

Desafíos en el abordaje de situaciones graves dentro del SNIS

Challenges in approaching critical situations in the SNIS



Lic. Psic. Eliseo González Regadas (coordinador)
Lic. Psic. Leslie Leemann Cítera
Lic. Psic. Ana Martín
Lic. Psic. Ema Quiñones
Dra. Nilda Rebuffo
Lic. Psic. Mary Stella Sburlati
Dr. Lic. Psic. Alejandro Scherzer

RESUMEN

El caso que elegimos para este trabajo fue presentado en el Ateneo Clínico en AUDEPP en mayo de 2016 por el Área de Patologías Graves. Dadas las características del mismo y la notoriedad que han cobrado casos similares en nuestro país, decidimos seguir trabajando el material clínico interrogándonos sobre las posibilidades terapéuticas, tipo de enfoque, de abordaje, los recursos de la paciente y los institucionales. Todo ello en el momento en que se encuentra en estudio del Parlamento una nueva ley de salud mental. Los cuestionamientos surgidos a partir de la viñeta clínica nos han hecho transitar muchas de sus múltiples líneas ya que esta paciente se presenta desde una extrema vulnerabilidad psíquica y social. Su historia de vida y su realidad actual se encuentran marcadas por las violencias padecidas y ejercidas, los abusos e intentos de autoeliminación. Optamos por privilegiar para este artículo los aspectos individuales, familiares y contextuales de la paciente y cuestionarnos las posibilidades efectivas de intervención dentro del SNIS.

Palabras clave: Abordajes alternativos, patologías mentales graves, Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

ABSTRACT

The case chosen was presented in AUDEPP in a Clinical Athenaeum in May 2016 by the Group Work on Severe Mental Pathologies. According to its characteristics and the public notoriety that similar cases have had in our country, we decided to continue working on the clinical material as well as questioning ourselves as to therapeutic possibilities, focus, kind of approach, the patient and the institution's resources. All of it in the moment in which in the Uruguayan Parliament a new legislation on mental health is currently being debated. The questioning that has arisen from the clinical case has made us consider multiple perspectives since this patient is characterized by an extreme physical and social vulnerability. The patient's life story and day-to-day reality are marked by the violence both suffered and exerted, abuses and suicide attempts. In this article we decided to privilege the individual, familiar and contextual aspects of the patient, and question ourselves about the possibilities of effective intervention within the framework of the SNIS.

Keywords: Alternatives to intervention, national health system, severe mental pathologies.



Introducción¹

En el año 2011 se realiza en Uruguay una reforma de la salud que articula los servicios públicos y privados. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) reglamenta el derecho a la protección de la salud de todos los habitantes del país. La reforma implicó también un nuevo modo de prestación en salud mental, incluyéndose diferentes formas de psicoterapia: grupal, individual, familiar y de pareja; dirigidas a niños, adolescentes y adultos. Existen situaciones que se privilegian para su intervención tales como intentos de autoeliminación, depresiones, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras. Todas se brindan por un tiempo limitado yendo desde las 12 a las 144 sesiones (para los trastornos llamados «severos y persistentes»).

Todas las instituciones deben contar con: a) referente-coordinador (RC) de las prestaciones, b) comités de recepción (CR), c) técnico referente —o dispositivo grupal— para atender situaciones sin tiempo de espera, d) técnicos para brindar las diferentes prestaciones. Más allá de estas características generales, cada institución prestadora tiene su singularidad en cuanto a la puesta en práctica del componente Salud Mental dentro del SNIS. Esta singularidad atañe a la conformación y experiencia de los integrantes de los equipos técnicos, así como a su funcionamiento concreto.

El material para la realización del presente trabajo se registró en un comité de recepción (CR) de adultos de una institución prestadora ubicada en el interior del país y que cuenta con dos sanatorios y con policlínicas en todas las

¹ El material clínico, tal como se consigna, fue presentado y debatido en un ateneo de AUDEPP realizado en mayo de 2016. El presente trabajo fue leído y discutido el 21-X-2016 en las jornadas realizadas en Buenos Aires por la Asociación Escuela de Psicoterapia Psicoanalítica para Graduados (AEPPG).

Elaborado por:

Lic. Psic. Eliseo González Regadas (coordinador): licenciado en Psicología. Diploma en Psicoterapia en Servicios de Salud (Udelar). Profesor titular del Área de Psicopatología (posgrado del IUPA-AUDEPP). Socio supervisor y habilitante de AUDEPP. eliseogon@hotmail.com.

Lic. Psic. Leslie Leemann Citera: licenciada en Psicología. Miembro de AUDEPP. leslieleemann@hotmail.com.

Lic. Psic. Ana Martin: licenciada en Psicología. Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica (IUPA-AUDEPP). Miembro de AUDEPP. anaelisa.martin@gmail.com.

Lic. Psic. Ema Quiñones: licenciada en Psicología. Socia supervisora y habilitante de AUDEPP. Miembro de FUPSI. Docente de Gestión Clínica (IUPA-AUDEPP). emaquinones@hotmail.com.

Dra. Nilda Rebuffo: doctora en Medicina. Psiquiatra. Socia supervisora y habilitante de AUDEPP. Docente del Área de Psicopatología (IUPA-AUDEPP). nilda.rebuffo@gmail.com.

Lic. Psic. Mary Stella Sburlati: licenciada en Psicología. Diploma en Psicoterapia en Servicios de Salud (Udelar). Socia supervisora y habilitante de AUDEPP. mssburlati@gmail.com.

Dr. Lic. Psic. Alejandro Scherzer: doctor en Medicina. Psiquiatra. Licenciado en Psicología. Psicólogo Social. alescher@adinet.com.uy.

localidades del departamento, así como con un centro de internación psiquiátrica para adultos. El equipo de salud mental de la mencionada institución donde acontece la situación clínica a la que vamos a referirnos está compuesto por psiquiatras y psicólogos de adultos y de niños, además del personal administrativo.

Los CR de adultos funcionan tres veces por semana, estando integrados por psiquiatra y psicólogo. Cuando la derivación es efectuada por el psiquiatra tratante, los que realizan la entrevista son dos psicólogas —o una—, como fue en este caso. El relacionamiento entre los miembros del equipo podríamos considerarlo como «muy bueno». Cada comité evalúa la situación que recibe, pudiendo decidir tener la cantidad de entrevistas que se estimen convenientes.

Está implementada una Policlínica de Violencia Doméstica, que se organizó para cumplir con las metas exigidas por el Ministerio de Salud Pública. Entre los integrantes de este equipo (asistente social, Lic. en psicología y psicólogo social) y el resto del equipo de salud mental (tanto de adultos como de niños) no hay coincidencias teóricas ni ideológicas en torno al tema maltrato-violencia. Por cierto que este es todo un problema que incide adversamente en situaciones como la que vamos a relatar. A modo de ejemplo, ese equipo entiende que las víctimas de maltrato-violencia son solamente las mujeres; los violentos son los hombres, y no asiste a los niños en su abordaje.

El caso que expondremos también está contemplado por sus características dentro del Plan Nacional de Salud Mental en lo referente a los intentos de autoeliminación. En este caso propone, entre otras medidas, intervenciones focalizadas en la prevención del suicidio con el propósito de disminuir su incidencia en la sociedad uruguaya (que tiene la prevalencia más elevada de toda Latinoamérica).

La paciente

M. es una mujer de mediana edad que se presenta vestida con sencillez; el cabello un tanto descuidado. Obesa. Tiene un hablar fluido; pero el tono de su voz y su rostro no concuerdan con su relato, impresionando como si hablara de otra persona y no de sí misma.

Tiene cuatro hijos de cuatro parejas diferentes. Relata que se casó muy joven para irse de su casa. Actualmente vive con un compañero con el que tiene una hija en edad escolar, conviviendo además con otros dos hijos menores de edad de parejas anteriores.

Fue derivada al CR al salir de su última internación psiquiátrica por IAE. El mismo ocurre luego de una fiesta familiar en la que se genera una discusión con una amiga porque ella supone que se estaba «cargando» al marido, al llegar a su casa, alcoholizada, discute violentamente con él e ingiere 50 comprimidos de benzodiazepinas con alcohol.

Desde hace seis años se encuentra en tratamiento psiquiátrico, teniendo hasta la fecha tres internaciones por IAE, estando siempre alcoholizada y protagonizando episodios de extrema violencia, tanto verbal como física.

De su historia sabemos que sus primeros años transcurren en el campo, sus padres eran empleados rurales. Concorre a la escuela de la zona completando primaria. A los diez años fue violada por su abuelo materno y fue abusada sexualmente por tíos y primos, situación que se mantiene hasta la adolescencia. La paciente comenta: «No podía decir nada porque no me iban a creer».

Recuerda que en esa época supo que su madre le era infiel a su padre. Cuenta que en ocasiones veía cómo su madre tenía relaciones, «porque nos acostábamos en la misma cama. Se me puso que mi hermana menor no es hija de mi padre, porque mamá quedó embarazada en esa época». La paciente es la mayor de tres hermanos.

El padre, su abuelo y los tíos eran alcoholistas. Sobre su madre recuerda: «Mamá nos pegaba a los tres si hacíamos ruido a la hora de la siesta o nos peleábamos». Cuando terminó la escuela tuvo que ayudar a la madre con las tareas de la casa y cuidar a sus hermanos. Se casa por primera vez porque queda embarazada y se separa cuatro años después. De su segunda pareja dice: «Era el mejor amigo de mi marido. Ahí sí que conocí lo que era la violencia doméstica. Me pegaba mucho. Llegó a arrancarme el pelo de tanto arrastrarme por el piso. Lo pude parar cuando le hice frente con un cuchillo, le abrí la mano de lado a lado. A partir de ese día no me lastimó más. No lo denuncié porque tenía miedo». Se separa de él luego de presenciar que su mejor amiga fuera asesinada por su expareja, de la cual se había separado «porque él era muy violento».

En ese momento trabajaba en una fábrica, pero se enferma y queda sin trabajo «porque ya no servía más». Comienza a prostituirse para poder mantener a sus hijos. Tenía allí alrededor de 36 años. Recuerda: «Mis hijos se ponían contentos cuando yo llegaba de mañana con la leche y los bizcochos».

Algunas reflexiones

Hasta aquí una breve síntesis de esta historia dolorosa y compleja. Historia nada inusual, que hoy en día se presenta habitualmente en la consulta del SNIS.

Nos cuestionamos en este trabajo nuestros alcances y limitaciones como psicoterapeutas psicoanalíticos, integrantes del Área de Patologías Graves de AUDEPP, y nuestro modo de intervenir dentro del sistema. Al mismo llegan personas que padecen *graves situaciones*, que no solamente tienen que ver con el sufrimiento psíquico, sino que exigen una mirada más amplia, que pueda contemplar sus recursos y condiciones sociales, culturales y contextuales.

Una mirada más allá de la psicoterapia psicoanalítica individual para un abordaje efectivo.

La Sra. M. es *producto y parte* de una situación compleja, que despliega una polimorfia sintomática que incluye, entre otros aspectos, un maltrato crónico y acumulativo ejercido por su entorno familiar. Por ello se le hace difícil confiar en un «otro», evidenciando las secuelas del desamparo y el desapoyo psíquicos históricos en ella.

Su frágil psiquismo se estremece cada vez que sufre un nuevo traumatismo (entendido este como hechos provenientes del exterior que sobrecargan el psiquismo). La Sra. M. no pudo por ello desarrollar mecanismos defensivos evolucionados eficaces para mitigar los efectos de las experiencias traumáticas. Se encuentra hoy atrapada en un circuito de violencias como modalidad vincular. No pudo generar ni instrumentar opciones alternativas a estos modos y reproduce y repite descargando sin elaboración psíquica. No se observa en ella el efecto de la represión de estos impulsos violentos y destructivos de modo de sofocarlos o transmutarlos. Solo puede revivirlos como palabras cosa en cada uno de sus relatos evacuativos y actuar.

En la línea violación-abuso-violencia-IAE de la paciente, desde sus orígenes hasta la actualidad vemos el desamparo, producto de un déficit en las funciones parentales y de su entorno social. Se observa cómo, en su trascurso de vida, debió asumir funciones de adulto con relación a sí misma y sus hermanos, cómo padeció violencia física y abuso sexual infantil.

Las consecuencias del trauma son expresadas a través de la depresión, los trastornos del sueño, los IAE, el alcoholismo, la prostitución, las dificultades en sus relaciones interpersonales y las relaciones violentas. El contexto de pobreza y abandono se suma a la ausencia de recursos psíquicos que le permitan encontrar una salida alternativa a la actuación como forma de resolver sus conflictos.

Una mirada a la línea transgeneracional nos lleva a pensarla como emergente (en el sentido pichoniano del término), de una familia con una historia de abusos, violencia, vínculos conflictivos y alcoholismo, que ha impactado en ella y ya sabemos que se encuentra repercutiendo en su descendencia.

Uno de los miembros del área fue quien mantuvo dos encuentros con ella, pero no logró establecer una conexión que permitiera sostener más encuentros. En el plano manifiesto interpuso una «razón económica»: «no disponía de dinero para pagar las órdenes ni para el ómnibus».

Pensamos que la propuesta de abordaje psicoterapéutico individual dentro del SNIS sería revictimizarla, exponerla a la no contención y a la incapacidad del sistema para atenderla. Aún con buenas intenciones, no se logra abordar realidades tan complejas.

El SNIS uruguayo brinda, para situaciones como la de la Sra. M., dos posibles opciones de abordaje: 1. Concurrir a la policlínica de violencia doméstica. 2. Ser incluida en el plan de seguimiento de seis meses y asistencia a grupos de personas que tuvieron IAE. No se la pudo incluir en ninguno de ellos debido a las divergencias del propio equipo técnico y las características contextuales de la paciente.

El SNIS es una realidad en proceso de construcción y ajustes, y no funciona de manera uniforme en todo el país. Las prestaciones son implementadas de modo diferente en cada institución mutual. La logística de la circulación por el sistema de los usuarios es difícil en ocasiones, y da pie a un amplio desconocimiento de las opciones disponibles. A ello debemos agregar la falta de coordinación y articulación fluida entre las diferentes modalidades de servicios, incluidas en el componente Salud Mental dentro del sistema.

Ahondar en las interferencias institucionales que impidieron captar a la Sra. M. en alguno de los posibles abordajes excede las posibilidades de este artículo. Nos focalizaremos en esta instancia de nuestra reflexión sobre el abordaje que creemos sería el más efectivo, aunque menos posible, para luego seguir pensando con ustedes.

A la pobreza económica que conspira para que esta persona del campo concurra a los centros poblados cercanos se suma su negativa a remover heridas dentro de un vínculo de uno a uno propuesto en las entrevistas.

Creemos que estas situaciones graves deberían ser abordadas por equipos multidisciplinarios: desde lo familiar, lo individual, lo grupal. Proponemos la utilización de dispositivos grupales donde pueda intercambiar experiencias con otras mujeres con el fin de co-construir un nuevo proyecto de vida. Debemos tener en cuenta que tiene hijos a cargo que están viviendo e incorporando un modelo relacional tóxico y patogénico.

El dispositivo grupal permite construir redes de sostén y satisfacer necesidades vinculares básicas en el hoy: hacer cosas en común con otros, ser entendida por otros y el reconocimiento mutuo. Ello permitiría ayudarla a redimensionar y procesar lo no procesado sin revictimizarla. De ser así, podrían abrirse en esa instancia colectiva nuevas posibilidades terapéuticas que no se vislumbran aún.

Una posibilidad más lejana quizás sería un dispositivo residencial inicial funcionando como comunidad terapéutica, para luego dar paso a un seguimiento en policlínicas y con acompañantes terapéuticos.

Ante las dificultades del actual funcionamiento del sistema, cabe pensar alternativas dentro de lo viable y que contemplen las características socioeconómicas y el lugar de residencia de la paciente: por ejemplo, un seguimiento *in situ* por parte de la psicóloga que la vio luego de su último IAE, con el

objetivo de que la paciente considere otras alternativas, como algún tipo de dispositivo grupal ya existente.

Sabemos que esta es una de tantas pacientes en la que convergen múltiples y complejas realidades que nos desafían en los distintos planos de nuestro ser y hacer como psicoterapeutas. ¡Cuánto nos queda aún por recorrer a la hora de considerar sus posibles abordajes!

Bibliografía

- Bauman, Z. (2011). *Daños colaterales*. Barcelona: FCE.
- Britos, M. (2015). *Los vacíos representacionales, las vivencias traumáticas y su posible elaboración. Una mirada psicoanalítica sobre el terrorismo de Estado*. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/e.britos_tfg.pdf
- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2006). «Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia». *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 75-82.
- Fossion, P. & Rejas, M.C. (2000). «La transmisión transgeneracional de los traumas I». *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 6, 53-73.
- Freud, S. (1991). «Conferencias de introducción al psicoanálisis». 18.^a conferencia: La fijación al trauma, lo inconsciente. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 250-261). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917.)
- González Regadas, E. (2001). *Comunidades terapéuticas y trastornos duales*. Montevideo: Psicolibros.
- Hornstein, L. (2001). «Desafíos de la terapia psicoanalítica», en Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (ed.), Congreso de AUDEPP 4: Desafíos a la psicoterapia, Montevideo, pp. 9-27.
- Nasio, D. (2014). *¿Por qué repetimos siempre los mismos errores?* Buenos Aires: Paidós.
- Onetti, J. (2008). *Cuando entonces*. Montevideo: Punto de Lectura.
- Scherzer, A. (2004). «El área 4. La Zona Común», en F. Berriel (comp.), *Grupos y sociedad*, Montevideo: Nordan, pp. 55-68.
- Shakespeare, W. (2008). *La violación de Lucrecia*. Barcelona: Losada. (Trabajo original publicado en 1594.)
- Urribarri, F. (2011). «La práctica del psicoanálisis en la Argentina», en A. Green, *Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista*, Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 61-71.
- Viñar, M. (2011). «El enigma del traumatismo extremo: Notas sobre el trauma y la exclusión. Su impacto en la subjetividad». *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 113, 55-66.
- Zelcer, B. (comp.). (2011). *Las formas del abuso*. Buenos Aires: Lugar Editorial.