientación kleiniana en esos

tiempos, el foco estaba en el ejercicio de la práctica privada del psicoanálisis, poniendo al centro del tratamiento al encuadre mismo, el que es catalogado por la mayoría de los/as entrevistados/as cómo una regla sumamente ortodoxa y que lo volvía algo inviable de ser aplicado en una institución de salud pública.

*“...se dedican [la APCH] a formar gente; muy endogámicamente, además. O sea, que ahí el tema es la consulta, el setting privado, el uno a uno, y, además, imagínate con dispositivos de tres, cuatro sesiones a la semana de cincuenta lucas. O sea, es vivir en otro mundo (...) Ahora, gente de ahí se interesaba, porque se formó ahí... le tenía cariño al hospital, o le tenía interés al hospital, pero esas instituciones estaban completamente divorciadas del quehacer de la salud mental en el país, de las políticas públicas... era una cuestión de formar personas y atender en consulta privada. Era como un camino de... te formas ahí, te atiendes con ellos, y después tienes acceso a esos pacientes, a ese tipo de pacientes. Que son, o estudiantes de psicología, o de psiquiatría, o estos candidatos, pero claro... yo no ví ninguna participación de esas asociaciones en el hospital” (E 6).*

*“No hubo un interés, no hubo una preocupación, no hubo una intención tampoco de ir y decir: ‘oigan nosotros tenemos algo que decir sobre estas reformas, tenemos algo que plantear’. Por lo menos, yo no fui testigo, así que yo los evaluó, tal y como evaluó a las instituciones de psicoanálisis, durante la dictadura, más bien instalados en un lugar cómodo. Entonces, yo creo que ese es un mal que arrastra todavía el psicoanálisis, cómo de una tendencia a pensar sólo en el psicoanálisis de una consulta privada, y de denostar, o no mirar con buenos ojos, la acción terapéutica psicoanalítica” (E 1).*

Esto hace recordar la expresión de Freud cuando alude al “oro puro del psicoanálisis”. En otras palabras, parece ser que para los/as analistas de la época existía una sola forma de practicar el verdadero psicoanálisis, lo que incluye una serie de reglas y condiciones del encuadre. De hecho, la constatación de la presencia de divanes al interior del Hospital Psiquiátrico es una situación que es descrita como absurda, y que refleja las distorsiones que mantuvieron algunos/as analistas al suponer que era sensato replicar el análisis tal y cómo se practicaba en la consulta privada al interior de un hospital público.

*“El psiquiátrico tenía divanes... cuando yo llegué al psiquiátrico... ¡muchos divanes!, había divanes en muchas partes. En el Policlínico habían muchas oficinas con divanes... eso te indica que durante mucho tiempo que hubieron ahí analistas que hacían análisis en diván con los pacientes en el hospital psiquiátrico... lo que es una locura, digamos... o sea, que con algún paciente, tal vez, pueda valer la pena, que el tipo pueda hablar mejor, si no está el registro de la mirada... ok, pero, no estoy hablando de eso... Eran tipos que se formaban en la APCH, psiquiatras que tenían algunos pacientes ahí en análisis en el hospital, y los tenían años, en el Policlínico, lo que es absurdo” (E 7).*

Los/as psicoanalistas que vivieron las reformas de salud mental de los noventa terminaron automarginándose del debate de la política sanitaria, pues no había un claro interés por los asuntos de política pública y porque una parte importante de los/as analistas seguía creyendo que sólo se podía practicar verdaderamente el psicoanálisis en un dispositivo y en un contexto restringido, asumiendo con ello que otras intervenciones, adaptadas a un discurso más cercano al que se estaba imponiendo en la salud pública, desvirtuaban el verdadero sentido del tratamiento analítico:

*“Nosotros teníamos una visión muy crítica de las instituciones psicoanalíticas, porque se habían privatizado. O sea, que frente de haber salido de los hospitales se privatizaron, y el intento de volver a los hospitales... del psicoanálisis era a través de las terapias breves... Ese era el modo, en que el psicoanálisis intenta, luego de haber sido expulsado de los hospitales, y que los divanes han sido guardados en las bodegas, el psicoanálisis intenta retornar a través de una modificación técnica digamos, que tienen que ver con las terapias breves. O sea que, en el fondo, eran más bien terapias inspiradas, y terapias más bien breves que pudiesen, por lo tanto, insertarse eventualmente en los hospitales, porque la APCH seguía enseñando un psicoanálisis de cuatro, cinco sesiones a la semana –completamente inviable para cualquier servicio de salud pública–, entonces la única forma de subsistir era privatizándose no más. Entonces, creíamos que el psicoanálisis podía ser pensado en settings muy distintos, y sin desvirtuarlo. Si uno lograba más o menos entender mejor cuál era el sentido de la clínica psicoanalítica, eso no debiese verse tan limitado por contextos técnicos” (E 8).*

Por otra parte, una entrevistada y un entrevistado coinciden en que el psicoanálisis tiene un abordaje sobre los procesos de salud, enfermedad y curación distinto al que tenían las autoridades a cargo del proceso de reformas de políticas de salud mental. Desde Freud, la clínica psicoanalítica pone en alerta frente al “furor curandis”, y toma distancia frente a la ética de la adaptación y del bienestar.

*“Desde la cabeza de los epidemiólogos, y de los que estaban generando todos estos programas de prevención, de psicología comunitaria, estaban en aquellos años (no sé ahora), la ambición de que ¡no hubiera patología!, que iban a “erradicar la depresión”; por ejemplo. Yo los miraba y decía “¡pero qué inocencia!” o “¡qué omnipotencia!”, pero ahí fue un diálogo de sordos. No pudimos, porque ahí sí que las epistemes eran muy distintas” (E 1).*

*“...yo creo que eso podemos hacer los psicoanalistas... en este tipo de trabajos [Salud Pública], o sea, dar a entender que, a veces, hay pacientes que no van a entrar nunca en esta lógica de: “los objetivos, de lograr objetivos... no”, va por otro lado el asunto, y, eso –a mi entender–, no hay nadie más, que a los psicoanalistas que les interese. Qué les interese entrar en eso, entenderlo, analizarlo...” (E 7).*

Es difícil saber hasta dónde estas consideraciones habrían llevado a un diálogo imposible, o hasta donde habrían mermado las posibilidades de incidir en los programas y políticas que se estaban implementando a todo nivel en el sistema público de salud mental. El enfoque de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) se asume como marco de referencia para la toma de decisiones clínicas, y la focalización de los recursos en tratamientos que se presentan a primera vista como costo-efectivos, mientras se consideraba al psicoanálisis como una terapia costosa y sin evidencia empírica sobre sus resultados.

### **c) Adaptarse o esconderse**

Como se vislumbra en una viñeta anterior, durante los años '90 hubo algunos intentos de adecuación del psicoanálisis para facilitar su inserción en la salud pública, los que no estuvieron exentos de dilemas. Junto a las reformas de salud mental, surgen iniciativas de introducir al psicoanálisis desde un enfoque basado en la evidencia, y ajustando el encuadre a un proceso de tratamiento de breve duración. Así es como se origina la Unidad de Psicoterapia Breve en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, de la mano de un psiquiatra,

psicoanalista de la APCH y formado en Alemania. El objetivo era entrenar a un equipo de psicoterapeutas que ofrecieran tratamientos con objetivos focalizados, combinado al uso de psicofármacos. Esta perspectiva estaba inserta en el movimiento de investigación empírica en psicoterapia, que destaca la relevancia de los llamados factores inespecíficos, y de esta manera, abre la terapia analítica a una clínica ecléctica.

Ante la ortodoxia psicoanalítica, tal como lo plantea uno de los entrevistados, la pregunta que surge es: “¿Qué es lo que necesita el paciente?”, y de acuerdo con esa evaluación, incorporar –de ser necesario– otras herramientas o modelos clínicos que aporten al tratamiento.

*“El acercar el psicoanálisis y enfrentarlo a la realidad clínica, muchas veces pasaba que uno trataba de adaptar a los pacientes a tu teoría –cuando uno se está formando pasa mucho eso, digamos–, versus la indicación adaptativa, que es “¿qué necesita el paciente?” ... a lo mejor, el paciente necesita una conversación de dos sesiones. Entonces, desde el punto de vista, de la indicación adaptativa, significa que distintos caminos llevan a Roma, o sea... de la indicación adaptativa, lo que nos da, y lo que nos muestra la investigación, nos muestra que no hay teorías superiores a otras, no hay orientaciones superiores a otras, que todos los caminos llevan a Roma; y que tú puedes entonces, acercarte allá a una paciente que puedas recibir digamos en Renca, que tiene una situación de trauma, de adversidad en la infancia, etc. Te puedes acercar dependiendo de la paciente con EMDR digamos, o te puedes acercar psicoanalíticamente, y probablemente las dos alternativas van a llegar a Roma” (E 4).*

Lo que resulta interesante es la discusión sobre hasta qué punto se estaría desvirtuando el sentido de la clínica psicoanalítica. En otras palabras, la escasa discusión en los noventa estaba atravesada por el dilema de la pureza psicoanalítica y los peligros que suponen algunas ‘desviaciones’. Es claro que hay una tensión al momento de poner al psicoanálisis ante la manera en que se mide la eficacia de los tratamientos, como también, ante el imperativo de eficiencia económica que va asumiendo el sistema de salud público de los noventa. Esta contradicción la podemos encontrar en un entrevistado que alude a los vínculos del psicoanálisis con la investigación empírica:

*“Yo pienso que probablemente el que intentaba hacer esto de una manera más sistemática y sería –pero de una manera que a nosotros no nos interesaba para nada–, era [nombra a un psicoanalista]. A propósito de psicoanálisis y políticas públicas (...) hacía investigación empírica pura y dura digamos... y eso por supuesto, sacaba datos que permitía, de alguna manera... –utilizaba cuestionarios yo me acuerdo–, y nosotros encontrábamos que todo eso era una aberración. Hoy día quizás no lo miraría tan terrible... no lo sé, pero en ese minuto, un cierto... no sé si fundamentalismo” (E 8).*

Por otra parte, surgen algunas experiencias que muestran que, desde el comienzo de las reformas, una opción fue ocultar lo que realmente se realizaba, hacer trampa ante las nuevas directrices que se van asumiendo en las reformas de salud mental. Con el énfasis en la evaluación estadística, los rendimientos y la reducción de los tiempos de las psicoterapias, hubo que camuflar cuestiones como la duración real de los tratamientos, y no era posible decir públicamente que se trabajaba psicoanalíticamente, pues atentaba contra la eficiencia del sistema. Y aun cuando no había capacidad para supervisar lo que realmente se hacía en los centros de salud, estaba la sensación de ser vigilados:

*“Una clínica psicoanalítica pública, de manera pública, no... de manera como... ‘tramposa.’ Por ejemplo, no poner las estadísticas; pero ellos [Autoridades de un CESFAM] nos revisaban las fichas, entonces con el sistema, si te pillaban que no hacías seis sesiones, y el tipo llevaba no sé, cien sesiones, ¿me entiendes?... entonces, yo siento que públicamente no era posible. Cuando estaba en los consultorios fue posible cuando funcionábamos como departamentos independientes (...) En Quinta Normal, yo creo que ahí no hubo, no hubo interferencia de la gente de salud, porque estábamos muy lejos, no tengo idea... pero no había ninguna... había cierto abandono diría yo... era una casa pobre, que tenía ratones, y yo creo que eso mismo nos dio la posibilidad a nosotros de decidir, y poder hacer esa clínica, pero era una clínica como ‘bajo guardia’, porque si nosotros decíamos que atendíamos tanto tiempo, tantos años, tantas veces... nos iban a decir: no’ (E 3).*

Los COSAM, recién creados, desde muy temprano eran vistos con una cierta sospecha por parte de las autoridades sanitarias de la época, pues la salud mental históricamente había funcionado bajo reglas propias, y había una tendencia a mantener esta autonomía. Sin embargo, la reacción de los profesionales de la Atención Primaria años más tarde parece seguir siendo la misma. Cómo constató Andrade (2015), en su investigación sobre la situación del Programa de la Depresión y la manera en que funcionan los equipos de salud mental que otorgan estas prestaciones, surge con mucha fuerza la expresión “estar haciendo trampa” al interior de las instituciones, a fin de poder responder a las demandas institucionales, por un lado –en un contexto caracterizado por la precariedad de los recursos– y a las demandas de los pacientes, por otra.

En el caso del presente estudio, una entrevistada significa su ejercicio del psicoanálisis en la Atención Primaria con la palabra “clandestinidad”, lo que estaba en directa relación con la necesidad de hacer trampa y con la percepción de ejercer una clínica psicoanalítica “bajo sospecha”:

*“Entonces, nosotras andábamos, cómo aplicando un psicoanálisis clandestino, era como (...) cada fractura que encontrábamos (...) ocupábamos fracturas, andábamos todo el rato mirando por donde nos podíamos meter (...) Estábamos todo el tiempo en esa lógica: ‘ocupemos esta fractura que tiene el sistema a nuestro favor’. Entonces, me acuerdo, como te digo, de ese caso que no tenía sentido denunciar, que antes podíamos intentar hacer una intervención clínica nosotras, y eso hacíamos. Esa fue otra de las tensiones que tuvimos (...)” (E1).*

## Discusión

Evidentemente, el presente estudio tiene limitaciones. No fue fácil contactar profesionales que cumplieran con los requisitos para participar, lo que se tradujo en un escaso número de entrevistas. Pero, además, la mayoría era, en los años '90, profesionales jóvenes que estaban iniciando su formación psicoanalítica. No obstante lo anterior, hay un par de cuestiones que merecen ser subrayadas y comentadas.

En primer lugar, cabe desatacar el hecho de que los profesionales se sentían más observados y controlados en los primeros años de democracia que en dictadura. Imposible no recordar el análisis de Tomás Moulian (1997) sobre esos años. En sus palabras, uno de los

aspectos que caracterizaba al Chile de la década de los noventa era el debilitamiento de los “sistemas discursivos alternativos” (p. 54) a la ideología dominante de la época, y que éste se presentaba como el “único horizonte posible” (p. 54). Algo similar parecía ocurrir con el psicoanálisis, que no pudo ofrecer un discurso diferente ante el acuerdo tácito que existía en torno a las directrices del Banco Mundial (1993) respecto del uso de tratamientos costo-efectivos, basado en un tipo de evidencia, evaluados a través de indicadores contables, sin preguntarse demasiado por otros razonamientos ni horizontes posibles. La masificación de la atención psicológica durante los años '90 requería decisiones por parte del Estado, que permitieran maximizar el uso de recursos limitados. Sin embargo, no es algo evidente la construcción de evidencia, incluyendo lo que se va a definir en términos operacionales como la efectividad de un tratamiento (Radiszcz, 2011).

Pero también, es relevante señalar que los hallazgos del presente estudio coinciden con otras investigaciones, incluso recientes, en cuanto a que las reformas de los sistemas de salud pública de los años '90 en Latinoamérica, bajo la lógica del *New Public Management*, llamado también “Ideología Gestionaria” (de Gaulejac, 2005) o desde otra perspectiva, “Capitalismo Sanitario” (Blanch & Cantera, 2007), han sido experimentadas como una amenaza por los clínicos de diferentes profesiones, y han significado cambios en la experiencia del trabajo mismo. Curiosamente, fue un psicoanalista uno de los primeros en indagar sobre este fenómeno (Jiménez, 2004). Y actualmente se reconoce que las formas de organización del trabajo y evaluación de desempeños en los servicios públicos generan malestar laboral, sufrimiento ético y son un factor de riesgo para la salud de los trabajadores (Ansoleaga, Toro y Godoy, et al, 2011; Blanch, Ochoa & Sahagún, 2012; Zamora, 2015; Silva, 2016; Fardella, Sisto, Morales, et. al, 2016). Es decir, la incomodidad y las resistencias frente a los movimientos reformistas no son un asunto del psicoanálisis en tanto tal, sino del personal clínico en general. Sin duda, el histórico aislamiento y desatención de la salud mental dentro del sistema sanitario chileno generaba otras dificultades, pero es interesante cómo eso permitía grados de autonomía que eran altamente valorados por los profesionales.

En segundo lugar, el presente estudio hace recordar la incomodidad del psicoanálisis ante la política. Freud mismo había planteado –a través de una carta que su hija dirige a Ernest Jones en 1933– “que el psicoanálisis no tiene ningún papel en la política, y qué si llegase a ser prohibido debía serlo por lo que es y no por su vínculo con la política” (Vetö, 2013 p. 106). Esto, ante las tensiones que se producían por aquellos analistas que habían adherido al comunismo, en tanto podía poner en riesgo su supervivencia. De acuerdo con el historiador George Makari (2012), Freud había supuesto que si su trabajo era considerado médico y científico no sería proscrito. Sin embargo, “con Dollfus en Austria, Hitler en Alemania, Mussolini en Italia y Stalin en la Unión Soviética, se había vuelto imposible proteger la investigación científica racional de los políticos en Europa. Las teorías que antes se evaluaban por su ingenio y utilidad clínica, ahora eran examinadas por sus posiciones políticas” (p. 580). Además, en los convulsionados años '30, “era legítimo preguntar si el psicoanálisis era intrínsecamente una teoría social y política liberal o si era una psicología basada en los impulsos que veía los problemas sociales como inherentemente psicológicos, absolviendo de toda responsabilidad a las estructuras sociales. Esta pregunta se hizo más urgente cuando la supervivencia del psicoanálisis parecía depender, no de su amplio atractivo cultural o de su prestigio científico, sino de su identidad política” (Makari, 2012 p. 581).

Con la llegada del nazismo al poder, el movimiento psicoanalítico se refugió en gran medida en Inglaterra y en Estados Unidos, país en el que se prohibió el ejercicio del psicoanálisis a los no médicos, donde, asimismo, toda actividad política en los ambientes académicos se volvió sospechosa. Paulatinamente, el psicoanálisis fue siendo absorbido por la psiquiatría. Según Zaretsky (2012), el psicoanálisis sobrevivió a la Segunda Guerra, pero se había transformado por completo. Tal como lo había anticipado Freud, “el espíritu psicoanalítico podía desaparecer, aunque el psicoanálisis triunfase como profesión” (p. 351). Así fue como el psicoanálisis oficial se fue aislando en instituciones cerradas y en las consultas de los analistas, que poco o nada se vinculaban con las ciencias sociales, la filosofía política y la contingencia en general. Por supuesto, esto no es igual en todas partes, pero en el caso chileno, a diferencia de lo que ocurre en otros países, el psicoanálisis tuvo –durante el retorno a la democracia en Chile– escaso interés en el nuevo marco político que tomaba forma en esos años y redefinía las estrategias sanitarias.

Podemos volver a la crítica que Tomás Moulian hace de la sociedad chilena de los años noventa, a saber, que la política estaba petrificada, sin posibilidades creativas, pues, estaban anuladas por el dispositivo de lo que denomina la “jaula de hierro” (Moulian, 1997 p. 53). En otras palabras, la racionalidad de la nueva gestión pública y la instalación de un régimen neoliberal habían establecido los límites de toda discusión posible durante la transición a la democracia. Por eso se entiende que los escasos intentos por ‘ajustar’ la práctica analítica a la realidad de la salud pública –y así velar por su supervivencia– no cuestionaban el imperativo de eficiencia ni las formas de evaluar la efectividad de las prácticas terapéuticas. En ese contexto, no hubo interés por llevar el diálogo a otro nivel, como pudo ser, por ejemplo, sobre las bases teóricas, epistemológicas y éticas de los enfoques en juego. No hubo intentos de diálogo con el enfoque comunitario mismo, sobre el cual abundaba gran ignorancia, y existía un enredo de representaciones y significados (Miranda, 2005). Cabe señalar que dicho enfoque aun es un desafío abierto; de hecho, casi la totalidad de los esfuerzos del sistema público se siguen concentrando en atenciones individuales. Por otra parte, pareciera que no sólo entre las autoridades sanitarias, sino también entre los mismos psicoanalistas, hubiese confusión entre el tratamiento y el *setting* psicoanalítico, y entre la ética del psicoanálisis y la técnica, lo que frenaba la posibilidad de un diálogo verdaderamente fecundo, que fuera más allá de las aplicaciones del marco psicoanalítico a los distintos contextos terapéuticos.

Causa extrañeza que durante la postguerra los psicoanalistas hayan tenido un papel relevante en el debate sobre la noción misma de salud mental, mientras hoy, cuando existe una inquietud creciente a nivel social y político sobre el tema, las instituciones psicoanalíticas se mantengan bastante al margen. He aquí una deuda pendiente.

- American Psychological Association.** (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta*.
- Andrade Vergara, G.** (2015). "Hacer Trampita" para sobrevivir: Significaciones sobre el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. *Psicoperspectivas*, 14 (3), 117-127. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue3-fulltext-603>.
- Ansoleaga, E., Toro, Juan Pablo; Godoy, I.; Stecher, A.; Blanch, JM.** (2011). "Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana". *Rev Med Chile 2011; 139*. 1185-1191
- Banco Mundial** (1995). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1995*. Invertir en Salud. Banco Mundial. Washington, D.C. Recuperado de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>
- Blanch, J. M., & Cantera, L.** (2007). "El capitalismo sanitario como factor de riesgo psicosocial". En: Guillén C & Guil, R (Eds): *Psicología Social: Un encuentro de Perspectivas*. Cádiz: APPS.
- Blanch, J. M.; Ochoa, P. & Sahagún, M.** (2012). "Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria". En: Ansoleaga, E.; Artaza, O.; Suárez, J. (eds.) *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago, Chile: OPS/OMS
- Bogdan, R. & Taylor, S.** (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- De Gaulejac, V.** (2005). *La société malade de la gestion: Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. París: Seuil
- Fardella, C.; Sisto, V.; Morales, K.; Rivera, G. & Soto, R.** (2016) Identidades Laborales y Ética del Trabajo Público en Tiempos de Rendición de Cuentas. *PSYKHE*, 25(2), 1-11 doi:10.7764/psykhe.25.2.789
- Freud, S.** (1919 [1918]). "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica". En: *Obras Completas*, Tomo XVII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Gajardo, M. J.** (2014). *Inserción/Exclusión del psicoanálisis en el sistema público de salud en Chile* (Tesis de magister). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Jiménez, J. P.** (2004). "Bienestar y satisfacción de los médicos con el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma". *Rev Med Chile*; 132 (5). 655-656. <http://dx.doi.org/10.4067/S0054-98872004000500015>
- Makari, G.** (2012). *Revolución en mente. La creación del psicoanálisis*. España: Sexto Piso.
- Minoletti A, Rojas G., & Sepúlveda, R.** (2011). "Notas sobre la historia de las políticas y reformas de salud mental en Chile". En: Armijo, M. A. (ed). (2011). *La psiquiatría en Chile: apuntes para una historia*. Santiago de Chile: Royal Pharma.
- Miranda, G.** (2005). *Tensiones y desafíos para la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a partir de las percepciones de los profesionales del sistema público*. (Tesis de magister). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Moulian, T.** (1997). *Chile actual. Anatomía de un mito*. Santiago de Chile: Editorial Lom.
- Pemjean, A** (1994). "Políticas de Salud Mental 1990-1995". *Revista de Psiquiatría*. 11 (1). 27-33.
- Silva, C.** (2016). *¿Por qué sufren los trabajadores de la salud? El caso de un Centro de Salud Familiar Rural del sur de Chile* (Tesis de doctorado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Strauss, A., & Corbin, J.** (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud** (1990). "Declaración de Caracas". Caracas. Recuperado de [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf)
- Radiszcz, E.** (2011). "Quelques propos sur le pouvoir en psychothérapie et en psychanalyse". *Savoirs et clinique*, n° 14(2), 54-63. <https://doi.org/10.5917/sc.014.0054>.
- Vetö, S.** (2015). *Psicoanálisis en Estado de Sitio*. Santiago: Ediciones El Buen Aire/ FACSIO.
- Zamora, C.** (2015). *Prácticas y registros de las(os) psicólogas(os) a nivel de salud primaria, elementos de performatividad en las políticas públicas en salud mental en Chile*. (Tesis de Magister). Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- Zaretsky, E.** (2012). *Secretos del Alma. Historia social y cultural del psicoanálisis*. Editorial Siglo XXI. Madrid: España