

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, 2021.

Entre las modalidades de intervención y las concepciones de urgencia. Avances de una investigación en efectores de salud pública de la Provincia de Entre Ríos.

Homar, Amalia, Surraco, Mayka, Simón, Luciano y Uboldi, Alberto.

Cita:

Homar, Amalia, Surraco, Mayka, Simón, Luciano y Uboldi, Alberto (2021). *Entre las modalidades de intervención y las concepciones de urgencia. Avances de una investigación en efectores de salud pública de la Provincia de Entre Ríos. 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/000-012/261>

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

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>.

ENTRE LAS MODALIDADES DE INTERVENCIÓN Y LAS CONCEPCIONES DE URGENCIA. AVANCES DE UNA INVESTIGACIÓN EN EFECTORES DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

Homar, Amalia; Surraco, Mayka; Simón, Luciano; Uboldi, Alberto
Universidad Autónoma de Entre Ríos. Paraná, Argentina.

RESUMEN

A partir del presente trabajo pretendemos socializar los primeros avances de nuestro Proyecto de Investigación Acreditado (PIDAC), «Urgencias en Salud Mental. Un estudio sobre las modalidades de intervención en la provincia de Entre Ríos», que realizamos en el contexto de la institución académica de la que formamos parte, FHaYCS Universidad Autónoma de Entre Ríos. El objetivo central de nuestra investigación es el análisis de los supuestos teórico-epistemológicos que subyacen en las diferentes modalidades de intervención de efectores sanitarios de la provincia de Entre Ríos ante situaciones de urgencias subjetivas en Salud Mental. La “atención en crisis” o asistencia de la urgencia subjetiva, es clave dado que esas situaciones operan como un preaviso de otras manifestaciones más graves que pueden afectar a los usuarios del sistema sanitario. Creemos que hacer un rastreo sobre las modalidades de intervención y las concepciones de urgencia que existen en los dispositivos de salud se transforma en un aporte relevante para la salud pública. Hay que destacar que la investigación fue pensada durante el año 2019 y comenzada a ejecutar en el año 2020 junto con la pandemia, situación que nos llevó a incluir el análisis de las modalidades de intervención de urgencias en pandemia.

Palabras clave

Crisis - Intervención - Urgencia subjetiva - Psicoanálisis

ABSTRACT

BETWEEN THE MODALITIES OF INTERVENTION AND THE CONCEPTIONS OF URGENCY

From the present work we intend to socialize the first advances of our Accredited Research Project (PIDAC), «Mental Health Emergencies. A study on the modalities of intervention in the province of Entre Ríos », which we carried out in the context of the academic institution of which we are a part of, FHaYCS Universidad Autónoma de Entre Ríos. The central objective of our research is the analysis of the theoretical-epistemological assumptions that underlie the different intervention modalities of health workers in the province of Entre Ríos in situations of

subjective emergencies in Mental Health. “Crisis care” or subjective emergency assistance is key given that these situations operate as a warning of other more serious manifestations that can affect users of the health system. We believe that tracking the intervention modalities and the conceptions of urgency that exist in health facilities becomes a relevant contribution to public health. It should be noted that the research was planned during 2019 and began to be carried out in 2020 together with the pandemic, a situation that led to the analysis of emergency intervention modalities in pandemic, interacting.

Keywords

Crisis - Intervention - Subjective urgency - Psychoanalysis

Los inicios de una investigación en el campo de la Salud Mental en pandemia

En función de nuestro objeto de estudio y la perspectiva teórica psicoanalítica en la que nos posicionamos, definimos una estrategia metodológica cualitativa que nos posibilita indagar, comprender e interpretar el mundo de las significaciones que los sujetos atribuyen a su realidad, sus necesidades y prácticas. Pudimos acceder a un conocimiento que recupera las perspectivas subjetivas, las historias, comportamientos, experiencias, interacciones, acciones y sentidos de los sujetos que participan de la investigación y realizar interpretaciones en forma situada, ubicándolos e intentando comprender el contexto particular desde donde se posicionaron.

A partir de la muestra intencional que fuimos definiendo a lo largo de este primer año de trabajo, realizamos entrevistas a trabajadores de la salud que intervienen en situaciones de urgencia subjetiva, los cuales pertenecen a diferentes campos de formación: enfermería, psiquiatría, trabajo social, psicología y diferentes especialidades dentro de la medicina.

En esta oportunidad, a partir de los relatos de nuestros entrevistados, damos cuenta de los primeros resultados provisionales sobre las tensiones entre las modalidades de intervención de los trabajadores de salud y las concepciones de urgencia.

Estrategias de intervención y concepciones de urgencia

Cada intervención, está definida en buena medida, por la noción previa que se tiene en relación a aquello sobre lo cual se interviene. Intervenir respecto del sufrimiento humano no se basa en un saber técnico, por lo cual el criterio para analizar las respuestas de los entrevistados tiene que ver con develar las concepciones que tienen sobre la urgencia, la operatividad que le imprimen, es decir, si se trata de una caracterización favorable para los abordajes, si, por el contrario, no hay tal caracterización, o bien, si hay dificultad o imposibilidad para ubicar si se ha intervenido en crisis o incluso definir qué se entiende por las mismas.

Reconocer la existencia de que no hay una sola modalidad, sino modalidades de intervención implica reconocer la polisemia de este concepto, caracterizado por la pluralidad de connotaciones y multiplicidad de sentidos. De ahí que intervención pueda ser traducida como “participar, tomar parte, actuar junto con otros en cierto asunto, acción” (Moliner, 1994:158, citado en Montero Rivas 2012), o en otros casos como mediación, intromisión, injerencia, coerción. Considerando el amplio alcance del término, focaliza su interés en aquellas intervenciones de carácter social. ¿Cuáles son los relatos de nuestros entrevistados sobre esas primeras intervenciones que realizan cuando alguien ingresa a la guardia atravesando alguna situación de crisis?

“A veces te cuentan, a veces no te dicen nada, nosotros no los forzamos a que te digan (...) les hacemos saber que es un lugar tranquilo, que están ante un personal que los va a escuchar y que los va proteger. Cuando ellos lo asimilan, ahí se van calmando y se van abriendo de a poco” (Juan Angel)

Algunas estrategias utilizadas son ubicar un espacio y un tiempo en el que la persona haga consistir la crisis a partir de crear un lugar diferenciado con el paciente y el personal de salud, *“Apenas llegan esperamos a que ellos... le hacemos saber que es un lugar tranquilo, que están ante un personal que los va a escuchar y que los va proteger. Cuando ellos lo asimilan, ahí se van calmando y se van abriendo de a poco”* (Juan Angel).

En otros casos refieren se ocupan de recoger información y datos con familiares o personas que les acompañan.

Otra de nuestras entrevistadas aclara que no solo se trata de atender al paciente sino a su *“círculo familiar, porque vienen todos en crisis”* (Noelia) sobre todo cuando esos familiares perciben que hay riesgo de vida

... muchas veces es la familia la que no te deja trabajar, y ahí se da una situación de tensión, pero bueno, generalmente se le dice que esperen afuera que ya van a ser atendidos y empezamos a trabajar con el paciente (Noelia)

En ese primer momento de contacto *“nosotros calmamos, o sea, los evaluamos físicamente pero tenemos que dar respuesta en lo psicológico también”* (Noelia). Es decir brindan la primera

atención y derivan a otros profesionales si fuera necesario. Otro de los entrevistados menciona la escucha y el acompañamiento como las principales modalidades de intervención frente a situaciones de urgencia:

“la escucha y el acompañamiento es para ver, bueno, vamos a ver por dónde... Ayuda mucho a enlazar, a volver a encausar esas cosas que se presentan más fenoménicas, más de lo real y de la realidad” (Gastón)

Pamela también se refiere a su lugar en la escucha.

(...) mi intervención es sentarme y mirarlos hasta que dejan de llorar y preguntarle, che bueno ¿Qué pasó? ¿Querés contarme? Y ahí te cuentan y largan todo lo que te quieren contar y yo los escucho, nada más, eso es todo lo que hago (ríe) esa es toda mi intervención. Escuchar al paciente. Siempre les pregunto lo mismo: qué fue lo que pasó, por qué hiciste lo que hiciste y cómo te sentís ahora. Nada más que eso, son las dos tres preguntas que les hago siempre y que me cuenten lo que me quieren contar, no mucho más que eso” (Pamela)

A su vez, hay ocasiones que ameritan en algunos de los efectores, se realizan derivaciones a otros efectores en situaciones complejas: *“Bueno, derivaciones unas tres o cuatro, internaciones dos y una vía judicial ehhh muy muy compleja y demás, que nos llevó desde marzo hasta ahora (...) una descompensación bastante compleja”* (Gastón)

También en algunas instituciones como en las que trabaja Sofía, es el médico de guardia que además de realizar una primera atención y define si es necesaria una derivación, si se trata de *“(...) una urgencia para salud mental, o no, (...), y si corresponde llamar, en este caso, al servicio de guardia pasiva, para atender la situación”* (Sofía).

La pandemia movilizó en cada uno de los espacios públicos de atención de la salud mental a pensar estrategias de intervención con las condiciones que ésta fué imponiendo y con la coyuntura disruptiva y angustiante de una enfermedad que asedia y amenaza a todos por igual

Pensamos que la problemática de la urgencia como fenómeno social tiene un tiempo relativamente corto de irrupción provocado por el desarrollo vertiginoso del neoliberalismo salvaje y está relacionada con las maneras de vivir en la época actual y en nuestra cultura en particular hoy en pandemia.

Coincidimos con Carballada (2010) cuando le asigna un lugar de relevancia al “sujeto de la intervención”, porque la misma subyace al tipo de práctica que se propicia en diferentes contextos histórico-políticos, al marco conceptual que la sostiene y por ende, a la perspectiva de paradigma que la fundamenta.

Versiones de la urgencia

En el marco teórico de la investigación, sirviéndonos de aportes del psicoanálisis principalmente de Freud y Lacan, como así también de autores contemporáneos, ubicamos en principio a las crisis como una ruptura. En ocasiones dichas rupturas pueden tomar formas estruendosas, otras veces más silenciosas, encarnando una angustia insoportable, inhibiendo la capacidad de elaboración simbólica.

Además del costado problemático de las crisis en los seres humanos, pueden pensarse como la posibilidad de que devenga en urgencia subjetiva, en la medida que haya alguien para recibir y sancionarla como tal.

Al adentrarnos en lo que expresan nuestros entrevistados, lo primero que encontramos como significativo, puede denominarse «versiones de la urgencia». En su mayoría los profesionales dan cuenta, por un lado, que todos han intervenido en situaciones de crisis, y por otro, que en esas intervenciones subyace alguna concepción o lineamiento a partir del cual orientar las intervenciones o abordajes. La diversidad sin dudas aparece en primer plano al tratarse los entrevistados de profesionales de diferentes disciplinas como lo señalamos anteriormente.

A partir del significativo *crisis*, quienes están más familiarizados con el discurso psicoanalítico lo remiten al sintagma “urgencia subjetiva”. La expresión es utilizada por todos los psicólogos/as, por una trabajadora social y dos enfermeros/as; no así por el lado de los médicos en los que dicha formulación no se hizo presente. Esto no necesariamente implica la ausencia de miradas que tengan como referencia la subjetividad.

“(…) siempre atendemos a los pacientes en crisis, que suelen ingresar por la guardia (...) por otros dispositivos o por otros servicios, hemos tenido situaciones de crisis en servicios de salas de internación, (...) donde realizan algún tipo de crisis subjetiva” (Sofía)

Tras las medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio definidas en el contexto de pandemia, a fines de abril comienzan a tener muchísimos pacientes que llegan a la guardia

“(…) con crisis subjetivas (...) desde dolores de pecho, que al final resultaban no ser nada, hasta crisis de angustia, de llanto incontenible y no sabías qué le pasaba pero le pasaba algo y lloraba. Pacientes que se les duerme un pedazo de cuerpo y supuestos ACV (SIC) y cosas así” (Pamela)

Comenta que al preguntarles sobre lo que les está pasando refieren a “haberse quedado sin trabajo” y/o a situaciones familiares; asimismo destaca la presencia en la guardia de muchos pacientes jóvenes.

En el discurso de otros entrevistados la referencia a lo subjetivo tiene una presencia ordenadora, pone la centralidad en la Salud Mental y en lo que siente quien se acerca a la guardia, se podría

conjeturar que se inscribe ahí una mayor sensibilidad ante la urgencia y la emergencia de lo subjetivo:

“(…) cuando uno habla de urgencia, de emergencia, si hay una situación de riesgo inminente, riesgo para su vida uno entiende esto, pero (...) por ejemplo, llega porque se ha peleado con su pareja con su novio lo que fuese, y no sé si es tan urgencia. Pero para esa persona que se llega hasta la guardia (...) animarse a llegar hasta ahí, por esa situación, yo creo que para esa persona es una urgencia (...) no ven salida ante eso, ellos se sienten desbordados ante esa situación (Daniela)

La referencia a la angustia, categoría teórica que puede servir como brújula para la urgencia, se hizo presente en algunos entrevistados, tal como expresa Daniela en la entrevista previamente citada. Dicha expresión reivindica una situación vinculada con dificultades a nivel del lazo, como algo susceptible de provocar angustia, por ende, desequilibrio y potencialmente manifestaciones que puedan desembocar en situaciones de riesgo, uno de los criterios para ubicar la urgencia. Una problemática amorosa sin dudas no suele ser tan aguda como, por ejemplo, una pierna quebrada, pero igualmente digna de ser alojada.

Al igual que la referencia a la urgencia subjetiva, la mención a la angustia es variable, en algunos relatos de nuestros entrevistados aparece y en otros no. Un criterio que, podemos destacar en los relatos de nuestros entrevistados cuando reconocen la angustia, son las diferencias que establecen entre crisis orgánicas y crisis sin compromiso orgánico. Una entrevistada las denomina “las otras crisis” en referencia a las crisis sin compromiso somático. Quienes establecen esta diferenciación principalmente son médicos y enfermeros, lo que podría pensarse en relación con tipo de demandas y prácticas de intervención que con mayor frecuencia ocurren en la guardia. Por eso nos preguntamos ¿Cómo, esos profesionales de la salud, entienden a las presentaciones de urgencia que no presentan dolencias físicas?

Hablar de “las otras crisis” también puede interpretarse a partir de la multiplicidad de referencias existentes en los diferentes campos disciplinares y, en términos generales, en el trabajo en equipo. Entendemos que las distintas formaciones curriculares cobran relevancia en los modos de nombrar y/o identificar las urgencias.

Por ejemplo, entre las otras crisis, aparece nombrada como “crisis histérica” un tipo de presentación que se ha atendido en la guardia. Si bien, fue históricamente el modo de referirse peyorativamente en los dispositivos de atención a las presentaciones que eran significadas como imitaciones o actuaciones, la extensión de su uso puede resultar problemática, en tanto que esto podría llevar a que se desestimen demandas referidas a salud mental, por el hecho de no aparecer comprometido lo orgánico. Si bien la expresión crisis histérica aparece en algunos de nuestros entrevistados está acompañada de una mirada que tiene algunas vinculaciones con las concepciones de la Ley de

Salud Mental que rige actualmente:

“(...) una crisis histérica tenes en todas las guardias, siempre viene una que se le durmió la mitad del cuerpo, viene llorando, tuvo una discusión con la familia, le dolió el pecho y después no tiene nada. Uno dice: ¡está loca! Pero algo le pasó y algo hizo que le pase eso y para esa persona eso fue grave, digamos. (...) y a la larga es como que ya lo tomás como otro paciente más, y ya no te molesta tanto como al principio (Pamela)

“Muchos dicen, bueno, elegimos trabajar en un hospital de nivel tres (...) por ejemplo si llega una fractura le dicen al doctor: tiene una fractura; si viene un paciente en crisis le dicen: doctor tiene una CH (SIC), una crisis histérica, hacen esa diferencia” (Juan Ángel)

“Resolver qué comportamiento tener también ¿viste? A veces, le erramos feo ¿viste? Decimos: está histérica, está loca de mierda... y no, es un paciente que está padeciendo un problema, a veces cuesta verlo como un problema de salud mental, como un problema de salud” (Ariel)

Otra de las cuestiones que identificamos son, lo que podríamos llamar “clasificaciones auxiliares” para pensar la urgencia, esto es, formas de nominarla que no responden a una nosología, pero circunscribe un modo singular de entender la urgencia que funciona para dicho profesional y quizá para sus compañeros agentes de salud dentro del mismo efector. En este sentido, por ejemplo, una entrevistada habla de las “urgencias de consultorio”:

“Cuando hay riesgo de vida, eso va derecho a la guardia, yo no lo manejo por consultorio, directamente, porque requiere un montón de cosas que no puedo. Y después las urgencias, lo que yo llamo urgencias en el consultorio (...) son hoy sobre todo la angustia y el insomnio, (...) básicamente es lo que yo tomo (...) lo que a mí me lleva a tomar un tratamiento más rápido, menos rápido, decirle bueno, veo si se me desocupa un turno te llamo, sí, es la angustia” (Lía)

Como contrapunto esta misma profesional ubica lo que considera la “urgencia verdadera” la que define en tanto “(...) son las ideas auto o herero líticas, básicamente” (Lía).

Encontramos otra mirada a este respecto en algunos de ellos que, aunque no intervienen en la urgencia aguda, entienden que puede haber un punto de urgencia en las consultas.

“(...) la incapacidad de hablar o de tender significantes, lazos, de poder pensarse en esa situación, la persona se encuentra rebasada, o atravesada por una situación en la cual no puede saber qué hacer” (Gastón)

También en otro caso observamos cómo el encuadre institucional moldea las atenciones en urgencias, tal como lo muestra el siguiente relato:

“Nosotros no atendemos urgencias subjetivas (...) pero también tenemos una característica, que es que como damos el celular, el número personal a la mayoría de los pacientes, muchas veces, en cuestiones de urgencias subjetivas los pacientes te llaman, te escriben, y bueno, a eso sí le damos lugar (Estela)

Aquí vemos cómo aparece una cuestión de encuadre institucional en el que “no se atienden urgencias subjetivas”. Ahora bien, podemos observar que esta afirmación es relativa, ya que sí atienden las urgencias subjetivas de los pacientes que están en tratamiento, dado que los pacientes tienen el celular personal de los trabajadores de salud. Asimismo, la misma entrevistada afirma que si llega una urgencia subjetiva al establecimiento, hay una red armada en donde se avisa a los profesionales y aun sabiendo que habrá derivación, hay una escucha y una contención previa, antes de la derivación correspondiente. Entonces, cómo entienden a las urgencias subjetivas y sus formas de tipificar por fuera del discurso médico: crisis subjetiva y estructura

“No es lo mismo estar hablando de una crisis subjetiva frente a una psicosis, que frente a una neurosis ¿no? Me parece que la contención y lo que requiere cada paciente es diferente” (Estela)

Arribos significantes

Como hemos transmitido en el presente recorrido, en el que buscamos volcar las primeras elucidaciones sobre el trabajo de investigación que estamos llevando a cabo, identificamos en las textualidades de las entrevistas, perspectivas sobre los modos de entender la urgencia y a los sujetos en la urgencia, y las estrategias de intervención que se emplean frente a ello.

Aparecen multiplicidad de criterios según los modos en que se conciben las guardias, el funcionamiento de la institución, acuerdos extra institucionales, los efectos de la angustia y la visibilización de una integralidad respecto del entorno que afecta al sujeto de la urgencia. Se localiza la urgencia “en” el sujeto, y la forma de subjetivar distintas realidades sociales/familiares y en otros casos “soportan” urgencias que no son visiblemente “urgencias” dada la presentación concreta del paciente. En algunos casos, Impera la necesidad de una lesión física para reconocerlo como urgencia y en otros casos, se contiene a lo que urge al sujeto en su imposibilidad de simbolizar algún dolor psíquico. Esperamos continuar con el trabajo de recuperar en los dichos de los entrevistados, un saber hacer en la urgencia, subjetiva o no, en medio de esta pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Carballada, A. (2010) *La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales*. Revista Trabajo Social UNAM VI. Número 1. Ciudad de México.
- Freud, S. (1981) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia» (1895[1894]). En OC, T. III. Amorrortu. Buenos Aires.
- Gallo, H. y Ramirez, ME. (2012) *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Kornblit, A.L. (2007) *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Lacan, J. (2006) El seminario Libro 10 “La angustia” 1962-1963. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Montero Rivas, M. (2012) *El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva Psicológico Comunitaria*. Revista MEC-EDUPAZ. N° I. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Pulice, G., Manson, F. y Zelis, O. (2000) *Investigación y Psicoanálisis. De Sherlock Holmes, Dupin y Pierce a la experiencia freudiana*. Edit. Letra Viva. Buenos Aires.
- Taylor y Bogdan (1990) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editoriales Paidós. Buenos Aires.