

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICO. REVISIÓN TEÓRICO-TÉCNICA

*PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN PUBLIC HEALTH
SERVICES: A THEORETICAL-TECHNICAL REVIEW*

*INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE PÚBLICA: UMA REVISÃO TEÓRICO-TÉCNICA*

Silvana Contino Nigro

scontino@psico.edu.uy

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: scontino@psico.edu.uy

ORCID: 0000-00002-0978-9170

Recibido: 15/6/2025

Submitted: 6/15/2025

Recebido: 15/6/2025

Aceptado: 16/8/2025

Accepted: 8/16/2025

Aceite: 16/8/2025

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

CONTINO NIGRO, S. (2025). Intervenciones psicológicas en servicios de salud público. Revisión teórico-técnica. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 6(2), 27-46. DOI: 10.53693/ERPPA/6.2.2.

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

Este ensayo académico articula revisiones teóricas, producciones científicas y la experiencia de la autora como investigadora y docente universitaria en la formación de grado y posgrado de psicólogos en servicios de salud públicos. Su objetivo es revisar, desde una postura crítica y de reformulación teórico-técnica, nociones como salud mental / salud integral, intervenciones psicológicas en servicios de salud y procesos de subjetivación de la teoría y técnica psicoanalítica, ajustadas a la praxis clínica en este contexto. Se busca fomentar la discusión sobre los fundamentos de la disciplina a partir de las realidades clínicas de los profesionales en los servicios sanitarios públicos de Uruguay.

Palabras clave: intervenciones, salud mental, psicoanálisis.

Abstract

This academic essay articulates theoretical reviews, scientific contributions, and the author's experience as a researcher and university professor in undergraduate and graduate training of psychologists within public health services. Its aim is to critically review and reformulate concepts such as mental health / integral health, psychological interventions in health services, and the processes of subjectivation of psychoanalytic theory and technique, adjusted to clinical praxis in this context. The objective is to foster discussion on the foundations of the discipline based on the clinical realities of professionals working in Uruguay's public health services.

Keywords: interventions, mental health, psychoanalysis.

Resumo

Este ensaio acadêmico articula revisões teóricas, produções científicas e a experiência da autora como pesquisadora e docente universitária na formação de graduação e pós-graduação de psicólogos em serviços públicos de saúde. Seu objetivo é revisar, a partir de uma postura crítica e de reformulação teórico-técnica, noções como saúde mental / saúde integral, intervenções psicológicas em serviços de saúde e processos de subjetivação da teoria e técnica psicanalítica, ajustadas à práxis clínica nesse contexto. Busca-se fomentar a discussão sobre os fundamentos da disciplina a partir das realidades clínicas dos profissionais nos serviços públicos de saúde do Uruguai.

Palavras-chave: intervenções, saúde mental, psicanálise.

INTRODUCCIÓN¹

La inserción de psicólogos clínicos y psicoterapeutas² en los servicios de salud a partir de la reforma sanitaria en Uruguay implementada por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ministerio de Salud Pública, 2007) y del posterior Plan de Prestaciones en Salud Mental (PPSM) (Ministerio de Salud Pública, 2011) ha representado una conquista para la disciplina y, a la vez, un desafío. Este contexto regulatorio ha implicado sacarlos del trabajo tradicional, más homogéneo, hegemónico y generalizado, del consultorio. Estudios que recogen las apreciaciones de los profesionales en los servicios de salud, tanto públicos como privados, han señalado que las intervenciones psicoterapéuticas en estos nuevos espacios no son abordajes clásicos de un proceso psicoterapéutico, sino intervenciones clínicas que implican tener en cuenta varios aspectos (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2016; Contino, 2015; Ambrois, 2020; Casal y Contino, 2023). Aparece la necesidad del trabajo clínico con objetivos y tiempos limitados (Contino, 2015), acciones multidisciplinarias, interdisciplinarias e intersectoriales y la presencia de una formación continua con supervisiones colectivas (Ambrois, 2020).

Esta perspectiva se inscribe en lo que se ha denominado una *clínica ampliada* (Korinfeld y Levi, 2024), entendida como aquella que se despega de su impronta tradicional y amplía su horizonte interviniendo en contextos y espacios institucionales de la salud - salud mental. Se pone así al servicio de agentes que, con diferentes competencias y formaciones, acuden al encuentro de un otro para el acompañamiento de su sufrimiento. De esta forma, se contribuye con el abordaje de

¹ La editora Laura de Souza aprobó este artículo.

² El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

situaciones donde las configuraciones y las dinámicas familiares son complejas, y donde los factores sociales, económicos y de género, las desigualdades y la vulneración de derechos, entre otros elementos, tienen presencia y atraviesan el sufrimiento subjetivo y desbordan las cuatro paredes de un consultorio (Montobbio, 2013; Contino y Fraga, 2017; Ambrois, 2020; Contino, 2024b).

Los principios rectores del SNIS y del PPSM procuran asegurar de forma universal y equitativa, ciertas prestaciones con el fin de responder a las necesidades de salud de la población uruguaya (Ministerio de Salud Pública, 2007, 2011). Pretenden que los recursos sean accesibles para la población usuaria de acuerdo con sus necesidades y no por sus capacidades económicas. El hecho de que los procesos psicoterapéuticos se integraran a los servicios de salud implicó realmente un cambio de modelo de concepción de la atención en salud (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2016; Contino, 2024a). Toda instrumentación y reglamentación de un programa o plan que trata de aterrizar los basamentos de una política pública —y, en este caso, de salud pública y salud mental— sustenta una conceptualización epistemológica que atraviesa las prestaciones y tiene efectos en el diagrama de las formas de intervención y en las prácticas clínicas en salud mental (Stolkiner, 2021).

DESDE EL PARADIGMA DE LA SALUD MENTAL AL DE LA SALUD INTEGRAL

En el PPSM, las prestaciones en psicoterapia se orientan a una noción de salud mental que se encuentra en vinculación con la noción de salud integral (Ministerio de Salud Pública, 2011). La perspectiva estratégica que alberga la política de salud del SNIS y el PPSM es la estrategia de atención primaria en salud (APS). Esto implica un cambio para las prácticas profesionales, que deben ocuparse del tratamiento de algunas problemáticas específicas, pero, a la vez, de atender la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Las acciones clínicas psicoterapéuticas no escapan a la mirada de APS; es más, la atraviesan sobre

todo cuando los profesionales se encuentran con situaciones complejas y frente a poblaciones vulneradas y vulnerables.

Los resultados del estudio de Ambrois (2020) —que abordó las percepciones clínicas de los psicoterapeutas psicoanalíticos (socios o egresados de AUDEPP) sobre el cambio en pacientes adultos en psicoterapia psicoanalítica individual del modo 2 en IAMC del PPSM de nuestro país— señalan que la experiencia de los psicoterapeutas en psicoterapias breves o en intervenciones psicológicas, tanto en hospitales o en otras instituciones estatales, les había facilitado la adaptación de su trabajo psicoterapéutico de consultorio a distintos dispositivos y encuadres que se les presentaban en las prestaciones del PPSM.

El dispositivo del modo 2 del PPSM (2011) sería una especie de «híbrido» (código *in vivo*, resaltado por la autora de referencia), entre el trabajo en hospital y la clínica particular. La institución salud constituye ser un tercero en el tratamiento, con el cual terapeuta y paciente³ generan una transferencia, la que pareciera inocularse con sus normas y encuadre en el consultorio particular (en caso de la tercerización de la prestación), como dentro de la institución sanitaria misma. (Ambrois, 2020, p. 138)

Se señala que les fue necesario modificar el modelo técnico psicoanalítico del consultorio privado. Se reconoció:

carecer de una formación específica en prácticas dentro de los servicios de salud, recurriendo a herramientas conceptuales que les son útiles para trabajar en estos dispositivos dentro de este encuadre, donde no siempre tienen que ver de forma estricta con el psicoanálisis clásico. (Ambrois, 2020, p. 127)

3 Así lo refieren los entrevistados. Sin embargo, Ambrois (2020) resalta que para el sistema sanitario son llamados *usuarios*. Esto muestra la dificultad en la asimilación de la nominación del término por los entrevistados y lo que ello implica desde lo conceptual.

Dado que la teoría y la técnica con la que han sido formados algunos psicólogos clínicos y psicoterapeutas psicoanalíticos respondían a realidades diferentes a las que se encuentran actualmente en los servicios de salud, habría que preguntarse si esto necesariamente implica una extrapolación de aquellas a estas. Cuando hay realidades diversas, complejas y con indicaciones específicas del propio PPSM frente a algunas poblaciones, encuadres institucionales que conforman regulación, que son diferentes a una clínica particular, son varios los aspectos a tener en cuenta y se ponen en juego propias prácticas clínicas. Esta nueva configuración de lugares de prácticas profesionales con sus propias lógicas interpela la necesidad de pensar algunos conceptos rectores que les han servido de referencias teórico-técnicas a los psicoterapeutas para un tipo de clínica específica. Las épocas cambian, las realidades socioculturales, económicas y políticas también. Esto hace que se tengan que repensar, con un pensamiento clínico crítico, situado y abierto, conceptos de las producciones teóricas y técnicas que hasta el momento han servido de soporte para el ejercicio de la profesión. Para ello, es necesario tener una mirada comprometida con la escucha clínica, la revisión bibliográfica, las producciones académicas que permitan retroalimentar la práctica y la construcción de ajustes teórico-técnicos de una forma dialéctica, para lograr una praxis frente a situaciones nuevas.

Ya en la formación universitaria de estudiantes de prácticas pre-profesionales, Andina et al. (2013) hablaban de la necesidad de un sujeto clínico. Esta noción implicaba instalar una postura de cuestionamiento de lo existente frente a la teoría para dar respuesta de forma rápida a ciertas realidades que se presentan. Dar espacio al cuestionamiento y la escucha, con sus consecuentes acciones clínicas, son condiciones necesarias para mantener una postura ética y profesional comprometida:

cuando hablamos de un sujeto clínico nos referimos a un proceso de co-construcción entre el que consulta y quién está dispuesto a escuchar en un sentido amplio del término. No se trata de una escucha

neutra, si bien se trata de retomar la idea de una «escucha benevolente» (Strachey, 2014) como parte de nuestra revisión de nuestras herramientas más útiles, se trata de una escucha que inviste el proceso y permite intervenciones no intrusivas ni prescriptivas, evaluando cuando es pertinente establecer conexiones con las redes socio-institucionales en caso de situaciones que revisten gravedad o así lo ameriten. (Andina et al., 2013, p. 114)

El paradigma biomédico de la enfermedad, que atraviesa a casi todas las disciplinas del área de la salud, pone el énfasis en lo patológico. Con la reforma sanitaria se rompe con esto y se instala el paradigma de la salud integral. La orientación de las prácticas hacia este nuevo paradigma repercute directamente en la labor de psicólogos clínicos y psicoterapeutas en los servicios de salud. La noción hegemónica de una clínica psicológica tradicional, que se encuentra vinculante a atender aquello que es considerado enfermo o de funcionamiento psicopatológico que determina un accionar clínico, ya no es la postura en la que se pone el acento. Es necesario generar acciones clínicas estratégicas en el terreno de la diversidad de los servicios, y hasta de ciertos territorios, con enfoques multidisciplinarios e intersectoriales y con acciones clínicas que impliquen el intercambio con agentes sociales de la comunidad. Esto último estalla los parámetros teóricos y técnicos adquiridos hasta el momento, que eran productos contruidos en otros momentos histórico-políticos, al decir de Rodríguez (2023).

Desde hace algunas décadas, la psicología clínica transita el complejo pasaje de un paradigma centrado en aquella postura hegemónica del funcionamiento psicopatológico, que en sus inicios la sostuvo, para pasar a otro que concibe la salud mental como un componente de la salud en general. Sin embargo, esta nominación de salud mental ha sido criticada debido a su artificiosidad y segmentación; desde una visión más compleja del concepto, la salud es considerada como salud integral (Saforcada, 1999). El enfoque desde la salud integral supone que todos los componentes y dimensiones que se ponen en juego en el proceso de salud-enfermedad estén implicados de manera

interdependiente (dimensiones sociales, económicas, culturales, jurídicas, de género y las prácticas en salud dentro de los centros de salud y el diseño de las políticas públicas en salud). La salud mental es entendida, entonces, como una parcialización operatoria para formas de abordaje de salud en general. Stolkiner (2021) señala que la salud mental configura un campo de prácticas que ponen en evidencia las concepciones ideológico-políticas de los sistemas de políticas públicas en salud. Vainer (2014), por su parte, señala que el concepto encierra una polisemia de sentidos. Se puede referir a distintos problemas invocando su nombre y se tiene que diferenciar *salud mental* como un estado opuesto al de *enfermedad mental*, y al campo de salud mental como algo heterogéneo, interdisciplinario e intersectorial que engloba políticas y abordajes específicos en salud mental incluidos en el campo de la salud. Tajer (2020a, 2022) y Delladonna (2022) presentan una postura similar, donde la salud mental como campo no solo es heterogéneo, interdisciplinar e intersectorial, sino también interseccional.

La posibilidad de que se tenga esta visión histórico-política desde la perspectiva de derechos sobre la salud mental afectaría el diseño de políticas públicas, programas de acción y prácticas de los profesionales de la salud. Esto implica la lucha contra condiciones que limitan la vida y que la dejan en situación de inequidad social y vulneración de derechos.

La salud mental, como campo de prácticas disciplinares, produce efectos de subjetivación en las personas. Estas prácticas disciplinares siempre están atravesadas por conceptualizaciones sociopolíticas y sanitarias en referencia a la salud, lo que hace al campo más complejo. Además, ciertas prácticas atraviesan a los sujetos al entrar en los sistemas sanitarios y producen efectos en ellos (Stolkiner, 2021, apud Contino, 2024b).

Se busca pensar los problemas de salud y en salud mental como interdisciplinarios y no solo abordados como interdisciplinarios. Al decir de Stolkiner (2021),

Cuando en nuestro campo se debate sobre el concepto de salud mental, suele considerarse que la complejidad o el obstáculo epistemológico reside en la cuestión de «lo mental» desconociendo que lo enmarcan profundos debates sobre la noción misma de salud. (pp. 171-172)

Desde un punto de vista epistemológico, lo interdisciplinar implica una postura frente a la causalidad de los fenómenos, problemas y situaciones que orienta una forma de abordaje. Los campos disciplinares no son el reflejo de diferentes objetos reales, sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y de modos de intervención. Desde un punto de vista metodológico, en el área de investigación o asistencial, una postura interdisciplinar implica programar la forma y las condiciones en que el objeto, situación, fenómeno o problema se desenvuelve. La construcción conceptual común de un problema o situación supone un marco de representaciones entre disciplinas y una delimitación de sus diferentes análisis (Contino, 2024a).

Los psicólogos clínicos en servicios públicos de salud se ven atravesados por cinco dimensiones que deben tener en cuenta al momento de su ejercicio profesional: la dimensión regulatoria o jurídica, la dimensión institucional (variable según las características propias de cada servicio de salud), la dimensión del funcionamiento de los propios equipos de salud, la dimensión de las prácticas profesionales y la dimensión de las realidades imperantes (Contino, 2024a).

La dimensión jurídica brinda el marco regulatorio a las prácticas y actividades que deben realizar los profesionales dentro del servicio, según el PPSM del 2011 y la Ley 19.529 de 2017. La protocolización de acciones, sin embargo, genera a veces tensiones con las realidades que encuentran los profesionales, entre lo que se debe hacer y lo posible. La dimensión institucional implica que en los servicios de salud existen una diversidad de culturas institucionales, como prácticas tradiciones y lógicas de funcionamiento, que se encuentran instituidas y pueden potenciar o limitar otras actuaciones profesionales. Se configuran verdaderos puntos ciegos que se cristalizan y no dan

lugar al cuestionamiento y la innovación para otras formas de alojar el sufrimiento subjetivo. La dimensión del funcionamiento de los equipos refiere al grado de consolidación, integración y diálogo, teniendo en cuenta los atravesamientos ético-ideológicos de los miembros, que impregnan prácticas cotidianas incuestionadas y generan una falsa seguridad o certezas generalizadas en torno a las acciones clínicas. El cambio de modelo de atención en salud que implicó el SNIS desde 2007 trajo consigo la coexistencia de paradigmas distintos en la comprensión de la relación profesional de la salud con el usuario y de las prácticas en salud.

La dimensión de las prácticas profesionales implica la tensión entre las prácticas ya instaladas (instituidas) —que responden a otros parámetros referenciales teóricos-técnicos, concepciones de sujeto, productos de otras realidades sociales e histórico-políticas, de paradigmas que no son cuestionados a lo largo del tiempo— y las nuevas configuraciones subjetivas —que son producto de otras realidades sociales, históricas y políticas más actuales— (Rodríguez, 2023). Así, los abordajes tradicionales se muestran insuficientes ante las problemáticas actuales y hacen que los profesionales intervengan individualmente en situaciones que necesitan abordajes multidisciplinares, interinstitucionales e intersectoriales en el campo de la salud mental.

Se genera aquí una tensión entre la formación recibida de los psicoterapeutas psicoanalíticos en referencia al desempeño y la naturaleza de su identidad profesional cuando trabajan en los servicios de salud. Existe una zona en su desempeño técnico que no encuentran cómo nombrar, dado que no se identifica con un quehacer psicoanalítico clásico (*híbrido*, según Ambrois, 2020), ya que no se ha encontrado conceptualización teórica formal y sistematizada para este contexto. Desarrollos académicos rioplatenses, como los de Stolkiner (2021), Tajer (2020a, 2022), Delladonna (2022), Rodríguez (2023) y Korinfeld y Levy (2024), presentan teorizaciones críticas sobre realidades clínicas de problemáticas sociosanitarias y socioeconómicas parecidas a las que se presentan en los servicios de salud públicos uruguayos. Plantean que el trabajo en servicios de salud implica una mirada y

un abordaje complejo de interseccionalidad y tensión interdisciplinar entre el psicoanálisis y otras disciplinas. La relevancia de una lectura articulada en lo interdisciplinar, con acciones desde ese lugar e intersectoriales, son fundamentales para resolver problemáticas de la clínica actual.

Algunas posturas sostienen la denominación clásica de *psicoterapia psicoanalítica* para estas prácticas, aun reconociendo sus diferencias con la teoría y técnica tradicionales. Otros identifican su práctica clínica en discontinuidad con la psicoterapia psicoanalítica e indican que se trata de un apuntalamiento o acompañamiento psicoterapéutico, que plantean como intervenciones psicoterapéuticas más que como psicoterapias (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2016; Ambrois, 2020).

Las posibilidades de nombrar las acciones clínicas en las fronteras, en diálogo con otros pensamientos disciplinares, en la intersección, deja a los profesionales con la incomodidad de identificar su clara identidad profesional de acción reconocida por una comunidad científica. No obstante, comienzan a aparecer prácticas clínicas resultantes de una revisión y un ajuste teórico, y se instala un pensamiento crítico y situado en cada caso singular.

LA NOCIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En los servicios clínicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se ha conceptualizado la noción de *consulta psicológica* como marco inicial crucial para la formación de psicólogos en la atención en servicios de salud (De Souza, 2013, apud Contino, 2015). Durante la consulta, el profesional privilegia la escucha clínica para formular hipótesis diagnósticas y objetivos de tratamiento. A partir de inferencias clínicas, se diseña una estrategia que facilita la apertura de discursos permitiendo una mejor comprensión del sujeto, su situación, los recursos internos y sociales que dispone. Estos pasos son fundamentales para diseñar una modalidad de intervención psicológica

adecuada a la demanda del consultante y a los tiempos establecidos, lo que implica una práctica clínica que busca generar cambios en el consultante (Contino, 2012, 2015; Casal y Contino, 2023). El diseño estratégico inicial se realiza en los primeros encuentros, con objetivos y tiempos limitados, en acuerdo con lo planteado en el PPSM.

El término *intervenir* significa ‘venir entre’ e involucra a dos sujetos que inauguran un encuentro para subjetivarse (Muniz, 2005, 2018; Contino, 2015; Casal y Contino, 2023). Juan et al. (2009, apud Contino, 2015) distinguen dos acepciones del concepto de *intervención*. Una general o amplia, que abarca el proceso completo de diagnóstico y tratamiento; y otra restringida, que se refiere a las acciones de recursos técnicos, como señalamientos, aclaraciones, interpretaciones y explicaciones. Las intervenciones psicológicas son un abordaje técnico realizado en la clínica psicológica que busca responder a la solicitud de ayuda ante un sufrimiento psíquico. Estas intervenciones se fundamentan en un amplio campo referencial, predominantemente en teorías psicodinámicas y el paradigma de la complejidad (De Souza, 2013, apud Casal y Contino, 2023).

Las intervenciones psicoterapéuticas con objetivos y tiempos limitados que se ofrece en la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología en el Hospital Universitario⁴ implican abordajes de carácter psicodinámico, que incluyen un diagnóstico situacional para identificar focos de trabajo, valoración de los conflictos, apoyos sociales instrumentales o percibidos, recursos sociales y soporte comunitario. Un estudio realizado por el equipo de este servicio (Contino, 2024c) sobre la atención psicológica entre el 2018 y 2023, con una muestra de 218 consultantes, dio que un 85,5% sintió satisfacción en relación con la percepción de resolución de su problema, un 95% sintió satisfacción con su terapeuta y un 72% la sintió respecto de la percepción de un cambio emocional. La escala para la medición de estas categorías

⁴ Este es uno de los servicios clínicos formativos de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

fue la estandarizada por Feixas (2014) para evaluar la satisfacción de usuarios con la atención psicológica recibida en servicios de salud.

Esta formación, con veinticinco años de trayectoria, ha permitido un ajuste constante entre teorías psicodinámicas y la técnica, y enfatiza la importancia del trabajo en red para abordar el sufrimiento subjetivo en un ámbito hospitalario y dentro de las exigencias del PPSM. Las intervenciones psicológicas psicoterapéuticas con objetivos y tiempos limitados tienen, dentro del diseño estratégico, la coordinación con otras disciplinas de la salud o programas sociales en territorios para un abordaje integral de situaciones complejas. Si se valora que la intervención debe continuar con la atención pasados los tiempos planificados, se realizan las conexiones en territorio con los centros de salud de referencia de los usuarios de los servicios de salud del Estado (ASSE), a través de una red de referencia y contrarreferencia.

LA REVISIÓN TEÓRICO-TÉCNICA CONSTANTE

La difusión del psicoanálisis como un marco para la comprensión del sujeto, la práctica clínica y la referencia teórica ha trascendido los límites de su contexto original. Al expandirse, se ha confrontado con formas de sufrimiento subjetivo que difieren significativamente de aquellas realidades sociohistóricas de la Viena del 1900 o de otros desarrollos psicoanalíticos europeos. En este sentido, las transformaciones socioculturales contemporáneas —especialmente en el contexto sanitario uruguayo— interpelan la clínica y hacen imperativo revisar y repensar las postulaciones teórico-técnicas para comprender las nuevas producciones de subjetividad.

Bleichmar (2009) estableció la distinción entre *subjetividad* y *construcción del psiquismo*, y permitió la integración del factor sociocultural en las producciones subjetivas y sus marcas representacionales. Esta diferenciación es crucial, dado que el psicoanálisis freudiano no conceptualizó la noción de *subjetividad*, un término históricamente acuñado por la filosofía y las ciencias sociales (Barzani y Vainer, 2025).

Es crucial diferenciar entre los fundamentos universales del funcionamiento psíquico y aquellos aspectos que hacen a la producción cultural de la subjetividad. Cada cultura, a través de sus significaciones histórico-políticas, produce contenidos representacionales que dan forma a sujetos que se encuentran en sintonía con un sistema social determinado, lo cual a su vez estabiliza la organización psíquica (Rodríguez, 2023). La subjetividad es un conjunto de representaciones atravesadas por momentos históricos, la sociedad determina las formas necesarias para la conformación de sujetos funcionales. La producción de subjetividad, como componente de la socialización, sigue estas formas históricas cambiantes y regula el destino del deseo mediante el yo y los enunciados sociales hegemónicos. Se encuentra reglada por los centros de poder que definen los sujetos necesarios para conservar tanto el sistema como al propio individuo. Estos modos de subjetivación otorgan estabilidad psíquica, mientras que las reservas representacionales (ideologías y moral) organizan la subjetividad que, a su vez, brinda el campo representacional a la organización psíquica (Bleichmar, 2009; Tajer, 2020a; Rodríguez, 2023).

La realidad psíquica tiene un funcionamiento intrínseco, como la conformación del inconsciente, las instancias psíquicas, el yo y las subinstancias superyoicas (Bleichmar, 2009). Tajer (2020a) conceptualiza los modos de subjetivación como el entramado entre la subjetividad de la época y el funcionamiento psíquico. Los define como las relaciones entre las representaciones que cada sociedad instituye para formar sujetos funcionales. Estos modos de subjetivación hegemónicos son permeables y se despliegan para brindar herramientas que garantizan la integralidad de los sujetos, afectando directamente la organización psíquica (Tajer, 2020b).

Rodríguez (2023) afirma que la subjetividad no es un concepto meramente sociológico, sino un objeto de investigación transdisciplinar que busca un lugar para los procesos de subjetivación propios del psicoanálisis. Este autor considera que el mayor desafío del psicoanálisis del siglo XXI es su reformulación a partir de la incorporación de la dimensión histórico-política, que tradicionalmente fue relegada a un

papel secundario. Esto se debe a que, desde sus orígenes, el psicoanálisis ha tenido una fuerte raíz universalista y endógena. Por ello, la construcción dialéctica y dinámica entre subjetivación, psiquismo y lazo social exige, entonces, repensar las formulaciones universalistas del psicoanálisis.

Es fundamental comprender que no solo existe el proceso de subjetivación de los individuos, sino también el de las propias teorías y técnicas que se utilizan para pensarlos. Las producciones teóricas son el resultado de la reflexión sobre las presentaciones subjetivas de un momento histórico, elaboradas por sujetos inmersos en ese mismo contexto sociohistórico. Estas postulaciones, que explican fenómenos y funcionamientos subjetivos, sustentan la praxis clínica y pueden reproducir las formas de subjetivación dominantes.

Por tanto, se vuelve una necesidad —y una oportunidad— revisar los procesos de subjetivación de las teorías y la técnica psicoanalítica, y analizar cómo se ha construido el instrumento y qué huellas histórico-políticas lo atraviesan. La pertinencia de ciertos conceptos se vincula con códigos de subjetivación específicos, que en ocasiones se convierten en obstáculos para reformular categorías y proponer otras que ayuden a comprender las complejidades de las subjetividades actuales y sus formas de padecimiento (Rodríguez, 2023).

Las teorías heredadas para entender el sufrimiento ya están subjetivadas; el desafío consiste en revisar su vigencia con un pensamiento crítico sobre la ontología de ciertas categorías centrales. Olvidar que las teorías están subjetivadas y que, a su vez, devienen subjetivantes al ser puestas en juego en prácticas clínicas incuestionables puede producir efectos desubjetivantes. Estos efectos se manifiestan en el paciente o usuario cuando una práctica clínica, cegada por una teoría que ofrece seguridad, no logra reconocer al otro como diferente, pero semejante en la condición humana (Bleichmar, 2009). Esta falta de una postura ética puede llevar a intervenciones que reproducen subjetividades dominantes, resultando en una desubjetivación que deja al individuo, en la lógica binaria de la división de lo interno y lo externo, sin la posibilidad de encontrar un entramado complejo de varias

dimensiones como soporte de la construcción subjetiva y del propio funcionamiento psíquico.

REFLEXIONES FINALES

La inserción de los psicólogos en los servicios de salud, tanto públicos como privados, regidos por el PPSM ha sido una conquista, pero también un desafío. Las referencias clásicas teórico-técnicas con las que fueron formados durante muchos años han servido como sistema referencial operativo frente a otras realidades con las que se han enfrentado. Sin embargo, los requerimientos de dispositivos con tiempos definidos por un encuadre legal que preestablece el número de encuentros previstos en el plan obligan a repensar y rediseñar las posibilidades de intervención, que ya no se encuentran tan leales a los dispositivos más clásicos y otras prácticas.

Por otra parte, identificar realidades diversas, situaciones clínicas con un importante nivel de complejidad y presentaciones subjetivas diferentes ha interpelado a los profesionales a repensar, revisar y tener postura crítica frente a teorías y a las prácticas clínicas ya instaladas. Ampliar la mirada teórica, sostener un pensamiento crítico frente a ciertos postulados para reformularse a la luz del diálogo interdisciplinar y ajustar desarrollos teóricos de otros momentos históricos, sociales y políticos instalan la imperiosa necesidad de ampliar las formas de presentar y comprender las situaciones clínicas. Esto exige una actitud de reflexión constante acerca de cuánto de lo que se tiene o se maneja como herramienta teórico-técnica corresponde a modos de subjetivación propios de otros momentos, que para la comprensión de las realidades subjetivas actuales ya se encuentran limitados.

Persistir en modelos anteriores implica correr el riesgo de que no se avance. Se corre el peligro de forzar lo que se percibe para que encaje en esquemas teóricos hegemónicos que no condicen con lo que aparece actualmente. En ocasiones se ha señalado que son los usuarios del sistema de salud quienes no se ajustan o adhieren a los dispositivos

que se ofrecen como formas de atención. Este planteo constituye, en realidad, un modo de expulsión y de violencia al no poder entender sufrimientos subjetivos con presentaciones que necesitan otras formas de intervenciones y acompañamiento en los procesos de salud mental.

Es inevitable que la clínica siempre ponga a prueba las construcciones teóricas que conforman las estructuras de sostén de las identidades profesionales, y es precisamente esto lo que mantiene vigente la disciplina. Comprender que tanto las presentaciones subjetivas como las construcciones teóricas y técnicas que las explican y abordan son producto de procesos de subjetivación de momentos históricos y políticos permite tener la flexibilidad de que dichas construcciones teórico-técnicas se reformulen y ajusten a las realidades que provocan padecimientos subjetivos. Esta disposición asegura que se conserve vivo el espíritu psicoanalítico de una constante revisión frente a lo adverso que presenta la clínica. Esto último es lo más auténticamente identitario y de vigencia del psicoanálisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMBROIS, M. (2020). *Percepciones clínicas de psicoterapeutas psicoanalíticos (socios y/o egresados de AUDEPP) sobre cambio en pacientes adultos en psicoterapia psicoanalítica individual del modo 2 en IAMC del Plan de Prestaciones en Salud Mental uruguayo* [tesis de maestría]. Instituto Universitario de Postgrado de AUDEPP. <https://www.studocu.com/latam/n/66172843?sid=01741381683>
- ANDINA, M., BARROS, I. y CLAVERO, M. (2013). La formación de un sujeto clínico. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, III(2), 53-62.
- BARZANI, C. y VAINER, A. (2025). *El malestar de los varones en tiempos de oscuridad*. Topía.
- BLEICHMAR, S. (2009). *La subjetividad en riesgo*. Topía.

- CASAL, P. y CONTINO, S. (2023). Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud. En A. Tortorella (coord.), *Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud* (pp. 21-33). Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República. <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2024/02/Teorias-y-tecnicas-de-las-intervenciones-psicologicas-en-servicios-de-salud-.pdf>
- CONTINO, S. (2015). *Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario* [tesis de maestría]. Facultad de Psicología, Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5478/1/Contino%2c%20Silvana.pdf>
- CONTINO, S. y FRAGA, M. (2017). Prácticas integrales en clínica, comunidad: Facultad de Medicina y Facultad de Psicología de Udelar. Similitudes y diferencias. *Co-producción de conocimiento en la integralidad. Aportes pedagógicos*, 2, 41-52. <https://psico.edu.uy/sites/default/files/2017-07/coproduccion-de-conocimiento-final-web.pdf>
- CONTINO, S. (2024a). *Designación de Prof. Tit. Mag. Silvana Contino* (Exp. N° 191120-000048-23). Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- CONTINO, S. (2024b). *Designación de la Prof. Tit. Mag. Silvana Contino para la Coordinación académica de Residentes* (Exp. N° 191120-000084-24). Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- CONTINO, S. (2024c). *Policlínica Psicológica del Hospital Universitario, a cargo de la Facultad de Psicología*. <https://www.psico.edu.uy/policlinica-psicologica-del-hospital-universitario>
- CWAIGENBAUM, D. y HOFFNUNG, M. (2016). Intervenciones psicoterapéuticas en el marco del Programa Nacional de Salud Mental del Uruguay: tres años de experiencia. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 9(2), 29-38.
- DELLADONNA, C. (comp.) (2022). *Feminismos y psicologías. Una apuesta por una ética inclusiva*. Topía.

- FEIXAS, G. (2014). *Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La Versión en español*. Universitat de Barcelona Institut de Recerca Cervell, Cognición Conducta (IR3C).
- KORINFELD, D. y LEVY, D. (2024). *Autolesiones y situaciones de suicidio en adolescentes. Una perspectiva clínica ampliada. Herramientas para intervenir desde las instituciones*. Noveduc.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2011). *Plan de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2007). *Ley 18.211, Sistema Nacional Integrado de Salud*. https://www.bps.gub.uy/bps/file/3597/2/ley18211_sistema_nacional_integrado_de_salud._creacion_funcionamiento_financiacion.pdf
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2007). *Ley 19.529, Salud Mental*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>
- MUNIZ, A. (comp.) (2005). *Diagnóstico e Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica*. Psicolibros Waslala.
- MUNIZ, A. (comp.) (2018). *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República.
- MONTOBIO, A. (2013). *Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud mental y atención primaria con niños y adolescentes*. Noveduc.
- RODRÍGUEZ, L. (2023). *Los procesos de subjetivación en psicoanálisis. El psicoanálisis ante el apremio de una revolución paradigmática*. Topía.
- SAFORCADA, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- STOLKINER, A. (2021). *Prácticas en salud mental*. Noveduc.
- TAJER, D. (2020a). *Niñez, adolescencia y género. Herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación*. Noveduc.
- TAJER, D. (2020b). *Psicoanálisis para todxs*. Topía.
- TAJER, D. (comp.) (2022). *Psicología feminista*. Topía.

VAINER, A. (2014). *Psicoanálisis y salud mental. Definiciones, experiencias y perspectivas*. Topía.