

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Particularidades de la atención en las vicisitudes de la guardia. Quehacer (¿qué hacer?) del analista en el equipo interdisciplinario.

Forastieri, Franco Maximiliano, Chuliver, María Candela y Capaldi, Melisa.

Cita:

Forastieri, Franco Maximiliano, Chuliver, María Candela y Capaldi, Melisa (2020). *Particularidades de la atención en las vicisitudes de la guardia. Quehacer (¿qué hacer?) del analista en el equipo interdisciplinario. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/655>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/Kad>

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>.

PARTICULARIDADES DE LA ATENCIÓN EN LAS VICISITUDES DE LA GUARDIA. QUEHACER (¿QUÉ HACER?) DEL ANALISTA EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Forastieri, Franco Maximiliano; Chuliver, María Candela; Capaldi, Melisa
Hospital Braulio A. Moyano. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo representa e intenta reflejar nuestra experiencia en la guardia de un hospital monovalente neuro-psiquiátrico, en el transcurso de la rotación (2019-2020) por dicho servicio en el quinto año de la concurrencia en Psicología Clínica, tal como lo dispone el programa de formación vigente. Se pretende situar, desde concepciones psicoanalíticas enmarcadas en el campo de la Salud Pública y Salud Mental, un modo de pensar a la urgencia que resulte orientador de las intervenciones sostenidas en la práctica cotidiana en la institución. Asimismo, se presenta una viñeta clínica que busca plasmar dichas concepciones teóricas en el quehacer del equipo interviniente en el servicio de guardia.

Palabras clave

Urgencia subjetiva - Guardia - Psicoanálisis - Psicología Clínica

ABSTRACT

PARTICULARITIES OF THERAPEUTIC ATTENTION ON THE CHANGING CIRCUMSTANCES OF A MEDICAL GUARD. DUTIES (WHAT TO DO?) OF THE ANALYST IN THE INTERDISCIPLINARY TEAM

This paper outlines our work experience at a mental health specialized hospital ward from 2019-2020. This period is part of the fifth year of the postgraduate attachment in Clinical Psychology, according to the study program. It is our objective to focus on a way of thinking about emergency that sheds light on interventions carried out at daily practices in the institution, starting from psychoanalytical assumptions framed by Public and Mental Health fields of knowledge. Additionally, we share an extract of a case study to articulate the theoretical understandings previously developed

Keywords

Subjective urgency - Ward - Psychoanalysis - Clinical Psychology

Introducción:

La escritura de este trabajo es el resultado de la lectura y la experiencia clínica, en el marco de la concurrencia en psicología en un hospital monovalente neuro-psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires. Representa el tramo final de un recorrido que comenzó en el año 2015 y que este año tan particular llegó a su meta. Atravesar el hospital siendo concurrentes configuró una experiencia que, en tanto sostenida en el deseo y orientada por el discurso psicoanalítico, atañe a la idea de que el analista es al menos dos, el que produce efectos y el que a esos efectos los teoriza.

A lo largo del recorrido hospitalario, habitamos distintos servicios que constituyeron y enriquecieron la formación. Ellos van desde la internación de largo tratamiento, hospital de día, consultorios externos, rotación por efectores por fuera del hospital, entre otros. Durante el último año, integramos la guardia externa del hospital, donde atravesamos la experiencia de asistir y dar respuesta ante la Urgencia.

En este sentido, en el siguiente escrito desarrollaremos una viñeta clínica correspondiente a un abordaje (entre tantos otros) en la guardia de un hospital monovalente, y realizaremos una breve articulación teórica en función de los disparadores que aporta el caso, causados por el interés de cernir los modos de presentación de las *urgencias*, las posibles respuestas institucionales y la particularidad del quehacer de un analista en el servicio de guardia de un hospital monovalente.

Desarrollo:

El dispositivo de la guardia emplazado dentro del hospital, contempla la evaluación, el alivio sintomático y la finalización de la urgencia a través de intervenciones protocolizadas de los equipos profesionales.

Según Sotelo (2009), las situaciones que allí se presentan suelen ser complejas y requieren de precisión diagnóstica para calcular, entre otras cosas, la gravedad del caso.

En la guardia del hospital monovalente nos encontramos con múltiples situaciones que ponen en juego el quehacer del equipo profesional. Las mismas van desde pedidos de medicación, el sostenimiento de "tratamientos" debido a la dificultad de encontrar espacios en consultorios externos de los distintos efectores, demandas de los pacientes de internación, entre otras.

Asimismo, las presentaciones de estas situaciones son diferentes; dichas demandas pueden provenir de familiares, de otras instituciones, solicitudes judiciales, o de los propios usuarios del sistema de salud.

Ante este abanico de posibilidades y modalidades de presentación, es importante poder discernir de quién es la urgencia en cada caso y si hay diversos sujetos implicados en ella; ¿para quién es esa, una situación insoportable que hay que resolver? ¿qué urge? ¿quién? ¿de quién es la demanda?

Tener a mano estos interrogantes nos permitirá orientar nuestro quehacer.

i. ¿Qué entendemos por urgencia?

“Actuar es arrancarle a la angustia su certeza.”

(Lacan, 2012)

La concepción de la urgencia que tengamos los/las profesionales que asistimos en un servicio de guardia, determinará nuestros modos de intervención. Siguiendo a Belaga (2004), la urgencia sobrepasa las posibilidades y las disposiciones existentes, tensiona y hace pensar en nuevos artificios para responder a la altura del actual sufrimiento subjetivo.

Podemos ubicar dicho momento como una ruptura, un quiebre de la homeostasis y la pérdida de coordenadas que ubican al sujeto. Pérdida que hace eco en quién logra alojarla, es un acontecimiento que escapa a las sistematizaciones por lo que se vuelve necesaria la inventiva, en parte olvidar lo que se sabe y dar lugar al hacer poniendo atención al detalle. La urgencia, entonces, inaugura una dimensión del tiempo suspendido, todo transcurre en la brutal inmediatez.

Este acontecimiento instaura el tiempo de la prisa, ante la cual el encuentro con un analista se presenta como pausa, como una posibilidad de interrogar el acontecimiento -¿desde cuándo? ¿por qué ahora? ¿por qué aquí?-, historizar e intentar que haya escritura.

Laurent (2000):

“El uso fundamental del psicoanálisis es que el encuentro con un analista se transforme en un paréntesis en el cual un sujeto sometido a la tiranía de la causalidad, transforme el sentido de la identificación con la que intenta definir su posición en la civilización en el encuentro con la falta en ser, reintroduciendo la necesidad de la producción de sentido”.

Es este sentido, ante la contingencia que se presenta como ruptura, debemos intentar localizar qué es lo que ha irrumpido provocando ese sufrimiento agudo. Este movimiento/intervención supone entonces un impasse en la que se buscarán respuestas -provisorias- que permitan por un lado mantener la incógnita, para hacer aparecer un problema donde antes estuvo la respuesta apresurada. Se intenta así que emerja algo del sujeto, a la vez que se ofrecen como nuevos significantes que permitan volver a tejer algo del entramado fantasmático.

La urgencia será, por lo tanto, eso que empuja, que no admite espera, mientras que la propuesta del psicoanalista es justamente ofrecerle al paciente ese tiempo que no tiene. Será un modo de alojar, pero sin consentir la demanda de volver a un estado anterior, sino proponer un nuevo camino que permita la reescritura de su historia, siguiendo los surcos de su decir, ubicando al sujeto en ellos. Consideramos que “a través de la maniobra del analista podría producirse alguna rectificación para que el sujeto pueda reconocerse en eso que aparece como ajeno” (Sotelo, 2007).

Así, las intervenciones orientadas por los analistas podrían inaugurar un tiempo, una pausa. Desde la perspectiva de los tiempos lógicos (Lacan, 2014), lo entendemos como movimiento que frente al “no hay tiempo” de quien padece, el analista instaura la pausa: “hay todo el tiempo, cuénteme”, incluso cuando estamos frente a una situación que sabemos que como equipo profesional hay que resolver. Proponer un tiempo para comprender ante lo que se presentó en el instante de ver, para localizar algo de esta urgencia, para luego concluir. Solución a la que se arriba de acuerdo a las coordenadas del caso.

Un modo posible será la internación, considerada según nuestra normativa como un “recurso terapéutico de carácter restrictivo” (Ley Nacional de Salud Mental 26.657). La internación conlleva una decisión que se orienta a aliviar el dolor psíquico, cuando no haya otra alternativa eficaz a modo de respuesta. Es decir, cuando se evalúe la presencia de una subjetividad en riesgo. El sujeto logra con la internación una vía de escape a su realidad demasiado real, a su realidad insoportable.

Allí la institución hospitalaria podría pensarse como un lugar que aloja, que cobija, que brinda seguridad frente a un exterior hostil. Al instalarse el Otro que escucha, puede transformarse este grito urgente en demanda, para de esta manera restablecer la dimensión temporal: de la demanda desesperada a la demanda de saber.

ii. Viñeta clínica:

Se presenta a la guardia A.S., de 22 años de edad, traída por profesionales del hospital donde se atiende su niño (un médico psiquiatra y una psicóloga). Ambos, son el equipo tratante del hijo mayor de A.S., quien se encuentra bajo tratamiento por el diagnóstico de retraso madurativo y autismo. Durante una entrevista conjunta que mantuvieron ese día con A.S., evidenciaron la presencia de cortes en su antebrazo y un estado de angustia en la misma. Al ser consultada, comentó que se los había realizado durante el transcurso de esa madrugada, situación ante la cual los/as profesionales infirieron cierto riesgo, tomando la decisión de acompañarla hasta la guardia del hospital monovalente para ser evaluada.

Aquí podemos ubicar como la demanda de atención proviene, en un primer momento, de los/las profesionales que tienen bajo tratamiento al hijo de A.S. Sin embargo, la misma aceptó sin resistencias la oferta de ser acompañada para una evaluación,

de hecho dejó entrever durante la entrevista de esa mañana, los cortes producidos, lo que podría leerse como un primer llamado, un pedido de auxilio.

Al momento de la entrevista con el equipo interdisciplinario, A.S. presenta cortes en la parte interna de su antebrazo izquierdo y quemaduras. Se encuentra ansiosa, con aspecto poco conservado y orientada globalmente. De la evaluación se desprende una marcada labilidad afectiva e impulsividad manifiesta. Presenta escaso capital ideativo, con dificultad -por momentos- para mantener la idea directriz. Según el relato se constata la presencia de conductas auto y heteroagresivas y se evalúa su dificultad para prever las consecuencias de sus actos. Refiere dificultad para conciliar el sueño, situación que resolvería con el aumento en la dosis indicada de Clonazepam. A su vez, la paciente presenta consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y alcohol).

Del episodio que motiva su presencia en la guardia, comenta que se realizó dichos cortes porque se encuentra *“harta de la suegra”*, relatando situaciones cotidianas, en las cuales se deja entrever su dificultad para manejarlas y sus respuestas impulsivas frente a los eventos. Continuando con su relato, menciona que salió en la madrugada de ese día a deambular por la calle muy angustiada luego de un conflicto familiar. Refiere que realizó los cortes con una hoja de bisturí, sintiendo posteriormente *“alivio”*. Debido al sangrado que presentaba, se acercó a la guardia de un hospital general de las cercanías de su domicilio, donde le realizaron una sutura y luego regresó a su casa. Consultada por los hechos que relata, manifiesta sentir *“las voces de su suegra en la cabeza”*, las cuales según se evalúa corresponden más a rumiaciones del pensamiento que a alteraciones en la senso-percepción. Puesto que en este punto logramos ubicar algo del sujeto. Es decir, siguiendo lo planteado por Miller (2015), podemos marcar una distinción entre el dicho y su posición, siendo esa posición el propio sujeto.

Preguntada acerca de la presencia de ideas de muerte y su relación con los cortes que presenta a la actualidad, A.S. manifiesta que no tenía un plan de muerte, pero sí ciertas ideas, y que realizó dichos cortes para aliviar su malestar, situación que ya había realizado en otras oportunidades (de hecho se evidencian cicatrices en distintas partes de su brazo). Asimismo, manifiesta que en otra oportunidad ha tenido ideación de muerte, y que previamente había pensado en matar a sus hijos/as, para que no se quedaran en el contexto familiar que ella tanto rechaza, razón que motivó su anterior internación.

De su historia de vida, A.S. relata situaciones de abuso sexual durante su infancia, por parte de la pareja de su madre, de un primo y de la pareja de una hermana. Desde pequeña reside sin sus padres, permaneciendo al cuidado de una hermana mayor. En su trayectoria vital, se destacan antecedentes de intentos autolíticos. A su vez, su madre presenta consumo de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base), mientras que el padre falleció por cirrosis. Quedó embarazada de su primer hijo durante

la adolescencia y luego conoció a su actual pareja, con quien tiene una bebé de un año y medio. A la actualidad residen juntos en la zona sur del conurbano bonaerense, con la familia de él. Despliega numerosas conflictivas familiares en la convivencia y se evidencia un contexto de vulnerabilidad social.

La joven entrevistada tuvo una breve internación anterior en este mismo hospital, luego de la cual prosiguió por consulta externa, hasta que fue orientada a solicitar un turno en las cercanías de su domicilio, comenzando un tratamiento psiquiátrico (únicamente) en un hospital cercano, con frecuencia mensual.

iii. Articulación:

“Primero está el corte, luego la intervención tendiente a la sutura, para poder volver a cortar nuevamente, pero ya no será sin Otro”

(Vascheto, E. 2009)

Emilio Vascheto (2009) diferenciará la urgencia subjetiva de la urgencia generalizada. La primera tiene que ver con la precipitación de una experiencia enigmática, la angustia o la certeza en su punto cero de elaboración. En este caso nuestra intervención tendiente a la salida de urgencia, iría del enigma al sentido, de la pregunta a la respuesta, operando en la hiancia, donde el sujeto ha quedado suspendido, para crear una nueva posibilidad a partir de los retazos significantes que se han desamarrado de la cadena. En el caso de la urgencia generalizada, la urgencia, la prisa acude por solicitud de otros y no necesariamente viene a señalar la ruptura del tiempo, allí la urgencia aparece con la crisis y se dirige hacia la producción urgente de un sujeto, “provocación de una urgencia en el límite del decir”, en el sentido que va de la respuesta a la pregunta. El encuentro con un analista, podrá generar el pasaje de la urgencia generalizada a la urgencia subjetiva.

Ahora bien, una vez presentada la dimensión de la urgencia, debemos establecer los modos de intervención y de respuesta. En palabras de Tomasa San Miguel (2005), las intervenciones en la urgencia, por fuera de la transferencia, apuntarán a volver a anudar, alojar, velar esta verdad que ha quedado brutalmente develada para el sujeto, al punto de dejarlo desamparado, sin referencias identificatorias, sintomáticas o fantasmáticas.

Para el campo de la psiquiatría, se considera intento de suicidio a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual, referido por el paciente y/o el referente/acompañante. A su vez, las conductas autolesivas no deben minimizarse, ya que exponen al paciente a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que la persona padece.

Aquí, la intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro. Siguiendo esta línea, desde la perspectiva psicoanalítica el tratamiento en un pasaje al acto implica una intervención en acto. Cálculo que realiza el analista (y el equipo profesional en su conjunto) para frenar el empuje de esa

caída, en tanto como establece Lacan (2012), el sujeto se mueve en dirección a evadirse de la escena, se precipita, báscula.

En este punto, es interesante tomar la dimensión de *alivio*, tal como nombra A.S. a las marcas auto-producidas en su cuerpo. La presencia de la manifestación del cuerpo en tanto goce introduce diferentes perspectivas en el campo clínico, que van más allá de la enfermedad como disfunción de un organismo. ¿Puede ese *alivio* producido por el corte provenir del campo de la palabra? Siguiendo a Belaga (2004), haciendo una lectura de los hechos, que no es ingenua, se dirige a los dichos, para localizar allí un decir.

En el recorte presentado, observamos la correcta derivación realizada por las/profesionales tratantes del hijo de A.S., quienes frente a la evaluación de la situación acompañaron a la misma hasta la guardia de este hospital, tal como lo indica el Protocolo de abordaje de la problemática de suicidio. Protocolos, entendidos como herramientas indispensables que nos permitirán echar mano en el trabajo con la Urgencia, generando un marco regulador, un encuadre en el quehacer profesional.

Así, la urgencia no debe ser homologada a la gravedad del caso (Sotelo, 2007). Si bien podríamos encontrarnos en presencia de una letalidad media o baja en el método utilizado, el antecedente previo de intento de suicidio tomando en consideración lo relatado en función de los niños/as, la marcada impulsividad, las conductas auto y heteroagresivas y el contexto familiar que implicaba para la paciente un ámbito hostil y perturbador, fueron determinantes al momento de evaluar la presencia de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros. Todos estos factores, contribuyeron al cálculo de la intervención realizada en la urgencia. De esta manera, la internación por guardia será ese impasse que aloje -en el mejor de los casos- lo disruptivo al momento de la consulta. En contrapunto a la idea de internación perpetuada en el tiempo, que genera el acostumbramiento institucional, entendemos esta pausa como necesaria para abrir un espacio entre el instante de ver y el momento de concluir, brindando un tiempo de comprender, que se formule una pregunta en el campo de la palabra, donde antes había respuesta anticipada en el cuerpo. El desafío consiste, entonces, en apostar a la puesta en palabras de aquello que se actuó.

Conclusión:

La situación relatada nos invita a reflexionar acerca de la particularidad y especificidad que las intervenciones por guardia presentan. El paso por el servicio de guardia de un hospital monovalente, nos permite recoger de la práctica experiencias que se vuelven basales en nuestra formación. Entendemos que dichas intervenciones deben ser precisas, inmediatas, suficientes y con margen de seguridad, tanto para quien consulta como para el equipo de salud. Asimismo, si bien se trata de entrevistas dirigidas, debemos establecer un canal empático y de afecto, a los fines de poder generar un ámbito de confianza. Recordando que la urgencia no es sinónimo de prisa, creemos

que es importante tomarse el tiempo necesario y suficiente para conocer y abordar el malestar que la persona padece. Para ello, la presencia del discurso analítico en la guardia, constituye un saber fundamental para hacer efectiva la escucha de una demanda. Una demanda que trasciende el dolor físico, que involucra una historia de vida, factores particulares y circunstanciales que llevaron a ese sujeto ingresar en la guardia del hospital.

Si bien cada uno de los actores del equipo tendrá sus propias incumbencias, ninguna intervención en la Urgencia puede ser llevada a cabo por un profesional aislado. Es una tarea que requiere de la integración de los esfuerzos y saberes de varias disciplinas, tal como se encuentra plasmado en el Art. 8° de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, donde se pone texto a las modalidades de abordaje.

Podríamos pensar a la urgencia en Salud Mental como una determinada situación cuyas manifestaciones son percibidas como disruptivas o amenazantes para el propio sujeto, para su familia o para el entorno social, que pueden representar riesgo cierto e inminente para la integridad de sí mismo o de su entorno, por lo que se solicita una atención acuciante.

Allí habrá que intervenir, optimizando los saberes y recursos con los que contamos, así como también conocer el funcionamiento de las *redes* de las que formamos parte.

BIBLIOGRAFÍA

- Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de la Nación: (2018). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
- Belaga, G. (2004). *La urgencia generalizada. La práctica en el Hospital*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Lacan, J. (2012). Libro X. *La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2014). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En *Escritos 1* (pp. 193-208). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Laurent, M. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Ley Nacional de Prevención del Suicidio. *Ley N° 27130*. Promulgada de hecho 6 de Abril de 2015. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>
- Ley Nacional de Salud Mental. *Ley N° 26.657*. Promulgada 2 de Diciembre de 2010. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Miller, J. (2015). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- San Miguel, T. (2005). La guardia, un lugar posible. En I. Sotelo, Comp. *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del análisis* (pp. 139-143). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Editores.
- Sotelo, I. Comp. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (No. 159.964. 2). Buenos Aires: Grama ediciones.