

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Síntoma y urgencia en salud mental: la mirada de psiquiatras y psicólogos.

Miari, Antonella Silvana.

Cita:

Miari, Antonella Silvana (2013). *Síntoma y urgencia en salud mental: la mirada de psiquiatras y psicólogos*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/777>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/etC>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

SÍNTOMA Y URGENCIA EN SALUD MENTAL: LA MIRADA DE PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS

Miari, Antonella Silvana Miari, Antonella Silvana
Departamento de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires

Resumen

El presente escrito se desprende del Proyecto de Investigación UBACyT: “Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos”. Directora: Prof. Dra. Inés Sotelo, Co-director: Dr. Guillermo Belaga. Teniendo como marco dicha investigación, el objetivo de este artículo es analizar la concepción de síntoma y su articulación con el modo de concebir la urgencia, que poseen psiquiatras y psicólogos que trabajan en dispositivos diseñados para recibir urgencias. Para ello, tomaremos 50 protocolos correspondientes a las entrevistas semidirigidas realizadas a dichos profesionales, destacando que se trata de psiquiatras y psicólogos que trabajan en dispositivos de guardia pertenecientes a hospitales públicos, mono y polivalentes, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense. Los resultados obtenidos permitirán un primer acercamiento en el conocimiento de la realidad de la atención de la urgencia en salud mental, así como la posibilidad de interrogar las consecuencias clínicas de dichas concepciones.

Palabras clave

Urgencia, Síntoma, Concepciones, Psiquiatras, Psicólogos

Abstract

SYMPTOM AND EMERGENCY IN MENTAL HEALTH: THE PERSPECTIVE OF PSYCHIATRISTS AND PSYCHOLOGISTS

This article follows UBACyT Research Project: “Emergency devices for mental health urgencies from the view of professionals, psychologists and psychiatrists, intervening in them.” Director: Prof. Dra. Inés Sotelo, Co-Director: Dr. Guillermo Belaga. Taking this research as a framework, the aim of this paper is to analyze the concept of symptom and its articulation with the way of conceiving the urgency that psychiatrists and psychologists who work in devices designed for emergencies, have. To do that, we will take 50 protocols from semi conducted interviews with these professionals, noting that they are psychiatrists and psychologists working in emergency devices belonging to public hospitals, mono and polyvalent, from Buenos Aires City and its Suburbs. These results will allow a first approach in understanding the reality of emergency care in mental health, as well as the possibility to examine the clinical consequences of these conceptions.

Key words

Urgency, Symptom, Conceptions, Psychiatrists, Psychologists

El presente escrito se desprende del Proyecto de Investigación UBACyT 2012-2015: “Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos”. Directora: Prof. Dra. Inés Sotelo, Co-director: Dr. Guillermo Belaga.

Teniendo como marco dicha investigación, el objetivo de este artículo es analizar la concepción de síntoma y su articulación con el modo de concebir la urgencia, que poseen psiquiatras y psicólogos que trabajan en dispositivos diseñados para recibir urgencias.

Para ello, tomaremos 50 protocolos correspondientes a las entrevistas semidirigidas realizadas a dichos profesionales, destacando que se trata de psiquiatras y psicólogos que trabajan en dispositivos de guardia pertenecientes a hospitales públicos, mono y polivalentes, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense. Los resultados obtenidos permitirán un primer acercamiento en el conocimiento de la realidad de la atención de la urgencia en salud mental, así como la posibilidad de interrogar las consecuencias clínicas de dichas concepciones.

Nuestras razones

En primer lugar, nos interesa señalar por qué consideramos central desarrollar la articulación síntoma y urgencia. Partimos de la idea de que el modo en que se conciben ambos, determina una forma particular de tratamiento de la urgencia, en la medida en que concierne a la posición e intervenciones del analista. Es por ello que nos interroga de qué modo se articulan dichas concepciones en los profesionales entrevistados, psiquiatras y psicólogos, que trabajan en dispositivos asistenciales diseñados para recibir urgencias. En segundo lugar, y en concordancia con ello, es para nosotros un punto de partida la concepción de que *toda consulta implica un punto de urgencia*, más allá del dispositivo en el que dicha urgencia se presente. Pensamos que toda consulta está precedida por una ruptura, una irrupción, un punto de quiebre del equilibrio en el que alguien se sostenía hasta cierto momento. A este quiebre Lacan lo denomina *emergencia de un real*, real que define en *La tercera* (Lacan, 1975) como “lo que anda mal, lo que se pone en cruz ante la carreta, más aún, lo que no deja nunca de repetirse para estorbar ese andar” (Lacan, 1975, 81). En este sentido, la urgencia siempre es ruptura, detención de un andar. Detención del deslizamiento propio de la cadena significativa (S1-S2), lo que implica la abolición momentánea de la dimensión de la significación, la suspensión transitoria de la dimensión del sujeto dividido y del deseo en tanto falta. Por eso Lacan vincula a lo real con la presencia del objeto a. Se hace presente algo que obtura la falta. Esto lo encontramos representado en la frase del *El Seminario X* (Lacan, 1962-63): “La angustia (...) no es sin objeto” (Lacan, 1962-63, 100-101). Parafraseando a Lacan, la angustia no es señal de una falta sino señal de la carencia del apoyo que la falta aporta. Se articulan de este modo: urgencia, real y angustia. Finalmente, el mismo Lacan articula síntoma y urgencia cuando afirma que “el sentido del síntoma es lo real” (Lacan, 1975, 84) y que su porvenir, el del síntoma, depende de lo real. Allí mismo,

en *La Tercera* (Lacan, 1975), destaca que “la angustia es el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real” (Lacan, 1975, 87). Se articulan así: urgencia, real, síntoma y angustia.

Situaremos ahora qué entendemos por síntoma y qué concebimos como urgencia, para luego destacar el modo en que ambos son concebidos por quienes se dedican a recibir urgencias en salud mental, con el objetivo de reflexionar acerca de las consecuencias clínicas de dichas concepciones.

El síntoma... analítico

En primer lugar, nos interesa señalar que distinguimos padecimiento o sufrimiento mental, de aquello que denominamos *síntoma*. Entendemos por padecimiento a aquello que quien consulta delimita como su sufrimiento, como el motor o motivo de consulta. Por el contrario, en lo relativo al síntoma, es necesario realizar cierta operación sobre dicho padecimiento subjetivo para que éste devenga un síntoma. Al resultado de dicha operación lo denominamos *síntoma analítico*, es decir, un síntoma abordable por el análisis. Por eso Lacan define al síntoma -en el inicio de su enseñanza- “como lo que es analizable” (Lacan 1957-58, 332).

En la *conferencia 23, Los caminos de la formación de síntoma* (Freud, 1916-17) Freud afirma que el síntoma “repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto, por regla general volcada a una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos de la ocasión que llevó a contraer la enfermedad. La modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño (...) es irreconocible para la persona (...) y como tal se queja de ella” (Freud, 1916-17, 355). En esta cita, se articulan *al menos* cuatro conceptos: satisfacción, síntoma, inconsciente y represión. ¿Por qué? Porque Freud señala que el síntoma implica *necesariamente* una satisfacción, como tal *desconocida* para la persona, que sólo reconoce una sensación -a nivel del yo- que llamamos *sufriamiento*; pero además, ese desconocimiento hace del concepto de síntoma un concepto solidario de los de inconsciente y represión. Destacamos que si bien Freud hace referencia explícita al síntoma y lo articula con la noción de padecimiento, no son nociones equivalentes. Para que el padecimiento devenga síntoma analítico la operación del analista supone la articulación entre escenas efecto del trabajo analítico: es decir que el síntoma analítico implica al analista en su estructura, y la articulación con el inconsciente, inconsciente del que el analista forma parte. Es lo que Freud delimita por ejemplo, a partir de *su lectura* del padecimiento de *Emma*. Allí, el sufrimiento queda ubicado en su *no poder ir sola a una tienda*, y el síntoma es el resultado de la articulación de escenas cuyo nexos se establece por vía asociativa. ¿De qué modo? A partir de los dichos de *Emma*, la lectura del analista introduce una novedad: la escena de la tienda, en la que los empleados se reían de sus vestidos (S2), se resignifica a partir de la escena primera en la que el pastelero la pellizcó a través de sus vestidos (S1). Dicha lectura del analista es la que transforma el sufrimiento sin más en otra cosa, en algo abordable, descifrable, al articularlo al analista, o como Freud destacaba, al Otro escenario. Por eso Lacan define al síntoma como significado del Otro en el grafo del deseo, en tanto es efecto de la articulación significativa resultado de la puntuación del analista situado en el lugar del A (Otro con mayúscula), donde lo que interesa no es la realidad de la escena (del pastelero en este caso), sino cómo un encuentro con lo traumático se inscribe como una marca a leerse, un significante, desde otra escena donde esa marca se repite (en *Emma*, la risa y los vestidos).

Urgencia y síntoma: ¿qué relación?

Ahora bien, nos interesa señalar la relación que concebimos entre estos dos términos, síntoma y urgencia, en la medida en que los profesionales entrevistados se desempeñan en dispositivos para alojar urgencias.

Hemos situado más arriba lo que para nosotros define a la urgencia: una ruptura, un punto de quiebre en la homeostasis en la vida de un sujeto, quiebre que implica la *emergencia de un real* en el sentido de “lo que se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (Lacan, 1975, 84). Retomando lo antedicho, entonces, este desequilibrio efecto de la ruptura de la homeostasis produce el movimiento que es motor de la consulta. Entonces, habiendo localizado algunos puntos centrales de lo que concebimos como urgencia... ¿Podemos hablar de síntoma analítico en sentido estricto cuando hablamos de urgencia? Pensamos que no, que justamente la instalación del dispositivo analítico en sentido estricto (lo cual supone la constitución de un síntoma analítico tal como lo precisamos más arriba) no es posible en la/las entrevista/s en la urgencia. De este modo se advierte el sentido de la afirmación freudiana de *Análisis terminable e interminable*: “En estados de crisis agudas el análisis es poco menos que inutilizable”. (Freud 1937, 234). Asimismo, consideramos que uno de los modos en que finaliza la urgencia, más allá de la cantidad de entrevistas, es cuando el dispositivo analítico empieza a operar en tanto tal. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, si la urgencia finaliza, también se debe a su tratamiento a partir de las reglas y principios del método analítico aunque no se encuentre constituido aún el síntoma analítico. Si todo paciente llega a la guardia o al consultorio *en urgencia*, no es posible que el síntoma analítico sea igual al padecimiento de la urgencia, pero sí que esa urgencia vire a un síntoma analítico y eso constituye un primer movimiento en la instalación del dispositivo analítico. Este es un modo también de leer -aunque no el único- la letra de Freud cuando nos indica que “el síntoma de la neurosis actual suele ser el núcleo y la etapa previa del síntoma psiconeurótico” (Freud, 1916-17, p. 355). Sin embargo, esto de ningún modo excluye que exista cierta eficacia analítica y efectos terapéuticos en una entrevista en la urgencia, y que las intervenciones no involucren la posibilidad de que en un segundo momento dicho trabajo analítico sea posible. ¿De qué modo operaría entonces el analista en la urgencia? En la urgencia, el analista apunta a que algo de ese real se tramite a través de la palabra, a reinstalar la cadena significativa mediante la producción del discurso atendiendo a las coordenadas en que se desencadenó la urgencia, lo que posibilita comenzar a reinstalar la dimensión de la significación y del sujeto dividido. Mediante la producción discursiva, se apunta a que el padecimiento “salga del estado de enigma todavía formulado” (Lacan, 1962, 303) para lo cual es necesario que el sujeto se perfile algo tal que le sugiera que hay una causa para eso” (Lacan, 1962, 303). La posición e intervenciones del analista en la urgencia debieran poder ubicarse en la siguiente formulación: “hable, que es sus palabras está la clave de lo que le sucede”. Que se apunte a reinstalar la dimensión de la significación, no implica que se deje de interrogar el sentido, ya que en las neurosis este viene a obtener la falta estructural, efecto del lenguaje. De este modo, entonces, retomando lo expresado, en la urgencia es posible obtener cierto alivio del padecimiento habiendo creado las condiciones para un trabajo analítico. Trabajo que el paciente elegirá sostener o no.

Nos preguntamos ahora, qué concepción tienen psiquiatras y psicólogos acerca de esta articulación “síntoma y urgencia” a partir de las entrevistas realizadas, y qué consecuencias clínicas se desprenden de ellas.

Perspectivas sobre síntoma y urgencia: psiquiatras, psicólogos...

Lo que se observa en un primer abordaje de los protocolos, es una *gran variedad en las respuestas* con respecto a cuál es la concepción de síntoma que poseen, tanto por parte de los psiquiatras como de los psicólogos. Pero, en gran medida, se observa que -al menos a nivel discursivo- los conceptos de síntoma y padecimiento subjetivo equivalen en cuanto a su significado, ya que suelen ser utilizados de manera indistinta. Se infiere de ello, aunque también en algunos casos se explicita, que se equiparan con el *motivo de consulta*. Ahora bien, consideramos que esta falta de distinción puede atribuirse a que el término síntoma se utilice en sentido descriptivo, dado que en ese punto, síntoma y padecimiento subjetivo, coinciden. ¿Qué entendemos por síntoma en sentido descriptivo? Con respecto al síntoma en su sentido descriptivo, lo definimos como aquello que a quien consulta, se le presenta como algo "...ajeno, extraño, como algo a resolver, a solucionar. Señala al sujeto pero no lo representa, no dice nada de él. Aparece como fuera de la cadena" (Sotelo 2004, 109). A esto se debe que sea ineludible, para el practicante del psicoanálisis, causar el despliegue del los dichos del paciente acerca de eso que se le presenta como extraño; vehiculizados por el decir, que alguien le hable a alguien, permitirá localizar un sujeto en el sentido psicoanalítico del término: lo que representa un significante para otro significante. Por otro lado, y en menor medida, se observa que no hay respuesta directa a la pregunta acerca de la concepción de síntoma, en particular, en lo que se refiere a la respuesta de los psicólogos: lo que resulta paradójico de esto, al menos desde nuestro punto de vista, es que la resolución de una urgencia depende de la lectura que quien la aloja haga de ella, por lo tanto, también obedece a cierta concepción de síntoma, así como de la urgencia y de su resolución. Pero, aún no explicitada la concepción de síntoma en las respuestas de los protocolos, es posible leerla a partir del modo en que conciben la resolución de la urgencia, dado que no es posible intervenir desde ninguna concepción. En este punto, coincidimos con Inés Sotelo cuando señala que todo hecho es efecto de la lectura que se hace de él, y que esa lectura "...encierra cuál es la concepción de sujeto que está en juego, así como la del síntoma y su solución..." (Sotelo 2004, 99). Solución no comprendida como resolución del síntoma. Más bien esa es la concepción que predomina entre los psiquiatras, herederos de la tradición médica, cuya perspectiva enfatiza la idea del síntoma como parte de una enfermedad y como algo a resolver. Para la mayoría de los psiquiatras, el síntoma es parte de una enfermedad y la urgencia finaliza cuando el síntoma se resuelve o cuando se logra efectivizar la derivación, es decir, insertar al paciente en el dispositivo que corresponde para el tratamiento de su patología. De allí que en la mayoría de los casos, la posición de los psiquiatras respecto de su objetivo en relación con la resolución de la urgencia sea la vuelta al equilibrio o estabilidad, perdidos.

En cuanto a las intervenciones de los psicólogos, en general suelen estar ligadas a ese motivo de consulta inicial, de modos diversos: en la mayoría de los casos, los psicólogos afirman que se trata de lograr que de algún modo los pacientes *se impliquen*, que algo del padecimiento que los condujo a la guardia tiene que ver con ellos, que tiene *un significado subjetivo* y que no les es ajeno aunque se presente como tal. A partir de establecer qué condujo a la ruptura de la homeostasis, intentan ubicar mediante la intervención lo singular de ese padecimiento.

En cuanto a las respuestas de los psiquiatras respecto de sus intervenciones, en gran medida estos la vinculan con el apaciguamiento o resolución sintomática y, aunque en muchos casos consideran que la urgencia puede no finalizar durante la intervención en la

guardia, suelen reducir la resolución al establecimiento de una estrategia terapéutica a seguir luego de la vuelta a la estabilidad: la derivación a consultorios externos, internación, otro dispositivo. Lo que es notorio en el caso de los psiquiatras, es que si bien suelen basar su intervención en el diagnóstico del DSM o CIE-10, y por lo tanto, se trata de una intervención estandarizada, en algunos casos manifestaron la importancia de considerar la singularidad del paciente, junto con el diagnóstico estándar, para determinar la conducta terapéutica más conveniente.

El síntoma... una solución...

Hemos destacado la concepción del síntoma en sentido descriptivo. También hemos acentuado que esta es la vertiente que se destaca en los protocolos y en el modo de concebir la resolución de la urgencia. ¿De qué modo podemos concebir al síntoma? Esto nos conduce a interrogarnos por la eficacia misma del psicoanálisis. ¿Por qué? Aún con muchos interrogantes no desplegados, nos interesa señalar que en casi la totalidad de los protocolos, no ha sido enfatizada o incluso mencionada la vertiente de solución que el síntoma aporta. Es decir que si bien el síntoma (en sentido descriptivo) conlleva una dimensión de ajenidad y extrañeza ligados al padecimiento que produce en la persona que consulta, todo síntoma envuelve un intento, aunque fallido, de solucionar algo. Al menos ese es el planteo freudiano, y Lacan en este punto, es fiel a Freud. ¿Solución a qué? Para Freud, "conflicto psíquico"; Lacan lo nombra "división subjetiva". El síntoma es fundamentalmente un modo de respuesta a la falta en el Otro, falta que desde el psicoanálisis concebimos como estructural. Este aspecto es primordial y ninguna escucha analítica debiera soslayarlo, más allá del sufrimiento que se observa en primer plano y que irrumpe, a veces de manera escandalosa, en la urgencia. Nos referimos con esto a la dimensión de goce que todo síntoma comporta, que queda elidida si sólo se interviene a partir de lo observable, de lo que quien consulta relata como su sufrimiento. Inés Sotelo afirma (Sotelo, 2005): "Intervenir exclusivamente a partir de lo que se observa no sirve de nada, se trata de llevar al sujeto al punto donde ya no se reconozca, desprecio por lo verosímil, desconexión entre la cosa y el signo" (Sotelo, 2005, 157). Esto no significa que el analista debiera ser capaz de intervenir sobre esta dimensión en una entrevista en la guardia, pero sí es necesario que esté presente desde su posición y escucha, desde los inicios, porque determinará sus intervenciones, sus efectos y el tratamiento posterior, si quien consulta consiente a ello. En este sentido entendemos la advertencia de Jacques Alain Miller tal como la formula en *La envoltura formal del síntoma* (Miller et al, 1989): "...el problema es que ustedes no pueden dejar de pensar que en el propio relato del infortunio hay en realidad un arreglo, y que el síntoma satisface ahí mismo donde se lo presenta como doloroso..." (Miller, 1989, 15). La urgencia, quizás por el modo en que suele presentarse, conduce a que esta dimensión propia del síntoma quede en segundo plano. Posiblemente esto concierna también a la angustia propia del analista. Por alguna razón, Lacan en *El Seminario X* (Lacan, 1962-63), luego de tantos años de práctica del psicoanálisis, también se ve forzado a señalarlo: "El síntoma, en su naturaleza, es goce, no lo olviden [...] (...) no los necesita a ustedes (...) se basta a sí mismo..." (Lacan, 1962-63, 139).

Integrantes del Equipo de Investigación: Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga (Codirector), Lucas Leserre, Marta Coronel, Miguel Marini, Alejandra Rojas, Valeria Mazzia, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Alejandra Cruz, Paola Méndez, Graciela Tustanoski, Vanesa Fazio, Emilia Paturlanne, Antonella Miari, Mariana Castro, Evangelina Irrazabal, Lucas Rodríguez, Gabriela Triveño, Mariana Fevre, Gabriela Santimaria, (Investigadores en formación), Laura Grischpun (Investigador estudiante)

NOTA

[i] El subrayado es nuestro.

BIBLIOGRAFIA

Belaga, G., Comp. (2004) La urgencia generalizada. Grama ediciones, Buenos Aires, 2004.

Freud, S. (1898) "La sexualidad en la etiología de las neurosis". En Obras completas, Amorrortu editores, Vol. III. Buenos Aires, 1997, 251-276.

Freud, S. (1916-17) "Conferencias de introducción al psicoanálisis" (Parte III) 23º conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En Obras completas, Amorrortu Editores. Vol. XVI. Buenos Aires, 1998, 326-343.

Freud, S. (1916-17) "Conferencias de introducción al psicoanálisis" (Parte III) 24º conferencia. El estado neurótico común. En Obras completas, Amorrortu Editores. Vol. XVI. Buenos Aires, 1998, 326-343.

Freud, S. (1937) "Análisis terminable e interminable". En Obras completas, Amorrortu Editores. Vol. XXIII. Buenos Aires, 1996, 211-254.

Lacan, J. (1957-1958) El Seminario. Libro V: Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires, Paidós, 1999.

Lacan, J. (1962-1963) El Seminario. Libro X: La angustia. Buenos Aires, Paidós, 2006.

Lacan, J. (1975) "La tercera". En Intervenciones y textos 2. Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1988, 73-108.

Miller, J-A. (1989) "Reflexiones sobre la envoltura formal del síntoma2. En La envoltura formal del síntoma, Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1989, 9-16.

Sotelo, I. (2004) "La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia". En La urgencia generalizada. Belaga, G., Comp. (2004), Grama ediciones, Buenos Aires, 2004, 97-113.

Sotelo, I. (2007) Clínica de la urgencia. JCE Ediciones. Buenos Aires, 2007.

Sotelo, I., Comp. (2009) "¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?" En Perspectivas de la clínica de la Urgencia, Inés Sotelo compiladora, Editorial Grama. Buenos Aires, 2009, 23-30.

Sotelo, I., Comp. (2005) Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. JCE Ediciones, Buenos Aires, 2005.

Sotelo, M.I., Rojas, M.A., Miari, A. (2011) Revista Universitaria de Psicoanálisis Nº 11, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1515-3894, 2011, 181-188.