

Hacia las intervenciones posibles en un dispositivo de guardia de Salud Mental.

Plantamura, Maria Florencia.

Cita:

Plantamura, Maria Florencia (2021). *Hacia las intervenciones posibles en un dispositivo de guardia de Salud Mental. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/556>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/bmz>

HACIA LAS INTERVENCIONES POSIBLES EN UN DISPOSITIVO DE GUARDIA DE SALUD MENTAL

Plantamura, Maria Florencia

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Zonal General de Agudos Isidoro Iriarte. Quilmes, Argentina.

RESUMEN

El trabajo de los psicólogos en los dispositivos de guardia de salud pública se encuentra delimitado por la Ley de Salud Mental (2010). Al respecto, por nuestra orientación psicoanalítica, leemos las consultas por guardia como urgencia subjetiva, tomando los aportes de Jacques Lacan, quien en 1966, establece “Mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalista para responder a las urgencias subjetivas”. Es esta relación entre la salud pública y el psicoanálisis, en la clínica de la urgencia, la que nos llevó a desarrollar los interrogantes: ¿Cuál es la especificidad del psicoanálisis en el trabajo con la urgencia? ¿Qué significa ser paciente para la ley, para el ámbito de la salud pública, y para el psicoanálisis? ¿Qué sucede cuando concurre a la guardia de salud mental una persona que no está en condiciones de ponerle palabras a su sufrimiento? Para responder estas preguntas se realizará una articulación entre una viñeta clínica y los marcos legales que establecen nuestra presencia en los equipos interdisciplinarios de los hospitales públicos, en conjunto con los desarrollos teóricos de autores psicoanalíticos como Lacan y Eric Laurent. El objetivo será ceñir la especificidad del trabajo realizado en el dispositivo mencionado desde la orientación psicoanalítica.

Palabras clave

Psicoanálisis - Salud Pública - Urgencia

ABSTRACT

TOWARDS POSSIBLE INTERVENTIONS ON MENTAL HEALTH GUARD SERVICE

The work of the psychologist in the public health system's guards is established by the Law of Mental Health (2010). Jacques Lacan referred to subjective urgency in 1966: “As long as a trace of what we have established lasts, there will be a psychoanalyst to respond to subjective urgencies”. It is the relation between psychoanalysis and the public health system, in the clinic of subjective urgency, that leads us to the following questions: Which is the specificity of psychoanalysis in the urgency's labour? What means being a patient for the law, for the public health system and for psychoanalysis? What happens when a patient comes to guard and cannot put words to his suffering? In order to answer these questions, a research will be performed among the clinical cases, the legal boundaries that govern

our practice in the interdisciplinaries team, articulated with the theory of Jacques Lacan and Eric Laurent. The objective will be to define the specificity of the work carried out in the aforementioned device from the psychoanalytic orientation.

Keywords

Psychoanalysis - Public Health - Urgency

Introducción

El presente trabajo consistirá en reflexionar sobre la especificidad del trabajo de un profesional de la salud pública con orientación psicoanalítica en un dispositivo de guardia perteneciente a un hospital público.

Se trabajará con una viñeta clínica sobre el caso de una adolescente de 17 años que es llevada por su familia a la guardia un hospital público de la provincia de Buenos Aires. En el entrecruzamiento de este caso y las preguntas por la especificidad de nuestra práctica en la urgencia, han surgido los interrogantes que orientaron este trabajo. ¿Cuál es la especificidad del psicoanálisis en el trabajo en la urgencia? ¿Qué significa ser paciente para la ley, para el ámbito de la salud pública y para el psicoanálisis? ¿Qué sucede cuando acude a la guardia un sujeto que no está en condiciones de ponerle palabras a su sufrimiento?

Viñeta Clínica

M., de 17 años, llega a la guardia del hospital un viernes al mediodía acompañada por su madre y la ex pareja de su madre, a quien llama papá. Se encuentra angustiada y con excitación psicomotriz; una semana antes de la llegada al hospital, eliminó sus cuentas en las redes sociales, renunció a bañarse (solo lo hizo en una ocasión obligada por su madre), se niega a comer y no puede dormir.

Sabemos que los tiempos del sujeto son ajenos al tiempo cronológico que suele regir el tiempo de las instituciones. Durante el día de su llegada la paciente es entrevistada por la psicóloga de guardia en tres ocasiones, sin poder anunciar palabra sobre el motivo por el cual se encuentra en el hospital.

A la semana siguiente la paciente vuelve a la guardia, con una denuncia por abuso sexual realizada en el transcurso de las dos concurrencias al hospital, aunque continúa sin poder hablar al respecto.

La urgencia y el psicoanálisis

Si bien como residentes de Psicología nos encontramos transitando el dispositivo de guardia en un hospital general desde los inicios de nuestra práctica en la institución, la presencia de los psicólogos analistas en las guardias de los hospitales no es algo que va de suyo. Encontramos en la Ley de Salud Mental el instrumento legal que establece nuestra presencia en los ámbitos públicos de salud, como son las guardias de los hospitales, estableciendo en su artículo 8 que se debe brindar atención interdisciplinaria en los casos de salud mental.

Ante esta situación, surge la pregunta por nuestro quehacer específico allí. Para pensar la tensión entre los instrumentos legales que determinan la atención para todos, como la mencionada Ley 26657, la Ley de Derechos del Paciente; y la especificidad de nuestra herramienta de trabajo, el psicoanálisis, encontramos una posible respuesta en la propuesta de Laurent (2000), quien sitúa que el analista debe ayudar a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. De este modo, nuestro trabajo se orienta por el aspecto más particular del sujeto, evitando que sea forcluido en nombre de los universales. Así, consideramos fundamental trabajar en la institución, en pos de la salud pública, sosteniendo el lugar de la singularidad de cada sujeto que asiste al hospital. Cómo conceptualiza Juan Mitre (2018), se debe sostener la tensión que implica ser trabajador de la salud y ser agente del discurso analítico.

En las guardias de los hospitales nos encontramos trabajando con diversos profesionales, los cuales tendrán diferentes modos de concebir y trabajar sobre el padecimiento de los pacientes, en base a su paradigma, difiriendo a la hora de concebir el síntoma, el paciente y la cura. Esta situación llevaría a realizar un trabajo de invención en conjunto con el equipo interdisciplinario, con el cual poder trabajar en cada situación, respetando las especificidades de cada uno. En este sentido, consideramos importante el aporte que el psicoanálisis puede hacer a las demás disciplinas con las que debe interactuar: nos referimos a la instalación de una pausa, diferente al cronológico y a los tiempos médicos e institucionales. Se trataría de un espacio que respete el tiempo de cada paciente, y que le permita al equipo de salud poder pensar en conjunto la mejor intervención, evitando entrar en urgencia.

Ahora bien, ¿cuál es la urgencia para el psicoanálisis, considerando su diferencia respecto de la urgencia para la medicina, ubicada desde la clínica de la mirada? Lacan se refiere a la urgencia subjetiva en el escrito “Del sujeto por fin cuestionado”, donde concluye “Mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalista para responder a las urgencias subjetivas” (Lacan, 1966:226). Tomasa San Miguel plantea que “para que una urgencia pase a ser subjetiva, requiere de la torsión producida por el encuentro con un analista y sus efectos” (San Miguel, 2005: 140). Con este concepto nos referimos a una urgencia diferente de la urgencia médica, pronta a eliminar los síntomas y el malestar del sujeto. Cómo sitúa Ines Sotelo (2005),

se trata de una dimensión de la urgencia en un tiempo profundamente ligado al sin sentido.

Cuando nos encontramos con M., ella no podía sostener más que un pequeño diálogo sobre temas triviales, pero no podía decir palabra sobre lo que le sucedía, sino sólo repetir “hice las cosas mal”. Esta presentación puede ser aprehendida en los términos propuestos por Julia Martin (2015), situando que se encontraría en un estado de desborde respecto a sus capacidades habituales de tramitación y respuesta, pensando que, tal vez, la paciente aún no podía dar cuenta de lo sucedido por vía de la palabra.

Aún ante el silencio del sujeto, en palabras de Seldes (2004), se debe contar con la premisa del inconsciente y del goce que éste comporta:

“Y en tanto el lenguaje del inconsciente se ordena en discurso por el discurso analítico, es evidente que el primer efecto que se necesita es el de poner en juego una direccionalidad: que el que sufre, en su urgencia, tenga a quien dirigirla” (Seldes, 2004:35). Sin embargo, hay que tener presente que esto no debe llevarnos a un “furor curandis”, en palabras del autor

“La más impresionante de las contraindicaciones, incluso para la Urgencia Subjetiva, es para nosotros el hecho de poder captar a tiempo cuando el ejercicio terapéutico de la palabra no hace bien, cuando se charla para despreciar la peste que implica el inconsciente” (Seldes, 2005:88).

De este modo, debemos respetar la singularidad de cada sujeto con el cual nos encontramos, teniendo en cuenta las advertencias de Lacan (1975) en Intervención sobre la transferencia, respecto al error en que caería el analista, en caso de querer demasiado el bien del paciente; y las advertencias de Ricardo Seldes (2004), quien sitúa que en el trabajo con la urgencia subjetiva “no somos compasivos” (Seldes, 2004:36).

Un paciente para el psicoanálisis

Una pregunta que se nos presenta en el hospital, podría formularse de la siguiente manera: ¿los pacientes de la medicina son pacientes para el psicoanálisis? A lo largo de este tiempo en el hospital nos hemos encontrado con pedidos de interconsultas, pacientes derivados para ser atendidos en consultorios externos y pacientes en la guardia. Muchos de ellos nos han contado los momentos más dolorosos de sus vidas apenas transcurridos unos minutos de nuestro encuentro, otros se han mostrado reticentes; en muchos casos no han comprendido por qué nos han pedido entrevistarlos, aunque igual se han mostrado colaboradores. En el caso de la viñeta clínica, donde la paciente mencionaba continuamente que se quería ir a la casa, sin poder articular palabra de su padecimiento, nos preguntamos, como residentes de psicología con orientación psicoanalítica, ¿es nuestra paciente? Volvemos a la Ley de Salud Mental (2010), donde es señalado como objeto de la misma “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con pa-

decimiento mental que se encuentran en el territorio nacional”. Ante nuestra pregunta, encontramos que la Ley no habla de paciente sino de sujetos con padecimiento mental, palabra que tampoco se encuentra definida en la Ley de Derechos del Paciente. Esto nos ha llevado a la Real Academia Española, que propone 3 acepciones: “Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica”, “Dicho de un sujeto que recibe o padece la acción del agente” y “Persona que es, o va a ser reconocida médicamente” (Real Academia Española, 2020). Estas definiciones se encuentran próximas a los conceptos de la ley, de acuerdo a la cual, no atender a una persona que solicita atención es un caso discriminatorio. Sin embargo, ¿qué sucede cuando es el paciente el que no quiere atención? Una vez más, volvemos a La Dirección de La Cura, donde Lacan (1953) propone realizar una oferta, para intentar articular una demanda que introduzca al sujeto en el discurso analítico.

Luego de reflexionar a través de estas lecturas, podemos concebir que cualquier persona con un padecimiento es un paciente, ante el cual debemos ofrecer un espacio, que luego él habilitará o no. Una vez más, se trata de tener en cuenta que, como sitúa Laurent (2000), lo universal de las legislaciones que regulan nuestra práctica, no nos hagan olvidar la particularidad de cada paciente.

En “Psicoanálisis y medicina” Lacan (1966) se pregunta ¿dónde está el límite en que el médico debe actuar?, y ¿a que debe responder? Indicando: “A algo que se llama demanda”. De este modo ubica lo decisivo de la posición del analista al nivel de la respuesta a la demanda. En la viñeta trabajada, M. se mostraba urgida por irse del hospital y volver a su casa, pidiendo ver a su abuela, y que su madre permaneciera a su lado; ¿impide esto que se formule una demanda? ¿Deja de ser una paciente cuando no acepta la oferta? ¿Por qué debemos suponer que con la oferta surgirá la demanda? No tenemos una respuesta acabada a estas preguntas, sólo nos queda mantener la oferta en cada encuentro con cada paciente.

Transferencia en la Guardia

Gamsie (2009) establece que los pacientes que concurren al hospital, lo hacen a través de una transferencia con la institución, transferencia que considera “masiva e indiferenciada” (Gamsie 2009:59). De acuerdo con esta autora, es a través de ella que podemos operar a los fines de producir efectos analíticos, aún en situaciones que no sean propiamente analíticas.

Sin embargo, sabemos que no es sólo eso. También sabemos que desde el psicoanálisis el saber no está en el psicólogo o médico, sino en el sujeto al cual se entrevista. Sin embargo, como señala Graciela Brodsky (1999), el sujeto cree que el profesional sabe, lo cual motoriza la transferencia

“porque gracias al sujeto supuesto saber el sujeto cree en el Otro y se dirige a él suponiendo, como dice Lacan, que las reglas ya existen (las reglas de la interpretación o las del desciframien-

to), suponiendo, en primer lugar, que el saber ya está en alguna parte: por ejemplo, en Dios o en el inconsciente, o en el padre, o en la mujer, o -¿por qué no?- en el analista. Y luego, suponiendo que donde hay saber hay un sujeto que sabe” (Párr 4).

Esto nos lleva a trabajar con la regla fundamental, contribuyendo a instaurar la relación intersubjetiva entre el analista y el analizado como una relación de lenguaje. Así, el concepto de Sujeto Supuesto Saber nos permite pensar cómo un sujeto nos relata sus vivencias en los encuentros confiando que así logremos hacer algo con eso, que le alivie su padecer.

En relación a la viñeta clínica, cuando M. no quería entablar conversación, fue necesario entrevistar a su madre, pese a que la paciente se aferraba al brazo de ella con ambas manos, diciendo que no quería que se alejara. Se logró entrevistar a la madre de la paciente afuera de la sala donde se encontraba M., porque una de las psicólogas le dio la mano, logrando que la paciente pudiera soportar la ausencia de su madre. Esto nos lleva a preguntarnos si la transferencia sólo se manifiesta en palabras, y si un significante puede ser algo diferente a una palabra. No fue una maniobra destinada a ponerse en el lugar de la madre de M., sino sólo prestar el cuerpo para que la paciente logre quedarse sin la presencia de su madre. En ese transcurso, M. invitó a la psicóloga a sentarse en su cama y realizó comentarios sobre las uñas de ambas, habilitando un intercambio que antes no parecía posible. Recordamos lo que sitúa Lacan, que un significante no sólo es una palabra, y puede ser la mano de la psicóloga, la que actúe como tal, habilitando un posterior intercambio. Los actos analíticos sólo pueden ser leídos como tales a posteriori, y es el dispositivo de guardia el que nos permite probar diferentes maniobras, que permitan inscribir una pausa, un tiempo en la urgencia de la institución, donde no parece haber lugar para esos tiempos. Se trata de esperar, de habilitar al sujeto el tiempo que sea el necesario, teniendo en cuenta que puede no ser suficiente con el tiempo ofrecido en el hospital, y saber respetar cuando es así. Sabemos que la transferencia, en este marco, es imaginaria. En este caso, se trata de “operar también con lo imaginario, apuntando a re-ubicar una escena para el sujeto, de tal manera que encuentre un lugar en el mundo nuevamente” (San Miguel, 2005:143). Como señala Seldes

“cuando el discurso no le alcanza para entender, maniobrar, ese sufrimiento inefable, se queda sin palabras, sin imágenes, encerrado en el mayor mutismo (...) Y cuando decimos que respondemos sin recetas previas, planteamos que en principio intentamos darle un marco a los fenómenos, que posibilite su puesta en discurso y logre transformarlos en una demanda” (Seldes, 2004:34)

Una vez que sabemos que ese gesto permitió que la paciente lograra soportar la ausencia de su madre, posibilitando una entrevista necesaria para atender a la paciente, nos preguntamos ¿Puede ser una mano sobre la mano de la paciente un significante?. En este sentido tomaremos la pregunta que realiza Lacan (1958-1959), respecto la huella del paso de Viernes borrada

por Robinson Crusoe, sobre si es ya el significante, para definir que “lo que da comienzo al significante es el hecho de que ella se plantea como susceptible de ser borrada (Lacan, 1958-159: 95). De acuerdo con Romé (2017)

“La recurrente referencia de Lacan a la huella, al menos hasta el Seminario XVI, puede leerse como el intento de conceptualizar al significante en su articulación con lo real. Al constituirse como marca de una presencia pasada, el significante borra la huella, pero en ese mismo acto la señala con una cruz. De esta manera, el significante tacha, pero al mismo tiempo vehiculiza lo indecible de la pulsión. Es precisamente esa huella borrada y a la vez conservada por el significante lo que resuena del cuerpo en la enunciación” (Romé, 2017:146).

De esto es posible pensar que este gesto pudo ser un significante que apaciguara algo de la urgencia de la paciente por retirarse del hospital, y soportar una ausencia. Una vez más, el resultado de esta apuesta, fue definido por la paciente. De esta manera, como establece Lacan (1953) el analista paga con el cuerpo, por resultar necesaria la presencia del analista, para ofrecer una escucha atenta, sin prisa y sin suposiciones, intentando alojar con la palabra y con el cuerpo el padecimiento de M. Ante la prisa de los tiempos institucionales que buscan resolver rápidamente las situaciones que llegan a la guardia, el analista ofrece una pausa, un silencio, que no es cualquier silencio: se trata de un silencio ético, emparentado con la docta ignorancia, un callar en acto, una posición ética.

Conclusión

Consideramos que, como en el momento en que se sostuvo la mano de M, en cada caso se trata de inventar. En esta línea, nos orienta Miller (1998), al establecer, Ruiseñor de Lacan, la diferencia entre una teoría y su práctica:

“la práctica no es la aplicación de la teoría (...) Cuando funciona aparte necesita la teoría, pero existe una dimensión donde la práctica funciona al lado de aquella. Eso lo sabemos cada día. Y es la práctica en tanto que descubre o debe redescubrir en cada caso que se presenta aquí y ahora los principios que podrán dominarlo” (Miller, 1998:263).

El sujeto se constituye siempre como excepción a la regla, y esta invención o reinversión de la regla que le falta, la realiza bajo la forma del síntoma. Esto constituye lo más interesante del trabajo en psicoanálisis pero también lo más difícil; lo que lleva a apostar y pensar a posteriori cada vez, a escribir para intentar encontrarle sentido, a producir efectos y teorizarlos, al decir de Lacan. Se trata de habitar las instituciones públicas en las cuales trabajamos, teniendo en cuenta lo reflexionado por Laurent, al situar que “El psicoanálisis no es para todos y no tiene lugar en todos lados, pero en todos lados puede recordar que el sujeto surge de la palabra (Laurent, 2000:138)”.

BIBLIOGRAFÍA

- Brodsky, G. (2013) «Las enfermedades del Sujeto-supuesto-Saber». Volúmenes de las Jornadas «Acerca del Sujeto-supuesto-Saber». Recuperado de: <http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=impresas&File=impresas/col/jornadas/sujeto/brodsky.html>
- Gamsie, S. (2009) La interconsulta: una práctica del malestar. Buenos Aires: Del Seminario.
- Lacan, J. (1958) “Intervención sobre la transferencia”. En Escritos 1 (pp. 209-223) Buenos Aires: Siglo XXI, 2018.
- Lacan, J. (1958-1959). El Seminario, Libro VI, El deseo y su interpretación. Buenos Aires, Paidós, 2014.
- Laurent, E. (2000) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental N° 26657 (2010) Recuperada de: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>
- Ley de Protección Integral de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061. (2005)
- Ley Nacional N° 26.529/ Decreto Reglamentario N° 1.089/2012 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Recuperada de: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/14366.html>
- Martin, J. (2015) Complejidades de la decisión de internación en salud mental: del “riesgo cierto e inminente” a la lectura de la urgencia subjetiva, Revista del Colegio de Psicólogos; no 29 año VIII, 40-43. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/119431>
- Miller J. A. (1998) *El ruiseñor de Lacan*. En AAVV: Del Edipo a la sexualidad. Buenos Aires: ICBA, Paidós, 2001.
- Mitre, J. (2018) El analista y lo social. Buenos Aires: Gramma.
- Real Academia Española (2020). Recuperado de <https://dle.rae.es/paciente>.
- Romé, M. (2017a) Lo indecible de la enunciación lacaniana: algunos aportes del Seminario VI, “El deseo y su interpretación”, Memorias del 6° Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, 1era edición, La Plata: Universidad Nacional de La Plata, tomo “psicoanálisis”, 142-149.
- Seldes, R. (2004) La urgencia subjetiva, un tiempo nuevo. En La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Buenos Aires, Gramma Ediciones.
- Sotelo, M.I. (compilador) (2005) Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires, JVE Editores, 2005.