



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
Trabajo Final de Grado

CARACTERÍSTICAS DEL ENCUADRE PSICOANALÍTICO
EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Autor: Ribotta, Patricio Iván Ariel

Agosto 2016

Al equipo de profesionales del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, por la disposición y la confianza brindada, sin los cuales este proyecto no hubiese sido posible.

A los docentes de la Universidad y a los miembros de CAE quienes me acompañaron en este proceso, alentando mi formación y motivándome en cada etapa.

A mi familia el agradecimiento por el apoyo constante en cada camino emprendido

A mis amigos que leyeron este trabajo y que con sus aportes hicieron que se enriquezca y se expandiera.

A mis compañeros de Universidad, que son responsables de que trabajar y estudiar al mismo tiempo sea una posibilidad realizable.

A mi viejo, que puedo imaginarlo con la cabeza en alto y su sonrisa dibujada de orgullo abrazado junto a mí.

RESUMEN

En este trabajo se realiza un análisis descriptivo de las características que adopta el encuadre aplicado por los profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica en pacientes ambulatorios que concurren al servicio de salud mental en el nuevo hospital San Antonio de Padua. Se busca describir específicamente las características tanto externas como internas del encuadre. Para ello, en Junio de 2016, se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco profesionales que trabajan en la institución. En los resultados se pueden observar las características del encuadre aplicado y la flexibilidad que los profesionales adoptan a la hora de establecerlo y mantenerlo.

Palabras claves: Encuadre, orientación psicoanalítica, pacientes ambulatorios, hospital público, salud mental, constantes, variables.

ABSTRACT

In this work, a descriptive analysis is done of the characteristics that the applied frame adopts, by professionals self -defined as of psychoanalytic orientation, in patients who attend the mental health service of the new hospital called San Antonio de Padua. It is the intention to describe specifically both, the internal and external characteristics of the frame. For this reason, in June 2016 semi structured interviews were done to five professionals who work in the institution. The results show the characteristics of the applied frame and the flexibility adopted by the professionals at the time of establishing and keeping this structure.

Key Words: Frame, psychoanalytic orientation, patients, hospital, mental health, constants, variables.

Índice

1. Capítulo I

1.1 Introducción.....	6
1.2 Antecedentes.....	8
1.3 Justificación.....	12
1.4 Problema.....	13
1.5 Objetivos.....	13

2. Capítulo II

2.1 Los desafíos del abordaje psicoanalítico en la clínica.....	14
2.2 Características del proceso psicoanalítico en instituciones públicas.....	16
2.3 Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico.....	17
2.4 Encuadre interno y externo del psicoanálisis.....	18
2.5 Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico.....	19
2.6 Encuadre psicoanalítico, definición, discusión y aplicación.....	21
2.7 Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre.....	23
2.8 Sobre encuadre y proceso analítico en la actualidad.....	25
2.9 Abordaje psicoanalítico en instituciones públicas de salud mental.....	26
2.10 Pacientes ambulatorios.....	30

3. Capítulo III

3.1 Tipo de estudio.....	31
3.2 Diseño de investigación.....	31
3.3 Población.....	31
3.4 Muestra.....	32
3.5 Muestreo.....	32
3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	32
3.7 Procedimiento y análisis de datos.....	33
3.8 Cuestiones éticas.....	34
3.9 Análisis de datos.....	35

Capítulo IV

Conclusiones.....	43
-------------------	----

Capítulo V

Bibliografía.....	52
-------------------	----

ANEXO

Anexo1 Consentimiento informado de participación	55
Anexo 2 Carta informativa	56
Anexo 3 Guía de preguntas	57
Entrevista 1	58
Entrevista 2	67
Entrevista 3	73
Entrevista 4	77
Entrevista 5	85
Respuestas según categorías	93

1.1 INTRODUCCIÓN

En la extensa literatura que describe a la técnica psicoanalítica se remarcan ciertas pautas a seguir, Freud (1912) en *consejos al médico* argumentaría que, si estas reglas no se emplearan de la forma descrita y tomando en cuenta algunas indicaciones fundamentales, su aplicación podría resultar iatrogénica en algunos pacientes, sin embargo, más tarde el mismo Freud (1918) mencionaría que las técnicas analíticas seguramente deberían de adaptarse a los nuevos tiempos.

El mundo ha cambiado a través de los años, Matamala (2004) lo que parecían verdades absolutas se desglosan poco a poco en diferentes discursos, se hace muy difícil abarcar un objeto de estudio desde una sola perspectiva o con instrumentos que no presenten flexibilidad en su accionar, la complejidad parece ser el nuevo paradigma a inspeccionar, ya que las subjetividades se modifican y son dinámicas en relación a las disposiciones actuales (Matamala, 2004).

Fiorini (2002) por su parte, sugeriría que los métodos tradicionales de psicoterapias utilizados en las instituciones resultarían insuficientes, porque son los urgentes problemas prácticos que demandan solución a corto plazo los que obligan a instrumentar en muchos casos modificaciones y cambios, la demanda de una duración menor en las terapias, las complejas patologías que traen consigo los nuevos tiempos y la flexibilidad que debe incorporar el terapeuta a éstas nuevas disposiciones son algunos de ellos (Fiorini, 2002).

Si bien Freud (1912) mencionaría algunas cuestiones fundamentales para mejorar la práctica psicoanalítica, nunca reglamentó de forma doctrinaria dichas normas, Alizade (2009) argumentaría que releendo algunos de sus escritos se podría apreciar su flexibilidad tanto interna como externa y su ímpetu exploratorio sobre todas las cosas, remarcaba que Winnicott (1941) fue uno de los primeros en introducir el termino *encuadre* al mundo analítico y que de allí en adelante se dispuso de estas reglas para lograr cierta científicidad y objetividad en el psicoanálisis o quizás, continua diciendo la autora, para crear una institucionalización que lo separe de otras técnicas por miedo a perder su *pureza*, de todas maneras, Alizade plantea que se ha provocado un control desmedido de lo que actualmente se denomina encuadre. También la autora formuló que más allá de su estructura y como argumentara Goldberg 2001, las pautas

que se dictan al inicio de un análisis no deberían ser más que pautas, las cuales no tendrían que evitar que se pueda replantear un nuevo encuadre, así como la variación de los instrumentos en el análisis (Alizade, 2009).

Se describe en la presente investigación cuáles son las características que adopta el encuadre establecido por profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica en pacientes ambulatorios que concurren al Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, *se entiende por encuadre psicoanalítico al marco propicio en el cual se desarrolla el psicoanálisis y en donde se establecen ciertas reglas constantes a seguir, se pueden distinguir los aspectos externos como horarios, honorarios, frecuencia y tiempo de las sesiones, interrupciones pautadas, el diván, etc., y los internos que se manifiestan implícitos en la asociación libre, la regla de abstinencia y la atención flotante* (Alizade, 2009). Para ello se toma una *muestra* de profesionales autodefinidos como terapeutas de orientación psicoanalítica que prestan servicio en dicha institución, a los que se les administra individualmente una *entrevista semiestructurada* tratando de recolectar la mayor cantidad de información posible sobre los objetivos planteados en la investigación.

Se le hará entrega a cada entrevistado una carta con un consentimiento informado y otra con la información del mismo, donde se detallan las características de la investigación, su confidencialidad para con los participantes, la absoluta libertad para retirarse de la investigación cuando lo consideren necesario y la posibilidad de acceder a los resultados de ésta entre otras cuestiones. En el final del trabajo, se presenta la elaboración del análisis de datos y la conclusión correspondiente.

1.2 ANTECEDENTES:

En una investigación titulada; Alianza terapéutica, cambio psíquico y encuadre analítico realizada por Zukerfeld R, (2001), se buscó como objetivo identificar la relación existente entre grados de alianza terapéutica, percepción de cambio o mejoría, frecuencia de sesiones y estilo de intervención analítica en pacientes comunes y en analistas. Se estudiaron a 39 sujetos bajo tratamiento analítico que superaran el año de terapia y que no se extendieran de los 6 años, se les administró el HRQ (Escala de evaluación de alianza terapéutica), PSM (Escala de percepción subjetiva de mejoría) y el EI (Escala de estilo de intervención del analista) (Zukerfeld, 2001).

La muestra se dividió en dos grupos, por un lado 18 pacientes comunes con promedio de frecuencia de 1.15 sesiones semanales y en 21 analistas que se subdividieron a la vez en; análisis bajo estándar (IPA) y análisis con frecuencia promedio de 1.65 sesiones semanales (Zukerfeld, 2001). Se plantearon dos problemas principales, el primero fue; ¿Existe una relación real y colaborativa sin distorsiones entre analista y paciente, que también se considera para soslayar las resistencias? El segundo; ¿Qué importancia guarda el encuadre en relación con la alianza terapéutica? Lo resaltado hasta el momento se planteó en la siguiente frecuencia, a) El afianzamiento de la alianza terapéutica generaría mejorías. b) Que estas mejorías estén relacionadas con el vínculo en el cual intervienen diferentes factores. c) Que lo último este influido de alguna manera por el encuadre (Zukerfeld, 2001).

Tomando lo expuesto Zukerfeld (2001) se preguntó; ¿Qué importancia tiene el encuadre analítico? Expondrá que Bleger (1967) y Zac (1971) plantearon que es la variable que se mantiene constante durante el proceso y que se toma como garantía de estabilidad, dirá también que Freud nunca ha escrito sobre el encuadre específicamente sino más bien sobre algunas reglas fundamentales como lo son la atención flotante, la abstinencia o algunos consejos que el analista debería seguir, que es lo que hoy se podría traducir en el encuadre, aunque el único aspecto que se considera explícitamente reglado del encuadre es la frecuencia ya que hoy en día las disposiciones de los diferentes analistas con respecto al encuadre son variadas y no por ello, se dejan de considerar analíticas (Zukerfeld, 2001).

En cuanto a la frecuencia Zukerfeld (2001) argumentó que de todas formas, existen discusiones sobre cuál debería ser ésta en la terapia analítica, que su fijación y discusión se encontraría también dentro del encuadre, que se habla de la rigidez o la flexibilidad y se plantean algunos debates donde aparecería lo que algunos llaman la *cura tipo*, a la cual personas por inconvenientes económicos, de tiempo, etc., no podrían alcanzar, entonces plantea que surge así como alternativa la *psicoterapia*, opción que pareciera salirse de los carriles del psicoanálisis, aunque remarca que es sabido que muy pocos pacientes se atienden cuatro veces por semana y muy baja cantidad llegarían a tres veces por semana (Zukerfeld, 2001).

Existen pocas discusiones con respecto a estas cuestiones, excepto por autores como Braier (1990) que afirma que el tema resulta embarazoso para muchos psicoanalistas, este autor también se refiere a la vieja disputa entre psicoanálisis y psicoterapias teniendo en cuenta la discusión sobre la cantidad de sesiones semanales (Zukerfeld, 2001).

Como reflexiones finales Zukerfeld (2001) concluiría que en cuanto a la alianza terapéutica y sus componentes, entendida esta como; un vínculo real y retroalimentativo sin distorsiones o malos entendidos entre analista y paciente, que también actúa como instrumento para vencer las resistencias, se podría pensar que depende principalmente del vínculo y no de cuestiones del encuadre como la cantidad de sesiones o el estilo del terapeuta, se refiere a que el ideal del terapeuta que incluye una cantidad elevada de sesiones semanales no tendría concordancia con una relación *real* ni con los componentes transferenciales, es más bien la alianza terapéutica como factor de pertenencia sobre un encuadre determinado el que otorgaría un sentido de identidad (Zukerfeld, 2001).

Finalizaría diciendo que en cuanto a la mejoría del paciente como efecto terapéutico, si se entiende esta como una percepción subjetiva y derivada del vínculo establecido con el terapeuta, la misma es similar en pacientes de alta y baja frecuencia, incluso mayor en estos últimos en algunos aspectos, por lo cual no se toma esa variable como decisiva terapéuticamente (Zukerfeld, 2001).

En una investigación sobre escritos clínicos teóricos llevada a cabo por la Dra. Amalia Theodoro de Zirlinger (2005), titulada La Práctica del Psicoanálisis en la Actualidad, se buscó investigar qué aspectos del psicoanálisis han cambiado y cuales se mantienen inamovibles, la autora planteó que la práctica psicoanalítica se estructura

teniendo en cuenta el encuadre, el cual es el marco que el analista establece para que el proceso pueda llevarse a cabo (Zirlinger, 2005).

Se investigó si estas constantes se mantienen fijas o no, para ello se tomó los trabajos escritos de los psicoanalistas teniendo como base documental de la investigación sesenta escritos teóricos-clínicos presentados en el Simposio anual de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires desde 1996 hasta el año 2000 para poder determinar qué elementos del encuadre toma o no cada analista (Zirlinger, 2005).

Zac (1971) llevó a cabo un estudio exhaustivo y describió cinco categorías que comprenderían las constantes del encuadre, estas serían; la teórica, la funcional, la espacial y la persona real del analista, a cada trabajo seleccionado para la investigación se le hicieron preguntas tomando las tres primeras constantes (Zirlinger, 2005). La hipótesis fundamental de la investigación fue que la constante temporal se tiene en cuenta en menor grado en los escritos así como todas los argumentos teóricos que la avalan, sin que sucediera lo mismo con las constantes teóricas y funcionales, también se investigó la relación que podría existir entre dichas constantes (Zirlinger, 2005).

Se ha planteado en el trabajo observar la relación que se establece entre la frecuencia de las sesiones, la teoría del encuadre y los fenómenos transferenciales, ya que se ha establecido desde la teoría tradicional que para que se desarrolle un proceso tiene que existir un encuadre con un número fijado de sesiones para que puedan surgir las tramas transferenciales, por ello se describió en qué cantidad de trabajos se han encontrado respuestas positivas con respecto a estas variables paralelamente (Zirlinger, 2005).

En los 23 casos donde se hace referencia al encuadre en 14 se nombró la frecuencia de las sesiones y en 8 los pacientes concurrirían en una frecuencia inferior a la tradicional, se pudo deducir a través de esto que la teoría del encuadre no estaría precisamente ligada a la frecuencia de las sesiones (Zirlinger, 2005). Por otro lado de los 52 casos en que se describieron los fenómenos transferenciales existen 21 escritos que hablan paralelamente de la frecuencia de las sesiones de los cuales 11 detallan una frecuencia menor a 3 sesiones semanales (Zirlinger, 2005).

En cuanto a la relación existente entre las variables funcionales y temporales se advirtió que de los 27 trabajos que hablan de hacer consciente lo inconsciente en 8 se marcó la frecuencia semanal de los cuales 5 son menor a la frecuencia tradicional, en 39

casos se manifestó preocupación por integrar lo disociado y en 11 de ellos se nombró la frecuencia de las sesiones de los cuales 5 son de una frecuencia inferior, por otro lado de los 22 casos en donde se apreciaría un interés por mejorar los síntomas en 12 de ellos se mencionó la frecuencia y en 7 existiría una frecuencia menor a la tradicional y por último se observó que en 36 casos que denotarían interés en aumentar el autoconocimiento 13 mencionaron la frecuencia y 9 serían inferior a la tradicional (Zirlinger, 2005).

Tomando en cuenta los datos registrados se llegó a la conclusión de que la hipótesis principal que sugirió que las constantes temporales se mostrarían con una frecuencia menor en relación a las teóricas y funcionales, se pudo corroborar, de esta manera se han distinguido los componentes del encuadre que son necesarios y primordiales para que el analista pueda pensar su práctica como tal (Zirlinger, 2005).

1.3 JUSTIFICACIÓN:

El siguiente trabajo apunta a identificar y describir las características del *encuadre* establecido por profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica en pacientes ambulatorios que concurren al Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

Existe una amplia variedad de establecimientos de Salud Mental tanto públicos como privados, con diferentes posicionamientos teóricos y con una extensa gama de intervenciones terapéuticas, el presente trabajo apuntará específicamente a describir el encuadre que los profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica establecen en la institución nombrada y conocer las características que adopta. Esta investigación podría de algún modo motivar a inspeccionar y emplear nuevas dinámicas de abordaje psicoanalítico y generar una apertura para otros estudios sobre la temática. En la actualidad las condiciones de vida y de paradigmas han cambiado, por lo tanto, se cree que podría ser de interés investigar cómo la técnica psicoanalítica se aplican ante estos cambios y en condiciones que muchas veces no son las ideales. Por lo tanto se considera que esta investigación puede llegar a ser útil para profesionales de orientación psicoanalítica.

1.4 PROBLEMA:

- ¿Qué características asume el encuadre establecido por profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica en la asistencia a pacientes ambulatorios que concurren al Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua?

1.5 OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Describir las características principales que adopta el encuadre establecido por profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica, en pacientes ambulatorios que concurren al Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

Objetivos Específicos

- Indagar sobre las condiciones normativas y edilicias que ofrece el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto, San Antonio de Padua para el tratamiento psicológico de sus pacientes ambulatorios.
- Describir los aspectos internos del encuadre que utilizan los profesionales del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua en la atención de pacientes ambulatorios.
- Identificar los aspectos externos del encuadre que utilizan los profesionales del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua en la atención de pacientes ambulatorios.

2. MARCO TEÓRICO:

2.1 LOS DESAFÍOS DEL ABORDAJE PSICOANALÍTICO EN LA CLÍNICA.

Hornstein (2001) argumenta que el proyecto que el psicoanálisis debería reflejar en la práctica es justamente lo opuesto a un encasillamiento ortodoxo; que el psicoanálisis, esa técnica de oro puro tan celosamente cuidada por algunos, no hace más que encerrarse en un discurso hegemónico e inamovible en vez de eso, propone, que se debería apuntar a crear nuevos instrumentos, nuevas herramientas para abordar los problemas referidos a la salud mental, porque ninguna disciplina se basta de sí misma para abarcar todas las respuestas, el autor afirma que siempre existe un entrecruzamiento entre ellas, el psicoanálisis no debería ser la excepción, entiende que se debería de inspeccionar los bordes, las teorías, los desafíos que la clínica nos presenta, en definitiva, salir de la ortodoxia para poder observar la realidad desde diferentes perspectivas (Hornstein, 2001).

Hornstein (2001) reclama que el psicoanalista tendría que advertir que el mundo ha cambiado, muchas cosas fueron suplantadas y sobre todo lo que ayer se consideraban verdades absolutas hoy ya no lo son, que existe un salto desde lo positivista a la complejidad, de los sistemas cerrados a los abiertos, de lo previsible a lo imprevisible, planteó también que el psicoanálisis no está fuera de estas modificaciones de lo cotidiano, por ello el psicoanalista debería preguntarse ¿Cómo se inserta el psicoanálisis en la sociedad? ¿Qué papel toma en los hospitales e instituciones de salud pública? ¿Cómo es la práctica de los psicoanalistas en estos ámbitos? ¿Cuándo y dónde aplicamos psicoanálisis ortodoxo? (Hornstein, 2001).

Para Hornstein (2001) es posible distinguir entre un psicoanálisis retraído y un psicoanálisis de frontera, el primero es un psicoanálisis opaco, sin mucho para dar, se ve a sí mismo como autosuficiente, como algo acabado, no integra lo nuevo más bien repasa lo ya establecido, el segundo, por el contrario, es un psicoanálisis que traspasa las fronteras, busca nuevos rumbos, nunca es absoluto ni definitivo aunque el autor afirma que seguramente no siempre el psicoanalista, las instituciones o en los momentos se mantiene una postura retraída o una postura de frontera y se pregunta, ¿Qué es lo que ocurre dentro del consultorio? no siempre se sabe con exactitud dice, muchas veces se

trasluce a través de las teorizaciones, muchas de ellas agresivas y pedantes, quizás ocultando alguna deficiencia detrás de verdades tan absolutas en apariencia. (Hornstein, 2001).

Pero no todo es alineamiento dogmático, no todo está dicho en las teorías, existen los psicoanalistas que no teorizan absolutismos porque al no ser omnipotentes son más bien humildes, entonces se preguntan constantemente, buscan traspasar las fronteras, estos exploradores modifican el encuadre, modifican el rapport, modifican los estilos establecidos de interpretación, o todo lo que consideren necesario para el beneficio del paciente, prefieren naufragar en vez de mantenerse en tierra, por ello las teorizaciones son puertas siempre abiertas, postulados nunca absolutos, más bien preguntas con variadas respuestas (Hornstein, 2001).

El psicoanálisis más allá de la aparente unicidad que muchos profesan, está sustancialmente dividido en diferentes discursos, existen los Kleinianos, Lacanianos, Freudianos, etc. aunque todos argumentan mantener las ideas básicas de Freud, han ido variando en sus discursos en el transcurso del tiempo, eso demuestra la heterogeneidad que en el psicoanálisis existe más allá de los reproches que se hacen unos a otros desde sus diferentes posicionamientos (Hornstein, 2001). Lo cierto, es que el psicoanálisis *clásico* u *ortodoxo* más que absoluto se muestra reduccionista, sólo considera *analizables* a unos pocos favorecidos, para el resto solo es posible la *psicoterapia* (Hornstein, 2001).

Hornstein (2002) menciona como punto fundamental, que la *ortodoxia*, palabra tan popular entre algunos psicoanalistas, no fue profesada, ni siquiera nombrada nunca por Freud, por el contrario, éste dejaba muchas veces las puertas abiertas para modificar la teoría teniendo en cuenta los tiempos venideros, entonces, se pregunta si el mismo Freud no consideraba su teoría como algo estanco y definido, ¿Por qué algunos psicoanalistas sí lo hacen?, por suerte existen los psicoanalistas de fronteras, que no traban sus prácticas a las teorías, que pueden atender subjetividades con subjetividad tanto en los consultorios como en hospitales, los errores, las inconveniencias y hasta los descaminos pueden ser saludables, porque el analista no debería quedarse tranquilamente en su consultorio esperando al paciente, el autor propone que el analista debe traerlo, no por la fuerza, sino seduciéndolo con la terapia que practica, que ya no deberían existir los inanalizables para los que la *solución* era el fármaco, todo paciente tiene derecho a una terapia, porque el analista debe proponer iniciativa, nuevas formas y

arte, esto no significa que se pueda hacer cualquier intervención sin medir las consecuencias nos advierte, hay intervenciones y discursos que son incongruentes con el psicoanálisis lo cual tampoco, no deja de ser un tema de discusión (Hornstein, 2001).

Entonces, ¿Cuáles son los desafíos del psicoanálisis? La lista podría ser interminable, pero como retos fundamentales debería existir un mayor sinceramiento, adecuación a la realidad, mayor simbolización, conciliación, reparación, más sexualidad, mayor placer, más castración, más *nada*, menos dolor, menos angustia, menos retraimientos, menos promesas, menos síntomas y menos repeticiones (Hornstein, 2001).

Freud siempre asignó un lugar en su teoría a la dura realidad, por lo cual se pregunta ¿Cómo no tenerla en cuenta cuando la realidad es tan dura? Nos dice Hornstein que la ilusión concerniente al porvenir es un registro fundante, expresa que vivir exige que imaginemos el tiempo futuro por anticipado, poder vislumbrar la realidad futura y el futuro de la realidad, el porvenir del análisis dependerá de cómo resolvamos productivamente el pluralismo teórico y la diversidad técnica que constituyen el presente de esta práctica con demandas tan apremiantes. No reencontraremos lo pasado. No investiremos un objeto idealizado. Investiremos el futuro. *Para eso estamos.* (Hornstein, 2001, p. 21).

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO PSICOANALÍTICO EN INSTITUCIONES PÚBLICAS.

Rubistein (2000) planteó la apertura de una nueva consideración a la aplicación del Psicoanálisis en un ámbito diferente del consultorio privado, ya lo había expuesto Freud cuando en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, aconsejó prepararse de otra manera para enfrentar el futuro psicoanalítico (Freud, 1918). Desde entonces existe gran cantidad de experiencias que intentan proponer el psicoanálisis en el marco de las instituciones, los hospitales hoy en día ofrecen atención psicoanalítica, esto facilita el acceso a personas y estratos sociales que antes no podían acceder a éste tipo de terapias, también en los últimos años muchos practicantes del psicoanálisis se han acercado allí para realizar sus prácticas, siendo además los hospitales un lugar propicio para la investigación clínica (Rubistein, 2000).

La gran variabilidad de discursos, las diferentes demandas que se establecen en las instituciones públicas y sus exigencias, como las condiciones de tiempo y dinero, hacen referencia a escenarios que pueden afectar de alguna forma a la práctica psicoanalítica y que sin duda se deberían de investigar, el psicoanálisis se ha integrado

en las instituciones de salud públicas aunque tiene por delante el desafío de rendir cuentas de las prácticas que en ellas se realizan (Rubistein, 2000).

El problema que se presentó con las normas institucionales y la atemporalidad del inconsciente, como la imposibilidad del psicoanálisis de establecer un tiempo fijado de terminación de la terapia quizás encuentre su respuesta en las psicoterapias de objetivos limitados, a pesar del inconveniente que se presenta entre el psicoanálisis y las normas institucionales, es factible iniciar un proceso analítico en los hospitales y producir resultados, con la simple escucha dirigida al sujeto en su singularidad, en algunos casos sólo bastarían unos pocos encuentros para producir efectos analíticos (Rubistein, 2000).

2.3 CONSEJOS AL MÉDICO EN EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

Freud (1912) redactó ciertas reglas para llevar a cabo la práctica psicoanalítica basadas en una larga experiencia, las mismas pueden ahorrarle a muchos analistas esfuerzos inútiles y puede que los prevenga de posibles negligencias, pero también, estableció la salvedad de que si bien la técnica se ha adecuando a su persona, puede ser factible que otra personalidad medica diferente se vea impulsado por adoptar otra posición ante el paciente y el trabajo que se plantee (Freud, 1912).

La primera tarea que se le presenta al analista que asiste a muchos pacientes es la de recordar todo y que esta información no se confunda con la de otros pacientes, la técnica que se utiliza para lograr tal fin es muy simple nos dice, no consiste en tomar nota, se trata de no retener nada específico ni prestar atención particular a detalles, sino de escuchar todo por igual en una *atención flotante*, de esta forma el médico no caerá en trampas que le puedan jugar una mala pasada a la memoria por detalles a los que debería prestar atención en particular, ya que esos detalles seguro están cargados de prejuicios, con el tiempo el paciente felicitará al médico por su buena memoria , en estos recuerdos son pocas las veces que se comete un error (Freud, 1912).

De la misma manera que el medico aplica la *atención flotante* el paciente debe decir todo lo que se le venga a la mente, sin restricciones ni discriminación del material, en definitiva que asocie libremente, *regla fundamental psicoanalítica* (Freud, 1912).

Freud (1912) recomienda a los analistas durante el proceso de terapia que adopten la posición del cirujano, que toma distancia de sus afectos y no intenta generar una relación amistosa con el paciente, el cirujano, explica, pone toda su energía en el fin de la cirugía, así, de esta forma el analista debería de posicionarse ante el análisis, de esta manera se protege a sí mismo y al paciente, evita resistencias las cuales vencerlas son uno de los principales fines de la terapia (Freud, 1912).

No es difícil percibir el fin de estas reglas; el analista se pondrá en posición para poder interpretar el material inconsciente que le ofrece el paciente, para ello también entra en juego como instrumento el propio inconsciente del analista, todo analista que desee realizar psicoanálisis debería pasar antes por un análisis previo de su propia persona, esto le dará la herramientas para mostrarse impenetrable para el enfermo y actuar como un espejo, solo reflejar lo que el paciente trasmite, de no ser así, se podría estar actuando sugestivamente y de manera educadora, que es otra tentación que el analista debe sortear para no otorgarle satisfacciones al paciente, si esto ocurriese, se estaría aplicando otra forma de terapia la cual no podría considerarse psicoanálisis (Freud, 1912).

2.4 ENCUADRE INTERNO Y EXTERNO DEL PSICOANÁLISIS

Alizade (2009) dirá que si bien Freud (1912) mencionaría algunas cuestiones fundamentales para mejorar la práctica psicoanalítica, nunca reglamentó de forma doctrinaria dichas normas, releyendo algunos de sus escritos explica la autora, se puede apreciar su flexibilidad tanto interna como externa y su ímpetu exploratorio sobre todas las cosas.

Alizade (2009) menciona que Winnicott (1941) fue uno de los primeros en introducir el termino *encuadre* al mundo analítico, de allí en adelante se dispuso de estas reglas para lograr cierta científicidad y objetividad en el psicoanálisis o quizás para crear una institucionalización que lo separe de otras técnicas por miedo a perder su *pureza*, de todas maneras quizá, se ha provocado un control desmedido de lo que actualmente se denomina encuadre (Alizade, 2009).

Alizade (2009) entiende el encuadre psicoanalítico como el marco propicio en el cual se desarrolla el psicoanálisis y en donde se establecen ciertas reglas constantes a seguir, se pueden distinguir los aspectos externos como horarios, honorarios, frecuencia

y tiempo de las sesiones, interrupciones pautadas, el diván, etc., y los internos que se manifiestan implícitos en la asociación libre, la regla de abstinencia y la atención flotante (Alizade, 2009).

Se define como *asociación libre* a el “método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 35).

Cuando se hace referencia a la *regla de abstinencia* se habla de la norma por la cual la cura psicoanalítica debe llevarse a cabo de tal manera que el paciente no obtenga mayores satisfacciones que puedan sustituir los síntomas, esto le obliga al analista a no satisfacer al paciente con las demandas que este suele asignarle, la abstinencia puede especificarse en consignas que denoten las conductas repetitivas del paciente que dificultan el recuerdo y la elaboración (Laplanche y Pontalis, 1996).

Se define la *atención flotante* como la forma en que el analista debe escuchar lo que dice el paciente, no debe prestar atención específica a ningún elemento en particular, debe de dejar actuar al inconsciente y dejar de lado la atención selectiva, esta técnica es la contrapartida de la asociación libre que debería realizar el paciente (Laplanche y Pontalis, 1996).

El encuadre tanto interno como externo debería de revisarse constantemente, no permitir que se cristalice, no dejar de lado sus interacciones y tener siempre en cuenta su complejidad, aunque el paciente quizá pueda discutir el encuadre externo, arreglar horarios, cambiar tarifas o negar el uso del diván, lo que no se debería permitir es alejarse o sustraerse de la puesta en juego y de los enseres del encuadre interno, la movilización de los dispositivos transferenciales, la capacidad de empatía, la expedición que habilita al analista a estar en conexión con su propio inconsciente y también con el del paciente, el uso del ingenio y la flexibilidad en el oficio del curar, para que exista realmente un psicoanálisis estos derivados del encuadre interno deberían de presentarse como imprescindibles e innegociables para el analista. (Alizade, 2009)

2.5 PSICOANÁLISIS DEL ENCUADRE PSICOANALÍTICO

Bleger (1967) describe a la *situación psicoanalítica* como a la totalidad de los fenómenos que ocurren en la relación terapéutica entre analista y paciente, esto abarca

lo que se denomina proceso que es lo que se analiza e interpreta, y a la vez incluye también un *encuadre*, un no-proceso, donde se especifican algunas constantes que se mantienen fijas durante el proceso. El encuadre sería entonces las constantes de un fenómeno, un método o una técnica en el cual se incluye el rol que adopta el analista, las variables espaciales y temporales, y factores de la técnica en donde se detallan cuestiones como la fijación de horarios, honorarios, recesos pautados, etc. (Bleger, 1967).

Bleger (1967) afirma que sobre el psicoanálisis del encuadre psicoanalítico existen muchos escritos sobre la importancia de su aplicación y mantenimiento y sobre como el paciente rompe muchas veces con estas reglas sin embargo, indica, que no hablará de estas rupturas que se producen en el encuadre y como podría afectar a la terapia, se tratará de inspeccionar que es lo que implica sostener *el ideal normal de un encuadre*, esto parece imposible y sin duda lo es, porque no existe el análisis ideal, pero de todas formas se estudiaran aquellos análisis donde el encuadre no es problemático, solo para poder demostrar que en realidad, si es un problema (Bleger, 1967).

El encuadre es una institución dentro de la cual se suceden conductas cuando se mantiene sin variaciones no provoca conflicto, el analista siempre intenta sostenerlo, pero como en las instituciones no se perciben los inconvenientes si no aparecen frente a nuestros ojos, la simbiosis se mantiene invisible, solo se hace presente cuando se produce una ruptura, el encuadre se muestra como una metaconducta y de él dependen lo que reconocemos como conductas, es simbiótico porque sirve de sostén, como una madre para su hijo, pero solo esto se puede apreciar cuando algo cambia, se modifica se rompe, entonces lo imprevisible se esconde detrás del encuadre (Bleger, 1967).

El encuadre es una perfecta máquina que alberga la compulsión a la repetición (Bleger, 1967) por ello se dice que existen dos encuadres, uno el que establece el terapeuta y es aceptado de manera consciente por el paciente y otro en el que de manera inconsciente proyecta el paciente, la compulsión a la repetición.

Algunos pacientes, en mayor frecuencia los pacientes psicóticos, traen consigo su propio encuadre, el dinamismo de su interna y propia relación simbiótica, aunque en los psicóticos puede detectarse con mayor facilidad esto no implica que solo ellos tengan esta concepción, todos los pacientes traen la suya, se podría denominar como la parte psicótica de la personalidad (Bleger, 1967).

De esta forma Bleger (1967) expone que el encuadre se vuelve adictivo, debe de ser analizado de manera sistemática antes que se cristalice en la base de la organización de la personalidad y produzca un yo ficticiamente adaptado, el encuadre que trae consigo el paciente es la simbiosis más primitiva del niño con su madre y el que propone el terapeuta debe restablecer esa simbiosis original con el fin de modificarla, el encuadre solo puede ser analizado dentro de su misma estructura o dicho de otra forma el encuadre del paciente debe de ser analizado dentro del encuadre del analista, que no debe de ser modificado (Bleger, 1967).

2.6 ENCUADRE PSICOANALÍTICO, DEFINICIÓN, DISCUSIÓN Y APLICACIÓN

El encuadre o setting genera controversias entre los psicoanalistas, Ulloa (1971) explica que ni siquiera existen muchas teorizaciones sobre el tema, suele definirse como el marco en el cual se produce el análisis y sus constantes comúnmente incluyen el espacio de trabajo, el uso del diván, los horarios, frecuencia, duración de sesiones, interrupciones, cuestiones relacionadas con los honorarios y el rol del analista, algunas de estas cuestiones se expresan mientras que otras nunca se comunican y forman parte de los ritos propios de cada análisis (Ulloa, 1971).

Ulloa (1971) remarca que suele resaltarse el aspecto interno del encuadre suponiendo sobre éste y *la actitud analítica*, por ello se acentúa el rol del analista como pilar de los procesos externos para liberarse de protocolos sin sentido. Desde una óptica Lacaniana se dirá que lo fundamental son cuestiones como *la asociación libre y la atención flotante* derivadas del discurso, aunque de todas maneras se establecen algunas reglas básicas para que se pueda desarrollar el trabajo analítico, sin embargo en muchos psicoanalistas se mantiene la posición ortodoxa con respecto a las técnicas planteadas, existe un acuerdo implícito de éstas y aunque puedan existir algunas variables según los casos no se alejaría demasiado de su estructura formal, este discurso hegemónico de lo que debería ser el encuadre, plantea el autor, no tiene en cuenta variables sociales, históricas, económicas y políticas y el hecho de trabajar con un inconsciente ahistórico y atemporal ya no *encuadra* en las demandas, es una visión reduccionista de la complejidad que presenta la subjetividad (Ulloa, 1971).

Cuando se habla del encuadre psicoanalítico no se realiza una definición, sino que se da como un hecho institucionalizado, parecería existir entonces un solo encuadre y una sola forma de hacer psicoanálisis y cualquier procedimiento terapéutico que escapase de esta perspectiva sería destituido de la categoría de la técnica analítica y en consecuencia se lo denominaría inmediatamente psicoterapia o análisis silvestre (Ulloa, 1971).

Laplanche (1982) afirmó que toda acción sobre el encuadre era considerado como un *acting out* del analista. Pero si cambiaron los tiempos y las disposiciones subjetivas, ¿por qué no cambiar aspectos de la técnica psicoanalítica? mantener un seguimiento estricto no enaltece al psicoanálisis, sólo limita su capacidad de alcance y crecimiento (Ulloa, 1971).

Ulloa (1971) menciona que existieron muchos debates y diferentes puntos de vista en cuanto cómo se deberían llamar las técnicas que no se ajustasen a la aplicación del psicoanálisis en su ordenanza ortodoxa, Ferenczi (1928), propuso en este sentido el principio de la *elasticidad de la técnica psicoanalítica* según el caso y la situación. A partir de entonces toda variación del encuadre, las cuales ocurrían con frecuencia en las situaciones clínicas tuvo dos caminos; desautorizar al analista si continuaba llamando a ese tipo de práctica psicoanálisis, o bien denominarlo *psicoterapia psicoanalítica*, de esta manera se conservaba la institución analítica y con ella, sus fundamentos y estructura (Ulloa, 1971).

Si las realidades clínicas y los diagnósticos varían, es necesario considerar qué dispositivo psicoanalítico es el más pertinente para dicha persona en dicho momento, la palabra clave es dispositivo analítico explica, este incluye al encuadre y es un artificio que pone en manifiesto tipos de funcionamiento de la psique que no podrían verse en un análisis clásico, todo psicoanalista sabe que no es lo mismo trabajar con niños, adultos, psicosis, neurosis o en diferente tipo de instituciones, muchas veces debe de incluirse el entorno familiar o amigos y sin duda el trabajo interdisciplinario, en cada caso es necesario ver la posibilidad o no, de organizar dispositivos psicoanalíticos oportunos para el proceso y la situación que se presente, en todo caso, el reto complejo es trabajar psicoanalíticamente con la subjetividad que hoy en día se manifiesta en la clínica (Ulloa, 1971).

Los sufrimientos que aquejan a los sujetos en el presente ya no se acomodan a los históricos encuadres analíticos, el desafío consiste en dejar de practicar teorías y

repetir encuadres, para inspeccionar en las nuevas prácticas que dan respuestas a los sufrimientos determinados de los tiempos que corren (Ulloa, 1971).

2.7 UN ENFOQUE METODOLÓGICO DEL ESTABLECIMIENTO DEL ENCUADRE

Desde los tiempos de Freud (1956), expone Zac (1971), ya se contaba con información acerca de las relaciones existentes entre los componentes analíticos, como punto de partida Freud (1956) se apoyó en observaciones empíricas para enunciar la teoría psicoanalítica, expresa el autor, de esta manera en el psicoanálisis se reconocen ciertos fundamentos inamovibles que la técnica profesa, las hipótesis finales del psicoanálisis nos dicen que si algunos factores varían estas variaciones ejercen influencia sobre factores dependientes de los primeros, por lo tanto, no podría definirse el encuadre sin tener en cuenta ciertas reglas previas que denotarían innegables constantes a seguir (Zac, 1971). Esta idea coincidiría con los postulados de Bleger (1967) en cuanto al encuadre diferenciado y dentro del proceso, entonces teniendo en cuenta estos postulados el encuadre sería la regulación de ciertas constantes definitivas para evitar lo que de antemano se conocería si éstas no se respetasen o no se fijasen, el encuadre en este aspecto sería sistemático (Zac, 1971).

Se utiliza la noción de encuadre para referir al conjunto de estipulaciones, explícitas o implícitas, que aseguran, por un lado, un mínimo de interferencias a las actividades que se desarrollan entre paciente y analista y, por otro, un máximo de utilidad al analista para la realización de estimaciones diagnósticas y/o pronósticas. Para que las estipulaciones del encuadre aseguren efectivamente lo que pretenden asegurar, deben ser, como es obvio, constantes; en el sentido de que se mantienen en forma invariante en una determinada situación (Zac, J, 1971, p. 594).

Los parámetros son factores fijos localizados (Zac, 1971), por ejemplo, las razones de un analista determinado, el aquí y ahora con el paciente de manera particular, etc., no se hace referencia entonces al abandono de actitudes neutrales para mantener el encuadre e intervenir el acting out en la transferencia como algunos terapeutas proponen, son constantes a las reglas que rigen el encuadre, tienen que existir hipótesis que mencionen lo que ocurre cuando intervienen otras variables que no hayan sido previstas en el desarrollo del proceso psicoanalítico, las hipótesis entonces referidas al encuadre correlacionan constantes entre ellas y también con las variables, además de establecer el encuadre se deben manejar hipótesis sobre los factores que intervienen

entre la relación del paciente con el terapeuta, o sea de la relación transferencial (Zac, 1971).

Según Zac (1971) no existe una unificación absoluta de la técnica psicoanalítica, diferentes analistas pueden compartir principios en común pero no tener la misma lectura sobre los componentes teóricos y técnicos con que se manejan, las subjetividades y experiencias también influyen en los posicionamientos, así de esta forma entonces ya se podría diferenciar entre las constantes que definen el tratamiento en general, las que dependen de la relación de cada terapeuta y las que dependen de la pareja analítica.

Desde aquí se plantea Zac (1971) que las constantes del primer tipo enunciado son fijas aunque varíe el paciente y/o el analista, son lo que se podrían llamar la parte teórica del encuadre, el discurso y la teoría por la que se rige, como por ejemplo la teoría del inconsciente y la transferencia entre paciente y analista. El segundo tipo nombrado, son constantes que dispone el analista con su persona, estas no varían ante diferentes pacientes, se denominan como persona real del analista, como por ejemplo el lugar físico del consultorio, la ubicación del diván, los muebles que dispone o las constantes temporales (Zac, 1971). El tercer tipo de constante que depende de la pareja analítica nos habla de la actitud del analista para detectar el tipo de comunicación que se llevará a cabo con cada paciente en particular, un tipo de relación para cada tipo de paciente o sea la pareja analítica (Zac, 1971).

Otro punto relevante en la disposición del encuadre es tratar la ansiedad de separación, que se da con mayor frecuencia en los fines de semana, las variables y sus variaciones muestran en sus correlaciones como dichas variaciones de algunas variables coinciden con las variaciones de otras variables, como por ejemplo el acting out y la ansiedad de separación (Zac, 1971).

En definitiva el punto que se especifica en este trabajo, resumirá Zac (1971) es que el encuadre no es algo fijo e inalterable sino que sostiene una base mínima para que se desarrolle el proceso analítico y a la vez un dinamismo y flexibilidad para el mismo fin, la idea que se trata de reflejar es que el encuadre no puede estar fijado en cierto momento de la sesión y es trabajo del terapeuta lograr que el encuadre se establezca o restablezca ya que así tanto paciente como analista podrán estar en la misma sintonía, en este vaivén ya no es solo el terapeuta que tiene a su cargo la estructuración del encuadre a través del vínculo transferencial- contra transferencial, sino también el paciente recrea

el encuadre con una reducida dependencia analítica para su beneficio personal (Zac, 1971).

Cuando el analista pueda descubrir las fantasías que el paciente tiene sobre el encuadre podrá descifrar e intentar modificar las distorsiones que existan en el vínculo transferencial-*contra* transferencial y del encuadre, la *estabilidad* del proceso y del vínculo transferencial-*contra* transferencial sucede cuando se estructura el encuadre, o sea cuando las variables que se vuelven constantes durante la sesión quedan fijas y no cambian en el desarrollo de la misma (Zac, 1971)

2.8 SOBRE ENCUADRE Y PROCESO ANALÍTICO EN LA ACTUALIDAD

Viñar (2002) señala que hay quienes se inquietan que el mundo cambie a pasos vertiginosos, y que estos cambios no se asemejen a los ideales que en la juventud algunos pregonaban, por ello, es lógico que entonces también cambie la forma de pedir ayuda terapéutica y demanda de análisis.

Por lo tanto existe un desafío a nuestro ingenio para lograr un encuadre acorde a los tiempos que corren (Viñar, 2002), parece no haber predisposición para relatos reflexivos donde pueda tener lugar la asociación libre y una atención sin interrupciones, muchos colegas, relata el autor, afirman que los cambios culturales no afectan las estructuras patológicas clásicas, acá se remarca justo lo contrario, el movimiento del mundo sitúa a la mente en otra posición, y este movimiento produce variaciones en la nosología habitual (Viñar, 2002).

Desde lo cultural en los tiempos que corren existe una marcada ambigüedad entre lo que se considera normal y patológico, correcto o incorrecto, valores a seguir o a cambiar, esto se trasluce en la sesión analítica tanto en el paciente como en el analista, por ello se debe de tomar lo que se tiene en frente en su totalidad, que suele ser descargas evacuativas o de acción, para luego poder encausar toda esa pulsión en un lenguaje reflexivo que nos permita abordar al sujeto analíticamente (Viñar, 2002).

Existió una época de oro en el análisis donde el terapeuta decía y el paciente acataba las formas del encuadre eran rígidas y estructuradas (Viñar 2002), pero lo que ocurre en el análisis no lo dicta la formalidad de un encuadre estructurado, sino la actitud y disposición de quienes interactúan en la terapia, las reglas son mudas cuando

el proceso se encamina y se hacen notar cuando surgen conflictos, porque en definitiva, es la disposición y actitud terapéutica la que estructura el encuadre y las reglas son medidas accesorias para poder llevar a cabo un análisis, porque no se puede llegar a lo profundo por la forma, esto no quita que las formalidades como el tiempo, el dinero y otras tantas pautas que establece el encuadre no sean útiles, pero sin duda no establecen que es análisis y que no lo es (Viñar, 2002).

Lograr hoy en día un encuadre analítico es una cuestión mucho más compleja y complicada que en tiempos pasados (Viñar, 2002), se podría decir que se asemeja a un trabajo artesanal formado por la pareja analítica y no una seguidilla de normas ya establecidas, lograr un vínculo honesto con el paciente donde la transferencia pueda desarrollarse, donde se formen narraciones llenas de lapsos, recuerdos olvidados y revelaciones, donde *todo ocurre sin que nada pase*, es una instauración donde puede llevar tiempo su formación o simplemente nunca ocurra, esto es lo fundamental del encuadre, un producto armado artificialmente pero fundamental para permitir enfrentar de manera controlada a la locura, establecer una situación donde dos sujetos se desglosan, para poder luego reconstruir los pedazos uno por uno en otra posición para que el funcionamiento produzca un cambio, desde el terapeuta con un cierto control que su formación le profiere y desde el paciente en la absorción de *nuevos* conocimientos sobre sí mismo (Viñar, 2002).

Antes todos sabíamos que conflictos internos y malestar en la cultura eran territorios distintos, discriminables como cosas separadas y heterogéneas. Hoy el barullo entre lo público y lo privado es un entrevero mucho mayor y el discernir al Sujeto de la experiencia íntima y al ciudadano, no es un dato resuelto, sino un problema a resolver. La desnudez, que vemos en la publicidad, el cine y los reality shows, contrasta con el recato que desde la moral victoriana saturaba una hipócrita mojigatería. Hoy mucho de lo que llamábamos patológico o indecente ya está legitimado, no sólo en la diversidad de estilos sexuales, donde salvo la crueldad y la pedofilia, casi todo suena aceptable, y *politically correct*, sino también en la reelección de presidentes corruptos, donde lo preocupante no es tanto la sempiterna corrupción, sino la complacencia colectiva con ella, como modo de *funcionamiento natural* de la sociedad humana (Viñar, 2002, p. 35)

2.9 ABORDAJE PSICOANALÍTICO EN INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD MENTAL

Fiorini (2002) habla de un contexto diferente en el que se aplican las terapias psicoanalíticas en los nuevos tiempos, los métodos tradicionales ya no alcanzan para cubrir las necesidades concretas, los problemas prácticos que surgen de las instituciones

generan un replanteo sobre los métodos utilizados y abren el camino para implementar nuevos procedimientos frente a demandas ya creadas, las instituciones se ven forzadas a instrumentar terapéuticas breves y para ello este tipo de terapias necesitan crear sus plataformas en la práctica clínica tomando fundamentos teóricos y técnicos del psicoanálisis, pero también incluir diferentes tipos de aportes de otras terapéuticas y de esta manera orientarse hacia un esquema referencial propio (Fiorini, 2002).

En las psicoterapias breves de orientación psicoanalítica se busca una comprensión psicodinámica de la vida cotidiana del sujeto que se instrumenta en las interpretaciones ocupándose del *afuera* del tratamiento, la terapia breve organiza los recursos del paciente y actúa de un modo elástico, flexible, que se diferencia de un encuadre estricto como sería el caso de un psicoanálisis ortodoxo, el terapeuta necesita mantener un rol activo, debe entender que las demandas del paciente son otras, en muchos casos éstas se dirigen a problemas específicos más orientados a cuestiones focales o urgencias y los tiempos que se manejan en la actualidad también son otros (Fiorini, 2002).

Si bien estas terapias usan fundamentos básicos del psicoanálisis se podría decir que lo hacen de una manera acotada, se cuestiona por ello los resultados que puedan llegar a generar, planteando que sólo se podrían lograr mejoras sintomáticas, sin embargo se ha demostrado que esta técnica puede lograr modificaciones dinámicas de mayor eficacia (Fiorini, 2002).

Las diferentes intervenciones del terapeuta son variadas y válidas en este tipo de psicoterapias la estrategia terapéutica precisa como apropiadas algunas intervenciones del analista, activo en algunas ocasiones, pasivo en otras o sugestivo, directivo e interpretativo según los casos y las circunstancias a las cuales se enfrente, normalmente se circunscribe a tres tipos de psicoterapias que son las que mayor prevalencia tienen el ámbito asistencial; La *psicoterapia de apoyo*, las cuales tienen como fin la disminución de la ansiedad y otros síntomas para lograr un restablecimiento homeostático en el paciente, el terapeuta actúa como protector y orientador en un rol reasegurador directivo; Las *psicoterapias de esclarecimiento*, que tienen como objetivo incluir lo concerniente a las psicoterapias de apoyo y además desarrollar en el paciente una actitud de auto observación sumada al aprendizaje, el terapeuta actuaría como un *docente experto*, y por último; El *psicoanálisis e interpretación transferencial en psicoterapia*, que como ya se ha mencionado usa métodos del psicoanálisis pero de una

manera acotada, se trabaja sobre lo actual y focal, se debe de ser muy cuidadoso con la regresión transferencial, se posiciona mayormente sobre lo sintomático y son de corta duración. Se debe de resaltar que estas técnicas interactúan de manera *gestáltica* según las circunstancias del tratamiento (Fiorini, 2002).

En cuanto a las intervenciones verbales, expresa Fiorini (2002) se pueden mencionar algunas como interrogar al paciente, pedirle datos precisos y aclaraciones de lo relatado inspeccionando a fondo las respuestas, proporcionar información, confirmar o rectificar los criterios del sujeto sobre su conflictiva, clarificar aspectos a los fines de poder comprender lo que el paciente relata, recapitular resumiendo puntos importantes durante la sesión y también en todo el tratamiento, señalar cuestiones significativas tanto manifiestas como latentes, interpretar el significado de ciertas conductas, sugerir algunos cambios determinados en calidad de ensayo, indicar la realización de algunas conductas a manera directiva, encuadrar la tarea, realizar meta intervenciones que consisten en aclarar el significado de cualquier otra intervención realizada, también se incluye saludar, anunciar interrupciones, cambios de horarios, etc.

Fiorini (2002) también propone que en cuanto a las modificaciones que se logran en el tratamiento no se detienen con el alta o el abandono del paciente de la terapia, sino que el sujeto sigue en muchos casos aplicando a nuevas experiencias el criterio interiorizado en el proceso, se generan nuevas significaciones y representaciones psíquicas que lo ayudan a enfrentar nuevas crisis o cambios.

Esto demostraría que no sólo existe un desplazamiento del síntoma, sino que también se daría una elaboración a un nivel de mayor profundidad, aunque es necesario aclarar que si bien la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica puede ser aplicada en cualquier tipo de psicopatología, es de menor eficacia en pacientes paranoides obsesivos, psicopatías, psicósomáticos, perversiones, adicciones y sociopatías, en muchos ocasiones según los casos, es necesaria la derivación, proponer otro tipo de tratamiento y sobre todo, el abordaje interdisciplinario (Fiorini, 2002).

Braier (1999), con una mirada similar a la de Fiorini (2002), formuló que las limitaciones en lo económico de muchos de los sujetos que demandan análisis son un factor determinante en la expansión de las terapias breves ya que llegan a ser más accesibles para las personas de bajos recursos, la finalidad de la terapia entonces se posicionaría en la supresión de síntomas y episodios agudos o conflictos actuales que tienen mayor prioridad por su urgencia o importancia explica Braier y que también hay

que tener en cuenta que el psicoanálisis no es el único tratamiento aplicable y conveniente, pero tampoco se debe caer en el error de darle una dimensión de alcance mayor a las psicoterapias breves de la que realmente tienen, se debe tener presente también sus limitaciones y riesgos (Braier, 1999).

Este tipo de terapias tanto en el consultorio privado como en el contexto hospitalario son aplicadas en sustitución del psicoanálisis por motivos diversos, ellos pueden ser cuestiones económicas, resistenciales, edad avanzada o alguna otra razón para que se deba muchas veces acomodar la terapia a las necesidades del paciente y que muchas veces una terapia breve puede ser el paso necesario para la posibilidad de que se instale en el sujeto una conciencia de enfermedad y esto permita abrirle la posibilidad a un tratamiento de mayor prolongación (Braier, 1999).

Fondevila (1995), por su parte, planteó una propuesta terapéutica ubicada dentro de las psicoterapias breves que llamó *Terapias Modulares*, éstas serán dirigidas a situaciones específicas de crisis agudas relacionadas con problemas puntuales que demandan una rápida contención y esclarecimiento. Fondevila (1995) también dirá que no se puede imponer un tratamiento psicoanalítico a un sujeto que está atravesando un periodo crítico y busca una solución rápida y eficaz a su padecimiento, el psicoanálisis no puede dar respuesta a estas situaciones como tampoco la Terapia Modular puede suplantar al psicoanálisis, ya que lo que abarca uno y otro son problemáticas diferentes.

La terapia recibe el nombre de modular (Fondevila, 1995) porque se divide en módulos según las problemáticas que se deseen abordar, es una terapia dirigida, pautada y puntual, los conflictos que abarcan incluyen desde los duelos hasta situaciones de problemas laborales, jubilación, migraciones, terrorismo, catástrofes naturales, accidentes, aparición de enfermedades físicas, partida de hijos al exterior, toma de conciencia de problemas de adicción o perversión, conflictos de parejas o de familia y muchas otras circunstancias de índole similar.

El primer módulo en que se divide la terapia, se refiere a la toma de *contacto con el conflicto*, que consiste en poder entender que es lo que el paciente demanda tanto desde lo latente como manifiesto, el segundo es el *situacional* que se refiere a la situación actual del paciente, el aquí y ahora y el tercer módulo hace referencia a la *planificación de un proyecto futuro*, o sea, que se le alienta al paciente a que se imagine una solución tentativa para su conflictiva en la cual se incluyan nuevos proyectos, el terapeuta deberá de construir junto al sujeto, según lo que haya ido surgiendo en el

proceso del módulo, la planificación para enfrentar la problemática en un futuro inmediato (Fondevila, 1995).

2.10 PACIENTES AMBULATORIOS

Se tomó el concepto de paciente ambulatorio del Servicio de Salud Mental del Hospital Nuevo Río Cuarto San Antonio de Padua, que elaboró el Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Río Cuarto en el marco del primer informe Provincial sobre Derechos Humanos, el mismo redactó que se considera paciente ambulatorio a toda persona que concurra a consultorio externo, sin distinguir entre diferentes patologías que el sujeto presente, a esto se le agrega diversos tipos de problemáticas y estimaciones para otros requerimientos. Los pacientes acuden a los consultorios ya sea por decisión propia, por derivaciones o por órdenes judiciales. El informe aclara que las prestaciones asistenciales se llevan a cabo dentro de las instalaciones del servicio, aunque también existen las de orden comunitario que se realizan en otras instituciones, como en dispensarios, escuelas o hospitales de la zona.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El estudio que se realizó en la presente investigación fue transversal, ya que se tomó entrevistas a los participantes en un momento dado y en un lugar específico, el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. Para este trabajo se utilizó una investigación cualitativa con un diseño de tipo Descriptivo, se considera cualitativa ya que se realizó en un ámbito natural donde se indagó y observó las características que asume el encuadre establecido por profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica en pacientes ambulatorios de la nombrada institución, intentando siempre la mayor objetividad posible sin que intervengan prejuicios ni juicios de valor (León y Montero, 2003).

3.2 Diseño de investigación

En este trabajo se utilizó un diseño descriptivo como los define Sampieri (1991), porque se recogió información sin pretender especificar cómo se relacionan las variables, se buscó particularidades o propiedades del objeto a investigar, por lo que se pretende describir las características del encuadre aplicado por profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica en el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

3.3 Población

Cuando se habla de población se describe como el conjunto del fenómeno a investigar, donde las entidades de la misma tienen una característica en común, la cual se estudia y da apertura a los datos de investigación (Sampieri, 1991). La población que se tomó para este trabajo fue los profesionales que se desarrollen como terapeutas en el Servicio de Salud Mental del Hospital Nuevo Río Cuarto San Antonio de Padua, entre los que se incluyeron psicólogos y psiquiatras.

3.4 Muestra

Se define como muestra al grupo de individuos que se toma de una población determinada, para poder estudiar el fenómeno abordado (Tamayo, 1997). En esta investigación la muestra está formada por cinco Terapeutas autodefinidos como de orientación psicoanalítica que trabajan por consultorio externo en el Servicio de Salud Mental del Hospital Nuevo Río Cuarto San Antonio de Padua, esta se reduce solo a cinco participantes ya que no existirían en la institución mayor numero que el mencionado que posean las características necesarias para llevar a cabo la investigación. Esto fue corroborado por cada uno de los participantes y desde la administración de la institución.

3.5 Muestreo

En el presente informe se utilizó la técnica de *muestreo no probabilística* con un *muestreo bola de nieve*. La técnica de *muestreo no probabilística* hace referencia al modelo donde no se puede determinar la probabilidad de que cada elemento de la población forme parte de la muestra (León y Montero, 2003), dentro de ésta, el *muestreo bola de nieve* consiste en la realización de una entrevista a un o algunos participantes, y que estos puedan informarnos sobre otros con características similares a las que ellos poseen y las cuales nos interesa investigar (Goodman, 1961). Se decidió utilizar dicha *técnica de muestreo* ya que se necesitó que los integrantes de la muestra fueran terapeutas autodefinidos como de orientación psicoanalítica y que desarrollasen su labor en el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se aplicó es la *entrevista semiestructurada*. En una entrevista semiestructurada se constituyen parámetros previos de cuestiones relevantes que se desean saber, el entrevistador puede decidir de qué manera y en qué orden acomodará los temas y realizará las preguntas, de esta forma puede explicar que pretende saber y preguntar si algo no quedo del todo claro y sobre todo profundizar sobre algún tema que

considere relevante (Corbetta, 2007). Se utilizó este tipo de entrevista en particular ya que se necesitaba recabar información relevante sobre los temas planteados, por lo tanto se desea que el entrevistado como el entrevistador tengan plena libertad para desarrollarse y flexibilidad para profundizar en cuestiones que se consideren importantes (Corbetta, 2007).

Las categorías de análisis que se han tenido en cuenta para elaborar la guía de preguntas son los siguientes:

- 1- Directivas normativas obligatorias.
- 2- Infraestructura de los consultorios.
- 3- Descripción de los profesionales de lo que entienden por encuadre psicoanalítico.
- 4- Aplicación de los profesionales de las constantes externas del encuadre en la institución con los pacientes ambulatorios que concurren al servicio.
- 5- Aplicación de los profesionales de las constantes internas del encuadre en la institución con los pacientes ambulatorios que concurren al servicio.

3.7 Procedimiento y análisis de datos

Se contactaron a los profesionales terapeutas autodefinidos como de orientación psicoanalítica que trabajan en el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, esto se realizó a través de un muestreo *bola de nieve*, ya que se entrevistó al primer profesional y luego éste nos dio referencia de los cuatro restantes con las características solicitadas para la investigación, luego se procedió a realizar entrevistas individuales semiestructuradas a cada participante de aproximadamente cuarenta y cinco de duración donde se recogió información considerada relevante para abordar el problema de investigación planteado (ver anexo1.1). Se acordaron los días, los horarios y el lugar para la realización de las entrevistas que pudiesen ser convenientes para ambas partes. Las entrevistas se realizaron en la institución en consultorios privados para evitar distracciones. El tiempo que se utilizó para realizar las entrevistas a todos los profesionales fue de quince días, ya que sus horarios y deberes son variados y se necesitó de un tiempo prudente para

poder coordinar una agenda adecuada en el cual pudiesen efectuarse las entrevistas. Se contó al menos con un mes aproximadamente para la elaboración del análisis de datos.

Para llevar a cabo el análisis de datos el primer paso fue la transcripción de las entrevistas realizadas. Luego se procedió a analizar las respuestas conseguidas agrupándolas según las categorías de análisis definidas, finalizando con la correspondiente abstracción teórica, que nos permitió caracterizar teniendo como referencia el marco conceptual presentado. Como se trata de un estudio transversal los datos recogidos se analizaron teniendo en cuenta el contexto del cual fueron recolectados, por ello no se pretende generalizar el alcance de la investigación ni su representatividad.

3.8 Cuestiones éticas

En referencia a las cuestiones éticas se les hizo firmar a los participantes un consentimiento informado (ver anexo 1: “Consentimiento informado de participación en la investigación”) donde se estableció que aceptaban participar de la investigación voluntariamente, que se podrá efectuar preguntas sobre el estudio realizado y tendrán la libertad de retirarse del proceso de investigación cuando lo consideren oportuno, sin que exista ningún tipo de sanción. También se les entregó una carta informativa en la cual figuran todos datos del entrevistador y los fines que la investigación persigue. En la misma también se especifica que la participación es voluntaria y que los datos recogidos serán utilizados solo para fines de la investigación (ver anexo 2: “Carta informativa sobre el consentimiento informado para participantes de investigación”).

3.9 ANALISIS DE DATOS

Siguiendo con lo postulado en la metodología a continuación se presentan los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los cinco profesionales que prestan su servicio en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua, Río Cuarto en el área de salud mental. Los entrevistados han sido: El jefe de la sección de intervención comunitaria (Psiquiatra, de orientación psicoanalítica), El jefe de departamento de medicina interna (Psiquiatra, de orientación psicoanalítica), Un residente (Psicólogo de orientación psicoanalítica), y dos psicólogas de orientación psicoanalítica.

Los resultados se han ordenado según sus categorías de análisis, estas son:

- 1- Directivas normativas obligatorias.
- 2- Infraestructura de los consultorios.
- 3- Descripción de los profesionales de lo que entienden por encuadre psicoanalítico.
- 4- Aplicación de los profesionales de las constantes externas del encuadre en la institución con los pacientes ambulatorios que concurren al servicio.
- 5- Aplicación de los profesionales de las constantes internas del encuadre en la institución con los pacientes ambulatorios que concurren al servicio.

1- Directivas normativas obligatorias

Un punto importante a conocer son las normativas que establecen las instituciones las cuales muchas veces pueden limitar las intervenciones de los profesionales bajo el mandato que establecen dichas pautas.

La mayoría de los entrevistados coincidieron que, en líneas generales no existen normativas obligatorias a seguir dispuestas desde la administración superior de la institución para el tratamiento de los pacientes ambulatorios (entrevistados 1, 2, y 5). Mientras que por otro lado se hace referencia a una posible normativa establecida en el reglamento de la institución que diría que las terapias deberían de tener el formato de terapias de duración breve, y que no se podría extender más de seis meses el tratamiento, también existiría una ordenanza por parte de la institución del uso de chaquetilla como norma obligatoria (entrevistado 4).

También se hace mención que existen reglamentaciones del tipo administrativas que le exigen una cierta cantidad de pacientes para atender y no se puede atender a alguien sin que no haya sacado turno en el *turnero*, y siendo residente, los casos son supervisados por algún superior, mas allá de esto no existirían otros tipos de normativas a seguir (entrevistado 3).

En lo referente a que línea de abordaje se aplicaría a los pacientes la totalidad de los entrevistado coincidiría que no existe una disposición. Mientras se mantenga la técnica utilizada bajo fundamentos científicos y que la práctica se mantenga bajo una línea ética establecida por el profesional (entrevistados 1, 2, 4,5).

2-Infraestructura de los consultorios.

La conformación de los consultorios tiene una relación directa con lo que muchos analistas denominarían constantes del encuadre externo.

El total de los entrevistados coincide en que los consultorios son del tipo médico, que tienen dos sillas, una mesa y a veces camilla, bachas y armario. Uno de los entrevistados considera apropiado que los consultorios sean del tipo médicos debido a que ayuda a la inclusión con los demás sectores del hospital (entrevistado 2).

El área de psicología tendría asignado tres consultorios, los cuales se irían intercalando entre los profesionales de salud mental (entrevistados 1,3y5). Se menciona que faltarían arreglos en la infraestructura total de la sección de salud mental, pero que se gestionan entre los profesionales del área la posibilidad de arreglar o agregar

edificaciones que tienen que ver con la mantención o modificación del espacio (entrevistado 1,4y 5).

Por otro lado se critica que las condiciones del edificio son en general malas, “inclusive si vos miras un poco las paredes o andas por los pasillos esto por lo nuevo que es esta igual o más deteriorado que estaba el edificio viejo y lo que tiene es esto, que uno más o menos le pone algo de impronta, mis plantas mis cuadros, pero la mayoría de los consultorios acá no son así, son consultorios sumamente despojados” (Entrevistado 4). Los entrevistado 3y 5 mencionan que existirían inconvenientes con la asignación de los consultorios y que muchas veces cuando se atiende a un paciente se encontrarían con la situación de que otro profesional estaría ocupando el consultorio que les habrían asignado. También se expresa que en algunas ocasiones los consultorios que se les conceden no son aptos, ya que muchas veces se trabaja con pacientes con enfermedades contagiosas y esto podría poner en riesgo la salud del paciente que concurre a tratamiento psicológico, sobre todo en el área de infanto juvenil (Entrevistado 3).

3-Descripción de los profesionales de lo que entienden por encuadre psicoanalítico.

Se describen las características que asume el encuadre psicoanalítico desde la perspectiva particular y subjetiva de los participantes.

El entrevistado 1 entendería por encuadre psicoanalítico a “un posicionamiento que uno adquiere cuando trabaja con el paciente que permite el desarrollo del aspecto subjetivo, el desarrollo del vínculo transferencial” y remarca que no coincide con la idea de un encuadre estructurado, “siempre con el saco gris, si voy a mover un cuadro le avisaba al paciente, y bueno a mí me parece que eso es un forzamiento, no sé, me parece que es algo que es aplicable con una porción muy pequeña de población”, sostiene que sobre todo se trabaja con respeto y con una ética donde uno se involucre con el paciente, “no es que yo vengo a charlar y hablamos de qué lindo está el día, no, el objetivo es, tenemos un primer momento de conocimiento de afabilidad, empatía”.

El entrevistado 2 entiende por encuadre psicoanalítico a “una posición que tiene más que ver con la pragmática que con una dogmática de la práctica”, entiende que estas posiciones estructuran y cristalizan identidades, “un encuadre es eso, un encuadre molde que define identidades, trabaja como un modelo identitario, porque uno de los

propósitos del encuadre es que queden claramente identificados el paciente del terapeuta” y menciona que las identidades no son fijas, sino cambiantes, que la práctica y el encuadre con el tiempo han logrado establecer moldes como serían por ejemplo los diagnósticos, “una cosa es decir, se es loco y otra cosa es decir, está loco, él es, define una cristalización en una identidad que es de carácter ontológico, nadie es, ninguno es, en ningún sentido”. También lo describe como algo flexible y vincular “el encuadre es un instrumento maleable, flexible que sirve para definir estados, situaciones, momentos y es la relación, el vínculo que se va estableciendo con el paciente”. Pero sin embargo no considera que no exista una cierta estructuración “esto no significa que se pueda atender un paciente en el pasillo por ejemplo, debe existir una cierta contención, más de todo por respeto al paciente”.

El entrevistado 3 define al encuadre psicoanalítico como “dependiendo de la escuela, porque cada escuela tiene su visión de lo que es el encuadre, por ahí en términos generales yo denomino encuadre a lo que es el tiempo y el espacio en que se desarrolla la sesión, el rol del analista, los honorarios”, también manifiesta que existen líneas más rígidas que consideran que estas variables deben de ser fijas, mientras que otros abordajes se muestran más flexibles, “por ejemplo los lacanianos suelen ser más flexibles con el encuadre, bueno yo soy más afín a esa línea teórica de la flexibilidad”, remarca que éste tipo de línea terapéutica considera como fundamental para el encuadre la posición del analista y que la supervisión y terapia individual son cruciales para su formación, también afirma que el “encuadre flexible es el que te permite más apertura para trabajar en otros ámbitos que no solo es consultorio externo, en la inter consulta uno puede hacer intervenciones psicoanalíticas o tener un encuadre psicoanalítico sin la necesidad de estar adentro de un consultorio”.

El entrevistado 4 define al encuadre psicoanalítico como “asociado a estos conceptos de anclaje, de clivaje, todo aquello que uno de alguna manera fija y estabiliza para que lo otro se pueda desplegar”, argumenta que los límites tienen que mantenerse y establecerse de una forma bien diferenciada y que debe de poderse anticipar al paciente cualquier cuestión que pudiese modificarse, “yo vengo con una formación bastante cercana a una línea más ortodoxa, una formación de arranque de partida, después uno obviamente va haciendo como su camino, yo he sido partidaria y he trabajado y sigo creyendo que en la medida de lo posible uno tiene que poder anticipar ciertas cosas”, considera también que el encuadre es fundamental para que el proceso pueda

desplegarse, “yo inmovilizo para poder jugar con todo lo otro, entonces puedo modificar las variables que voy a meter dentro, el alcance de esas variables, no modifico las variables”.

El entrevistado 5 define al encuadre como; “pasa por un modo de vincularse con el otro y me parece que si bien el espacio físico es una de las variables y hace al encuentro, el encuadre pasa por una actitud interna del terapeuta y uno puede sostener un encuadre haciendo una entrevista en medio del patio del hospital”, explica que el terapeuta no se puede sujetar a teorizaciones estrictas porque la clínica hospitalaria muestra otra realidad, “pero bueno yo creo que el encuadre es algo interno, que uno tiene que tener muy internalizado, sobre todo cuando uno trabaja con pacientes psicóticos, pacientes locos, el encuadre es algo que no tiene tanto que ver con las descripciones que nosotros vemos, con las descripciones finas que uno puede leer”, lo define como un encuentro con el otro, como un contrato de respeto mutuo “está bueno estudiarlo y saber bien por ejemplo las definiciones, tenerlo aceitado para después reconstruirlo, porque después la realidad nos muestra que no hay forma de sostener estos encuadres rígidos”, argumenta que el paciente muchas veces demanda al analista desde otros lugares y que es imposible mantenerse inmutable ante el dolor del otro. Menciona también que en las instituciones tiene que existir flexibilidad ya que surgen cuestiones que están fuera del alcance del profesional, entonces se deberían poder explicar y aclarar al paciente y si surgiesen ansiedades por estas razones poder trabajarlas.

4- Aplicación de los profesionales de las constantes externas del encuadre en la institución con los pacientes ambulatorios que concurren al servicio.

Cuando se hace referencia a las constantes externas se suele hacer mención a ciertas pautas fijadas como honorarios, horarios, tiempo y frecuencia de las sesiones, interrupciones, duración de la terapia y uso del diván.

En lo concerniente a los honorarios todos los entrevistados coinciden en que al ser la institución un organismo público y gratuito los honorarios no existirían de una manera directa con el paciente. Pero de todas maneras en algunos casos los pacientes ofrecerían regalos en calidad de devolución o por alguna otra cuestión por investigar (entrevistado 4y5).

En lo concerniente a los horarios la mayoría de los entrevistados coincidió que más allá de que exista un *turnero*, ellos al contactarse por primera vez con el paciente establecen con éste los turnos y la frecuencia de las sesiones (entrevistados 1, 2, 4 y 5). A diferencia del entrevistado 3, que menciona que “nosotros tenemos asignado un día específico para consultorio y unos rangos de horarios determinados, los pacientes tienen que ser atendidos en ese rango”.

En lo que respecta al tiempo y frecuencia de las sesiones todos los participantes coinciden que son de aproximadamente 45 minutos y la frecuencia es de una vez por semana. A excepción de algún caso que requiera mayor frecuencia por su gravedad o complejidad (entrevistado 4).

En lo que atañe a las interrupciones el total de los participantes expresa que éstas se le comunican al paciente normalmente con una semana de anticipación o por teléfono si fuese necesario.

En cuanto a la duración del proceso terapéutico todos los entrevistados coinciden en que no existe un tiempo fijado. Por otra parte los entrevistados 4 y 5 mencionan que tendrían que ser terapias de enfoque focalizado.

Con respecto al uso del diván todos los entrevistados concuerdan que en la institución no se utiliza.

5- Aplicación de los profesionales de las constantes internas del encuadre en la institución con los pacientes ambulatorios que concurren al servicio.

Cuando se habla de constantes internas se hace referencia a lo que se incorporaría en el análisis como parte de la técnica psicoanalítica recomendada por Freud (1912), estas serían la atención flotante, la asociación libre y la regla de abstinencia.

El entrevistado 1 expresa en cuanto a la atención flotante que existen inconvenientes para su aplicación en el hospital, “imaginate que acá no puedo ni estar atendiendo que me están llamando allá arriba” (entrevistado 1) aunque considera que son cosas que podrían cambiarse. En lo que respecta a la asociación libre no considera que sea muy diferente su aplicación que al ámbito del consultorio privado ya que explica que “a mí lo que me interesa son los dichos del paciente entonces yo lo escucho, no tengo los mismos tiempos y el mismo encuadre pero trabajo desde una línea parecida

a la posición”. Y con relación a la regla de abstinencia expone que “en el ámbito del internado es distinto porque vos por ahí tenes que ir a favor del síntoma”.

El entrevistado 2 propone en cuanto a la atención flotante como atención presente, “hay que transmitirle al paciente que estamos presentes, que podemos entender su dolor y que vamos a intentar junto a él aliviar su pesar”, propone buscar conexiones, observar y entender que dice el paciente a través del síntoma, “de lo que calla, lo que gesticula, lo que niega y de lo que asume”. En cuanto la asociación libre “por supuesto que dejo que el paciente diga lo que tenga que decir, pero intento no generar demasiados silencios incómodos, busco conexiones y trato de transferirle al paciente sus significados, se busca que cuente lo que le pasa y no que este en silencio durante treinta o cuarenta minutos”, menciona que los tiempos en las instituciones son otros como también el de los pacientes. “Y en cuanto a la regla de abstinencia la considero peligrosa, la supuesta satisfacción que se le debería negar al paciente es la que muchas veces nos pide a gritos, no podemos negarle a un sujeto con psicosis alivios sintomáticos”. Remarca que Freud no consideraba al psicoanálisis una técnica adecuada para el tratamiento de la psicosis, aunque manifiesta que “todo sujeto puede ser psicoanalizado, aunque no de la manera psicoanalítica ortodoxa, pero si con los fundamentos básicos que son los cimientos de la terapia analítica”.

El entrevistado 3 menciona en cuanto a la atención flotante que formaría parte de la técnica y que por su parte la aplicaría, con diferencia a la asociación libre que explica “lo que sí es difícil que un paciente asocie libremente, no todos los pacientes hacen eso, la mayoría no al principio en realidad”, y con relación a la regla de abstinencia expone que dependerá de la demanda del paciente e interpretación del analista.

El entrevistado 4 relata en relación a la atención flotante que no existiría una diferencia en su aplicación con respecto al consultorio privado, “nunca trabajé de manera diferente acá que en el consultorio, yo creo que la psicoterapia psicoanalítica permite también, más allá de que no es análisis en el sentido estricto, permite el uso de la atención flotante, de la asociación libre, de la regla de abstinencia”, mencionaría también que autores como Fiorini que plantea un marco teórico de lo que se llamarían las psicoterapias psicoanalítica breves le dieron un sostén para trabajar en las instituciones públicas. “Fiorini no es un autor que yo conociera desde la facultad, de hecho lo conocí ya trabajando y creo que me enamore mucho de él porque me dio esta posibilidad de decir, ah entonces no estaba tan mal lo que yo estaba haciendo, porque

fue encontrarme con alguien que había teorizado y puesto por escrito esto que yo hacía más empíricamente y que desde la formación ortodoxa muchas veces dudábamos si no nos estaríamos yendo del psicoanálisis”. También menciona con respecto a la regla de abstinencia que no rechaza los regalos de los pacientes siempre y cuando se hable en sesión y se interprete, y en lo referido a su vida privada afirmarí que sus pacientes no conocerían ninguna faceta de ésta, al menos mencionada por su parte.

El entrevistado 5 hace referencia en cuanto a la atención flotante que es parte del entrenamiento del psicólogo, que en la institución también se debe aplicar la atención además de la atención flotante, por la cantidad de interrupciones que suele haber en las sesiones. Afirma también que no sólo es escuchar, “hay cosas que se muestran, que se actúan, es muy interesante el tema del cuerpo la mirada, los cambios de los matices de la voz”. En cuanto a la asociación libre expresa que “tiene que ver con el encuentro, aparece la conexión que el paciente hace con el terapeuta”. Y con relación a la regla de abstinencia afirma que descrea en dinámicas muy rígidas de sesiones donde pasan cuarenta minutos sin decir nada, “pero sí creo en guardar ciertas formas, no contar al pacientes cuestiones personales, entender cuando un paciente necesita alivio sintomático o cuando no, trabajar más desde la relación que se establece con la subjetividad y no aplicando la regla indistintamente a todos por igual”. Y con respecto a los regalos que le ofrecen los pacientes trabaja cada uno según el caso.

CONCLUSIONES

El ser humano se construye constantemente, evoluciona como involuciona según desde la perspectiva en que nos posesionemos para observar. La tecnología, las políticas, la ciencia, la sexualidad, los discursos y las patologías se modifican con los tiempos, sobre todo en estos tiempos, parecería que los cambios más vertiginosos por los que ha atravesado la humanidad han transcurrido la mayoría en estos últimos cien años, vivimos en un mundo imprevisible, lo que hoy es, mañana puede no ser.

Los paradigmas nunca antes estuvieron tan cuestionados, esto llegó hasta los cimientos del positivismo derrumbando sus certezas. Lo que parecían verdades absolutas se desglosan poco a poco en diferentes discursos, se hace muy difícil abarcar un objeto de estudio desde una sola perspectiva o con instrumentos que no presenten flexibilidad en su accionar, la complejidad parece ser el nuevo paradigma a inspeccionar, ya que las subjetividades se modifican y son dinámicas en relación a las disposiciones actuales (Matamala, 2004).

Las patologías psíquicas y las técnicas con las cuales se abordan no están exentas de los cambios por los que la humanidad está atravesando, las estructuras y los encuadres parecen ya no contener al sujeto actual. Los métodos tradicionales de psicoterapias utilizados en las instituciones resultarían insuficientes, porque son los urgentes problemas prácticos que demandan solución a corto plazo los que obligan a instrumentar en muchos casos modificaciones y cambios, las complejas patologías que traen consigo los nuevos tiempos y la flexibilidad que debe incorporar el terapeuta a éstas nuevas disposiciones son algunos de ellos (Fiorini, 2002).

La ortodoxia de un encuadre rígido, estructurado e inamovible es la bandera que muchos psicoanalistas escudan como las bases mismas del psicoanálisis. Parecería existir entonces un solo encuadre y una sola forma de hacer psicoanálisis y cualquier procedimiento terapéutico que escapase de esta perspectiva sería destituido de la categoría de la técnica analítica y en consecuencia se lo denominaría inmediatamente psicoterapia o análisis silvestre (Ulloa, 1971).

En el contexto de la salud mental pública existe una variabilidad de circunstancias por las que los psicólogos de orientación psicoanalítica atraviesan, las cuales muchas veces conducen a reacomodamientos:

El encuadre pasa por una actitud interna del terapeuta y uno puede sostener un encuadre haciendo una entrevista en medio del patio del hospital, si nos ajustamos por ejemplo a la definición del encuadre de Echegoyen con estas variables constantes, la clínica en el hospital desbarata todo eso (entrevistado 5).

Algunas de las preguntas que muchos psicoanalistas que trabajan en la atención asistencial pública se podrían plantear serían; ¿La práctica que llevan a cabo se puede considerar psicoanalítica? ¿Qué tan alejados estarían de su formación teórica? ¿Se debe aplicar el encuadre psicoanalítico desde su ortodoxia y desde una posición asimétrica con respecto al paciente o se debe escuchar al sujeto desde su malestar, desde su sufrimiento? ¿Cómo hacer para abstenerse y no calmar sus síntomas, que frente al otro no son síntomas sino dolor? ¿Qué es iatrogénico para el paciente y que no?

Algunos autores teorizaron sobre estos cambios y de una forma respondieron a muchas inquietudes planteadas:

Fiorini por ejemplo ayuda mucho a la práctica, lo enseño, lo transmito, lo trabajo, yo creo que más allá que tenga un montón de detractores es alguien que tiene mucha recorrida institucional por eso puede escribir lo que ha escrito, de hecho Fiorini no es un autor que yo conociera desde la facultad, de hecho lo conocí ya trabajando y creo que me enamore mucho de él porque me dio esta posibilidad de decir; entonces no estaba tan mal lo que yo estaba haciendo, porque fue encontrarme con alguien que había teorizado y puesto por escrito esto que yo hacía más empíricamente y que desde la formación ortodoxa muchas veces dudábamos si no nos estaríamos yendo del psicoanálisis, fue como poder tranquilizarme desde ese lugar (entrevistado 4).

Lo primero que se intentó describir a partir de las categorías de análisis fue la posible existencia de normativas por parte de la institución pública que pudiesen influenciar sobre el encuadre aplicado por los profesionales, luego se indagó sobre la infraestructura de los consultorios, el mobiliario y las comodidades con las que cuentan. Por último se consultó acerca de lo que cada profesional entiende por encuadre psicoanalítico y la manera en que se aplican o no las variables externas e internas del encuadre describiendo el posicionamiento subjetivo de cada entrevistado.

Con respecto a posibles normativas establecidas por la institución la mayoría de los entrevistados coincide que no existen reglamentaciones que pudiesen influir sobre la técnica aplicada de terapia, concordaron que pueden trabajar desde diferentes abordajes siempre y cuando exista un sustento científico y ético de la práctica.

En cuanto a la infraestructura de los consultorios las psicólogas entrevistadas hacen referencia a la falta de pertenencia y formato de los consultorios como así también a las malas condiciones en las que se encuentran. Por su parte los psiquiatras entrevistados resaltan la importancia de que los consultorios sean más del tipo médico

para favorecer la inclusión del paciente y la no diferenciación entre salud física y mental.

En lo que se refiere a las variables externas empezando por los honorarios, todos los entrevistados coincidieron que el hecho de que sea un hospital público donde se está trabajando, ésta variable no existiría, es significativo como algunos entrevistados mencionan que es muy frecuente que los pacientes les ofrezcan obsequios, y de qué manera se trabaja con ésta particularidad.

Los horarios y la frecuencia de las sesiones según el dicho de la mayoría de los entrevistados son manejados por lo que denominan el *turnero*, en general son de una vez por semana. Existe la salvedad, según cuentan algunos de los entrevistados que han logrado llegar a un acuerdo para acomodar los turnos de los pacientes cada una semana y de esta forma no distanciar tanto las sesiones.

La frecuencia de las sesiones es una de las variables más discutidas por los psicoanalistas, Zukerfeld (2001) decía que el único aspecto que se considera explícitamente reglado del encuadre es la frecuencia, ya que hoy en día las disposiciones de los diferentes analistas con respecto al encuadre son variadas y no por ello, se dejan de considerar analíticas. De todas formas, existen discusiones sobre cuál debería ser ésta en la terapia analítica, que su fijación y discusión se encontraría también dentro del encuadre, se habla de la rigidez o la flexibilidad y se plantean algunos debates donde aparecería lo que algunos llaman la *cura tipo*, a la cual personas por inconvenientes económicos, de tiempo, etc., no podrían alcanzar, entonces surge así como alternativa la *psicoterapia*, opción que pareciera salirse de los carriles del psicoanálisis, aunque que es sabido que muy pocos pacientes se atienden cuatro veces por semana y muy baja cantidad llegarían a tres veces por semana (Zukerfeld, 2001).

En cuanto a la duración que debería tener la terapia psicoanalítica se teorizan un crisol de criterios y normativas, desde varios autores se manejan criterios diferentes y variados.

El problema que se presentó con las normas institucionales y la atemporalidad del inconsciente, como la imposibilidad del psicoanálisis de establecer un tiempo fijado de terminación de la terapia quizás encuentre su respuesta en las psicoterapias de

objetivos limitados, a pesar del inconveniente que se presenta entre el psicoanálisis y las normas institucionales, es factible iniciar un proceso analítico en los hospitales y producir resultados, con la simple escucha dirigida al sujeto en su singularidad, en algunos casos sólo bastarían unos pocos encuentros para producir efectos analíticos (Rubistein, 2000).

Los entrevistados variaron sus afirmaciones con respecto de la finalización de la terapia, pero sin embargo la mayoría pareció coincidir que más allá de que se intente establecer un criterio focalizado y breve de terapia, cada caso en particular tiene su propio criterio de finalización, podría resumirse diciendo que la finalización del proceso terapéutico depende del criterio del analista y la disposición del paciente.

En lo que respecta al uso del diván y teniendo en cuenta lo popular e indispensable que en un tiempo se consideró su uso entre los psicoanalistas, hoy en día parece no ser una condición *sine qua non*, esto no quiere decir, ni implica que en los consultorios privados no existan, pero se vislumbra otra disposición en los pacientes, el hablar frente a frente parece ser la nueva modalidad que se emplea. Todos los entrevistados afirmaron que no existe diván en la institución y que la terapia se realiza frente a frente y que esto no sería un inconveniente ni algo que pudiese afectar al desenvolvimiento de la terapia.

Se podría concluir con respecto a las constantes externas del encuadre psicoanalítico, que su aplicación por parte de los profesionales entrevistados en el contexto del hospital San Antonio de Padua varían en muchos aspectos con respecto a una disposición más ortodoxa, por ejemplo los honorarios no existen, los horarios y la frecuencia de sesiones dependen muchas veces de un *turnero*, la finalización del proceso estaría más en consonancia con psicoterapias breves. Etchegoyen menciona que se tendría que esclarecer la regla fundamental en pocas palabras y junto con ella el uso del diván, luego se continuaría con los convenios de los honorarios, horarios el anuncio de feriados y vacaciones y en como sería la forma de pago(Etchegoyen, 1986).

Existe un concepto unificado en el decir de los entrevistados sobre la flexibilidad que se debe de adoptar sobre todo en las instituciones públicas sobre el encuadre externo, no se puede exigir que el paciente cumpla con ciertas reglas estables porque muchas veces las cuestiones externas exceden a la voluntad tanto del analista como del paciente. Algunos de los entrevistados refieren al hecho de mantener un encuadre externo, pero no de la forma rígida e invariante, si no en poder hablar y

contener al paciente cuando éstas constantes no se mantienen, y luego cuando las circunstancias hayan sido explicadas, poder trabajar en las reacciones del paciente, ya que explican los entrevistados que estas distorsiones del encuadre externo ocurren con frecuencia en la institución.

El encuadre es una institución dentro de la cual se suceden conductas, cuando se mantiene sin variaciones no provoca conflicto, el analista siempre intenta sostenerlo, pero como en las instituciones no se perciben los inconvenientes si no aparecen frente a nuestros ojos, la simbiosis se mantiene invisible, sólo se hace presente cuando se produce una ruptura, el encuadre se muestra como una metaconducta y de él dependen lo que reconocemos como conductas, es simbiótico porque sirve de sostén, como una madre para su hijo, pero solo esto se puede apreciar cuando algo cambia, se modifica se rompe, entonces lo imprevisible se esconde detrás del encuadre (Bleger, 1967).

Las variables internas del encuadre pueden considerarse como las más importantes para muchos analistas.

El encuadre tanto interno como externo debería de revisarse constantemente, no permitir que se cristalice, no dejar de lado sus interacciones y tener siempre en cuenta su complejidad, aunque el paciente quizá pueda discutir el encuadre externo, arreglar horarios, cambiar tarifas o negar el uso del diván, lo que no se debería permitir, es alejarse o sustraerse de la puesta en juego y de los enseres del encuadre interno (Alizade, 2009).

Se consideran como partes fundamentales del encuadre interno los que se manifiestan implícitos en la asociación libre, la regla de abstinencia y la atención flotante (Alizade, 2009).

La primera tarea que se le presenta al analista que asiste a muchos pacientes, es la de recordar todo y que esta información no se confunda con la de otros pacientes, la técnica que se utiliza para lograr tal fin es muy simple, no consiste en tomar nota, se trata de no retener nada específico ni prestar atención particular a detalles, sino de escuchar todo por igual en una *atención flotante*, de esta forma el médico no caerá en trampas que le puedan jugar una mala pasada a la memoria por detalles a los que debería prestar atención en particular, ya que esos detalles seguro están cargados de prejuicios (Freud, 1912).

Los entrevistados definieron de diferentes formas cómo aplicarían la atención flotante. “Es muy difícil su aplicación ya que existen demasiadas interrupciones” (entrevistado 1). El entrevistado 2 por su parte menciona que la atención flotante es atención presente, “hay que transmitirle al paciente que estamos presentes, que podemos entender su dolor y que vamos a intentar junto a él aliviar su pesar”. El entrevistado 3 dirá que ésta es parte de la técnica y la aplicaría como tal. El entrevistado 4 hace mención que trabaja con la atención flotante de la misma manera que lo hace en el consultorio privado. Por su parte el entrevistado 5 hace referencia en cuanto a la atención flotante que es parte del entrenamiento del psicólogo, que en la institución también se debe aplicar la atención además de la atención flotante, por la cantidad de interrupciones que suelen existir en las sesiones. Afirma también que no sólo es escuchar, “hay cosas que se muestran, que se actúan, es muy interesante el tema del cuerpo la mirada, los cambios de los matices de la voz” (entrevistado 5).

Pareciera existir entre los entrevistados diferentes conceptos por lo que entienden como atención flotante, lo cierto es que la mayoría coincide que puede aplicarse con algunas variaciones o modificaciones más allá de que en el contexto hospitalario se dificulte su práctica.

De la misma manera que el medico aplica la *atención flotante* el paciente debe decir todo lo que se le venga a la mente, sin restricciones ni discriminación del material, en definitiva que asocie libremente, *regla fundamental psicoanalítica* (Freud, 1912).

A mí lo que me interesa son los dichos del paciente entonces yo lo escucho, no tengo los mismos tiempos y el mismo encuadre pero trabajo desde una línea parecida a la posición (entrevistado 1).

Por supuesto que dejo que el paciente diga lo que tenga que decir, pero intento no generar demasiados silencios incómodos, busco conexiones y trato de transferirle al paciente sus significados, se busca que cuente lo que le pasa y no que este en silencio durante treinta o cuarenta minutos(entrevistado 2).

Lo que sí es difícil que un paciente asocie libremente, no todos los pacientes hacen eso, la mayoría no al principio en realidad (entrevistado 3).

Nunca trabajé de manera diferente acá que en el consultorio, yo creo que la psicoterapia psicoanalítica permite también, más allá de que no es análisis en el sentido estricto, permite el uso de la atención flotante, de la asociación libre, de la regla de abstinencia (entrevistado 4).

Tiene que ver con el encuentro, aparece la conexión que el paciente hace con el terapeuta (entrevistado 5).

Otra vez en la mayoría de los dichos de los entrevistados, ahora referida a asociación libre del paciente, parece reflejar una cierta fidelidad a las reglas internas, aunque su aplicación presente modificaciones.

Los analistas durante el proceso de terapia deberían de adoptar la posición del cirujano, que toma distancia de sus afectos y no intenta generar una relación amistosa con el paciente, el cirujano, pone toda su energía en el fin de la cirugía así, de esta forma el analista debería de posicionarse ante el análisis, de esta manera se protege a sí mismo y al paciente, evita resistencias las cuales vencerlas son uno de los principales fines de la terapia (Freud, 1912).

De esta forma Freud explica lo que se denomina la regla de abstinencia, mencionando también que el analista debe de posicionarse como un espejo, sólo reflejar lo que el paciente le muestra (Freud, 1912).

En cuanto a este concepto se pudieron identificar diversas posiciones de lo que cada entrevistado entiende por regla de abstinencia y la manera en que la aplican. Por ejemplo el entrevistado 1 explica que “en el ámbito del internado es distinto porque vos por ahí tenes que ir a favor del síntoma”.

Por su parte el entrevistado 2 argumenta que “la considero peligrosa, la supuesta satisfacción que se le debería negar al paciente es la que muchas veces nos pide a gritos, no podemos negarle a un sujeto con psicosis alivios sintomáticos”.

El entrevistado 3 se refiere a ésta como una demanda del paciente que provocara una interpretación del analista.

El entrevistado 4 por su parte menciona que si bien recibe regalos de sus pacientes trabaja después con éstos las cuestiones referentes a dicho acto, y en relación a su privacidad expresa que no habla de su vida, ni de ningún detalle de ésta con sus pacientes. En cuanto al alivio sintomático expresa que el psiquiatra se encarga de esa parte, con la correspondiente medicación.

Mientras que el entrevistado 5 afirma que descrea en dinámicas muy rígidas de sesiones donde pasan cuarenta minutos sin decir nada, “pero sí creo en guardar ciertas formas, no contar al pacientes cuestiones personales, entender cuando un paciente necesita alivio sintomático o cuando no, trabajar más desde la relación que se establece con la subjetividad y no aplicando la regla indistintamente a todos por igual”. Y en relación a los regalos expresa que trabaja cada caso en particular y los recibe o no según como lo considere adecuado.

Se puede identificar en los relatos modificaciones de diferentes alcances de la regla de abstinencia, la necesidad de otorgar al paciente el alivio sintomático suena con mayor fuerza entre las declaraciones de los entrevistados, el hecho de trabajar con una población patológica variada muchas veces lleva a la flexibilización de las reglas.

Lograr hoy en día un encuadre analítico es una cuestión mucho más compleja y complicada que en tiempos pasados, se podría decir que se asemeja a un trabajo artesanal formado por la pareja analítica y no una seguidilla de normas ya establecidas, lograr un vínculo honesto con el paciente donde la transferencia pueda desarrollarse, donde se formen narraciones llenas de lapsos, recuerdos olvidados y revelaciones, donde *todo ocurre sin que nada pase*, es una instauración donde puede llevar tiempo su formación o simplemente nunca ocurra, esto es lo fundamental del encuadre, un producto armado artificialmente pero fundamental para permitir enfrentar de manera controlada a la locura, establecer una situación donde dos sujetos se desglosan, para poder luego reconstruir los pedazos uno por uno en otra posición para que el funcionamiento produzca un cambio, desde el terapeuta con un cierto control que su formación le profiere y desde el paciente en la absorción de *nuevos* conocimientos sobre sí mismo (Viñar, 2002).

Las limitaciones que se han presentado en el recorrido del presente trabajo se manifiestan muchas veces en relación al sesgo personal que cada uno incorpora a cuestiones que creía sabidas y terminadas, el hecho de insertarse como investigador en los contextos y explorar en las descripciones y vivencias de los sujetos que conviven con las circunstancias que se intentan conocer, dan otras herramientas para adquirir conocimientos y abrir las puertas a nuevas incógnitas.

Una limitación específica ha sido no aprovechar la entrevista semi-estructurada para indagar más sobre algunos conceptos apropiados por los profesionales que tal vez no tienen la misma significación en unos que en otros.

El presente trabajo describe cómo la técnica psicoanalítica puede ir modificándose y creciendo en sus conceptos sin perder su fuerza y su eficacia. Pero no todo es alineamiento dogmático, no todo está dicho en las teorías, existen los psicoanalistas que no teorizan absolutismos porque al no ser omnipotentes son más bien humildes, entonces se preguntan constantemente, buscan traspasar las fronteras, estos exploradores modifican el encuadre, modifican el rapport, modifican los estilos establecidos de interpretación, o todo lo que consideren necesario para el beneficio del

paciente, prefieren naufragar en vez de mantenerse en tierra, por ello sus teorizaciones son puertas siempre abiertas, postulados nunca absolutos, más bien preguntas con variadas respuestas (Hornstein, 2001).

En futuras líneas de investigación, el tema del encuadre podría enriquecer la práctica de los profesionales buscando una relación con el sujeto a través de lo que el vínculo devela, oculta y depara.

Se puede establecer la continuidad del presente trabajo identificando las variaciones o modificaciones del psicoanálisis en otro tipo de ámbitos, donde las circunstancias puedan llegar a ser otras que en la institución pública en la que se investigó, como por ejemplo dispensarios, centros de salud, consultorios privados u otras instituciones donde se trabaja desde el psicoanálisis. Sería beneficioso para la práctica poder inspeccionar cómo se manifiestan y disponen las terapias psicoanalíticas para poder adoptar mayor flexibilidad en el encuadre dependiendo del contexto, del lugar, de cada sujeto.

El psicoanálisis se presenta como una institución con descubrimientos inmensurables, sus teorizaciones fueron más allá de lo visible, exploró en lo más recóndito del ser humano, lo reprimido lo inconsciente. Puso en duda todo lo que el hombre creía saber de sí mismo, nunca se consideró como una técnica acabada, nunca se consideró como la única verdad a seguir, por ello es que se modifica junto con el sujeto, aprende de lo nuevo, se acomoda a los nuevos encuentros con el otro, absorbe técnicas de otras disciplinas e interactúa transdisciplinariamente. De todo lo mencionado podríamos refutar la gran parte con fundamentos firmes, pero también podrían ser verdades para muchos psicoanalistas, creemos que la investigación realizada solo expone la punta del iceberg, que todavía queda mucha teoría sin escribir que se vislumbra en la práctica clínica.

Los sufrimientos que aquejan a los sujetos en el presente ya no se acomodan a los históricos encuadres analíticos, el desafío consiste en dejar de practicar teorías y repetir encuadres, para inspeccionar en las nuevas prácticas que dan respuestas a los sufrimientos determinados de los tiempos que corren (Ulloa, 1971).

CAPITULO V

Bibliografía

Alizade, M. (2009). Cuestionario: Encuadre y dispositivo psicoanalítico. *Topia, un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*, Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/cuestionario-encuadre-y-dispositivo-psicoanal%C3%ADtico>.

Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.

Bleger, J. (1967). *Psicoanálisis del encuadre Psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Braier, A. (1999). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica* (Vª ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Corbetta, P. (2007). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. Madrid, España: McGraw-Hill/INTERAMERICANA.

Duverger, M. (1972). *Métodos de las Ciencias Sociales*. Barcelona, España: Ariel.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Ferenczi, S. (2009). *Problemas y métodos del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre una teoría sexual y otras obras*. Obras completas Vol. VII. Buenos Aires y Madrid: Amorrortu.

Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas Vol. VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1918). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. Presentado en el V congreso psicoanalítico de Budapest. Budapest.

Freud, S. (1956). *Informe sobre mis estudios en París y Berlín*. Obras Completas Vol. I. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Fiorini, J. (2002). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Fondevila, D. (1995). *Terapias Modulares, una propuesta terapéutica para situaciones de crisis*. Buenos Aires, Argentina: Atuel.

Goldberg, A. (2001). Psicoanálisis pos moderno. *Revista del psicoanálisis*, TLVII, T 3-4. Trabajo republicado previa al XLII congreso de la API. Niza, 2001.

Goodman, L. (1961). Muestreo de crecimiento rápido. *Annals of Mathematical Statistics*, 148-170.

Hornstein, L. (2001). *Desafíos de la terapia psicoanalítica*. Disponible <http://www.luishornstein.com>

Lacan, J. (1958). *El Seminario 3, Las Psicosis*, Texto establecido por Miller J. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Laplanche, J y Pontalis, J. (1996), *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, España: Paidós.

Laplanche, J. (1990), *El psicoanálisis y su cubeta*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

León, O. Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (IIIª ed.). Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Llauró, A., Viladot, M., Sastre, V., Laudo, I. Camprodon, R., Coca, M.R., Masvidal, S., Martínez Gomis, F. (2012). Psicoterapia Psicoanalítica en la Institución Pública. Estudio de resultados y su permanencia a los dos años de la finalización. *Unitat de Psicoterapia Psicoanalítica d'Adults (UPPA) Sant Pere Claver - Fundació Sanitària, Barcelona*. 2-16.

Matamala, F. M. (2004). El retorno de la complejidad y la nueva imagen del ser humano: hacia una psicología compleja. *Revista interamericana de psicología= Interamerican journal of psychology*, 38(1), 23-31.

Observatorio de Derechos Humanos de la UNRC. (2012). Atención Ambulatoria. *La Salud Mental en Río Cuarto*. Disponible en <http://www.unc.edu.ar/extension-unc/vinculacion/observatorio-ddhh/informe-mirar-tras-los-muros/capitulo-iii/la-salud-mental-en-rio-cuarto>.

Rubistein, A. (2009). Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales. [Versión electrónica], *Anuario de investigaciones* 16, 147-156.

Sampieri, R. Collado, C. Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México, DF.: McGraw-Hill/Interamericana.

Sotelo, M., Belaga, G., Coronel, L., Marini, M., Rojas, M., Vigil, M., Mazzia, I., Capurro, V., Penecino, V., Santimaria, I., Moraga, L., Méndez, P., Tustanoski, P., Solari, Fazio, R., Paturllanne, V., Miari, E., Castro, A., Bento, M., De Mello, D. McCabe, Clara y Rodríguez, L. (2011). Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público. [Versión electrónica], *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*, (1), 825-828.

Tamayo, M. (1997). *Diccionario de la Investigación Científica*. México: Blanco.

Ulloa, F. (1971). Extrapolación del encuadre analítico en el nivel institucional: su utilización ideológica y su ideologización. *Del encuadre de Procusto a los dispositivos psicoanalíticos* (73). Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/del-encuadre-procusto-dispositivos-psicoanal%3%ADticose>.

Valles, M. (2009). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social, reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis, S.A.

Viñar, M. (2002). *Sobre encuadre y proceso analítico en la actualidad*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 96, 31-36.

Winnicott, D. (1941). *The observation of infants in a set situation*. Int. Jo. Vol. 22, part. 2-3-4., p. 229-249.

Zac, J. (1971). *Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre*. Disponible en <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19712803p0593.dir/REVAPA19712803p0593Zac.pdf>.

Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica, cambio psíquico y encuadre analítico. *Revista de psicoanálisis*, 1699-4825.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado de participación en la Investigación

Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por el Sr. Patricio Iván Ariel Ribotta, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en describir las características del encuadre establecido por profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica en pacientes ambulatorios en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua de Río Cuarto.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en una entrevista a realizarse de manera privada, con una duración aproximada de 45 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Patricio Ribotta a través del e-mail: arielribotta@hotmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del participante
(en letra imprenta)

Firma del participante

Fecha:

Anexo 2: Carta Informativa sobre el Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por el Sr. Patricio Iván Ariel, estudiante de la carrera de Psicología en la Universidad Siglo 21. La meta de este estudio es describir las características del encuadre establecido por profesionales autodefinidos como de orientación psicoanalítica en pacientes ambulatorios en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua de Río Cuarto.

A quienes accedan a participar en este estudio, se les pedirá que accedan a una entrevista semiestructurada, con una duración aproximada de 45 minutos.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

A continuación se presenta un consentimiento informado que ustedes deberán firmar, posterior lectura. El mismo no será entregado a nadie, y una vez concluido el estudio de investigación y aprobado el Trabajo Final de Graduación, será archivado en la Universidad Siglo 21.

Si tienen alguna duda sobre este proyecto, pueden hacer preguntas en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, pueden retirarse del proyecto si así lo deciden, sin que eso los perjudique de ninguna forma. Si ustedes desean información acerca de los resultados obtenidos en general, pueden ponerse en contacto a través de e-mail a la siguiente dirección: arielribotta@hotmail.com, y una vez finalizado el análisis de datos, y ser aprobado por la Comisión Evaluadora, se les enviará una copia del mismo.

Desde ya les agradezco su participación.

Patricio Iván Ariel Ribotta
Estudiante de Lic. en Psicología
Legajo: PSI 2012

Anexo 3 Guía de preguntas

- Profesión, nombre del profesional, año de egreso, cargo en la institución, línea de abordaje que utiliza.

¿Cuánto tiempo hace que trabajas en la institución y cuál es tu tarea?

¿Qué condiciones edilicias ofrece la institución para el tratamiento de los pacientes ambulatorios? ¿Cómo están formados los consultorios? ¿Cómo se distribuyen o asignan los consultorios?

¿Qué entiendes por encuadre psicoanalítico?

¿Cuáles son las reglamentaciones o normativas que desde la institución te solicitan para llevar a cabo el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

¿Cómo se establecen los honorarios, horarios, tiempo y frecuencia de las sesiones, interrupciones y duración de la terapia y uso del diván?

¿De qué manera se aplica la atención flotante, la asociación libre y la regla de abstinencia a los pacientes ambulatorios que concurren a la institución?

Anexo 4 Transcripción de entrevistas

Entrevistado uno

¿Cuál es tu nombre?

- *Walter.*

¿Cuál es tu profesión?

- *Yo soy médico psiquiatra y psicoanalista de actividad.*

¿En qué año egresaste?

- *En 1997.*

¿Cuál es el cargo que desempeñas en la institución?

- *Yo soy jefe de la sección intervención comunitaria.*

¿Qué línea de abordaje utilizas?

- *Bueno la actividad que yo realizo es el modelo de la intervención comunitaria, es un modelo basado en un paradigma alternativo, pensamos al sujeto como atravesado por distintos factores, psíquicos y sociales, nos paramos desde un paradigma que tratamos de sostenerlo, que no sea hospitalicentrico, tratando de enfrentar la enfermedad desde un proceso, que enfermar desde la noxa, en realidad es un área muy chiquita con asignación de poca gente, hacemos algunas intervenciones en esta línea. Después en lo personal es como que a mí me atraviesa la línea psicoanalítica para pensar más en profundidad, en procesos subjetivos de la gente, a mí me motiva para pensar los procesos personales individuales.*

¿Cuánto tiempo hace que trabajas en la institución?

- *Y ya debo estar cumpliendo casi 15 años.*

¿Y cuál es tu tarea específica?

- *En este momento mi tarea se reparte en: trabajo en esta área que sería el seguimiento y acompañamiento de los pacientes externados del servicio que tienen*

algún grado de complejidad su marco social, su reinserción social, también está en la articulación con las instituciones, pero para aceptar acciones que hacen al apoyo para trabajar algunos casos para que se inserten en la comunidad, cuestiones que hacen a ejes individuales que sería el acompañamiento de un paciente, como lograr que ese paciente se reinserte en un espacio social, encontrarle impulsos, es como acompañarlo más cercano al trabajo social pero tratamos que estén incluidas varias disciplinas para que haya varias miradas sobre el caso, está la mirada de los subjetivo del caso que se puede ir complementando con el trabajo social, que el abordaje individual no lo tiene, esta sería una de las líneas. Otra de las líneas sería el trabajo interinstitucional e interjurisdiccional, con juzgados, trabajar con algún caso problemático, hacer un acompañamiento desde otras instituciones al paciente, esos son los objetivos que tenemos. La estructura es muy chiquita, ínfima. Tengo otros días asignados a guardia y a atención ambulatoria e internado, en el internado, el servicio está organizado en equipos de trabajo, hay un responsable de guardia que es un médico referente del equipo y el equipo se conforma por otros miembros del servicio y en general por un residente de otra disciplina y se trabaja, el cómo es muy amplio pero, podría decirte que desde el aspecto del abordaje, se hace un abordaje primeramente de lo agudo, de lo observable, un abordaje psiquiátrico, síntomas, signos, que se observa, no siempre se medica, gran porcentaje sí, pero no siempre, y bueno se hace una evaluación, en la revista de sala se hace una evaluación que se profundiza más en el caso, se tiende como a mirar aspectos que hacen a la subjetividad del paciente, repeticiones, síntoma de problemáticas, se trata como de trabajar los aspectos emergentes del caso, no hay un protocolo exacto pero si en la revista de sala va saliendo, la voz cantante de esto es el trabajo social o puede ser psiquiatría o psicología porque es lo emergente, de repente un paciente está con un cuadro delirante, sale desnudo y se colgó de los árboles, de repente se va a ver el espectro psiquiátrico, la medicación, no se habla tanto de la medicación, pero sí que se lo medicó, por ejemplo se habla de algunos aspectos subjetivos de ese paciente por ejemplo, los aspectos familiares, a la dinámica familiar, para la madre el lugar que ocupa para esa persona, que se observa, por ejemplo es muy común ver madres intrusivas con los pacientes entonces se trata de hacer otra lectura de lo que está pasando y puede haber sido disparador de ese paciente que anda como decía en el ejemplo colgado de los árboles o con una crisis de excitación porque

hay una dinámica familiar que disparo eso, y después aspectos de la expulsión social, esas cosas se hablan.

¿Cómo son las condiciones edilicias que ofrece la institución para el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

-Ha cambiado las condiciones de aquella época en el hospital viejo a ahora, se han reducido el número de camas, yo te diría que no nos hemos planteado si hay algo que requiriésemos mas pero por ejemplo, tenemos un espacio, esta oficina seria de la comunidad, tenemos todo lo otro que es hospital de día, tenemos un espacio para estas actividades, después la parte de consultorio estamos un poquito apretado, hace falta arreglo y todo, pero tenemos tres consultorios designados para nosotros, después el internado tiene menos cantidad de camas, no tiene un espacio de esparcimiento por ejemplo, no tiene un espacio llamémoslo recreativo, no tiene un espacio así como que podría armarse un especie de living o un espacio para ir a ver tele un rato, pero también eso tampoco es extraño porque es un hospital y un hospital con una mirada más en clínica entonces la idea es que el paciente este acá unos días y después se vaya a su casa, no es la idea que un paciente quede internado, que se cronifique, aunque hay casos de pacientes que no se quieren ir pero esa es otra historia. En otras épocas había pacientes que estaban dos años, o tres y en otros hospitales toda la vida han estado entonces no es la idea, este es un hospital de agudos, entonces las condiciones son regularmente buenas, yo creo que se le podría brindar un poco mejor de comodidades en términos de espacios donde sentarse, de esparcimientos, pero bueno, tenemos un consultorio ahí en el piso, algunas condiciones medianamente buenas, limpio, faltaría arreglo pero, algunas cosas hicimos fuerza para que se colocaran, rejas porque hubo intento de suicidio, se colocaron finalmente pero todo con mucho empuje y pulmón. La tendencia ahora es que el paciente no use la institución como un asilo, porque si no es como que nos acercamos mas a los hospitales viejos, al manicomio, la idea es incluirlo con todos los pacientes comunes, que de repente vos ahora estas con un problema de salud mental pero tiene una pierna quebrada y quizás pase a traumato que ya está equilibrada en la parte segmental y pases a traumato. Un problema con un paciente con un problema de salud mental puede estar en traumato o puede estar en otro lado si está estable no hay problema, no es un paciente propiedad de salud mental, en cambio allá si, después también está el estigma en el caso de un familiar tuyo que le toca, tiene

una crisis, le pasa algo, se desborda por una situación y no tiene justamente los recursos para ir a una institución privada y creo que tampoco es mejor, me parece que es mejor acá, para mí, por lo que dicen los pacientes, tiene que venir y vos terminas en un espacio que el estigma de salud mental, no es lo mismo que el estigma del manicomio, que haber estado internado en el hospital, en el hospital por una crisis, es otra que entre la representación social, yo pienso que es favorable eso, ahora además, que está mejor desde lo personal el médico esta insertado en el ámbito profesional, entonces es como que le da una cobertura digamos que vos podes tener un paciente que necesita una placa, laboratorio, que estas con duda de algo, ¿no será neurológico? Y lo llamamos al doctor tal y ayúdame con esto porque no estoy seguro con esto, que te parece, y con alguna gente que uno tiene alguna resonancia, charlas de los casos, es la tendencia ser interdisciplinario pero no lo logramos cien por ciento porque no está instalado en todo el mundo eso, pero si es la tendencia a hacer eso, tampoco te podes hacer cargo del paciente vos solo, es otro tipo de trabajo.

¿Cómo se distribuye y cuál es el amueblamiento dentro del consultorio?

-¿Si tenemos diván preguntas? Vos sabes que allá había un divancito que no sé dónde está, estaba tan lindo, bueno, pero no tienen diván, hay un escritorio, dos o tres sillas y nada más.

¿Y el paciente como se ubica espacialmente dentro del consultorio?

-Se ubica frente al terapeuta, el encuadre está hecho así, los horarios tienen mayor flexibilidad, la frecuencia depende, psicología por ahí le da una frecuencia semanal, en el caso de la parte de psiquiatría que yo atiendo también y también hago psicoterapia. El hospital es un hospital público no se le cobra nada al paciente, los horarios se manejan un poquito a las posibilidades reales de tener lugar, dándole prioridad a aquellos que uno ve con mayor emergencia subjetiva, no se hace un tratamiento analítico pero si se hacen intervenciones que tienen que ver con aspectos subjetivos que pueden ayudar a hacer movimientos internos que uno puede como percibir que eso me ha pasado muchas veces, tal vez con otros plazos, se extiende mucho mas, a veces pasa un año que el paciente está viniendo y recién puede hacer un movimiento porque se dan procesos largos el paciente lo ves cada quince días, cada veinte días, pasaron cosas entre medio, a veces no están los tiempos, a veces nos están

llamando de la guardia, hay emergencia del paciente y nuestra, nos llaman para muchas cosas, entonces no es lo mismo pero, yo por ejemplo busqué un espacio a la mañana bien temprano el viernes como para que no me llame nadie, entonces tengo ese espacio ahí para darle un lugar a los pacientes, con algunos pacientes yo estoy andando bien acá, las intervenciones tal vez se demoran un poco más y el tema honorarios obviamente no se le cobra nada.

¿Qué entiendes por encuadre psicoanalítico?

-Mira, para mí el encuadre en principio sería como un posicionamiento que uno adquiere cuando trabaja con el paciente que permite el desarrollo del aspecto subjetivo, el desarrollo del vínculo transferencial, un encuadre tiene que ver con un posicionamiento del terapeuta que le permite al otro explayarse, abrirse en esa situación, como la variabilidad de casos, no te digo un trastorno límite o un cuadro psicótico, no con todos va a ser lo mismo el encuadre, es como un poquito diferente, a mí no me gusta la idea que el encuadre, que por ahí trasciende esa idea ortodoxa de tener todo como se hacía antes, siempre con el saco gris, si voy a mover un cuadro le avisaba al paciente, a mí me parece que eso es un forzamiento, no sé, me parece que es algo que es aplicable con una porción muy pequeña de población, como que tiene sentido con una porción mínima de población, lo que si hay cosas que no se pueden dejar afuera en el encuadre en este posicionamiento, primero tiene que haber respeto, tiene que haber cierto marco de estabilidad, tiene que haber una ética de laburo donde vos no te involucres desde otro lugar que no sea para los fines terapéuticos o los procesos del paciente digamos, no es que yo vengo a charlar y hablamos de qué lindo está el día, no, el objetivo es, tenemos un primer momento de conocimiento de afabilidad, empatía, pero el objetivo es ir hacia cuestiones subjetivas del paciente a problemas que él está teniendo o las cosas que le preocupen no necesariamente tiene que estar enfermo, pero en el hospital cuando llega al internado llega más la enfermedad establecida, cosas que son más consolidadas, como mas difícil de retocar de mover, a veces nosotros tenemos que ir a favor un poco del síntoma, porque nuestro objetivo es cuidar que no se corte, que vuelva con su familia y ver como lo sostienen porque no es un proceso o un momento psicoanalítico donde uno puede llegar a decir acá le voy a decir tal cual cosa y con esto va a hacer un giro de ciento ochenta grados, es un soporte, de allí la lectura psicoanalítica te ayuda a sostenerlo al otro pero no

creo que sea una cosa mágica, hay esclarecimientos que puede tener un paciente ya que está en transferencia con vos que viene y se esclarecen cosas, porque se dio cuenta y lo vio viable cosa que antes no lo vio viable que con el apoyo tuyo y con el acompañamiento logro algo, pero no con todo el mundo se puede hacer eso y tenes que ir a favor de lo que el otro cree, si el otro te cree a vos que sos un héroe vos lo llevas por ese lado hasta que vaya al consultorio y lo empezas a charlar y ves su posición antes la idealización y después lo irás trabajando pero mientras tanto te necesita así.

¿Qué diferencias hay con la clínica privada?

-Los pacientes que te llegan son distintos, acá te llegan muchos pacientes traídos por sus síntomas, por su estado de pobreza, de abandono, traído por la justicia, traído a la fuerza que vos lo tenes que contener un poco, en cambio en el consultorio está el paciente que elige ir , es como que se va mas a un detalle de la vida, más de lo neurótico, alguien que su vida va a funcionando, trabaja pero no disfruta, tiene sexo pero no disfruta, tiene una vida que todo le anda pero eso no le anda y entonces sufre, sufre mucho, él se da cuenta de eso, en cambio acá, algunas veces llegan pero será el veinte o quince por ciento y los otros son muchas veces traídos por sus síntomas el alcoholismo, excitación psicomotriz y entonces hay que hacer todo un proceso hasta que alguien pueda llegar a un insight, llegue a un proceso diferente más profundo digamos, si es distinto. En el encuadre de la clínica particular yo trabajo también frente a frente en general he dejado de trabajar un poco con el diván, no lo necesito tanto, antes lo usaba mas pero ahora es como que me siento cómodo así y me funciona.

¿Cuáles son las reglamentaciones o normativas que desde la institución te solicitan para llevar a cabo el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

-Hay pautas operativas o sea que hay objetivos institucionales y hay pautas operativas de servicio y ahí está la manera en que vos tenes que tratar, que tiene el lineamiento que vos sigas teórico vos podés elegirlo, creo que tiene que estar, me parece que eso tiene que estar especificado, tiene que estar abalado por los órganos de cada uno de sus colegios, a mí me puede gustar mucho las cartas astrales pero no puedo hacer eso acá, porque no tengo la base científica, al menos dentro de la concepción de ciencia que yo pueda argumentar acá adentro, no está abalado por los colegios, pero hay cierta libertad para manejarse, de ahí se hacen muchas cosas, en esa

libertad pueden pasar muchas cosas, alguna gente por ahí desborda esa libertad, lo vas a escuchar, es así. No hay mucho control de eso, el control, es un control ético, nosotros lo hablamos a los casos, está la revista de sala, están los posicionamientos de cada uno pero cada uno sabe que se está saliendo, cuando hace una macana con algún paciente o comete algún error de lectura o de acción es como que se charla y se trata de arreglarlo cuando la persona lo cuenta pero no hay tanta supervisión de eso, no, de eso no.

¿Cuánto duran las sesiones?

- Duran cuarenta y cinco minutos, media hora más o menos, ya cada uno se auto gestiona el consultorio, psicología está mas pautado que es una vez por semana todo los mismos días, en cambio nosotros no, lo arreglamos más o menos. Se plantea primero una vez por semana durante el primer mes y después cada quince días y después cada veinte y después lo dejamos cada veinte, pero en el momento agudo le tomo una vez a la semana, le planteo yo mismo le doy la autorización del turno para que vaya.

¿Los recesos como los planteas?

-Ahora tuve un receso que tuve que dejar dicho que le avisaran pero si, los llamo por teléfono, como este viernes tengo turnos dados y como es feriado lo llamo por teléfono porque a veces también están esas cuestiones, que administrativamente le tienen que haber tomado bien el teléfono, renovarlo porque a veces yo lo llamo y no anda o no hay teléfono, pero bueno, son cosas menores, pero la idea es que cada uno llama a su paciente.

¿Cuál es la duración de la terapia?

-Bueno, eso es relativo, según el paciente, la patología, y la eficacia de la terapia, pero no existe un límite, el paciente puede venir un año, dejar, volver al otro año, según los momentos por los que atraviesa y la disponibilidad para el tratamiento por parte de la persona.

¿De qué manera se aplica la atención flotante, la asociación libre y la regla de abstinencia a los pacientes ambulatorios que concurren a la institución?

-No es tan distinto de lo que yo hago en el consultorio particular porque a mí lo que me interesa son los dichos del paciente entonces yo lo escucho, no tengo los mismos tiempos y el mismo encuadre pero trabajo desde una línea parecida a la posición, digamos yo lo estoy escuchando y me interesa que se desarrolle en su decir y me interesa cuando con palabras trastabilla con algo y escuchar ahí que conexión o que quería decir y que me hable sin impedimentos tranquilamente, primero tengo que generar un ámbito de confianza para que se dé el vínculo transferencial, entonces yo no lo veo tan alejado, veo que tiene un marco distinto, pero mi idea es, yo no estoy ahí para conversar con el paciente de otras cosas ni que me cuente anécdotas sino de aspectos de lo que él denomina su problemática que me cuente cosas, que él hable, que me pueda desarrollar su decir lo mas libremente posible dentro del marco de posibilidades. Y la asociación libre, la atención flotante, no es lo mismo porque la atención flotante imagínate que acá no puedo ni estar atendiendo que me están llamando allá arriba, pero bueno hay como mejorarlo a eso para poder ponerle los tiempos y las condiciones pero no es lo mismo, pero la oferta por parte del terapeuta, yo estoy en la misma posición, de repente ¿qué haces vos con el paciente?, si vos estas en la parte publica ¿cuál es tu objetivo? ¿para qué lo escuchas? Y ahí lo atendes, yo estoy atento a cosas que van a surgir mientras él pueda hablar, para eso se necesita darle tiempo, no puede ser que sean cinco minutos y se vaya, no se puede, tenes que hablar y salir de la palabra vacía, llegar a una palabra plena, algo interesante que me ha pasado el otro día con una paciente, que para mí es todo un logro, una paciente muy compleja con problemas limites, hacer intervenciones en el término de decir, bueno vamos a ir dejando, viste como el caso de el hombre de las ratas, que vamos a dejar en tal fecha y cuando vos le decís que dejamos la próxima sesión viene con un montón de cosas para trabajar, me ha pasado varias veces entonces uno va viendo va tratando de probar, de repente si el paciente no viene mas, no viene mas y si le interesa seguir adelante bueno, pero muchas veces lo llamamos por teléfono para saber cómo está.

La regla de abstinencia es parecido también, la abstinencia a trasponer lo propio del deseo del terapeuta, en el ámbito del internado es distinto porque vos por ahí tenes que ir a favor del síntoma, un paciente con rasgos más histéricos se pone a disposición para que la cuiden y tiene todo el mundo como una titiritera alrededor y hace toda una actuación bueno, no es posible manejar eso en el internado, porque la persona lo está actuando, es una actuación y está como dispuesta a eso o una persona

que viene con rasgos más obsesivos, distintas patologías, cuando son muy sintomáticas las actúan a estas cosas. En el consultorio se puede llegar a trabajar, se puede, a mí me parece que hay un posicionamiento que adquiere, que en distintos lugares de acuerdo al rol que uno tiene lo puede ejercer con mayor o menor fluidez, pero a veces con los pacientes hay que ir a favor del síntoma aunque no parezca muy adecuado para la cura.

¿Algo más que quieras agregar?

-No, no, me hizo pensar, porque vos cuando empezas son cosas que se te vienen, del encuadre como sostenerlo, llegamos a algunas conclusiones como que el encuadre es interno en realidad, que uno le da el encuadre y no es externo como algunos que dicen por ahí que tiene que estar bien estructurado, todo eso será para un perfil de paciente y quizá como una puesta en escena de la posición analítica, pero yo no me manejo así. Yo estoy cansado de que lleguen pacientes que han vivido experiencias con terapeutas rígidos, que no le decían nada, que mantenían un encuadre rígido así que no aportaban nada desde otro lugar, donde no había esa conexión necesaria para el trabajo, por ahí es criticada, y en la transferencia tiene que haber algo amoroso, afectuoso, sino no funciona, esa cosa así como la nada misma no funciona. Antes para realizar ciertas cuestiones como realizaba Lacan en su momento tiene que haber toda una cultura alrededor, de apropiación de los conceptos, esa admiración, esa cosa que se le tenía al terapeuta que le podía hacer cualquier cosa y después se iban los pacientes todos juntos a tomar un café y se hablaba de él, era todo como una mística, hoy en día más vale que tiene que haber un encuadre, algo de ese orden sí, pero tampoco exagerado ni el extremo, me parece que hay que adecuarse a la época.

Entrevistado dos

¿Cuál es tu nombre?

- *Jorge.*

¿En qué año egresaste?

- *1983.*

¿Qué cargo tenes en la institución?

- *Jefe de departamento de medicina interna.*

¿Qué línea de abordaje utilizas?

- *Psicoanálisis.*

¿Cuál es tu profesión?

- *Medico, especialista en psiquiatría.*

¿Cuánto tiempo hace que trabajas en la institución y cuál es tu tarea?

- *Hace 22 años que trabajo en la institución, y en éste momento desde hace seis años mi tarea es las inherentes a la jefatura de departamento, que es una unidad de coordinación, gestión y conducción, grande, abarcativa, es la unidad más grande que tiene el hospital y está conformada por varias unidades menores, cuando hablo de unidades hablo de unidades operativas, que tienen niveles de complejidad crecientes que son cinco, la jefatura de departamento o el departamento mejor dicho, es la unidad de mayor complejidad, que está por encima de las otras cuatro o que contiene a las otras cuatro y son unidades operativas, unidades de organización de gestión, lo que está a mi cargo es la jefatura de esa unidad o sea las funciones de, coordinación, gestión, control y evaluación de todas las actividades que se desarrollan en las unidades que integran esta gran unidad. Una cuestión estructural, una de las unidades que integran este departamento es la unidad de salud mental.*

¿Aparte de ésta labor, atendes a pacientes en consultorio externo dentro del hospital?

-En el hospital muy poco, yo tengo poca tarea asistencial porque los cargos de gestión cuanto más altos son, cuando de mayor nivel de complejidad son, mas requerimientos tienen entonces la mayor parte de la carga horaria, por no decir prácticamente toda la carga horaria está afectada a la actividad de gestión y control, entonces los jefes de departamentos estamos eximidos totalmente de realizar actividades asistenciales, no tenemos obligación, si queremos lo podemos hacer pero no tenemos obligación de hacerlo, yo lo hago en la medida en que el tiempo que me insume la gestión me lo permita, mas que todo la atención asistencial que yo tengo es en relación con la formación de los residentes, es decir sistema de formación de pos grado, mi intervención en situaciones clínicas tiene que ver con situaciones formativas, se hace dentro de un contexto académico mas que dentro de un contexto asistencial hospitalario propiamente dicho.

¿Qué dinámica de atención asistencial utilizas cuando atendes a los pacientes en consultorio externo?

- Yo no tengo una posición tan rígida respecto de los encuadres, para mí el encuadre, tiene más que ver con la pragmática que con una dogmática de la práctica, muchas veces las posiciones dogmáticas en la práctica son las que establecen los parámetros rígidos de encuadre y los patrones rígidos de encuadre rigidizan la práctica por un lado, y por otro lado establecen un modelo, mas que modelo un moldeado , un encuadre es eso, un encuadre molde que define identidades, trabaja como un modelo identitario, porque uno de los propósitos del encuadre es que queden claramente identificados el paciente del terapeuta, que queden identificados los roles, muchas veces estos modelos identitarios lo que traducen es una posición de cristalización de la identidad subjetiva, cuando sabemos que en realidad la identidad no es algo cristalizado, fijo e inamovible , sino que es mutante, si no entendemos que la subjetividad es un estado mutante entonces, estamos del lado de lo identitario, lo identitario es equivalente a una categoría ontológica definida, ¿cómo se traduce esto en la clínica? Una cosa es decir, se es loco y otra cosa es decir, está loco, él es, define una cristalización en una identidad que es de carácter ontológico, nadie es, ninguno es, en ningún sentido, no lo digo solo en el sentido de la locura, nadie es, sino que vamos siendo, todos, yo voy siendo analista, vos vas siendo estudiante y en algún momento vas a dejar de serlo, alguien está siendo loco y en algún momento va a dejar de serlo,

alguien está teniendo una crisis y en algún momento va a dejar de tenerla, digamos, no es que neguemos las identidades, las identidades son precarias, no son fijas, no son permanentes, sino que mutan. Hago todo este rodeo en las cuestiones identitarias porque en realidad el encuadre tiene que ver con esto, el encuadre es la herramienta principal con la que el psicoanálisis, la psicología y la psiquiatría, se valieron para fijar las identidades y eso tiene que ver con las estructuras, aun con las estructuras lacanianas que en un momento se mostraron como las más prometedoras respecto de un cambio en la mirada hacia el sujeto, quedaron también captadas a una identidad fija y a una lógica única que es la lógica del funcionamiento del significante, que identifica al sujeto a una determinada estructura, según el destino del significante, si ese significante está reprimido, el sujeto será neurótico, si está forcluido será psicótico y si está re negado será perverso, eso crea una identidad fija, bueno, mi posición no es esa, mi posición no es usar el encuadre como herramienta para una identidad fija, por lo tanto para mí el encuadre es un instrumento maleable, flexible que sirve para definir estados, situaciones, momentos y es la relación, el vínculo que se va estableciendo con el paciente.

¿Cómo son las condiciones edilicias que ofrece la institución para el tratamiento ambulatorio?

-Bueno, abajo al lado de la guardia se encuentra el hospital de día, es un sector amplio donde los pacientes pueden interactuar, distenderse y hacer actividades recreativas, también hay consultorios, en el tercer piso esta salud mental donde están los médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras y pacientes también. Los consultorios son consultorios médicos en realidad, vos puedes encontrar una camilla, un armario, no hay diván, y está bien que así sea ya que es un hospital. Salud mental está integrado junto a todos los otros sectores del hospital, esto como decía antes, ayuda a la integración y anula la escisión que muchas veces se hace de la locura con cualquier otro tipo de enfermedad, sugiere que la locura sea una enfermedad como cualquier otra, que se puede curar y que no es propia de la identidad del sujeto.

¿Qué entendes por encuadre psicoanalítico?

- Bueno, como ya venía planteando el encuadre como muchos lo aplican es un molde, ¿a qué me refiero con molde? Es algo que tiene que encajar en un recipiente y

que no puede salir de allí, yo lo veo justamente como lo contrario a un encasillamiento dogmático establecido, el encuadre se tendrá que ir formando con el paciente, debe contar con cierta flexibilidad, esto no significa que se pueda atender un paciente en el pasillo por ejemplo, debe existir una cierta contención, mas de todo por respeto al paciente, lo que le ocurre a un sujeto determinado no es algo banal para él, por ello tampoco debe de serlo para el profesional, necesita de intimidad y saber que quien lo está escuchando realmente le interesa lo que le está diciendo, por eso hay algunas cuestiones que necesitan encuadrarse de alguna manera, pero siempre teniendo en cuenta el respeto y la escucha hacia el paciente.

¿Cuáles son las reglamentaciones o normativas que desde la institución te solicitan para llevar a cabo el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

-No, desde la institución como reglamentaciones o normativas no nos bajan ninguna línea, los profesionales pueden trabajar libremente sin ninguna imposición, por supuesto que bajo un auto normativa ética, ¿a qué me refiero con ética? No es lo mismo la ordenanza dogmática de algunas cuestiones impuestas por algún ente regulador como la religión por ejemplo, más bien esas serian normas morales, la ética traspasa a la moralidad, porque lo que puede ser moral para algunos no lo es para otros, en cambio, la ética se dispone a favor del otro como ser humano con pensamiento diferente, con vivencias diferentes que van formando la subjetividad de cada persona, entonces yo tengo que acercarme al otro desde la diferencia, de esa ética que no responde a normativas dogmáticas impuestas a todos por igual, si no, al caso singular de cada subjetividad.

¿Cómo se establecen los honorarios, horarios, tiempo y frecuencia de las sesiones, interrupciones y duración de la terapia y uso del diván?

-Acá no se cobran honorarios, ya que justamente es un hospital público, y eso separa también un poco la práctica del psicoanálisis del sistema capitalista en que por años ha estado inserto, ya que el encuadre está dentro de él, establecer los honorarios previamente al paciente es el intercambio que nos ofrece el capitalismo. No establecer honorarios permite a una cantidad de gente incursionar y favorecerse de la terapia psicoanalítica, gente que por cuestiones económicas, cuestiones regidas por el sistema capitalista del cual hacía referencia nunca podrían acceder a este tipo de terapia. En

cuanto a los horarios se van manejando de acuerdo a los tiempos del paciente y el analista que se le designa, el terapeuta le ofrece los tiempos en que podría asistir a la persona y ésta acepta o no, en caso de que no acceda el terapeuta lo derivara con otro profesional que tenga otra disponibilidad horaria para poder coordinar con éste los días y horarios del tratamiento. Para las sesiones tampoco existe un tiempo establecido, pero como parámetro más o menos estable no deberían durar más de 45 minutos, aunque muchas veces puedan terminar antes y exceder ese tiempo, ya que en algunas ocasiones el paciente nos demanda un poco más de tiempo y si es posible nosotros se lo damos. La terapia tampoco tiene un tiempo de finalización pre establecido, el paciente puede venir por un año, dejar, luego retomar la terapia, es según cada caso en particular, pero nunca se le niega a un paciente tratamiento. Y el diván, bueno, acá no hay, de todas formas no es algo indispensable, para algunos es imprescindible, pero no creo que no se puedan suplantar los efectos terapéuticos que ofrece el diván, con establecer un vínculo positivo frente a frente con el paciente para que este pueda hablar sin ningún tipo de inhibición, creo que no es necesario un diván, pero de todas formas es algo muy subjetivo.

¿De qué manera se aplica la atención flotante, la asociación libre, y la reglas de abstinencia a los pacientes ambulatorios que concurren a la institución?

-La atención flotante es atención presente, hay que transmitirle al paciente que estamos presentes, que podemos entender su dolor y que vamos a intentar junto a él aliviar su pesar, de eso se trata el psicoanálisis, es buscar conexiones y conexión, ver que nos dice el sujeto a través del síntoma, de lo que calla, lo que gesticula, lo que niega y de lo que asume, no sé si se aplica lo que Freud entendió por atención flotante, pero para mí es lo que te acabo de decir y es lo que intento transmitir a los pacientes. En cuanto la asociación libre por supuesto que dejo que el paciente diga lo que tenga que decir, pero intento no generar demasiados silencios incómodos, busco conexiones y trato de transferirle al paciente sus significados, se busca que cuente lo que le pasa y no que este en silencio durante treinta o cuarenta minutos, de que nos sirve no escuchar nada, no niego que los silencios también comunican, pero los tiempos son otros y las demandas de los pacientes también, no creo que la persona que asista a una terapia desee estar al frente del terapeuta sin hablar. Y en cuanto a la regla de abstinencia la considero peligrosa, la supuesta satisfacción que se le debería negar al paciente es la

que muchas veces nos pide a gritos, no podemos negarle a un sujeto con psicosis alivios sintomáticos, de hecho Freud planteaba que el psicoanálisis no era adecuado para el tratamiento de la psicosis, aunque yo creo que sí, todo sujeto puede ser psicoanalizado, aunque no de la manera psicoanalítica ortodoxa, pero si con los fundamentos básicos que son los cimientos de la terapia analítica.

¿Algo más para agregar?

- No, me parece que se expresó todo bastante completo.

Entrevistado tres

¿Cuál es tu nombre?

- *Martín.*

¿Cuál es tu profesión?

- *Psicólogo.*

¿Cuándo egresaste?

- *En el 2013.*

¿Qué cargo tenes en la institución?

- *Soy residente.*

¿Qué línea de abordaje practicas?

- *Psicoanálisis.*

¿Cuánto tiempo hace que trabajas en la institución y cuál es tu tarea?

- *Hace dos años que estoy acá y soy residente de tercer año porque ya ingresaron de primero, pero en realidad hace dos años que esto. Tengo diversas actividades, por un lado trabajo con pacientes que están internados, trabajo atendiendo la guardia, respondo ínter consultas y hago consultorio externo, en este momento me encuentro haciendo un tramo de la residencia que abarca el grupo etario de infanto juvenil, así que estoy con ese tipo de pacientes, y en consultorio externo sigo teniendo adultos, bueno, infanto juvenil son solo seis meses así que cuando termine voy a volver con adultos, porque en la residencia está incluido un tramo que es específico que es infanto juvenil, que es breve, porque también está la residencia de infanto juvenil a parte que son tres años, lo que hago yo es residencia de adulto.*

¿Cómo son las condiciones edilicias que ofrece la institución para el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

- *Y digamos, son las adecuadas, se pueden atender a los pacientes pero no es lo mismo que un consultorio privado, la comodidad de un consultorio privado, por*

ejemplo para consultorio externo, son consultorios generales que lo usan tanto médicos clínicos como de todas las especialidades no solo de salud mental pero igual se puede atender, sí, suele haber dificultades por ahí a nivel organizativo y a veces ocurre que se nos asignan determinados consultorios y después esa asignación resulta que no funciona porque te dicen un consultorio y en realidad ese consultorio está ocupado por otro profesional y tenes que salir a buscar, esos problemas están, que generan dificultades también porque a veces vas a atender un paciente y vas a tu consultorio y resulta que adentro de tu consultorio hay otro profesional y decís que hace este en mi consultorio y tenes que salir a buscar otro consultorio y todo un lío, esa es como una dificultad que suele haber frecuentemente. Bueno, y por dentro los consultorios es una habitación que tiene un escritorio, tiene dos sillas y sabe haber por ejemplo camillas porque es para los médicos también y hay consultorios y consultorios, a veces si tenes suerte te toca un consultorio lindo y hay uno que nosotros le llamamos el suite, porque tiene baño interno, tiene plantitas, es lindo el consultorio entonces ahí da gusto atender, y después hay otros que son horribles y sé que ha habido problemas porque a algunos profesionales se les ha asignado consultorios que no son adecuados desde el punto de vista de la seguridad biológica podríamos decir, porque hubo una dificultad en infante juvenil que le habían asignado un consultorio donde se hacían controles de enfermedades como con pacientes con hepatitis, ese tipo de enfermedades infecciosas.

¿Qué entendes por encuadre psicoanalítico?

- Ah, que pregunta, bueno eso varía mucho dependiendo la escuela porque cada escuela tiene su visión de lo que es el encuadre, por ahí en términos generales yo denomino encuadre a lo que es el tiempo y el espacio en que se desarrolla la sesión, el rol del analista, los honorarios, que bueno por ahí en líneas más tradicionales suelen considerar que estas son variables que deben mantenerse fijas, que no deben de ser modificadas y de otras líneas teóricas se considera que es más flexible, por ejemplo los lacanianos suelen ser más flexibles con el encuadre, bueno yo soy más afín a esa línea teórica de la flexibilidad, en general la duración de las sesiones tiende a ser breve y no fijan un tiempo fijo de duración de la sesión, y se considera que lo más importante dentro del encuadre es la posición del analista, de que el analista pueda adoptar una posición adecuada digamos, para que el análisis funcione y eso se logra sobre todo con supervisión y con formación y con análisis personal. Y bueno con los honorarios es

todo un tema, hay mucha biografía escrita porque en el hospital público no existe una paga así monetaria y todo lo demás lo bueno de esta concepción del encuadre flexible es que te permite más apertura para trabajar en otros ámbitos que no solo es consultorio externo, en la inter consulta uno puede hacer intervenciones psicoanalíticas o tener un encuadre psicoanalítico sin la necesidad de estar adentro de un consultorio.

¿Cuáles son las reglamentaciones o normativas que desde la institución te solicitan para llevar a cabo el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

-Sobre todo en cuestiones administrativas, tenes un cupo determinado de pacientes para atender y siempre que atiendas un paciente, el paciente tiene que sacar turno en lo que es un turnero y nos obliga sí o sí que si queremos tratar un paciente tuvo que haber sacado previamente turno y tiene que estar evolucionado o sea que después de la sesión hay que anotar en la historia clínica como estuvo el paciente, si es como que en esas cosas se generan algunas dificultades porque a veces viene el paciente y no te sacó el turno o se olvidó y ahí tenes que decidir si lo atendes o no lo atendes, eso por ahí depende mucho según que paciente sea, si el paciente tiende a transgredir el encuadre una forma de intervenir podría ser decirle que venga pero con el turno sacado, porque en realidad el encuadre siempre está en función del paciente y no del terapeuta, y bueno eso como una cuestión importante tiene que estar todo anotado y registrado, eso como una exigencia de la institución y bueno en los casos de los residentes siempre que se atiende un paciente tienen que estar al tanto los superiores por lo menos generalmente de que se trata el caso y tiene que haber por lo menos una aprobación por parte de ellos de que yo puedo atender ese paciente. Las líneas de abordaje que aplica cada uno son libres, cada uno tiene la suya y no hay una exigencia de parte de la institución de seguir determinada línea eso no hay problema.

¿Cómo se establecen los honorarios, horarios, tiempo y frecuencia de las sesiones, interrupciones y duración del tratamiento de la terapia y uso del diván?

-Los horarios, bueno eso también es complicado porque nosotros tenemos asignado un día específico para consultorio y unos rangos de horarios determinados, los pacientes tienen que ser atendidos en ese rango, yo por ejemplo tengo los jueves de once a dos de la tarde y todo turno que tenga tiene que estar acomodado en esa agenda y son generalmente turnos de cuarenta y cinco minutos. La frecuencia depende

del paciente, lo ves, si es un paciente que necesita venir una vez al mes, todas las semanas, es variable lo vas viendo. En la cuestión de interrupciones yo les aviso a los pacientes una o dos semanas antes, se lo comunico en las sesiones. Yo empecé a atender hace pocos meses por eso no tengo ningún paciente que haya terminado el proceso todavía, pero eso me parece que también es un criterio que depende de cada uno, que criterios tiene uno para decir este paciente se puede ir de alta o no, vos podés tener el criterio de mejoría en la sintomatología del paciente y bueno ya lo ves como para irse de alta y ya le podés dar el alta, por más que por ahí hay un montón de cosas que faltaron elaborar o que no hubo modificaciones importante de la estructura subjetiva más profunda, eso es un criterio por ahí y hay otros que dicen no, deciden tenerlo un tiempo más largo, hasta que haga todo un proceso más elaborado y más largo y bueno también ese es otro criterio, y desde la institución no te limitan un tiempo.

¿De qué manera se aplica la atención flotante, la asociación libre y la regla de abstinencia a los pacientes ambulatorios que concurren a la institución?

-Bueno eso forma parte de la técnica del psicoanálisis y se aplica, por lo menos yo lo aplico, lo que sí es difícil que un paciente asocie libremente, no todos los pacientes hacen eso, la mayoría no al principio en realidad, porque el paciente un poco se construye en la terapia y es algo que va adquiriendo el paciente en el transcurso de las sesiones esa capacidad de hacer eso. Abstinencia, bueno también va a responder a la demanda es importante y la atención flotante es una indicación técnica valiosa lo que no implica también quedarse callado y no hacer nada, si no escuchar en silencio e intervenir cuando hay que intervenir hay que tenerlo en cuenta también. En realidad es una interpretación de cada uno lo que debe ser la asociación libre, y acá hay terapeutas que aplican una línea más ortodoxa.

¿Tenés algo más para agregar?

- No, por ahora no.

Entrevistado cuatro

¿Cuál es tu nombre?

- *Andrea.*

¿Cuál es tu profesión?

- *Yo soy psicóloga, egresada en la universidad nacional de Córdoba.*

¿En qué año egresaste?

- *En el año 1998.*

¿Qué línea de abordaje utilizas?

- *Trabajo con un esquema psicoanalítico, pero definido como psicoterapia de orientación psicoanalítica, no hago análisis acá.*

¿Cuánto tiempo hace que trabajas en la institución y cuál es tu tarea?

- *Estoy desde el año 2003 en la institución y tareas tengo varias, somos así como multifacéticos, hago atención de consultorio externo, seguimiento de pacientes en el internado, hago tarea docente que implica el dictado de algunas materias y la coordinación estable de espacios de supervisión de la residencias interdisciplinaria de salud mental y hago también asistencia en ínter consulta en el piso de ginecología, hago también asistencia, coordinación y planificación en hospital de día, con coordinación en algunos talleres tengo a cargo mío compartido con otros colegas el espacio de asamblea de pacientes y el espacio de taller de pre alta como talleres fijos y bueno después asignación esporádica de algunos otros espacios y si de forma más estable la planificación, la asistencia o el seguimiento junto con la coordinadora general del espacio que es la doctora Nieto, a la hora de pensar, de organizar reuniones con los otros, ver, buscar son como varias tareas.*

¿Cómo son las condiciones edilicias que ofrece la institución para el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

-A diferencia del espacio donde funcionábamos antes, que fuimos trasladados recientemente, éste es un espacio más moderno pero con menos comodidades a mi entender, ediliciamente a mí me parece que era mejor lo que teníamos antes tanto en términos de espacios si uno piensa en metros cuadrados, como en términos de estética, inclusive si vos miras un poco las paredes o andas por los pasillos esto por lo nuevo que es está igual o más deteriorado que estaba el edificio viejo y lo que tiene es esto, que uno más o menos le pone algo de impronta, mis plantas mis cuadros, pero la mayoría de los consultorios acá no son así son consultorios sumamente despojados y evidentemente se funciona con otra lógica, una lógica más médica y el médico al parecer en estas instituciones no se apropia de ningún espacio y no le pone su estética, su impronta, su nada a sus espacios cosa que a nosotros nos resultó muy difícil cuando vinimos, estábamos completamente acostumbrados a trabajar de otra manera, donde el consultorio es como una extensión de uno, encima allá cada uno tenía su propio consultorio y acá lo compartimos, ahora por lo menos lo estamos compartiendo entre nosotros de salud mental, pero en principio lo compartíamos con anestesia, con clínica médica, con curaciones, ahora desde hace muy poquito nos han dejado estos tres, los del fondo y los más fieritos entre paréntesis es para salud mental, pero bueno mínimamente uno lo va pudiendo dejar y encontrarlo cuando vuelve como lo había dejado.

¿Qué entendes por encuadre psicoanalítico?

-A ver, como correrme de los libros, porque doy clases, doy encuadre, bueno a mí me gusta fijarlo un poco siguiéndolo a Bleger, como asociado a estos conceptos de anclaje, de clivaje, es todo aquello que uno de alguna manera fija y estabiliza para que lo otro se pueda desplegar, me gusta pensarlo en estos términos, es esto, yo siempre se lo grafico a mis alumnos como el trazado de una cancha de fútbol, los límites tienen que ser bien visibles para que entonces quede claro cuando se está adentro, cuando se está afuera y como poder manejarse cuando algo empieza a quedar fuera, acá en el hospital sobre todo hay que tener como mucha lucidez para poder anticipar muchas cuestiones que hacen al encuadre para después no terminar haciendo lecturas erróneas del material que el paciente trae, esto que yo te cuento por ejemplo de los consultorios, yo tengo que tener visibilizado que hay cosas que voy a poder meter dentro del encuadre y otras que se me van a escapar por condiciones que yo no manejo, entonces

yo tengo que poder anticipar eso y tengo que poder incluirlo cuando planteo el encuadre, a ver, ejemplo básico, el consultorio, ahora tengo acá, antes yo podía tener acá, en el 18, en el 25, entonces el lugar que es una de las variables importantes del encuadre deja de ser mi consultorio, entonces el lugar yo lo tengo que cambiar, entonces el lugar es la institución o el lugar será, el ámbito de los consultorios externos, pero digo, tengo que estar como atenta a esas cosas que por ahí en tu consultorio privado estas cosas no pasan, está claro que el lugar y el consultorio es éste, entonces cada vez que el paciente llegue lo va a encontrar de la misma manera.

Yo vengo con una formación bastante cercana a una línea más ortodoxa, una formación de arranque de partida, después uno obviamente va haciendo como su camino, yo he sido partidaria y he trabajado y sigo creyendo que en la medida de lo posible uno tiene que poder anticipar ciertas cosas y en algunos momentos ver, no tanto al extremo de que si cambias o no un cuadro pero, si lo iba a pintar de vuelta, si iba a cambiar los muebles o si iba a mudar el consultorio, es algo que yo lo trabajo con la suficiente antelación con mis pacientes, bueno esto a mí me sirve. Están todas las discusiones que el encuadre si, que el encuadre no, que hasta donde, bueno, yo creo que el encuadre es indispensable, pensado como te decía, en esto que se fija para que lo otro pueda desplegarse, yo inmovilizo para poder jugar con todo lo otro, entonces puedo modificar las variables que voy a meter dentro, el alcance de esas variables, no modifico las variables, en el internado vos lo ves también, yo al paciente le tengo que poder decir que si algún día lo tengo que atender en la habitación, esto es una posibilidad o también como igual de válida que si lo llevo al consultorio, porque si el consultorio está desocupado y él puede levantarse y caminar y se siente bien trataremos de hacer la entrevista en consultorio, pero que si no, yo igual voy a pasar y lo voy a entrevistar en la habitación, probablemente me siente en la cama del lado si está desocupada o permanezca parada o me siente a los pies de su propia cama, digo pero si yo a todo esto no lo adelanto, no lo puedo anticipar, imagínate el ruido que le puede hacer al paciente que llegue la primera vez, lo atendes en un consultorio otro en la guardia y al día siguiente te le sentaste en los pies de la cama para hacerle la entrevista, volves loco a cualquiera si no lo anticipas, si ese paciente que yo me le siento en los pies de la cama para entrevistarle apareciera con cuestiones erotomaniacas o aparecieran cuestiones del tipo mas persecutorias, quien me va a autorizar a mí a hacer esa lectura si en realidad es una variable que yo estoy

introduciendo de manera absolutamente arbitraria y sin haber podido anticiparlo de ningún modo, distinto si yo lo anticipo.

¿Cuáles son las reglamentaciones o normativas que desde la institución te solicitan para llevar a cabo el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

- Mira, hemos tenido como mucha libertad para trabajar, mucho más cuando funcionábamos en el hospital viejo, por ahí acá en cuestiones externas como el uso de la chaqueta pasa a ser obligatorio, en esta institución desde esta última gestión directiva, algo que allá nunca fue condición ni una obligación, de todas maneras no está mal en términos de la cantidad de gente que circula acá, como ubicación de referencia visual del agente de salud, no me parece mal pero sí, lógicamente estamos más acostumbrados a andar sin chaquetilla, te diría que es como la única bajada concreta, después lo otro estaría más pensado desde un trabajo ético obviamente pero no hay como muchas indicaciones, sí, hemos logrado por ejemplo al principio el tema de los turnos que nos respetaran, que como psicóloga me enorgullece mucho, porque sé que no es algo fácil de lograr en instituciones tan grandes y tan macro como esta, el tema que nos respeten los cuarenta y cinco minutos de una sesión por ejemplo, en una agenda que normalmente vos ves que los turnos son de cinco minutos, de veinte, de diez, que nos den turnos cada cuarenta y cinco era como demasiado, pero bueno son turnos de cuarenta y cinco minutos, eso fue genial. Las líneas de abordaje son libres siempre y cuando sean ejercicios reconocidos científicamente.

¿Cómo se establecen los honorarios, horarios tiempo y frecuencia de las sesiones, interrupciones y duración de la terapia y uso del diván?

-Los honorarios no hay, los horarios igual como lo haría en el consultorio privado de la misma manera trabajo acá, el paciente viene para una primera entrevista, puede llegar por su propia voluntad, puede llegar derivado por alguien, en términos generales y con los pocos recursos que somos, llegan derivados por alguien, porque no está abierta la demanda espontánea, en realidad si vos vas al turnero a pedir un turno de psicología te van a decir que no hay lugar, por qué, porque como somos pocos psicólogos atendiendo para todo lo que es la región, porque no es ni siquiera solo Río Cuarto, y con todas las actividades que yo te conté que hacemos el consultorio externo se hace nada mas que dos días a la semana, dos mañanas, y son cinco turnos por

mañana, para toda la región, vos imagínate que es una locura, un desquicio que sea tan poco, entonces vienen derivados por alguien, hacemos un primer contacto, mandamos un RP con firma y sello y entonces nosotros ya acá ponemos que día y que horario, yo manejo una agenda mía al margen de la agenda que maneja el turnero, el grueso de los médicos no tienen agenda propia, van y llegan y atienden al que atienden el día que les toca o que el turnero les puso o les quiso poner, nosotros hemos hecho todo un trabajo de ordenamiento de eso entonces los turnos de psicología solo se dan con nuestra firma y nuestro sello, entonces eso nos permite ordenar, el sistema en general, pero eso nace acá, tal paciente y tal día y tal hora, entonces viene ese día que le dieron en el horario que yo lo había citado y ahí arrancamos con una primera entrevista que por lo general hago un pedido y un proceso de admisión, siguiendo criterios como bastantes simples y generales, dos o tres entrevistas como para conocernos, entrevistas diagnósticas medianamente de que va la cosa si puedo ayudarlo si no puedo ayudarlo, poder establecer algunos acuerdos de trabajo y entre otras cosas fijar los elementos del encuadre, entonces allí yo pauto yo indico, por lo general yo arranco trabajando con una frecuencia semanal salvo que sea una situación muy grave y necesitemos arrancar con dos veces por semana, si no normalmente es una vez por semana y dejo fijo el día y el horario de tratamiento y cuando voy avanzando en el tratamiento y viene apareciendo una clara resolución voy viendo que podemos estar próximos a un periodo de alta. Yo trabajo con periodos donde dejo las sesiones más espaciadas, lo propongo, lo conversamos lo acordamos y lo establecemos, si en ese periodo el paciente vuelve a desestabilizarse no hay problema y podemos recuperar las sesiones semanales, pero si es una respuesta inmediata a la separación no, se labura y se mantiene las quince hasta que se estabiliza de vuelta, a veces pasa, nosotros trabajamos en consultorio externo con una población psicopatológicamente muy grave, que muchas veces tenes que probar, vemos, separamos, se sostiene, le alcanza, no, bueno volvamos. Hay mucho predominio de lo que es la patología borde, muchísimo lo venimos viendo en la clínica de una forma ya hace varios años tremendo, no se encuentran más las neurosis simples. Las sesiones duran entre cuarenta y cinco y cincuenta minutos. Bueno en cuanto las interrupciones planteo las vacaciones, las trabajo, desde el marco teórico desde el que yo trabajo no puedo no trabajarlas, entonces trabajo con el paciente antes de irme trabajo a la vuelta y como muchas veces son como pacientes muy graves esto que te decía, trabajo con un referente, muchos de los pacientes los atendemos en equipo,

suelen tener un psiquiatra y yo hago la parte psicoterapéutica y los problemas quedan referenciados con el psiquiatra sobre todo en las ausencias le digo que lo cite más seguido porque si no el psiquiatra lo cita una vez al mes entonces lo chequeamos para que lo cite cada quince por ejemplo. Por ahí pacientes que no tienen un psiquiatra de referencia pero que están en un periodo difícil se los dejo a la otra psicóloga y ella hace lo mismo. Y en cuanto a la duración de la terapia se supone, están planteadas en términos generales como terapias de objetivos limitados y desde ese lugar uno piensa, es mas, yo creo que desde las pautas operativas alguna vez estaban escritas figuraban ya como una cuestión del servicio, figuraba de tres a seis meses con un máximo de un año, la realidad es como te decía hace un rato, tenemos pacientes tan graves que muchas veces, como dice Ferro que habla de los pacientes diálisis que necesitan terapia de por vida, bueno, nosotros tenemos muchos así con esas características, uno también genera un vínculo afectivo y lasos muy fuertes con los pacientes que trata hace mucho tiempo, pero básicamente es eso, espacios de sostenimientos un día conmigo, otro día en el hospital de día, otro día con el psiquiatra y así dale y dale hasta que se estabilizan. Yo al paciente que viene por consultorio externo le tomo un teléfono y si por ejemplo la semana que viene no viene, bueno esa semana no lo llamo pero si a la siguiente sigue sin venir allí sí lo llamo, como para de alguna manera chequear que está pasando y ver, a veces deciden simplemente no continuar, hablo de un paciente ya en tratamiento pero si es un paciente que viene una vez y después no viene mas ahí no, porque bueno ya entiendo que no se estableció un vínculo, le pareció que no era el momento, no se sintió cómodo, puede pasar, nosotros trabajamos mucho con lo situacional, por ejemplo viene una paciente con toda una problemática de pareja, un marido golpeador y está trabajando y no se anima a denunciar y sí, capaz que esa no espero dos si falta, a la primera que falto capaz que estoy haciendo un llamado o mandando un mensaje. Y bueno el uso del diván clarísimamente no.

¿De qué manera se aplica la atención flotante, la asociación libre y la regla de abstinencia a los pacientes ambulatorios que concurren a la institución?

-Me parece que se aplica como se aplica en el consultorio privado, yo nunca trabaje de manera diferente acá que en el consultorio, yo creo que la psicoterapia psicoanalítica permite también, mas allá de que no es análisis en el sentido estricto, permite el uso de la atención flotante, de la asociación libre, de la regla de abstinencia,

digo no veo un impedimento por el solo hecho de pensar que estás trabajando con objetivos más acotados, cómo lo aplico, lo aplico siguiéndolo al paciente, dejándolo hablar, llega que tal, como estas, te escucho, digo, no hay mucho mas, qué hago, tratar de no direccionar las entrevistas, las primeras las hago mas directivas y hasta por ahí, pero digo me doy cuenta y hay una modificación inclusive yo lo planteo cuando junto después trabajamos, porque a mí me gusta trabajar algo de la devolución diagnostica con el paciente y poder marcar como éste pasaje a otro modo de trabajar cuando decidimos empezar tratamiento y yo suelo decir, bueno a partir de ahora vos me registres que intervengo un poco menos, la idea de que vos puedas hablar de lo que vayas sintiendo, de lo que vayas necesitando, de lo que te parezca en el momento en que te sentas ahí y empezas a hablar, si yo necesito te voy a interrumpir si no, simplemente te voy a escuchar, bueno todo esto yo lo planteo y me parece que no hay un obstáculo, que uno en algún momento necesite hacer una pregunta, no me parece que sea condición suficiente para obstaculizar el proceso de asociación libre del paciente, yo no creo. En esto también, yo entiendo que Fiorini por ejemplo ayuda mucho a la práctica, lo enseño, lo trasmito, lo trabajo, yo creo que mas allá que tenga un montón de detractores es alguien que tiene mucha recorrida institucional por eso puede escribir lo que ha escrito, de hecho Fiorini no es un autor que yo conociera desde la facultad, de hecho lo conocí ya trabajando y creo que me enamore mucho de él porque me dio esta posibilidad de decir; entonces no estaba tan mal lo que yo estaba haciendo, porque fue encontrarme con alguien que había teorizado y puesto por escrito esto que yo hacía más empíricamente y que desde la formación ortodoxa muchas veces dudábamos si no nos estaríamos yendo del psicoanálisis, fue como poder tranquilizarme desde ese lugar. Yo pienso también en cuestiones ortodoxas cuánto hay de verdad y cuánto de mito, los libros muchas veces los escriben para la APA, porque por ahí uno teoriza algo y habría que ver qué ocurre realmente dentro de la sesión.

Yo escribo, tomo nota toda la sesión y no me influye en la atención flotante, hay como todo un entrenamiento de años también, al contrario es que como que te pone en este otro plano que cuando algo te sonó distinto, suena o sea, para, volvé, que dijiste, mirá era esto, no obstaculiza para nada. Yo escribo y es lo que más me cuesta que los residentes hagan porque muchas veces llega aparecer la pata de la justicia o algo de lo legal, esto es la herramienta que a mí me va a permitir defenderme o me va a permitir defender a mi paciente ante determinada cuestión, está escrito acá en el papel, yo soy

muy insistente con eso, es la firma, es el sello, no están borradas a lo sumo hay una tachadura que te permite ver que había debajo. Y con la grabadora yo estaría de acuerdo pero creo que en nuestro país no hay cultura de esto, por ahí esto puede añadir elementos más del tipo persecutorios en el paciente. Y en cuanto la regla de abstinencia justo ayer hablábamos con una compañera del tema de los regalos, digo porque siendo una institución donde no se le cobra al paciente no es tan infrecuente que los pacientes te obsequien, a mí no me sale no aceptar un regalo, pero si lo que hago siempre y a raja tabla es meterlo dentro, trabajarlo, interpreto, señalo, confronto lo que sea en el momento lo que corresponda de acuerdo a la información que yo tengo del paciente y lo puedo leer y entender en ese momento lo que ese regalo significa lo trabajo. En cuanto a los alivios sintomáticos al trabajar en conjunto con el médico esta bueno y es mas fácil porque el médico cumple esa parte, van para allá.

¿Tenes algo más para agregar?

- No, me quede pensando en que vos me preguntaste de la regla de abstinencia y yo te hable solo de un aspecto pero, bueno como repasando, digo obviamente no hablo de mí, no tengo nada personal puesto acá, lo único que puede deducir un paciente es que me gustan las plantas, no hay fotos de mi familia no sabe si tengo hijos, si estoy casada y no hay información que yo vaya a administrar por ninguna otra vía, soy muy cuidadosa con respecto a todo lo que atañe a eso, es mas, yo creo que la mayoría de mis pacientes no conocen que otras cosas hago dentro de la institución, pero soy media ortodoxa en ese aspecto y cuando me preguntan básicamente trabajo devolviendo, interpreto si corresponde, señalo si corresponde, muestro que es lo que esta pasando, pero no doy información, después veo con cada paciente como lo trabajo. Porque yo pienso que mientras menos sepa de mí, menos va a poder proyectar sobre mí sus cosas, si me quiere ver soltera, casada, madre de cinco hijos, viuda o lo que sea, problema del otro que me vea como quiera y a mí me sirve como información para trabajar, ahora si yo le aporto un elemento de la realidad mía, lo estoy privando de la posibilidad de que me use como soporte para sus proyecciones.

Entrevistado cinco

¿Nombre?

- *Laura.*

¿En qué año egresaste?

- *2005.*

¿Cuál es tu profesión?

- *Psicóloga y especialista en salud mental.*

¿Cargo en la institución?

- *Psicóloga contratada, tengo un cargo operativo, no soy cargo directivo.*

¿Qué línea de abordaje utilizas?

- *Psicoanálisis.*

¿Cuánto tiempo hace que trabajas en la institución?

- *Desde el 2007.*

¿Cuál es tu tarea en la institución?

- *Tengo actividades asistenciales, consultorio externo, estoy en el área comunidad y también tengo actividades de capacitación y docencia, tengo materias a cargo en el hospital, porque es un hospital escuela y a cargo de supervisión de consultorio externo, es un grupo de supervisión, se supervisa a psiquiatras, psicólogos en formación y veo también pacientes internados, porque hay pacientes que te ubican como referente y entonces cuando entra un paciente mío lo sigo yo en el internado.*

¿Cómo son las condiciones edilicias que ofrece la institución para el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

- *En realidad el hospital de Río Cuarto es un hospital maravilloso, es un hospital grande, pero ahora han habido algunos cambios, en estos últimos tiempos, después de la gestión anterior, lo que ha sucedido que a los profesionales de la salud*

mental nos han dejado tres consultorios, y todos los trabajadores tenemos que ubicar todas nuestras actividades en esos tres consultorios, todo esto fue una situación bastante complicada porque al otorgarnos esto tres consultorios tuvimos que cambiar nuestros horarios, los horarios de los pacientes, estamos en un proceso bastante complicado porque bueno, nosotros siempre hemos estado acostumbrados a tener nuestros consultorios equipados, no propios porque siempre los hemos compartido, en el hospital viejo si teníamos cada uno nuestro consultorio, de ultima se compartía con un colega, entre dos compartíamos un consultorio, entonces esto te daba la posibilidad de tenerlo equipado, hasta con cuestiones decorativas, después cuando nos pasamos al hospital nuevo compartíamos con profesional medico, yo por ejemplo algunos días con neurología y otros días con ginecología, fue interesante porque cuando yo llego al consultorio llego a un consultorio completamente medico, con un escritorio, con una camilla, con sillas y bueno empecé con un trabajo de poblar ese lugar, los médicos clínicos me agradecieron y me dejaban notitas de que estaban contentos porque claro, lo empecé a decorar, lleve plantitas, la cajita de pañuelos, algún aroma, cuestiones que yo las tengo en mi consultorio privado porqué no lo voy a tener en el hospital, y cuando todos logramos poblar nuestros consultorios se vino este reorganización, incluso compañeros que pintaron sus consultorios y nos cambian a estos consultorios nuevos, desde la dirección argumentaron que nuestros pacientes tenían necesidades especiales y no querían que compartiéramos consultorios con las otras disciplinas por el tema de las enfermedades contagiosas, por una cuestión sanitaria y por una cuestión de ordenamiento de los turnos, y bueno la verdad que eso fue un proceso angustiante también porque habíamos logrado cada uno ordenar nuestros espacios e interactuar con otros compañeros de otras disciplinas que empezaban a respetar, y todo lo que habíamos hecho lo desarmaron y nos mandaron a tres consultorios de los cuales uno, que opusimos resistencia no lo queríamos usar porque tenía un ventiluz , ni siquiera tiene una ventana y bueno y es como muy difícil que comprendan que nuestra consulta no es como el medico clínico que son diez minutos, tenemos 30 minutos en psiquiatría y 45 minutos como mínimo psicología, así que estamos con todo ese proceso, pero qué hicimos, igualmente volvimos a poblar los espacios que nos dieron los volvimos a pasar plantitas y un compañero pintó este consultorio feo chiquito lo volvió a pintar, un readaptarse de nuevo que yo francamente no estuve a gusto con esa última decisión, porque fue una decisión arbitraria que se bajo y en la cual nosotros no tuvimos ningún

tipo de participación y tampoco nuestros pacientes, porque los pacientes tienen obligaciones y horarios igual que nosotros.

Históricamente salud mental en cuanto a lo estructural por donde hemos pasado hemos dejado rastro, han aparecido plantas, cuadros, siempre se han vitalizado los espacios. Los médicos por ahí no se apropian de los espacios, por ahí tienen practicas que uno se sorprende muchas veces, dejan colgada una chaquetilla y el que entra se pone esa chaquetilla, como algo que no pertenece a nadie y pertenece a todos no?, hasta esas cosas pasan en los consultorios.

¿Qué entendes por encuadre psicoanalítico?

-El encuadre sabemos cómo teórico que hay variables constantes, pero yo creo que el encuadre pasa por un modo de vincularse con el otro y me parece que si bien el espacio físico es una de las variables y hace al encuentro, el encuadre pasa por una actitud interna del terapeuta y uno puede sostener un encuadre haciendo una entrevista en medio del patio del hospital, si nos ajustamos por ejemplo a la definición del encuadre de Echegoyen con estas variables constantes, la clínica en el hospital desbarata todo eso, por ejemplo en el hospital no está ni siquiera una de las variables del encuadre que tiene que ver con el dinero y también pasa esto que vos llegas a atender con el paciente y esta ocupado tu consultorio y ¿a dónde vamos ahora? Y como le explico al paciente que tenemos que ir a otro lugar, pero bueno yo creo que el encuadre es algo interno, que uno tiene que tener muy internalizado, sobre todo cuando uno trabaja con pacientes psicóticos, pacientes locos, el encuadre es algo que no tiene tanto que ver con las descripciones que nosotros vemos, con las descripciones finas que uno puede leer, estar a 45 grados del paciente, no cambiar nada en el consultorio sin avisar, que el diván, más bien con una posición frente al otro con un modo de leer la subjetividad y sobre todo con un contrato de respeto mutuo y de qué está permitido y que no del encuentro con el otro que son cosas internas, que no se dicen. Pero yo creo que es necesario definir que es el encuadre para uno, se ha intentado teorizar en cuestiones como el espacio, como que se intento perpetuizar la variable, pero es muy difícil definir que es el encuadre porque tiene que ver, esta bueno estudiarlo y saber bien por ejemplo las definiciones, tenerlo aceitado para después reconstruirlo, porque después la realidad nos muestra que no hay forma de sostener estos encuadres rígidos, yo descreo en una clínica así, en una clínica que vos estés inmutable que no te pase

nada frente al dolor del otro o frente la ansiedad del otro, a veces los pacientes nos requieren desde otros lugares y es también es parte del que hacer psicoanalítico, del psicólogo del trabajador de la salud mental como lo queremos llamar. Si yo tuviera que definir que es el contrato es como el acuerdo explícito e implícito de qué va a regular ese encuentro, porque hay cosas que uno le explicita al paciente pero uno no le dice, si usted se enoja conmigo dígame que esta enojado y lo trabajamos o si usted esta enojado no me parta una silla en la cabeza, no, son cosas implícitas de contrato, lo definiría así, como un marco que regula ese encuentro entre las dos partes. También ese encuentro esta ceñido, es tan particular el encuentro con el otro porque cuando llega un paciente siempre es alguna clínica nueva, una vez un alumno me preguntaba si la ansiedad previa se pasaba con el tiempo cuando llega un paciente nuevo, y no, cada vez que llega un paciente es un mundo nuevo y una ansiedad previa que uno tiene como terapeuta, también esto es parte del encuadre, uno se pregunta si podrá ayudar a esa persona, si se esta en condiciones de acompañar este proceso, tiene que ver con la ética, con la responsabilidad.

En la institución no es fácil, con pacientes neuróticos o pacientes más jóvenes es más fácil, cuando ya la terapia esta consolidada llegas al consultorio y hasta te puedes reír con el paciente, pero con pacientes mas graves, mas rígidos, el tema del cambio del consultorio los angustia mucho, entonces como parte del encuadre yo lo trabajo a esto, estas cuestiones que surgen hay que trabajarlas, es parte del encuadre, ante éstos avatares de la institución uno se tiene que flexibilizar y encuadrar al paciente y compartir la situación porque si no, pueden aparecer muchas ansiedades o fantasías de abandono. Me pasó una vez que un paciente con rasgos paranoicos golpeó en el consultorio y yo no estaba porque me lo habían cambiado, me dijo que estaba golpeando y pensaba que yo no le quería abrir, todo esto por un cambio del encuadre, yo lejos de analizarlo en el momento primero explicité la situación concreta y luego trabajé lo persecutorio .En las patologías graves el tema del encuadre es complicado. Yo me acuerdo que yo me analicé con una lacaniana ortodoxa y me avisaba cuando hacia cualquier cambio en su consultorio, lejos de esto igual creo que es importante el encuadre, sobre todo en las patologías más graves el encuadre ordena, sin caer en esta cuestión ortodoxa.

¿Cuáles son las reglamentaciones o normativas que desde la institución te solicitan para llevar a cabo el tratamiento de los pacientes ambulatorios?

-No, en ese sentido siempre tuvimos la suerte de poder defender la tarea, no es que la institución nos haya brindado mucha ayuda, pero siempre ha existido una lucha colectiva con los compañeros, en una época nos habían bajado que teníamos que atender a los pacientes en treinta minutos y a psiquiatría cada quince, nosotros eso lo defendimos y logramos que se den los turnos cada cuarenta y cinco psicología y cada treinta psiquiatría, parece un logro sencillo pero es muy importante porque la provincia va a priorizar cantidad en vez de calidad, si la productividad se mide por números nosotros somos deficientes en esa cuestión.

Nosotros ordenamos la demanda, les damos prioridad a personas jóvenes, personas que tengan a cargo a otras personas y a la gravedad y urgencia. Surgen dos opciones, o atender bien a los pacientes que tenemos o empezar a hacer intervenciones sueltas que no le va a servir a nadie entonces tratamos de manejarnos con los criterios de la terapia focalizada, pero nos vemos también con las circunstancias de que hay pacientes crónicos, que necesitan la terapia ambulatoria y lo que nos muestra la práctica que el paciente que esta con un tratamiento ambulatorio regular no se interna o se interna por alguna crisis en particular, pero no son los pacientes que llegan a la guardia en situación de riesgo, por eso creo que sería interesante que se amplíen las prestaciones por consultorio externo y los equipos comunitarios y reducir la internación de esta forma.

Más allá de la precariedad el trabajo dentro de todo es bastante libre, tampoco en líneas de abordaje se impone una línea a seguir ya que convivimos con profesionales que se autodenominan cognitivistas, que se autodenominan gestálticos, nosotros que nos autodenominamos psicoanalistas, biologicistas y es una coexistencia muy interesante, porque también lo que yo he ido viendo que cuando vemos un síntoma la gestal le dirá sombra, nosotros represión, el cognitivista le dirán que está con pensamiento automático pero la clínica es la misma, más allá que se nombre diferente. Por eso el DSM4 ayuda, mira lo que digo, ayuda a objetivar a lograr un lenguaje común, por supuesto que después cada uno va a escuchar desde donde escucha, pero también es interesante porque en la discusión uno focaliza en un aspecto, otro en otro y se enriquece en miradas y en intervenciones y es muy interesante ver también cómo funcionan diferentes técnicas y por qué no poder aplicarlas también.

¿Cómo se establecen los honorarios, horarios, tiempo y frecuencia de las sesiones, interrupciones y duración de la terapia y uso del diván?

- Honorarios no se cobran, los horarios los bajan, son de tal día a tal día, en tal lugar a tal hora y uno rezongará más, rezongará menos pero ellos te determinan, no, estoy siendo injusta, en realidad ellos intentan bajarte una línea del día y la hora, pero nosotros también vamos reorganizando los horarios de consultorio, porque por ejemplo yo trabajo con Walter en el área de comunidad, entonces tratamos de hacer consultorio externo los mismos días para que nos quede libres dos días para trabajar juntos en comunidad, después por ejemplo trato de dejar con Andrea un día para supervisar consultorio externo, reuniones docentes, vamos tratando de organizar los horarios para poder tener espacios de encuentro con la gente con la que trabajamos. En realidad cuando vinimos al hospital nuevo nos bajaron una línea y nosotros fuimos reorganizando con los compañeros, hicimos una actividad de contrafuerza y organizamos otro organigrama de cómo podíamos nosotros para poder compartir las actividades y todo fuimos haciendo así. Pero si, por eso te dije que había sido injusta, porque hubo una bajada y nosotros pudimos reacomodarnos. Y en consultorio externo hay una agenda que se establece desde el turnero pero lo ordenamos coordinando con la gente del turnero que le den turno a los que llegan con un RP nuestro, porque pasaba que por ejemplo pacientes psicóticos se colgaban y no sacaban turno y van lo mismo entonces me empezaban a llegar pacientes y se me amontonaban los que me habían dado desde el turnero y mi paciente, entonces se estableció un acuerdo cuando el paciente sale de su sesión con el RP con la fecha y hora de la próxima consulta y con eso vas al turnero y esa fue la forma de acomodar un poco.

También pasa que los médicos clínicos nos derivan pacientes muchas veces por una gastroenteritis, y eso pasa también que muchas veces con pacientes difíciles se los sacan de encima pero no todo paciente que se acerque a una consulta tiene una disposición para sostener un tratamiento, por eso nosotros hacemos las admisiones y le explicitamos al paciente esto como parte del encuadre. También nos tocan muchas veces pacientes que no entienden lo que es un tratamiento psicológico, pacientes de muy bajos recursos, a veces analfabetos y uno tiene que explicar con metáforas sencillas y después también estamos recibiendo muchos pacientes debido a la situación económica de clase media, que no tienen mutual o se han quedado sin trabajo, muchos

estudiantes universitarios en situaciones críticas porque están solos sin familia en Rio Cuarto, es muy diversa la población que se atiende. Y así lo ordenamos porque si no sería un caos, vos imagínate si dependiera solo del turnero le darían un turno al primero que llega y nosotros veríamos a los pacientes una vez cada cuatro meses cuando consiga turno. Por eso ahora no, ahora tratamos de establecer objetivos como en la terapia focalizada.

El tiempo de las sesiones es de cuarenta y cinco minutos y en condiciones de proceso una vez a la semana y después ya cuando el paciente va mejor con alguno cierro y con algunos solemos espaciar cada quince días o por un mes, según los casos, esto es como la parte flexible del encuadre.

Las interrupciones se empiezan a adelantar con bastante anticipación, sobre todo con los pacientes más graves. Y diván no existe.

¿De qué manera se aplica la atención flotante, la asociación libre y la regla de abstinencia a los pacientes ambulatorios que concurren a la institución?

-La atención flotante para mí es parte del entrenamiento nuestro, está, pero también está la atención, porque vos estas en sesión y te golpean cien veces la puerta. Es un tema la atención flotante porque uno no solo escucha, también ve y hay cosas que se dicen y hay cosas que se muestran, que se actúan, es muy interesante el tema del cuerpo la mirada, los cambios de los matices de la voz por eso es un concepto difícil de definir porque hay cosas que uno repara y no sé porque, me ha tocado de reencontrarme con pacientes que no veía en cuatro años y uno se acuerda cosas que dijo hace cuatro años. Yo tomo nota, hago historia clínica porque también en instancia de supervisión es la posibilidad de escuchar cosas que uno no escucho. La asociación libre tiene que ver con el encuentro, aparece la conexión que el paciente hace con el terapeuta, por eso está bueno la historia clínica, releendo muchas veces aparecen cosas que estaban ocultas o que no vimos. Y con la regla de abstinencia uno la va incorporando en la medida en que se pueda por supuesto, yo no creo en esas dinámicas de sesiones de cuarenta minutos sin decirse nada, no creo que eso beneficie a ningún paciente, pero sí creo en guardar ciertas formas, no contar al pacientes cuestiones personales, entender cuando un paciente necesita alivio sintomático o cuando no, trabajar más desde la relación que se establece con la subjetividad y no aplicando la regla indistintamente a todos por igual. Con relación a los regalos, que los pacientes en

esta institución te traen muchos, los trabajo según cada caso en particular, un regalo puede significar muchas cosas, un paciente por ejemplo siempre me regalaba cosas que yo nunca le aceptaba porque podía ver otras cuestiones ocultas, lo trabajamos mucho hasta que un día llega con una caja con una lapicera que decía, “para mi psicóloga con mucho cariño” entonces recién ahí se lo acepté y le expliqué por qué, solo ahí pudo establecer y entender los roles que cada uno ocupaba en la relación, entonces es esto, ir trabajando cada caso con la flexibilidad y el encuadre que requiere.

¿Algo más que quieras agregar?

-No, no, daría para hablar mucho de esto pero por ahí con los tiempos se complica.

Respuestas según categorías

Entrevistados	Categoría 1: Directivas Normativas obligatorias
1	No existirían directivas obligatorias a seguir, fundamentos científicos en la práctica.
2	No existirían directivas obligatorias a seguir, fundamentos científicos en la practica
3	Cantidad de pacientes a atender preestablecida, supervisión de un superior de los casos a tratar.
4	Terapias que no excedan los seis meses de duración, chaquetilla obligatoria, fundamentos científicos en la practica
5	No existirían normas obligatorias a seguir, respeto hacia el paciente.

Entrevistados	Categoría 2: Infraestructura de los consultorios
1	Del tipo médico, malas condiciones
2	Del tipo medico
3	Del tipo médico, malas condiciones
4	Del tipo médico, malas condiciones
5	Del tipo médico, malas condiciones

Entrevistados	Categoría 3: Descripción de los profesionales de lo que entienden por encuadre psicoanalítico.
1	Posicionamiento ante el paciente, desarrollo subjetivo y del vínculo transferencial, flexible.
2	Maleable, flexible, vínculo que se establece con el paciente.
3	Posición del analista, flexible.
4	Fijo y estable, límite para que se pueda desplegar el proceso.
5	Modo de vincularse con el otro, algo que uno tiene que internalizar para después poder modificarlo, reconstruirlo y trabajarlo.

Entrevistados	Categoría 4: Aplicación de los profesionales de las constantes externas del encuadre en la institución con los pacientes ambulatorios que concurren al servicio.
1	Sin honorarios, horarios manejados por los profesionales, duración de las sesiones de 45 minutos, sesiones con frecuencia de una vez por semana, interrupciones anticipadas, duración de la terapia depende del criterio del analista y disposición del paciente, sin diván.
2	Sin honorarios, horarios manejados por los profesionales, duración de las sesiones de 45 minutos, sesiones con frecuencia de una vez por semana, interrupciones anticipadas, duración de la terapia depende del criterio del analista y disposición del paciente, sin diván.
3	Sin honorarios, depende de los turnos asignados (turnero), duración de las sesiones de 45 minutos, sesiones con frecuencia de una vez por semana, interrupciones anticipadas, duración de la terapia depende del criterio del analista y disposición del paciente, sin diván.
4	Sin honorarios, horarios manejado por los profesionales, duración de las sesiones de 45 minutos, sesiones con frecuencia de una vez por semana excepto en casos complejos, interrupciones anticipadas, duración de la terapia depende del criterio del analista y disposición del paciente, sin diván.
5	

Entrevistados	Categoría 5: Aplicación de los profesionales de las constantes internas del encuadre en la institución con los pacientes ambulatorios que concurren al servicio.
1	Atención flotante no aplicable, para mejorar. Asociación libre similar a la aplicable en la clínica privada. Regla de abstinencia no aplicable, abordaje sintomático.
2	Atención flotante como atención presente. Asociación libre como conexiones, no abusando de los silencios. Regla de abstinencia como peligrosa.
3	Atención flotante aplicable. Asociación libre como difícil al principio. Regla de abstinencia como demanda del paciente e interpretación del analista.
4	Atención flotante aplicable. Asociación libre aplicable. Regla de abstinencia aplicable.
5	

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

Autor – Tesista	RIBOTTA, PATRICIO IVAN ARIEL
DNI	25.698.204
Título y Subtítulo	CARACTERÍSTICAS DEL ENCUADRE PSICOANALÍTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO
Correo Electrónico	arielribotta@hotmail.com
Unidad Académica	UNIVERSIDAD SIGLO 21
Datos de la Edición	RÍO CUARTO, CORDOBA. AGOSTO DE 2016

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

Texto Completo de Tesis	SI
Publicación Parcial	

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

Lugar y fecha: Río Cuarto, Córdoba. Agosto de 2016.

Firma autor-tesista

Aclaración autor-tesista

Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica:

_____certifica
que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

Firma autoridad

Aclaración autoridad

Sello de la Secretaría/Departamento de Posgrado