

Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica, 6(1), enero-junio 2025, pp. 161-177.
ISSN: 2730-4833 (papel), 2730-4957 (en línea). DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/6.1.9.

INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

CONVERSACIÓN CON MANUEL LAGUARDA
Y HEBERT TENENBAUM

Diego Monetti

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica
Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: monettidiego@gmail.com

ORCID: 0009-0003-2315-3392

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

MONETTI, D. (2025). Intervenciones psicoanalíticas en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Conversación con Manuel Laguarda y Hebert Tenenbaum. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 6(1), 161-177. DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/6.1.9.

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Manuel Laguarda es doctor en Medicina, está especializado en psiquiatría de adultos y en psiquiatría de niños y adolescentes, y diplomado en psicoterapia en servicios de salud. Ejerce su actividad profesional en el campo de la clínica y la enseñanza del psicoanálisis. Fue decano y docente del Instituto Universitario de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica.

Laguarda cuenta con una importante trayectoria como académico y profesional. Es autor de varios libros y de numerosos artículos en psiquiatría, psicoanálisis y ciencias sociales.

Hebert Tenenbaum es psicólogo, egresado de la Universidad de la República, y magister en psicoanálisis. Entre 2010 y 2013 fue director del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Además, durante su larga trayectoria, trabajó como coordinador de grupos para *pensar la tarea* en instituciones públicas.

Actualmente se desempeña como docente en la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares.

INTRODUCCIÓN

Desde la implementación del Plan Nacional de Salud Mental en 2011, que indicaba la obligatoriedad para las instituciones prestadoras de salud de incluir la asistencia en psicoterapia y dispositivos grupales, muchos psicoanalistas se insertaron en los equipos de salud. Entre los desafíos de la tarea asistencial se encontraba lidiar con las tensiones resultantes de las pautas establecidas para los diversos tratamientos y las condiciones para que una escucha psicoanalítica fuera posible.

Por un lado, dicho plan significó que una parte de la población que previamente no accedía a estos tratamientos pudiera tomar contacto y beneficiarse de los dispositivos psicoanalíticos.

Por otra parte, los psicoanalistas debieron repensar su quehacer en función de condiciones como el número de sesiones establecidas para las psicoterapias, el trabajo con dispositivos grupales abiertos, intervenciones en consultas en comités de recepción y con la comunidad.

Algunos psicoanalistas participaron del diseño e implementación de dicho Plan de Salud Mental. La interacción con otros profesionales de diversas disciplinas supuso el desafío de dialogar con otros saberes. Actualmente, a partir de la nueva ley de salud mental y del planteo de un cambio sustancial en el abordaje de la salud mental surgen nuevas complejidades en las que los psicoanalistas estamos convocados a aportar.

Diego Monetti

LA CONVERSACIÓN

DIEGO MONETTI: Posicionándonos en el escenario actual, les propongo abrir esta conversación con esta interrogante: ¿cómo se inserta el psicoanálisis en el Plan de Salud Mental?

HEBERT TENENBAUM: La primera aclaración es que a nosotros nos interesa el psicoanálisis, nos convoca el psicoanálisis; pero, claro, todos estos planes lo exceden, son planes de salud mental en sentido amplio.

MANUEL LAGUARDA: Son planes de salud mental en donde uno se inserta con su formación, que es la psicoanalítica. Ser *psicoanalista* no es un sombrero que uno se saca y se pone cuando quiera. Está incorporado a nosotros como identidad, como marco de referencia para el trabajo profesional en general, para toda la vida. Porque, insisto, el psicoanálisis es más que un trabajo profesional, es una forma de ver el mundo.

HEBERT: Para empezar a pensar cómo fue el proceso de todo esto, en 1986 hubo una convocatoria postdictadura de una cantidad de organizaciones, de instituciones, que hicieron un plan, pero que nunca se aplicó. Posteriormente, en 2010 hubo una decisión: Daniel Olesker tuvo ahí un empuje fundamental, porque sin él no hubiera salido nada. En política institucional una cosa es lo que uno quiere o lo ideal, y después hay que negociar. Hubo que negociar con el Ministerio de Economía, porque había que aportar dinero al sistema de salud para financiar esto. Sabemos desde nuestra experiencia que una psicoterapia no puede estar limitada en su duración por un reglamento, pero hubo que poner determinada cantidad de sesiones, establecer una determinada cantidad de límites, ya que el ministerio no podía financiar todo. Estos aspectos despertaron críticas, porque se quería un plan ideal y no se pudo llevar adelante, debido a que las políticas públicas tienen muchos actores.

MANUEL: Sí, está el precedente de 1986, un gran movimiento correlativo a la salida de la dictadura en un momento de mucha expectativa,

de mucha ilusión. En ese entonces hubo en el Hospital Vilardebó una gran asamblea con participación de gente de las instituciones y del medio político, pero eso quedó un poco en los papeles. Y después está la iniciativa de 2005 en adelante, que se concreta en 2010, como dijo Hebert. La participación institucional fue importante, las instituciones psicoanalíticas ya tenían en su horizonte estratégico la posibilidad de incluir la psicoterapia en el Sistema de Salud, por lo menos AUDEPP desde el 2000. En el 2000, cuando festejamos los diecinueve años de AUDEPP, hicimos en el Paraninfo de la Universidad un acto donde enunciamos esto. Pero luego, me parece, el aporte fundamental fue de las personas de orientación psicoanalítica que participaron en la elaboración y después en la ejecución concreta. La realidad impone límites y uno es el económico, que hace que un psicoanálisis tradicional no pueda llevarse a cabo en un medio limitado como el nuestro.

DIEGO: ¿Cuáles fueron los puntos de contradicción entre esta lógica de la administración de los recursos y la lógica de los tratamientos psicoanalíticos a partir de la inserción en instituciones de salud y del trabajo con otras poblaciones que habitualmente no accedían al psicoanálisis?

HEBERT: En el Plan siempre se habló de *psicoterapia* y no de *psicoanálisis*, ¿no? Porque era una cuestión de democracia, había que aceptar que cada institución, cada mutualista eligiera a quiénes les confiaba eso. Lo que pasa es que hay cosas que no sé si se pueden resolver. Nosotros sabemos que Freud habla del tema del *furor curandis*, de que en el psicoanálisis no podemos apurarnos, pero en este tipo de planes hay algo a tener en cuenta: los tiempos y los resultados. No podíamos estar con un paciente tres o cuatro años, había límites. Entonces, había que apelar a la imaginación, a la creatividad de los terapeutas, para que justamente salieran de los encuadres psicoanalíticos clásicos y se adaptaran a lo institucional y a los tiempos.

MANUEL: La lógica psicoanalítica no es igual a la lógica de las instituciones que buscan eficacia y rapidez en los procedimientos, porque

ahí tenés limitaciones que vienen por el tiempo, el dinero y los resultados. Y eso te lleva a una medicina basada en la evidencia, a demostración de resultados, a la experimentación..., bueno, a una cantidad de aspectos que vienen un poco a sumarse a la práctica tradicional. Esto había pasado ya antes con los seguros médicos que cubrían tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos, e incluían estos aspectos: la limitación en el tiempo, las sesiones, y eventualmente resultados. O sea que estas exigencias de demandas o limitaciones que se tenían en cuenta vienen de afuera, del ambiente extraanalítico.

DIEGO: Además de la limitación del número de sesiones, también surge el tema de los honorarios estandarizados, los tratamientos organizados en «modos de atención». Está también el tema de los dispositivos, de los grupos abiertos en lugar de los grupos cerrados...

HEBERT: La reforma de la salud, el Sistema Nacional Integrado, fue de los grandes cambios que hizo el gobierno del Frente Amplio. Permitió que más personas pudieran acceder a la atención en salud y mucha gente accedió a las psicoterapias. Lo que yo creo que nunca se pudo lograr fue definir quiénes llevan adelante esa psicoterapia. Porque las mutualistas podían elegir a cualquiera. Había una diversidad muy grande.

MANUEL: Ahí te vas a otro problema lateral. Es la regulación de las psicoterapias, la legislación ausente de las psicoterapias. Es una actividad que no está regulada hasta ahora. ¿Quiénes son psicoterapeutas? ¿Quién convalida desde el punto de vista del Estado la regulación de las psicoterapias?

HEBERT: Y el Ministerio de Salud no se podía meter en eso. Ha sido un campo laboral para mucha gente joven, que se recibió, para quienes antes era difícil trabajar, pero que empezaron a trabajar en estos planes en las mutualistas.

DIEGO: En relación con el encuadre de las psicoterapias, ¿qué efectos les parece que tiene esta lógica de un encuadre marcado por la institución en los tratamientos?

MANUEL: Tenés, por un lado, la limitación del número de sesiones. Te dan un año, cuarenta y ocho sesiones. Hay una limitación temporal. O sea que es una lógica externa a tener en cuenta, que no es la lógica de un tratamiento como el psicoanalítico, que requiere sus tiempos. Y después tenés todas las modificaciones que en la transferencia puedan aparecer. Además, el hecho de que hay un tercero ahí, la institución: «Tengo que ir a sacar la orden», «No tengo plata para las órdenes», «Fui a la mutualista y no estaba la persona encargada». Y uno mismo tiene que mandar un informe con los pacientes que vienen en el mes. Entra un tercero con una cantidad de aspectos nuevos, la transferencia se modifica y la contratransferencia también.

HEBERT: El gran punto es ese, la transferencia, porque es la institución que está presente todo el tiempo. En las prácticas hospitalarias en el Programa de Psicoterapia del Pereira Rossell lo vivías todo el tiempo en el encuadre: ibas a un consultorio, estaba ocupado, te tenías que ir a otro y la semana que viene a otro. Todas esas cosas que influyen en la transferencia, esa presencia constante del tercero que genera también fantasías: «Si usted hace un informe, ¿qué va en el informe?». Cosas que en la práctica privada no pasan.

DIEGO: Una investigación pendiente es el tema del efecto del comité de recepción como paso previo al comienzo de una psicoterapia. ¿Qué efecto tiene esa primera escucha?

MANUEL: Las personas van al comité de recepción a veces con la fantasía de que van a recibir tratamiento ahí. Pero ahí tienen una primera entrevista, una primera escucha que depende de los entrevistadores. Y luego las derivan a otro lado, no saben bien con quién ni cómo será. O sea que el paciente vio primero al psiquiatra, después vio al comité, después va a ver al terapeuta. O vio primero al médico, después

al comité, después al terapeuta. En la práctica privada vos querés ver a un psicoanalista y pedís directamente. Ahora, ¿cómo modifica la transferencia la presencia previa en el comité? Bueno, habría que ver.

HEBERT: Igual, creo que un psicoanalista puede mantener un encuadre interno y que, pese a todas estas modificaciones, haya algo básico del psicoanálisis que se pueda mantener.

DIEGO: ¿Cuáles son para ustedes los elementos nodales de la escucha psicoanalítica, más allá del contexto del consultorio?

MANUEL: Decía al principio que, en tanto somos psicoanalistas, nuestras intervenciones van a tender a una base psicoanalítica porque está en nuestra formación e identidad. Escuchamos desde el marco del psicoanálisis, el encuadre, la transferencia, el inconsciente, la sexualidad infantil, las pulsiones, los sueños. Bueno, uno aplica una escucha tomando esas referencias y aplica la interpretación en ese ámbito igual. En ese sentido, eso se puede mantener.

HEBERT: Silvana Hernández y otros colegas han escrito sobre esto. Con ella y un grupo de gente hemos trabajado en instituciones —no en psicoterapia, sí en grupos— con un dispositivo que se llama (a mí no me gusta el nombre) *cuidado al cuidador*. Lo hemos hecho con los equipos de inau que trabajan en la calle; si bien no trabajamos con psicoterapia, es un espacio para pensarse. Y nosotros hemos siempre mantenido esta cosa del psicoanálisis, de la abstinencia, no de la neutralidad, que en las instituciones es imposible. No hablar de vos, no contar cosas tuyas, sino sostener ese encuadre de escuchar desde la abstinencia, genera un movimiento, no sé si del inconsciente, pero un movimiento en que las personas pueden hablar.

Me parece que en el trabajo institucional otro tema que hay que interpretar todo el tiempo, sobre todo en instituciones jerarquizadas, es cuando aparece el problema de las ansiedades persecutorias con respecto a la confidencialidad, que no te vas a ir a contarle al director todo lo que sale ahí. Si uno puede mantener la confidencialidad, la abstinencia como en el consultorio, si mantenés esas bases del encuadre,

seguro que hay algo del psicoanálisis y hacés que el inconsciente se mueva.

DIEGO: *Pensar en la abstinencia es hacer lugar al deseo del otro y al discurso del otro, que circule la palabra, que haya un sujeto presente.*

HEBERT: Ahí está, porque muchas veces las personas van, por ejemplo, a los psiquiatras y van esperando que los aconsejen, que les digan qué tienen que hacer.

DIEGO: *Hay una tensión entre la idea de «usuario del sistema de salud» y la concepción de que ahí hay un sujeto que tiene algo para decir de lo que le pasa, de su sufrimiento. Una tensión entre la burocratización de la institución y el gesto del psicoanálisis de dar la palabra y escuchar.*

MANUEL: En el marco del consultorio, aun con las peculiaridades de la psicoterapia y el sistema de salud, podés trabajar y ayudar al paciente desde el marco referencial que tenemos nosotros. Mi experiencia es que la formación psicoanalítica te permite trabajar mucho mejor en psiquiatría, en las instituciones, enriquece el trabajo psiquiátrico. Y, a su vez, tener acceso en las instituciones a otros sectores sociales que no van a la clínica privada permite también enriquecer la formación personal. ¿Recuerdan la metáfora usada por Freud del oro y el cobre?, la frase con la que termina el trabajo *Los nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* de 1919. Freud habla del cobre de la sugestión versus el oro del psicoanálisis. En realidad, está jerarquizando el psicoanálisis como búsqueda del inconsciente versus la sugestión como una técnica manipuladora, que no respeta lo que el sujeto trae. Eso me parece válido: no caer en la sugestión y mantener una orientación que busca que el sujeto se exprese y encuentre su verdad. Lo que sí admitiría es que el uso de esa metáfora de minerales valiosos y no valiosos en el contexto de la apelación a otras clases sociales puede tener un

sesgo clasista. Y eso es lo que a uno le rechina cuando lee el artículo. Aunque, si lees con atención, te das cuenta de que Freud habla de la sugestión, no de que vengan al psicoanálisis los sectores populares.

DIEGO: Ahora está la posibilidad de extender la escucha a otros ámbitos fuera del consultorio y llegar a sectores más amplios de la población, que clásicamente no podían acceder a los tratamientos privados.

HEBERT: Yo creo que se ha perdido mucho en la psiquiatría. En Uruguay había toda una historia del vínculo entre psiquiatría y psicoanálisis muy estrecho. Cuando me formé era así y ahora me parece que no. Creo que esa es la grieta entre psiquiatría y psicoanálisis: una cosa es escuchar al sujeto y la otra cosa es clasificar, meter en el DSM-V. Me parece que esa es una pelea necesaria para dar, porque evidentemente el psiquiatra ocupa un lugar central en el sistema de salud, pero creo que ha perdido mucha escucha.

DIEGO: En otros momentos históricos los referentes del psicoanálisis eran psiquiatras. En este momento, si bien hay psiquiatras psicoanalistas en las cátedras, hay una disminución de la presencia del psicoanálisis en el enfoque clínico.

MANUEL: Parecería que sí, a partir del noventa. Pasa también en otras partes del mundo, es general.

HEBERT: Entramos en algo más amplio en relación con el momento social y cultural que estamos viviendo, toda esta cosa del neoliberalismo, de buscar soluciones y la cosa rápida, el mandato de que hay que ser feliz. El psicoanálisis va contra todo eso, algunos dicen que el psicoanálisis es un lugar de resistencia.

MANUEL: Eso empieza a cambiar en la década de los ochenta, en la época de Reagan y Thatcher, con el neoliberalismo y la ofensiva ideológica de la derecha a nivel mundial. Las categorías de *neurosis* y de *conflicto* desaparecen: están en el DSM-II y desaparecen en el DSM-III.

Hay un quiebre dado por la Sociedad Psiquiátrica Norteamericana. Este cambio tiene que ver con la llegada de la posmodernidad y de las ideologías conservadoras.

HEBERT: Toda esa sensibilidad neoliberal que ha ido aumentando lleva a tapar el sufrimiento y resolver las cosas rápido. Yo creo que en Uruguay capaz que no es tan así porque tenemos una tradición psicoanalítica, pero cada vez más rige esta cosa de la solución rápida.

DIEGO: En el Plan del 2011, además de la psicoterapia individual se plantea la posibilidad de que la gente pueda resolver parte de sus conflictos colectivamente, en grupo, partiendo de la base de que muchos conflictos también se basan o provienen de la vida, de los vínculos, como ya lo decía Freud en *El malestar de la cultura*.

HEBERT: En el Plan del 2011 estaban las dos cosas: el modo de tratamiento individual y el modo grupal, donde se daba la posibilidad de grupos de todo tipo. Algunos grupos resultaron un fracaso y nunca entendí por qué. Mucha gente no se anota en grupos ahora. En la primera mitad de los setenta hubo un movimiento grupalista muy importante. Los Garbarino coordinaban grupos, estoy hablando de la época en que Rey era el profesor de Psiquiatría, pero eso terminó con la dictadura y no se pudo recuperar. Para nosotros, incluir en el Plan el trabajo con grupos generaba mucho entusiasmo. Pero me parece que no ha funcionado del todo. Por un lado, está el problema del individualismo, pero también el tema de la formación de los psicólogos: no todos estaban formados para trabajar con grupos.

DIEGO: Nuestra experiencia con los grupos en la institución donde trabajamos es buena, tanto con grupos de adolescentes como con grupos de niños. Coordinamos y sostenemos esos grupos hace catorce años, desde que se implementó el Plan, y se atendió a miles de adolescentes y niños. Creo que es un espacio especialmente valioso para los adolescentes, en esa etapa el grupo es muy importante.

HEBERT: Además, desde el punto de vista de la economía, las mutualistas ahorran, porque en un grupo atendés a más gente. La inclusión de los grupos me parecía importante. Además, desde el punto de vista terapéutico, un grupo es algo distinto.

DIEGO: ¿Con qué ideas fue que se impulsó justamente la inclusión de los grupos y con qué fundamentos psicoanalíticos se pensó en la inclusión de esos dispositivos?

HEBERT: No sé si hubo solo fundamentos psicoanalíticos. Por ejemplo, en los grupos de familiares de personas con intento de autoeliminación, se pensó en la posibilidad de socializar, de compartir experiencias, y por eso no se lo veía como grupo de psicoterapia. Había también grupos para familiares de adictos, dado que tal vez un familiar no accede a una psicoterapia, no tiene una demanda de psicoterapia, pero sí precisa una cosa mutual que lo una con otros. A eso se lo llamaba tratamiento modo 1, que no era tan psicoterapéuticos, sino que apuntaban más a posibilitar el socializar en grupo. Propusimos grupos de docentes, de padres, en la línea más de grupo operativo, donde trabajar los temas de la docencia o de la crianza de los hijos, no los temas personales como en la psicoterapia, ahí está la diferencia.

DIEGO: ¿Hay algo allí de la concepción psicoanalítica en relación con la apuesta al lazo social? En el sentido de apostar a construir cultura, a no quedar en una cosa más ligada, justamente, al individualismo.

HEBERT: Me parece que vivimos una época en la cual lo que se busca es tapar o satisfacer la demanda y no escuchar el conflicto. También implica un cambio cultural. Ahora están de moda los protocolos. O sea, en todos lados, para todos los problemas decían que se hacía un protocolo. Si hay un intento de asesinato, un protocolo. El protocolo me parece que lo que hace es encasillar, establecer una cosa que a veces no da lugar al tema de la potencia o la singularidad de un sujeto o un grupo.

Pongo un ejemplo: yo he trabajado en una escuela con un grupo de maestras donde habían muerto, principalmente por suicidio o femicidio, una cantidad de padres y madres. Las maestras estaban devastadas. Por lo tanto, desde Primaria mandaron a un experto con protocolos. Un día, una maestra con la que estábamos trabajando en un grupo me dice: «Yo tengo un niño al que se le murió la madre y todos los días viene y me dice: “La extraña”». La maestra, entonces, me dice, como con culpa: «Yo lo que hago es darle un abrazo». A mí me conmovió, porque esta mujer, capaz que sin leer ningún protocolo, es lo que le podía dar, y está bien. A lo mejor no es psicoanálisis, pero tiene en cuenta al niño. Muchas veces, los expertos tapan esas cosas porque vienen y dicen: «Ustedes tienen que decir tal cosa, hacer tal otra cosa».

DIEGO: ¿Qué les parece que nos traemos los psicoanalistas de estas experiencias para revisar en nuestras intervenciones, nuestros conceptos y dispositivos?

HEBERT: Creo que una de las cosas es ir con la cabeza de que también uno va a recibir, porque, si uno va con la cabeza de que somos los únicos que sabemos, estamos fritos. Eso ya lo decía Freud, no lo inventó nadie. Es lo que le dijo una paciente a Freud: «Déjeme hablar». Creo que hay que ir con eso.

MANUEL: Lo que uno se trae de estas experiencias es dar un peso muy fuerte a la realidad material en la que viven los sujetos. Ahora me estaba acordando del último curso *online* de Salud Pública que estaba centrado en el estrés. Entonces, ponía ejemplos en los que el sujeto estaba estresado porque no sabía adaptarse a su trabajo. Era muy reduccionista, planteaba el estrés laboral como consecuencia de las dificultades del sujeto para adaptarse al ritmo de trabajo y decía que tenía que adaptarse haciendo una serie de ejercicios corporales para mitigar el estrés y evitar tener cualquier sufrimiento, pero sin contemplar las causas de los conflictos. Desconocía el sufrimiento individual, las limitaciones materiales, la explotación, el malestar institucional.

Me parece que cada una de estas experiencias promueve que le demos más peso a la realidad y nos bajemos un poco de creer que uno sabe todo, para reconocer la riqueza que tienen muchas de estas personas que uno pensaba que no estaban aptas para psicoanálisis. Yo me he llevado sorpresas y menos prejuicios. En el fondo, encontrás en las personas una riqueza humana y también una capacidad de darse cuenta muy notable. Creo que conocer más a la gente, a la sociedad y a los sectores populares es muy importante.

HEBERT: Y también es importante no rigidizarse con el tema del encuadre. Yo soy muy crítico. Me parece que a veces hay una tendencia a un cierto elitismo de que, si no tenés el diván, entonces no es psicoanálisis. ¿Por qué no? ¿Por qué no se puede hacer psicoanálisis en otras circunstancias? Si no, se vuelve medio ortodoxo. Recordemos a Freud, analizando mientras caminaba en los Alpes. Todos sabemos que el dispositivo lo inventó Freud porque a él le servía. A veces nos hemos rigidizado mucho.

MANUEL: Cierto, creo que este trabajo me ha hecho menos rígido, más flexible en el encuadre, más abierto.

DIEGO: También otro de los puntos que incluía el Plan de Salud Mental era el tema de la atención a los trabajadores de la salud. ¿Qué les parece que aporta el psicoanálisis a la mirada, justamente, del trabajo en la salud? Por ejemplo, ¿qué efectos tiene en el inconsciente el trabajo en contacto con el sufrimiento humano, con la muerte cotidiana?

HEBERT: Desde el punto de vista práctico, eso se hizo porque no se podía universalizar los tratamientos y se priorizó a la gente que está más expuesta a situaciones de sufrimiento, que está más angustiada. El psicoanálisis puede aportar al trabajo médico y a la enfermería algo fundamental, porque trabajar con el dolor y la muerte, si no podés mirarte un poco a ti mismo, es muy difícil. Me parece que es importante en la formación de los profesionales de la salud. Se supone que son los que más necesitan.

MANUEL: He tenido pacientes, médicos y enfermeros que vienen del sistema de salud y traen al análisis las dificultades que enfrentan en su trabajo.

DIEGO: *¿Cómo ven la inclusión del psicoanálisis en la institución de salud con relación al contacto con la medicina y otras disciplinas? En algunos momentos había choques territoriales.*

MANUEL: No he tenido ese tipo de conflictos. En todo caso lo tengo dentro mío por ser médico y psicoanalista a la vez. Creo que es una experiencia que enriquece mucho el trabajo.

HEBERT: Creo que los médicos deberían incluir más la variable de la escucha, en muchas consultas médicas miran la computadora y no miran al paciente. Con el tema de la historia clínica, que tienen quince minutos de consulta y que tienen que llenar la receta, tienen poco tiempo para conversar y escuchar al paciente.

DIEGO: *En los comités de recepción de salud mental, lo que vemos es una mayor derivación de otros profesionales o especialistas, dermatólogos que derivan por dermatitis relacionadas con estrés, cirujanos que derivan a psicoprofilaxis quirúrgicas, pediatras o gastroenterólogos que derivan por síntomas gastrointestinales que entienden como psicósomáticos.*

MANUEL: Desde ese punto de vista sería positivo, porque al estar esas instancias integradas habría cierta permeación entre una cosa y otra. Está bueno que haya derivación a especialidades que están fuera de lo tradicional.

HEBERT: Es verdad. Igual yo creo que hay temas que exceden al psicoanálisis clínico, que son más de la época. Hay como una cosa de angustia y depresión en el mundo, esta cosa de la desesperación y de no salida. Yo creo que eso influye mucho y no sé si solo el psicoanálisis puede con eso si no hay un cambio social.

DIEGO: En este auge del discurso de la salud mental, ¿qué lugar tendría el psicoanálisis? ¿Cómo participamos los psicoanalistas en los ámbitos de planificación de estas políticas y qué podemos aportar?

MANUEL: Depende de los psicoanalistas. Y también de otra dimensión —perdónenme que utilice una terminología tradicional—, que es la lucha ideológica. Uno tiene que luchar por sus ideas en todos los ámbitos. Y no dejar que otras concepciones ocupen todo el espacio. A veces los psicoanalistas hemos sido medio parcos en ese tema. De verdad les hemos dejado espacio a otros.

HEBERT: Creo que el psicoanálisis puede ser un lugar de resistencia frente a esta concepción tan de moda de que se debe de evitar el sufrimiento; no me refiero al sufrimiento extremo, pero, sí a que hay un sufrimiento inevitable por el que los seres humanos pasamos. Y también frente a esta cosa actual, que se da mucho con los niños y los adolescentes, de que hay que llenarse de cosas. Yo no sé si el psicoanálisis es una cosmovisión, pero sí es una forma de entender al ser humano, claramente, y, entonces, permite cuestionar todas estas concepciones que hay ahora en la salud también.

DIEGO: ¿Cómo ven el planteo del cambio en el modelo asilar de atención y el cierre de las colonias, la desmanicomialización?, ¿qué puede aportar el psicoanálisis a ese proceso?

MANUEL: La aspiración viene de larga data, ya se había planteado en la década del setenta en Europa. El Plan de Salud Mental de 1986 lo recoge y ahora está de vuelta en la ley de 2017. Las dificultades son muchas. Poder llevar a la práctica la desmanicomialización exige mucho dinero, recursos técnicos, humanos y materiales. No va a salir de un día para el otro, va a requerir esfuerzo.

HEBERT: En 2025 vence en el plazo según la ley. Obviamente que la concepción de la ley tiene una base psicoanalítica cuando refiere a que la persona pueda desarrollarse en comunidad y todo eso. Hay un

tema social, porque no hay posibilidades sociales para las personas que salen de las colonias. No hay dónde ubicarlas, se requiere de una instrumentación de posibilidades de rehabilitación, de trabajo.

MANUEL: Las familias son pobres, no tienen recursos y los recursos tienen que venir de algún lado.

HEBERT: Yo creo que ahí hay una lucha ideológica con la psiquiatría, con la concepción de que hay que aislar a la persona.

MANUEL: La concepción de la internación excesiva considera al cerebro como máquina y cosa, donde todo se resuelve con una relación directa entre medicamento y enfermedad. Parece que desaparece la sociedad, los conflictos, la historia. Yo me refería a eso, justamente, cuando hablaba de la lucha ideológica. Desaparece lo que el sujeto vivió y lo que el medio representa para gestar el bienestar o el malestar o la enfermedad.

HEBERT: A veces se puede requerir internación, ¿pero esta cosa de encierro? ¿No hay otra posibilidad, otros instrumentos que no sean la incomunicación? Con la importancia que puede tener la familia, que las visitas estén limitadas es un riesgo. Eso no sé si tiene que ver con el psicoanálisis o si es simplemente comunidad. Porque una persona que está internada que no pueda ver a la familia... Igual creo que la ley es un avance.

MANUEL: Aunque no se cumpla, es una ley. Tiene efectos en lo simbólico, está escrito ahí, efectos performativos, como horizonte, por lo menos.

HEBERT: Y creo que ha habido cambios; con la ley, por lo menos, cerraron los ingresos en las colonias.

DIEGO: Para cerrar el diálogo, ¿quieren comentar algo más?

HEBERT: Insisto en mantener la esencia del psicoanálisis en otros ámbitos, abrir la cabeza e integrar estos aspectos a la formación.

MANUEL: La exhortación a los colegas a seguir trabajando e investigando en estos temas.