

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**LA ATENCIÓN DE LAS PSICOSIS EN LAS URGENCIAS DE SALUD
MENTAL:**
APORTES DESDE EL PSICOANÁLISIS

INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autora: Falconi Cecilia Beatriz

Legajo F0557/6

DNI 23.158.126

ceciliafalconi10@gmail.com

Tutor: Gustavo Mastroiacovo

Docente TIF: Sebastián Roma

Año 2024

ÍNDICE:

AGRADECIMIENTOS 2 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE 3
INTRODUCCIÓN 4

DESARROLLO 5 BEMOLES CONCEPTUALES DE LA URGENCIA 5
Urgencias y Psicoanálisis 5

ACERCA DE LAS URGENCIAS SUBJETIVAS 9 *El psicótico, mártir del inconsciente 9 No sin el lazo 12*

LA ESCUCHABILIDAD (=escucha-habilidad) 14 *Las urgencias desde el Psicoanálisis 14 El acto clínico 14 La transferencia 16 La red 17 La ética 18*

REFLEXIONES FINALES

Tejiendo unos hilos finales 20 **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 22**

AGRADECIMIENTOS

1

Dedicado a Lu

Quiero agradecer a la Universidad Pública que me ha brindado la posibilidad de recibir formación de excelencia y calidad. A los docentes, ayudantes alumnos y personal no docente, que me acompañaron desde diversos lugares y me permitieron llegar a este presente, en el que estoy escribiendo, emocionada, mis últimas líneas como alumna.

¡Gracias! a mis afectos, familia y amigas incondicionales. Ellos me motivaron, sostuvieron y abrazaron en las alegrías y en las caídas durante estos años. También a

Vero, con quien abrí el camino para llegar a este final de la carrera.

Más ¡Gracias! para Paula, mi tutora de la Práctica Profesional Supervisada, quien me enseñó a amar el barro de los problemas en el campo de la salud mental y me dio el espacio para, definitivamente, apasionarme por la profesión. Y para Gustavo, mi tutor de TIF, cuya confianza me animó a darle forma a este trabajo

Me siento orgullosa de pertenecer a una de las mejores Universidades del país. Fui, soy y seré una férrea defensora de la Universidad Pública.

Agradecida por siempre

RESUMEN

La presente investigación propone indagar acerca de la especificidad de la práctica de las psicólogas y psicólogos formados en Psicoanálisis, en los servicios de urgencias de los efectores públicos de salud mental, haciendo hincapié en la atención de personas que padecen psicosis. A partir de articular los aportes del Psicoanálisis con la clínica de la urgencia, se traza un recorrido bibliográfico para conocer cómo se produce el encuentro con un analista en una guardia de urgencias en un efector público de salud, interiorizando en el marco legal vigente que lo habilita, el concepto de urgencias y las formas de presentación de la psicosis. A lo largo de los capítulos se intentan responder los interrogantes planteados acerca de la atención de las urgencias de psicosis por parte de las y los analistas. Concibiendo a la atención como un acto clínico y a éste

como un hecho de discurso se define que, en la medida en que se posibilita la palabra, se habilitará una oportunidad para establecer una relación del sujeto con su padecer. Es por ello que cuando irrumpe una urgencia se ponen en juego además la escucha, la transferencia y la ética. A su vez, el dispositivo analítico en una urgencia se encuentra enlazado con el contexto socio-histórico, la prisa, el trabajo interdisciplinario y los lazos afectivos. Es así como se sostiene que la atención en las urgencias es un desafío que convoca a los analistas a trabajar desde un Psicoanálisis comprometido con su época.

PALABRAS CLAVE: salud pública, urgencias, salud mental, psicosis, Psicoanálisis

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo nace a partir de mi Práctica Profesional Supervisada en el área de guardia de urgencias del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila de la ciudad de Rosario. La misma se llevó a cabo durante el año 2023 en el marco de la asignatura antes referida, correspondiente a la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. De la mano de esa experiencia, el interés respecto a la clínica de urgencias en salud mental y en especial en la atención de pacientes que padecen psicosis, despertaron interrogantes que me acercaron a un abanico de lecturas y

conceptualizaciones. La suma de aquella experiencia más una investigación bibliográfica me convocaron a trazar estas líneas.

Este escrito propone indagar acerca de la especificidad de la práctica de las psicólogas y psicólogos formados en Psicoanálisis, en los servicios de urgencias de los efectores públicos de salud mental. Interrogando sobre los fundamentos de su trabajo, se hace hincapié en la atención de los pacientes que padecen psicosis. El encuentro con un analista en una guardia de un hospital público para la atención de situaciones de urgencias de personas con psicosis, conduce a preguntarse: de qué forma irrumpe una urgencia, qué características toma, de quién es la urgencia, cómo se construye una demanda. Y se despliegan más interrogantes acerca de cómo es el ámbito de intervención de los analistas ante situaciones de urgencias subjetivas en un dispositivo asistencial de guardia general y de qué manera se ponen en práctica los principios del Psicoanálisis.

Estas inquietudes han permitido esbozar algunas premisas que guiaron el análisis bibliográfico. Por un lado, se afirma que los analistas dentro de los dispositivos actuales de atención de la urgencia en salud mental, pasan a ocupar lugares que no son los del dispositivo analítico tradicional y en ese sentido, la urgencia subjetiva lejos de oponerse al Psicoanálisis, se hace consustancial a su práctica. (Sotelo, 2007) Además, en los ámbitos de consulta dentro de los efectores públicos de urgencias en salud mental, el dispositivo analítico en la medida en que posibilita la palabra, puede habilitar una oportunidad para establecer una relación del sujeto con su padecer. Asimismo, este dispositivo se encuentra enlazado con las marcas socio-históricas de la época, las dimensiones del tiempo, el trabajo interdisciplinario y los lazos afectivos, todos factores que caracterizan a las situaciones de urgencias.

A lo largo de este trayecto se intentará desandar los interrogantes planteados, entramándolos a la vez con las premisas propuestas. En el primer capítulo se recorrerán algunos bemoles conceptuales de la urgencia, comenzando por el marco legal que da cuenta de la misma en nuestro país, para luego interiorizarse en el concepto de urgencia. A la luz de los aportes teóricos del Psicoanálisis, se volverá sobre sus conceptos, repensando sus teorizaciones en función de las características propias que toman las urgencias en salud mental. Fieles a la línea teórica, en el segundo capítulo se abordarán las irrupciones de las urgencias subjetivas en un dispositivo asistencial de guardia, ahondando en la atención de las personas que padecen psicosis. Al respecto, se describirán aquellos aspectos que los analistas han de tomar en consideración a la hora de atender una consulta. Finalmente, en el último capítulo se analizará la especificidad de la intervención de las y los analistas en el campo de las urgencias. Bajo la perspectiva psicoanalítica se dará cuenta de su práctica a través de conceptos tales como acto clínico, palabra, escucha, transferencia e interdisciplinariedad, todos abrazados en la ética que confiere el ejercicio de la profesión.

Quedan invitados a recorrer las derivas de la urgencia.

DESARROLLO

BEMOLES CONCEPTUALES DE LA URGENCIA

Urgencias y Psicoanálisis

Sostener la premisa de que la urgencia subjetiva, lejos de oponerse al Psicoanálisis es consustancial a su práctica (Sotelo, 2007) nos interroga acerca del concepto de urgencia y las incumbencias del Psicoanálisis. Por eso se torna un imperativo preliminar, comenzar el recorrido dando cuenta del marco legal que regula la atención de psicólogos en las guardias de urgencia de los servicios de salud mental, para así abordar el concepto de urgencia.

En la actualidad, la práctica del psicólogo¹ en la Argentina se enmarca en los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 (2010) y su Decreto Reglamentario N° 603/13 (2013). Su objetivo consiste en: “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 padecimiento mental”. (p.12) La misma representa un importante logro para el campo de la Salud Mental en nuestro país al reconocer, sobre todas las cosas, a la salud como un valor social y al sujeto como un sujeto de derechos. En sintonía con esto, define a la salud mental como: “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”. (p.12)

En lo inherente a la profesión del psicólogo, la normativa (2010) jerarquiza su desempeño al valorar el trabajo interdisciplinario como indispensable, determinando que la atención en Salud Mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales, Enfermeros, Terapistas Ocupacionales y profesionales de otras disciplinas pertinentes “orientadas al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”. (p.19)

Con relación a la práctica profesional del psicólogo dentro del campo de la Salud Pública, es necesario considerar que la misma no puede ser concebida independientemente de las circunstancias que la hacen emerger. Tampoco puede desconocerse que el espacio público en el cual se ejerce la profesión es una institución del Estado y en consecuencia abriga una política que responde a un proyecto histórico, político y social. De lo expuesto se desprende que el ejercicio de la profesión del psicólogo queda sujeto además a las disposiciones y reglamentaciones vigentes en cada jurisdicción. En el caso de la provincia de Santa Fe, las Leyes Provinciales de Salud Mental N° 10.772/91 (1991) y N° 9.538/84 Del ejercicio profesional de los Psicólogos y la creación del Colegio (1984) regulan también la actividad profesional, delimitando sus especialidades, ámbitos de aplicación y todo lo atinente a su ejercicio. Es así como la Psicología Clínica se encuentra incluida como especialidad para ser ejercida en los ámbitos tales como: hospitales, centros de salud, sanatorios, consultorios privados, entre otros.

Con relación al sufrimiento psíquico, éste se encuentra contemplado en la atención de las urgencias en salud mental en efectores públicos y privados. La misma forma parte de los servicios de salud considerados en la legislación actual. En virtud de ello, el Decreto Reglamentario (2013) de la Ley de Salud Mental, define al padecimiento mental así como la necesidad de su atención, entendiéndolo como:

¹ Se asume la importancia y relevancia social de la diversidad de género. No obstante, sólo a los fines de claridad expositiva, se utiliza el masculino gramatical.

Todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N°26.657. (p.30)

Además, ante las irrupciones de las situaciones de urgencias subjetivas en todo dispositivo asistencial de guardia general, hay un concepto que toma relevancia: el riesgo. En las urgencias es inherente la posibilidad de riesgo de vida o de daño que las personas puedan infringir para sí mismos o para terceros. Es por su importancia, que el Decreto Reglamentario de la Ley de Salud Mental (2013) en su Art. N° 20 lo define como:

Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. (p.41)

Respecto al concepto de urgencia, es posible dar cuenta de sus coordenadas a partir de diversas lecturas. *Urgentia*, es un término del latín cuyo significado anticipa que hay algo que empuja, apura. La urgencia aparece sin cita previa y se caracteriza por presentar cierta prisa para ser resuelta. El ámbito médico la define como:

“la aparición fortuita, imprevista o inesperada, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre (o de su familia)” (Sotelo 2011, p.735).

Por su parte, la psiquiatría la entiende como: “la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en alto grado disruptivo, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran requiere atención inmediata”. (Sotelo 2011, p.735)

Introduciéndose en el Psicoanálisis, si bien en la teoría freudiana no se hace mención explícita a la urgencia, Sigmund Freud la abordó durante su obra. Por ejemplo, en “Proyecto de Psicología» (Freud, 1991a), se refiere a la urgencia a partir de una ruptura de la homeostasis ante las vivencias primarias de displacer y desvalimiento. Avanzada su obra, en «Más Allá del Principio del Placer» (Freud,

al trauma ante el cual es sujeto es incapaz de elaborar psíquicamente. Reapareciendo también la urgencia en otro texto como “Inhibición, Síntoma y Angustia” (Freud, 1992) en donde la conceptualiza a partir de la angustia.

Jaques Lacan aborda la urgencia en varios momentos de su obra. Es así como en su Informe de Roma en 1953 (Lacan 2013a) se refirió a ella expresando que: “Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento a la palabra. Pero nada también que no se haga en ella contingente”. (p.187) En 1966, en “Del sujeto por fin cuestionado” (Lacan, 2013b) acuñó el término “urgencia subjetiva”, enunciando que: “por lo menos ahora podemos contentarnos con que mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalistas para responder a ciertas urgencias subjetivas” (p.183). En consonancia, en su prefacio a la edición inglesa del Seminario 11 Lacan (1988) mencionó que: “como siempre los casos de urgencia me enredaban mientras escribía esto. Escribo, sin embargo, en la medida en que creo deber hacerlo, para estar al día con esos casos, para hacer con ellos el par”. (p.62)

En el Seminario 11 (Lacan, 2003a) amplió sus desarrollos sobre la urgencia argumentando que lo que fue descubierto por el Psicoanálisis, es que se ha provocado la irrupción de lo real en el sujeto. Ubicando que lo real siempre se escabulle, la urgencia va a revelar algo del orden del encuentro con lo real. Ocupándose del encuentro con lo real bajo la forma de tyché, precisó que sólo podemos alcanzar fragmentos del real cuyo estigma es no enlazarse con nada, ser siempre fallido (Lacan 2003a):

La función de la tyché, de lo real como encuentro –el encuentro en tanto que puede ser fallido, en tanto que es, esencialmente el encuentro fallido- se presentó primero en la historia del psicoanálisis bajo la forma que ya basta por sí sola para despertar la atención, la del trauma (p.63).

Entonces la urgencia, entendida como un padecimiento sin velo, ni trama de representación muestra lo real como algo imposible de soportar y que supone haber llegado a un límite tras el cual se vislumbra un sufrimiento y hasta un riesgo de agresión o de muerte.

Lo real se presenta del lado de lo inasimilable bajo la forma del trauma y éste es concebido como: “algo que ha de ser taponado por la homeostasis subjetivante que orienta todo el funcionamiento definido por el principio de placer”. (Lacan 2003a, p.63) Por ello, el trauma como acontecimiento que irrumpe quedaría del lado de lo que identifica como tyché, en tanto encuentro agujereado con lo real. Vale destacar que el acontecimiento no coincide necesariamente con un suceso dramático, algo trágico, violento o desgarrador, sino con aquello que puede irrumpir a partir de situaciones a las que estamos expuestos en la vida diaria. Pues es así como algo nimio puede transformarse en un trauma y devenir en una urgencia.

Dentro de este campo de investigación, Inés Sotelo (2007) teoriza sobre la clínica de la urgencia y el Psicoanálisis aplicado a la terapéutica. En esa línea concibe a la urgencia como algo que da cuenta de cierta ruptura, que se presenta como dolor y sufrimiento. Basta con que alguna situación rompa la homeostasis de lo que hasta allí un sujeto venía sosteniendo. Se rompe el equilibrio con que sostenía sus relaciones con sus lazos afectivos y sociales, su trabajo, sus pensamientos o su propio cuerpo.

Por tal motivo, ese sufrimiento subjetivo que llamamos urgencia es algo que: “se ha tornado insoportable y por lo tanto necesita ser acotado, ya no hay tiempo para la subjetividad así amenazada, no queda resto frente a este padecer insoportable” (Sotelo 2009a, p.107).

Anudado a esto, Sotelo (2009a) alega que una situación de urgencia se desencadena: “cuando un sujeto se encuentra ante la imposibilidad de dar algún sentido

7

a algo, algo que es el encuentro con un real que no se deja significar”. (p.107) Así la irrupción de una urgencia queda amarrada al sinsentido: “El sujeto no sabe, no entiende, se desconoce en el acto realizado, en la crisis o el desborde que lo ha sorprendido o en los síntomas corporales con los que se presenta” (p.130), debiéndose ante ello la intervención de los profesionales del área de la salud mental.

Es importante considerar además respecto a la relación de la clínica de la urgencia y el Psicoanálisis dos cuestiones que se enlazan. Por un lado, la atención en un servicio de urgencias ubica a los analistas en una posición que se aleja del mano a mano del consultorio. El analista allí no está solo con su paciente. En el marco de la legislación vigente, el trabajo se desarrolla en un ámbito multi o interdisciplinario, actuando con otros profesionales de la salud. Asimismo, quienes concurren a los servicios de urgencias, no llegan solos: familia, afectos, personas cercanas, fuerzas de seguridad, personal de servicios de salud, conforman parte del entorno. Para los analistas esto reconfigura la forma de poner en práctica el dispositivo analítico.

El otro elemento a considerar es el tiempo. En las urgencias éste se convierte en un factor que la distingue, valuándose el tiempo de una manera diferente. En eso inasimilable que irrumpe, urgiendo, empujando en esa situación que requiere una atención inmediata, la premura se pone en juego, la prisa se transforma en protagonista.

Es entonces, cuando la medicina avanza resolviendo lo que apremia a través de la intervención clínica, por ejemplo, mediante la administración de fármacos. Pero lo que distingue a las urgencias en salud mental es que el tiempo urgido es un tiempo subjetivo. De ahí que la presencia de un analista es determinante en cuanto habilita un tiempo que no se enmarca cronológicamente. Perugini (2015) afirma que: “La urgencia es lo que quema, pero a veces aparece después de mucho humo. La urgencia requiere de tiempo para formularse. Es en la emergencia de un proceso subjetivo en medio del derrumbe donde puede constituirse una demanda”. (p.19). Coincidiendo con Ferioli (2015), la presencia de un psicoanalista en una urgencia: “Conlleva detener el tiempo veloz de lo que urge, para atender en un tiempo dilatado a lo que emerge (...) Se trataría de proponer a la urgencia, otro agenciamiento, otro ensamble, otro dispositivo”. (p.21)

El analista en una urgencia, abre un camino diferente ante a lo que se presenta como inmediatez, dando lugar a tiempo para que circule la palabra, siempre respetándose los tiempos propios de cada paciente. Porque sólo habilitando la posibilidad de hablar de lo que sucedió y de lo que continúa sucediendo, en la medida en la que se dé lugar a la palabra, el sujeto podrá despegar su historia y alojar su malestar.

Articulando la clínica de las urgencias subjetivas con el Psicoanálisis, es preciso distinguir que la urgencia se trata de un hecho de discurso. Por lo que la manera de construirlo, escucharlo, interpretarlo y jalarlo dependerá de la habilidad del lector. Es aquí donde se afirma la relevancia diferencial de la presencia de analistas en la atención de las urgencias en salud mental. Ellos, a partir de su sustento teórico y su experticia en el campo de la palabra, harán de la urgencia algo consustancial a su esencia profesional. En este marco de ideas, Lacan (2003) señala que: “el análisis,

más que ninguna otra praxis, está orientado hacia lo que, en la experiencia, es el hueso de lo real". (p.61)

Recorridos estos lineamientos de la urgencia, se propone continuar analizando la presentación de las psicosis en la localización de las urgencias en salud mental, para así luego sondear en la especificidad del trabajo que despliegan los psicoanalistas.

8

ACERCA DE LAS URGENCIAS SUBJETIVAS

El psicótico, un mártir del inconsciente (Lacan, Sem. 3)

En el primer encuentro con el paciente allí, en el consultorio de una guardia se plantea el qué y cómo evaluar, qué hay en su decir, en su conducta, en el relato de quien o quienes lo acompañan, en los antecedentes de su historia clínica, para poder inferir si esa urgencia concierne a un sujeto que podría padecer psicosis.

El analista comienza a recoger sus impresiones al son de la evaluación general de los aspectos médicos y psiquiátricos. Además, de haber antecedentes en una historia clínica, la misma se suma para ir construyendo el devenir de su padecimiento.

Desde la medicina, la exploración física y neurológica permite recabar información sobre el estado clínico en general, y se acompaña de preguntas relevantes para el diagnóstico diferencial. Se buscan examinar los distintos grados de: conciencia (lúcido, no lúcido), orientación en tiempo y espacio, actitud (pasiva, excitado, colaborador, angustiado), memoria, pensamiento (curso normal, taquipsíquico, bradipsíquico, interceptativo, rígido), atención (euprosexia, hiperprosexia disprosexia), razonamiento (lógico, alógico), ideación (delirante, obsesiva, mística, erotomaniaca megalomaniaca), sensopercepción (aumentada cuantitativamente o disminuida), juicio de realidad, ánimo (alteraciones cuantitativas, expansivo, perplejo, eufórico, ansioso inasible), lenguaje (oral disfonía bradi o taquilalia, mutismo). Sueño, aspecto general, apetito, conducta, fármacos que consume, entre otros indicadores del estado de salud general y psíquico. (Morlet-Barajau et.al., 2008)

Una vez que la biología se considera resguardada, la tarea del analista se encaminará a distinguir en el campo de la palabra, las coordenadas que lo guíen. Estas nos referencian a Lacan, quien en su Seminario 3 "Las Psicosis" (2003b) precisa que: "Para que estemos en la psicosis tiene que haber trastornos del lenguaje". (p.133) Para él (2003b): "La promoción, la valorización en la psicosis de los fenómenos del lenguaje es para nosotros la más fecunda de las enseñanzas". (p.208) Por lo que irrefutablemente, será a partir de los hechos de discurso, del uso singularísimo de la palabra, como el analista va a ir delineando el padecer de esa persona.

Volviendo a Lacan (2003b), en 1955 define al fenómeno psicótico como:

La emergencia en la realidad de una significación enorme que parece una

nadería –en la medida en que no se la puede vincular a nada, ya que nunca entró en el sistema de simbolización- pero que, en determinadas condiciones puede amenazar todo el edificio (p.124)

En la psicosis el significante está en causa, y como el significante nunca está solo, como siempre forma algo coherente -es la significancia misma del significante- la falta de un significante lleva necesariamente al sujeto a poner en tela de juicio el conjunto del significante. Esta es la clave fundamental del problema de la entrada en la psicosis, de la sucesión de sus etapas y de su significación. (Lacan 2003b, p.289)

9

Lacan (2003b) argumenta que en las psicosis: “todo lo rehusado en el orden simbólico, en el sentido de la Verwerfung, reaparece en lo real”. (p.24) Ante esa falta a nivel del significante, el modo de operar del inconsciente es a “cielo abierto”. (p.164) Bien dice que: “El inconsciente está ahí, pero la cosa no funciona”. (p.208) De ahí que el sujeto, al no poder realizar una mediación simbólica, la sustituye por: “un pulular, una proliferación imaginaria, en los que introduce, de alguna manera deformada y profundamente a-simbólica, la señal central de la mediación posible”. (Lacan 2003b, p.127). En “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” Lacan (2003c) apunta a que cuando se produce el desencadenamiento en el campo de la psicosis, lo que allí ocurre es que: “se inicia una cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario” (p.558). Se desarma el campo de la realidad sobreviniendo una catástrofe imaginaria, como un “caleidoscopio de imágenes” (Lacan 2003b). No obstante, Lacan (2003b) remarca que: “nada puede esperarse de un abordaje de la psicosis en el plano imaginario, porque el imaginario da la forma, pero no la dinámica”. (p.212)

Describir el mundo de la psicosis precisaría un trabajo aparte. Sin embargo, a los efectos del tema que se investiga, es importante señalar que se hace necesario acercarse al paciente, conociendo la fenomenología de su lenguaje, a sabiendas de que: “el psicótico es habitado, poseído por el lenguaje”. (Lacan 2003b, p.358)

Considerando que todo fenómeno analítico es un fenómeno del lenguaje, en el marco de la entrevista de atención en urgencias, el analista podrá dar con la presunción de encontrarse frente a un caso de psicosis, a partir de sus aspectos clínicos, que se pesquisarán a partir del lenguaje (Lacan 2003b). No es la intención caer en una nosografía clasificatoria de la psicosis, sino destacar algunos de los aspectos que el analista podrá tomar en consideración:

- La prueba de realidad se encuentra alterada: más allá de que al paciente se le confronte con una realidad comprobable, no logra discernir entre lo que es real y no
- Presencia de: ideas delirantes, edificios de construcciones delirantes, producciones discursivas que se articulan en abundancia y riqueza, ecos de pensamiento

- Uso singular del lenguaje, por ejemplo, en: neologismos, intuición delirante, fórmulas, estereotipias, frases interrumpidas (Lacan 2003b)
- Alucinaciones: percepción de estímulos auditivos, visuales, táctiles u olfativos en ausencia de una fuente real. La confusión alucinatoria puede derivar en soliloquios, fenómenos alucinatorios motrices y auditivos e interceptaciones
- Ilusiones: percepción distorsionada de estímulos cuya fuente es real
- Catatonía (no es un rasgo de la generalidad): mutismo, negativismo, catalepsia o flexibilidad cérica (permanencia en una posición, aunque sea incómoda durante mucho tiempo o permanencia en la posición que se le acomode), estupor (falta de reactividad al medio ambiente a pesar de que exista estado de vigilia adecuado) (Morlet-Barajau et.al. 2008, p.792)
- Se pueden manifestar en lo conductual: perplejidad, desconfianza, ansiedad, conductas disruptivas, agresividad física o verbal, agitación motriz, automatismo, retraimiento y problemas relacionales.

Profundizando en el Psicoanálisis, el delirio es una de sus características distintivas, porque es a partir de ese agujero, de esa falta en la cadena significativa, que el paciente ha construido todo un andamiaje delirante. El delirio, como locura razonante y restitutiva, es legible, pero está transcrito en otro registro (Lacan, 2003b).

10

Por su parte, en “Marguerite o la Aimée de Lacan”, Jean Allouch (2008) indica que el delirio:

Lejos de constituir un dato solipsista, lejos de denotar no se sabe qué
 pregnancia de un narcisismo llamado primario, el delirio marcará para Lacan
 aquello a través de lo cual un sujeto “entra a toda vela en el dominio de la
 intersubjetividad”. (p.497) (...) Las psicosis aparecen entonces no
 deficitariamente, sino como estasis en un proceso que se queda corto. No hay
 pérdida sino constitución de la realidad no hay despersonalización sino no
 personación (p.498)

Con relación a lo que el psicótico dice escuchar: esas voces que forman parte de su vivencia y de su certeza, él sabe que eso le habla a él. Aunque no lo comprenda bien, siente que eso le concierne, por eso testimonia sobre esas palabras que se le dirigen. Es por ello que Lacan (2003b) define al psicótico como un mártir del inconsciente, dándole a este término su fundamento: ser testigo: “El psicótico, en el sentido en que es un testigo abierto, parece fijado, inmovilizado, en una posición que lo deja incapacitado para restaurar auténticamente el sentido de aquello de lo que da fe”. (p.190)

La vida ha puesto a estas personas en situaciones en que el padecimiento quedó al desnudo, provocando interrupciones, desencadenamientos, desbordes sufrimientos intolerables, perplejidad, que aparecen como circunstancias que requieren ser atendidas bajo el apremio de una urgencia en los dispositivos de salud.

Aconteció en ellos algo que dejó tanto al inconsciente como al malestar, a cielo abierto. Lacan (2003b) fundamenta que: “Cuando se buscan desencadenantes, siempre se pone de manifiesto, con el punto de interrogación necesario, un elemento emocional en la vida del sujeto, una crisis vital que tiene que ver efectivamente con sus relaciones externas”. (p.31)

Esta idea se relaciona con los motivos de consulta en las guardias de urgencias de salud mental. Sucede pues que es frecuente que el paciente se presente en el servicio de urgencias acompañado por algún familiar, persona cercana, servicios médicos, fuerzas policiales o derivados por la justicia. Allouch (2015) expone un fundamento para esto: “hay una notación clínica al alcance de todos. La insistencia del alienado de no admitirse como tal”. (párr. 24) Esto explica por qué en muchos casos el origen de la demanda de atención no surge de parte del propio paciente. Lo mismo sucede en las ocasiones en las personas son llevadas a la guardia general por la fuerza de seguridad pública. Porque si hay algo que se pone en juego en numerosas situaciones, es la posibilidad de riesgos por daños y riesgo de vida, cierto e inminente, tanto para el propio paciente como para terceros. Pero más allá que un primer encuentro sea generado por el paciente, un familiar o un requerimiento judicial, sin lugar a dudas, en cada uno de ellos se va a exponer un sufrimiento. Los profesionales de la salud se encuentran ante un malestar que requiere una solución, por su gravedad o porque es posible que se intensifique en su evolución.

En la urgencia se construye una demanda, un grito se transforma en un llamado. En consecuencia: ¿Qué hará el psicoanalista con esa demanda? Es aquí donde se plantea que los analistas deberán dilucidar: ¿de quién es la urgencia? ¿Para quién esta situación es una crisis? ¿A quién o quiénes se le tornó algo insoportable? ¿Qué es lo urgente?

Esto invita a interiorizarse en un aspecto presente en la atención de urgencias de psicosis, en especial en los efectores públicos de salud mental, que insta a los analistas a reconocerlo y actuar acorde, como es la cuestión de lo social.

11

No sin el lazo

Para dar cuenta de las urgencias, no puede desatenderse analizar lo social desde el Otro. Por un lado, porque no hay dimensión de la subjetividad que no esté atravesada por lo social. Lo social determina las formas de producción de la subjetividad. (Castoriadis, 2007) De hecho, en esa línea, Rascovan (2013) expresa:

Aquello que llamamos subjetividad, el ser humano se constituye como tal, ingresando al mundo simbólico, cultural y regido por las lógicas del lenguaje. En ese sentido, al hablar de subjetividad nos enfrentamos con aquello que resulta irreductible a la trama que conforman la sociedad y los sujetos que la componen. No hay sujeto sin sociedad, ni sociedad sin sujeto (p.32).

Trabajar en el ámbito de la salud pública en Argentina implica encontrarse todos los días con personas en situación de exclusión social, desatendidas, desvinculadas y con sus derechos vulnerados. Personas llenas de carencias y vacías de recursos económicos y simbólicos, que transitan los pasillos de los efectores públicos de salud. Para quienes llegan a un hospital con su padecimiento a costas

pero además con hambre, frío y desamparo, esto confronta a los profesionales de la salud con problemáticas que amalgaman las urgencias psicológicas en las que se ha provocado una irrupción de lo real, con las sociales.

Es importante considerar que el contexto histórico actual está atravesado por una crisis económica y social cada vez más expansiva. Signada por la lógica del mercado, ésta genera un achicamiento de la presencia del Estado en las políticas públicas, un déficit cada vez mayor para atender los problemas sociales, así como el incremento de la brecha de las desigualdades. Esta exclusión social se va extendiendo al resto de la sociedad, por lo que quienes se encontraban en el lugar de inclusión, hoy ya no pueden estar seguros de mantenerse allí. (Caraballeda, 2012)

El golpe es al bolsillo en igual intensidad que a la subjetividad. El escenario social de gran vulnerabilidad socio-económica se convierte en un amplificador de la inseguridad, el desempleo, la indigencia, el desamparo, la violencia, la desestabilización emocional y la desvalorización. Por eso las formas de padecimiento actuales son consecuentes con el recrudecimiento de los problemas económicos y sociales, la desigualdad en la distribución de la riqueza social, la pobreza, la precarización de las condiciones de vida y un largo sinfín de etcétera. (Feijoo, 2001)

El discurso de la escena social que nos atraviesa, produce un quiebre del sujeto y una ruptura de sus vínculos sociales, irrumpiendo eso real, aquello fuera de sentido que impulsa al sujeto a un grito que pide ser escuchado. Es por eso que, dado que cada época tiene su malestar en la cultura que incide en las formas de las presentaciones clínicas, los analistas están obligados a leer y comprender los signos que la tiñen. Pero

además, a hacer de su práctica algo consustancial con ello. En otras palabras, resulta imperioso sostener que cada momento histórico convoca a los analistas a trabajar desde un Psicoanálisis involucrado con las características de su tiempo.

Por otro lado, ubicar el lazo con el Otro, permite reflexionar sobre las cuestiones relacionadas con el entorno afectivo y social que acompaña al paciente. En la mayoría de las solicitudes de atención por urgencias de psicosis, el paciente no se presenta sólo en la guardia. Esto sucede porque en muchos casos la demanda no surge de la propia persona, sino de su entorno afectivo que está siendo testigo directo de sus conductas disruptivas o de diversas señales que les están indicando que algo no está bien. Asimismo, en aquellos casos en que son traídos por fuerzas públicas o servicios de

12

emergencia, se procura localizar a sus familiares para que se acerquen al centro de salud. Importa, y por muchas razones que familia forme parte de la urgencia y esto es porque la urgencia es un significativo relevante para el paciente y para su entorno afectivo, porque les permite alojar su desesperación y hablar de su dolor.

Los lazos de amor resultan ser una brújula para los profesionales que intervienen, porque pasan a ser interlocutores, refiriendo sobre el padecer de su ser querido, compartiendo su historización, sumando información al historial clínico. Versionan sobre las causas, el desencadenamiento, tratamientos anteriores con sus fracasos y éxitos, exponiendo sus angustias, expectativas y temores. Siendo sólo ellos, los que conviven, los testigos directos y verdaderos de esas fragmentaciones y disrupciones, que quizás vienen padeciendo en conjunto día a día, año a año.

Muchos están tan rotos de dolor como la propia ruptura del paciente. Aún así en gran cantidad de situaciones, enfrentan la enfermedad, carentes de recursos, sin un techo, trabajo, comida, ni salud, por lo que el padecer se torna más devastador para todos. Visto de esta forma, las características del entorno, les darán a los profesionales los indicios sobre la posibilidad de realizar un tratamiento con necesidad

de internación o no. Sin embargo, hay situaciones en las que, como efecto de la crisis económica y social, más allá de las mejores intenciones y el afecto que los une, la familia carece de los medios para acompañar al paciente u ocuparse de aquellas cosas que éste ya no puede sostener. Las propias limitaciones del entorno, limitan las posibilidades de mejores alternativas terapéuticas. Por ejemplo, en ocasiones se torna difícil que se comprenda una prescripción médica que debe ser suministrada en un tratamiento ambulatorio para que su familiar soporte mejor la vida. O así también, cuando los lazos afectivos se encuentran quebrantados o deteriorados, debe evaluarse el curso de la dirección de la cura.

Respecto a los lazos, se coincide con Sotelo (2007) en que para el sujeto y la familia:

Se ha producido un quiebre, un punto de viraje que marca un antes y un después, esto es: ya nada volverá a ser como antes. Por eso resulta necesario evaluar el impacto y las consecuencias que el desencadenamiento de una psicosis produce en el grupo familiar. Esto permitirá al analista ubicar el marco y las coordenadas en que se desarrolla la vida del sujeto (p.61)

En esta perspectiva, Alicia Stolkiner (2023) conceptualizando sobre la salud colectiva, sostiene que la misma:

No está referida sólo a la clínica en el campo psi. Tiene algunos componentes más amplios, como por ejemplo poner entre paréntesis la enfermedad, lo cual no quiere decir no tenerla en cuenta, sino poner en juego lo que tiene que ver con la vida colectiva, con la vida comunitaria, con la red social en la cual la persona está, con la singularidad. (p.132)

De lo expuesto se desprende que lo social, el lazo con el Otro, es una dimensión relevante para el sujeto, tanto para lograr su equilibrio en la vida como para provocar

13

una ruptura. Así como es determinante en el acompañamiento y el genuino sostén de los padecientes. Porque es bien sabido que transitar la psicosis en soledad, ensombrece todo horizonte y opaca cualquier esperanza.

LA ESCUCHABILIDAD (= escucha-habilidad)

Las urgencias desde el Psicoanálisis

Las premisas que se van desandando en el curso de estas líneas confluyen en el trabajo del analista. En esta interlocución entre las urgencias y el campo psicoanalítico surgió la pregunta acerca de: ¿Cómo intervienen los analistas en los

momentos en que una persona se hace presente desbordada por una urgencia? Esbozando alguna respuesta, es factible argumentar que la atención se convierte en un acto clínico, en el que se imbrican la intervención sustentada en la teoría, la experiencia profesional, la transferencia y la ética.

El acto clínico

Concebir a la urgencia como un hecho de discurso va de suyo con describir a la atención como un acto clínico. Bajo el principio de que todo fenómeno analítico está estructurado como un lenguaje, la palabra resulta esencial en la práctica. La intervención reclamada desde la urgencia mediante el dispositivo analítico, va a operar a través de la palabra. Al fin y al cabo, se trata de lo que Lacan (2003b) declara en el Seminario 3 con respecto a que:

Jamás olviden que nada de lo tocante al comportamiento del ser humano en tanto sujeto, nada de aquello, sea lo que fuere, en que se realiza, en que es, lisa y llanamente, puede escapar del sometimiento de las leyes de la palabra.

(p.121)

Desde ese llamado que se hace por una situación que se ha tornado insoportable, desde ese primer momento de contacto entre el analista y el paciente se va a comenzar a construir el camino de la palabra. Así será como en el campo de los fenómenos del lenguaje, en donde el analista identificará los trastornos del lenguaje asociados a las psicosis. Eso le permitirá acercarse a un diagnóstico presuntivo, a modo de faro para su intervención y la dirección de la cura.

Como en toda situación analítica, la palabra en la psicosis, debe ser posibilitada, atendida y escuchada. Es en tanto que el sujeto hable como se va a posibilitar la emergencia de la palabra. Al respecto, Lacan (2003b) refiere que: “El fundamento mismo de la estructura paranoica es que el sujeto comprendió algo que él formula, a saber, que algo adquirió la forma de palabra, y le habla”. Por eso se trata de apostar a la palabra, para que pueda alojarse el testimonio de estos pacientes.

Metodológicamente, Lacan (2003b) argumenta que: “tenemos el derecho de aceptar entonces el testimonio del alienado sobre su posición respecto al lenguaje, y tenemos que tomarlo en cuenta en el conjunto de las relaciones del sujeto con el lenguaje” (p.298). Además, el paciente: “habla de algo donde continúa comprometiéndose de todos modos, en suma, testimonia”. (p.60) Por eso: “todo lo que para nosotros tiene valor en tanto que comunicación, es del orden del testimonio”. (p.23) Es así como resulta significativo:

14

Comprender qué se dice. Y para comprender qué se dice es importante ver los reversos, las resonancias, las superposiciones significativas (...) El lenguaje juega enteramente en la ambigüedad, y la mayor parte del tiempo, ustedes no saben absolutamente nada de lo que dicen. (Lacan 2003b, p.168)

De esa manera los analistas: “Nos haremos sus secretarios, tomaremos su relato al pie de la letra; precisamente lo que siempre se consideró que debía evitarse”. (Lacan 2003b, p.295) El saber le pertenece al paciente, no tanto como concatenación de significantes, sino como saber real marcado hasta en su propio cuerpo, diferenciado al máximo del conocimiento. Eso explica por qué para Lacan: “La cuestión del saber del psicoanalista no es de ningún modo saber si eso se articula o no, sino saber en qué lugar hay que estar para sostenerlo” (Lacan 2012, p.44).

El análisis es una construcción, por eso el relato del paciente es ya una construcción. A través del dispositivo analítico el sujeto podrá hablar. Es en la medida en que se posibilite la palabra, que podrá desplegar su historia. El dispositivo analítico habilita un lugar para que el sujeto testimonie y de esa manera se aloje su padecimiento y de alguna manera su vida pueda hacerse más soportable. Nada de esto sería posible sin la mediación de la palabra.

No obstante, para construir un decir sobre eso que lo hace sufrir, es necesario que se creen las condiciones para que eso ocurra, siendo la escucha una de ellas. Es allí donde el Psicoanálisis se diferencia porque para los analistas, la escucha navega del sentido al fuera de sentido. Ello exige un saber, por ejemplo, a la hora de escuchar el delirio, en tanto éste es un modo de relación con un material significativo en juego, con el inconsciente y con lo intersubjetivo.

Cuando el sustento teórico es el Psicoanálisis, prima generar las condiciones de escuchabilidad, de habilidad para la escucha. Más bien de “escucha-habilidad” del decir del paciente, de esa palabra que despliega a la vez que se va construyendo. Se refiere a la habilidad para escuchar el decir de esa persona, brindando un espacio también para la palabra que emerge de ese Otro quien muchas veces es el verdadero protagonista de la demanda y que lo acompañan en ese momento de arremetida del sufrimiento. En este aspecto, con relación al accionar profesional, Stolkiner (2013) sostiene que:

La escucha (no sólo la analítica sino la inherente a cualquier acto en salud) puede ser entendida como un acto de hospitalidad (...) Alojjar la pregunta carece de sentido si quien hospeda no está dispuesto a dejarse interrogar, se trata de una legítima exigencia de paridad en la hospitalidad ofrecida a la pregunta (..) se abre la puerta para mantener el espacio de lo teórico en la escucha, pero no sin someterlo a cuestionamiento y vigilancia permanente. (p.21)

En suma, la práctica se trata de escucha, lectura e interrogación y a la vez de construcción y acompañamiento. De forma que un analista es alguien que interviene artesanalmente, procurando habilitar la palabra sin cerrar sus propias orejas, alojando el desamparo y generando confianza, en la búsqueda de un alivio al sufrimiento psíquico. Invita a quien está en esa urgencia a construir un relato, que posibilite armar una trama, produciendo un decir en el cual pueda estar concernido

Para los analistas, además, transitar las experiencias de las urgencias en el ámbito de la salud mental pública en nuestro país, los pone al encuentro de personas

decisión de poner el cuerpo afrontando las embestidas propias de esos momentos. Se observa que en estos tiempos de crisis especialmente en los efectores públicos de salud, ante una urgencia, el equipo interdisciplinario, incluidos los analistas, son apelados a aliviar el malestar. Pero hay urgencias en las que impera, antes de cualquier intervención, acercarle al paciente un alimento porque no tiene fuerzas, conseguirle un abrigo porque el frío lo entumece o contactar a un familiar para que un rostro conocido lo acompañe en un momento desconcertante. Si bien es cierto que no se trata de la especificidad del dispositivo analítico y no debe confundirse con los fundamentos de su práctica, se trata de evidenciar a analistas comprometidos con el dolor del otro, quienes procuran generar las condiciones para una mejor contención de las personas. Esto resulta concordante con la idea expuesta por Winnicott (1991) acerca de que el hacer del analista da cuenta de brindar un encuadre humano.

La transferencia

La práctica del analista en instituciones se encuentra sostenida sobre aquello que dirige la cura: la transferencia. El cómo trabajar con la transferencia y sus implicancias en instituciones de salud es un tema abordado por Rubinstein (2009), quien plantea que la entrada en transferencia por sí misma constituye un alivio terapéutico. Sólo por marcarse el inicio de un camino de trabajo, es que permite pensarse la reducción de un padecimiento. Es así cómo puede sostenerse que habría transferencia desde el comienzo hacia el centro de salud, en donde el sujeto o aquellas personas cercanas al enfermo, han considerado que ese espacio podría acoger su dolor y darles una solución al padecer. Por su parte, Millas (2022) subraya que: “se trataría de crear las condiciones para el alojamiento transferencial del usuario en el dispositivo hospitalario, destacando a su vez allí el valor de una práctica a la que denomina inter responsable en lugar de interdisciplinaria”. Sostiene además que:

Operar entre varios no traduce sólo un cierto estilo de lazo profesional que concilia el afecto societatis y la responsabilidad de cada uno, sino que corresponde también a una construcción de la clínica que toma en cuenta la incidencia de un real y por el que cada interviniente está concernido. (Millas, 2022)

Transferencia, responsabilidad e implicación mediante, el analista juega un papel en esa escena. Es en ese espacio donde aparece la apuesta del lado analista quien va a desplegar y construir posiciones, garantizando a la vez las condiciones para la circulación de la palabra, así como para alojar, sostener y acompañar al paciente y a su familia. Esto explica por qué la transferencia implica abstinencia, pero no neutralidad.

Ahora bien, la psicosis no está fuera de la transferencia. En la psicosis, como en la neurosis, hay transferencia porque básicamente hay lenguaje, inconsciente y sujeto. Coincidiendo con esta certeza, Allouch (2015) señala acerca de la especificidad de la transferencia psicótica a través de una fórmula: “el neurótico transfiere, el psicótico plantea transferencialmente”. (párr. 8) El autor plantea además que hay una modalidad de transferencia específica de la psicosis: “Hay razones para mantener juntas las dos determinaciones siguientes: 1/ se trata enteramente de una

transferencia y 2/ esta transferencia es específica. (...) La solución será ésta: una misma escritura, pero una

16

lectura diferente de lo escrito”. (párr. 58) La cuestión para Allouch (2015) está en: “Cómo ese sujeto de la enunciación plantea una transferencia a la que estaremos quizás en condiciones de ofrecerle la acogida que le conviene”. (párr. 58)

Por eso, plantear transferencialmente equivale a prestarse a soportar una transferencia. (párr 7) De ahí que:

Tenemos que merecer a sus ojos, ese lugar de pequeño otro; él está lejos, en efecto, de ofrecernos de entrada la confianza que nos acuerda entonces. ¿De qué manera podemos merecerla? ¿Después de qué prueba? Es aquí que aparece manifiesta la especificidad de la transferencia psicótica, que es ante todo, Lacan lo observaba, una transferencia al psicótico. Él no está sin saber e incluso sin tener razón en su saber. Nada obtendremos de él si le rechazamos eso. Y por una razón de estructura. (Allouch 2015, párr. 53)

Resulta claro desde esta perspectiva, el aporte de Fridman (Sotelo, 2009b) cuando sostiene que: “el mundo delirante del psicótico no excluye de ningún modo el lugar del analista” la clave será en qué lugar nos encuentre el psicótico”. (párr. 15)

Del legado de Lacan (1977) hay un manifiesto: “La psicosis es aquello ante lo cual el analista en ningún caso debe retroceder”. Y eso quedó plasmado en las coordenadas de la praxis: hay que hacerse secretario del alienado. El conducía las entrevistas de pacientes psicóticos suponiéndoles un saber sobre su enfermedad, dejando a su cargo la definición de lo que les acontece. Planteaba ubicarse en el lugar de quien toma nota del testimonio que el sujeto ofrece. Pero ser “secretario” no es sólo tomar nota. Esto implica detenerse en las cuestiones que el paciente refiere tanto por sí mismo como por medio de las voces que le hablan, interesarse por su decir, cómo expresa su situación y despliega su historia. Así como Freud se detuvo a escuchar en la escritura de Schreber una psicosis única, no clasificable en las nosografías, así el analista debe predisponerse a escuchar esa certeza que al paciente le concierne.

La guardia de atención en salud mental no es un espacio de análisis tal como convencionalmente lo concebimos. Sin embargo, es un espacio que habilita a trabajar con el cuerpo teórico del Psicoanálisis, para alojar el decir de esa persona que con su padecer a flor de piel se hace presente derrumbada, descompensada, sumergida en la perplejidad y junto a ella comenzar a construir algo.

La red

Otro desafío en la inclusión de los psicoanalistas en las instituciones de salud mental, que se puede convertir en un condicionante o una oportunidad, de acuerdo a cómo se lo vivencie, es el encuentro con otros saberes. La interdisciplinariedad establecida por la Ley de Salud Mental (2010) forma parte ineludible del encuadre de

la práctica.

En esos lineamientos, Alvarado (2018) menciona que:

17

Las problemáticas de salud actuales exigen un trabajo en red, interdisciplinario e intersectorial, que debemos incorporar deconstruyendo modalidades aprendidas (...) La interdisciplina es un punto de llegada, no uno de partida, no por juntarnos eventualmente a tratar la situación de un paciente es que trabajamos interdisciplinariamente (p.110)

Las prácticas en ámbitos institucionales demandan trabajar a la par con profesionales de otras disciplinas. Esto representa una apuesta para los diferentes profesionales a la hora de comunicarse, consensuar acciones y tomar decisiones. Porque construir un quehacer interdisciplinario no deja de poner en jaque las pretensiones ególatras de cada uno. El trabajo en red supone que ninguna visión por sí misma puede dar cuenta de la complejidad de la época. La suma de saberes y experiencias, lejos de delimitar la especificidad de cada disciplina, abre una oportunidad para el crecimiento colectivo en pos de aliviar el dolor de las personas. Sólo la construcción colectiva puede dar respuestas y construir acciones enriquecedoras al son de los tiempos que corren.

La ética

No es necesario desplegar demasiados fundamentos para otorgarle a la ética la importancia que tiene en el ejercicio de la profesión. No obstante, cabe señalar que cada persona no es un caso clínico a develar por medio de la nosografía médica. No es un número en la sala de espera que aguarda ser atendido, sino que se trata de la localización subjetiva, que va a hacer de cada enfermo, un enfermo. En consecuencia, la dignidad en la atención, forma parte de la posición ética que debe acompañar el accionar de cada profesional.

Por otro lado, en "Introducción al método psicoanalítico" Miller (2006) recuerda que el bien decir es la llave de la ética del Psicoanálisis. Justamente es por el valor que adquiere la palabra, que la ética profesional se muestra. Ante esta formulación, lo esencial se convierte en aquello que el paciente puede decir, tomando relevancia la singularidad de su palabra.

Por su parte Sotelo (2009b) con relación a la ética involucrada en la dirección del tratamiento de las psicosis apunta a que: "Escuchar las psicosis revela una posición ética, no se trata del ser del analista sino de una política, particular para el tratamiento de estas estructuras". (párr. 8)

Otra cara de la ética en el ejercicio de la profesión está relacionada con el hecho de que los psicólogos en los ámbitos públicos son trabajadores del Estado. Ese mismo Estado que debe garantizar el derecho a la salud para todos los habitantes de su suelo, pero que también debe garantizar y resguardar los derechos de sus trabajadores. En este punto Alvarado (2018) sustenta que:

Cuando el paciente llega al hospital, el Estado somos nosotros, los trabajadores del Hospital, y en ese momento, tenemos que arbitrar los medios para intervenir, de la mejor manera posible, en esa situación que se nos presenta. Al mismo tiempo tenemos que exigir a las autoridades que los derechos de los usuarios del sistema de salud y los nuestros, como trabajadores, se respeten. Lograr este

18

respeto requiere asumirnos como trabajadores y defendernos colectivamente.

(...) Recordar que los derechos se ejercen, pero antes se conquistan y que en

la historia de los trabajadores nunca se conquistaron derechos sin luchar.

(p.110)

Desde luego, resulta imposible no abrazarse a estas palabras porque ponen en valor el trabajo que diariamente llevan adelante los profesionales de la salud, sin distinciones por su formación, en cada dispositivo público de atención en salud mental.

En resumen, es responsabilidad de cada psicóloga y psicólogo conjugar en su hacer la esencia de la ética a través del respeto, la dignidad, el profesionalismo, la defensa de los derechos y el compromiso con el padecimiento de cada persona.

REFLEXIONES FINALES

Tejiendo unos hilos finales

Mediante esta investigación se procuró alcanzar el propósito de indagar acerca de la especificidad de la práctica de las psicólogas y psicólogos formados en Psicoanálisis, en los servicios de urgencias de los efectores públicos de salud mental. Haciendo hincapié en la atención de personas que padecen psicosis, a través de un armazón de conceptos como los de urgencias, psicosis, salud mental, práctica, discurso, escucha, lazo social y ética, entre otros, se ahondó en los fundamentos y características del trabajo de los analistas. Todo ello entrelazado con aquello propio del padecer de los pacientes con psicosis y sus formas de irrupción en una urgencia.

Este escrito puede resultar un aporte pertinente para la formación profesional

de psicólogas y psicólogos, porque permite conocer cómo se despliega el dispositivo analítico en un efector público de salud mental. Además, a través de la investigación bibliográfica y a la luz del marco teórico que la sustenta, se han podido brindar respuestas a aquellos interrogantes que la experiencia fue tramando, conformando un conjunto de lineamientos teóricos para la identificación y descripción de las urgencias de pacientes que padecen psicosis cuando se presentan en los servicios de guardia, hecho que, se considera, puede enriquecer el conocimiento y ampliar el campo del saber sobre la práctica en instituciones.

Haber podido articular los aportes del Psicoanálisis con la clínica de la urgencia, ha permitido arribar a las siguientes ideas que se exponen a modo de conclusiones. Por un lado, la urgencia es entendida como un padecimiento sin velo, ni trama de representación, que muestra lo real como algo inasimilable e imposible de soportar. Ésta va a revelar algo del orden del encuentro con un real que se escabulle y que supone haber llegado a un límite, tras el cual irrumpe un sufrimiento que puede llevar a un riesgo de agresión o de muerte. Va a dar cuenta de una ruptura cuyo desencadenante no guarda proporción con esa irrupción ni con su dolor, porque basta con que alguna situación rompa la homeostasis de lo que hasta entonces se venía sosteniendo. Eso explica cómo algo nimio puede devenir en una urgencia.

Respecto al campo de la práctica de los analistas, la urgencia se trata de un hecho de discurso por lo que la atención se considera un acto clínico, en el que se pone en juego la emergencia de la palabra, la escucha, la lectura, el sostén del paciente y la transferencia. Por lo que la manera de construirlo, escucharlo, interpretarlo y jalarlo dependerá de la habilidad del lector.

Las urgencias que irrumpen en la vida de una persona podrán ser alojadas en tanto haya quien acuse recibo mediante un dispositivo adecuado. (Sotelo, 2011) Es así como la “escucha-habilidad” es una invitación para pensar la habilidad necesaria del analista para apropiarse en una consulta de urgencias, de ese espacio donde se pueda alojar el padecimiento y construir una demanda. Pasa por habilitar un espacio y un tiempo en el que ese grito se transforme en un llamado, en el que con eso insoportable que presenta como una necesidad, pueda construirse en una demanda en tanto y en cuanto algo se pueda dirigir al otro. De esa manera se habilita una oportunidad para establecer una relación del paciente con su malestar.

Por otro lado, el análisis es una construcción, por lo tanto, será en la medida en que el sujeto hable como se va a posibilitar la palabra. Como en toda situación analítica, la palabra en la psicosis, debe ser posibilitada, atendida y escuchada. A través de la mediación de la palabra podrá desplegar su historia, testimoniar, sobre su padecer, alojarse su padecimiento y de alguna manera, hacer algo más soportable su vida.

Dentro de estos lineamientos finales, no puede desatenderse la importancia del entorno afectivo de las personas que se presentan afectadas por un sufrimiento en las guardias de salud mental, sus lazos de amor, quienes llevan a cuestas el padecimiento de su ser querido y conviven con él. Ellos, en su mayoría, necesitan comprender, ser

20

contenidos, escuchados y alojados en su dolor, así como ser considerados al momento de acompañar en un tratamiento.

Tampoco dejar de considerar que los vientos de la época, teñidos por su contexto histórico, económico y social, son inherentes a la práctica, atravesando y condicionando las formas de intervención y las decisiones que se tomen. Por eso, se convierte en un desafío convocar a los analistas a trabajar desde un Psicoanálisis comprometido con sus tiempos. (Santimaria et. al 2016)

En cada atención de urgencias, los analistas se encuentran con personas

sufrientes, cargadas de dolor, angustia y desamparo, por lo que deben hallarse a la altura de la singularidad de cada persona, así como de cada situación que se les presenta. En consecuencia, se plantea que la dignidad en la atención, el respeto y el compromiso se conjugan en la posición ética de cada profesional que acompaña todo su accionar.

Finalmente, nadie más preciso para dar la puntada final a esta propuesta que el propio Lacan (2013a) cuando dice que: **“Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época”** (p.242)

Sin más, todos estamos comprometidos y convocados...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allouch, J. (2008) Marguerite o la Aimeé de Lacan. Editorial Cuenco de Plata. Ediciones Literales. Córdoba. Argentina

Allouch, J. (2015) Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica. Uno a Uno Taller de Lectura en Psicoanálisis. Publicado en Agosto de 2015. Recuperado de:

<https://unoaunoblog.wordpress.com/2015/08/28/ustedes-estan-al-corriente-hay-transferencia-psicotica-jean-allouch/>

Alvarado, L. (2018) Hospital Dr. Rodolfo Rossi de la ciudad de La Plata. Jornada: El rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental. Recuperado de: <https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/9658/8511>

Caraballeda, A. (2012) La intervención en lo social / exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina

Castoriadis, C. (2007) La institución imaginaria de la sociedad. 1ª Edición. Tusquets Editores. Buenos Aires. Argentina

Feijoo, M. del C. (2001) Nuevo país, nueva pobreza. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. Argentina

Freud, S. (1991a) Proyecto de psicología. (Trabajo original publicado 1895) Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. 1). Edit. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina

Freud, S. (1991b) Más allá del principio del placer. (Trabajo original publicado 1920). Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. 18.). Edit. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina

Freud, S. (1992) Inhibición, Síntoma y Angustia. (Trabajo original publicado 1925-1926). Obras Completas: Sigmund Freud (Vol 20) Edit. Amorrortu. Buenos Aires Argentina

Lacan, J. (1977) Apertura de la sección clínica de Vincennes. Recuperado de: https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/ouverture_de_la_section_clinique.pdf

Lacan, J. (1988) Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11 (1966). Intervenciones y textos 2. Editorial Manantial. Argentina. Recuperado de: https://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_pase&SubSec=articulos&File=articulos/prefacio_seminario11.html

Lacan, J. (2003a) Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina

Lacan, J. (2003b) Seminario 3. Las psicosis. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Argentina Lacan, J. (2012) Hablo a las paredes. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Argentina

Lacan, J. (2013a) Escritos 1. Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis (184-243). Editorial Siglo XXI. Edición digital. México

Lacan, J. (2013b) Escritos 1. Del sujeto por fin cuestionado (178-183). Informe de Roma

Lacan, J. (2003c) Escritos 2. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (original 1955-56) Editorial Siglo XXI. Edición digital. México

Ley Provincial N° 9.538/1984 Del ejercicio profesional de los psicólogos y creación del Colegio. Promulgada el 30 de Noviembre de 1984 efectuada por la H. Legislatura. Santa Fe, Argentina. Recuperado de: <https://colegiopsi.com/contenido-id.php?id=195>

Ley Provincial N° 10.772/91 de Salud Mental promulgada en 1992. Recuperado de: <https://www.cpsf.org.ar/normativa/ley-10772#>

Ley N° 26.657/10 (2010) Nacional de Salud Mental. Promulgada 25/11/2010 y su Decreto Reglamentario 603/2013 (29/05/2013). Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>

Millas, D. (2022) La otra práctica clínica Psicoanálisis e institución terapéutica. Presentación del libro de Alfredo Zenoni. Grama Ediciones. Recuperado de Youtube: [Formato Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=ZShwGuCslTg>

Miller, J. A. (2006) introducción al método psicoanalítico. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina

Morlet-Barjau A., Ortiz-Maldonado, E., & Moscoso-López, M. (2008). Manejo del Paciente Psicótico en el Servicio de Urgencias de un Hospital General. Volumen 14, N°3. México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711373005>

Perugino, A., Ferioli, D. (comp.) (2015) 1- Urgencias Mudas, 3. Acerca de la Urgencia en Urgencias en Salud Mental N°18. CLEPIOS 66. Revista de Profesionales en formación en Salud Mental - Volumen XXI - N° 1: 18-21 ISSN 1666-2776. Buenos Aires. Argentina

Rascovan, S y Otros (2013) Puntuaciones de Época. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina

Rubinstein, A. M. (2009) Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales. Anuario de investigaciones XVI. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945053>

Santimaría et. al. (2016) Psicoanálisis e Interdisciplina en la atención de la urgencia en salud mental en el hospital público. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-044/844>

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

Sotelo, I. (2009a) Perspectivas de la clínica de la urgencia. Grama Ediciones, Buenos Aires. Argentina

Sotelo, I. (2009b) Presentación del libro "Escuchar las psicosis" De la locura animista a la psicosis ordinaria. Autores: Juan Carlos Fantin, Darío Galante y Pablo Fridman Recuperado de: <https://www.elsigma.com/lecturas/presentacion-del-libro-escuchar-las-psicosis-de-la-locura-animista-a-la-psicosis-ordinaria-autores-juan-carlos-fantin-dario-galante-y-pablo-fridman/11951>

Sotelo, I. (2011) Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental. Recuperado de: <https://aacademica.org/000-052/873>

Stolkiner, A. (2013) Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Editorial Psicolibro. Colección FUNDEP. Buenos Aires. Argentina

Stolkiner, A. (2023) Intercambio Psicoanalítico N° 14. Entrevista con Alicia Stolkiner sobre la hospitalidad: una alteridad fundamental que surge de hacerse vulnerable a la pregunta del otro. Recuperado de:

<https://intercambiopsicoanalitico.org/ojs/index.php/IPSI/article/view/57/105>

Winnicott, D. (1991) El valor de la consulta terapéutica (1965). En exploraciones psicoanalíticas II. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina

