



UNR

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Tema: Rol del psicólogo en la guardia del HECA: los efectos del trauma y la urgencia.

Autora : Adobato, Victoria Julieta

A-5100/4

Docente responsable: Martello, Ariel

-2018-

Índice

Resúmen.....	4
Palabras clave.....	4
Fundamentación.....	5
Concepciones de Salud y Salud Mental.....	6
Salud Pública en Rosario.....	7
La guardia del HECA.....	8
La interconsulta.....	9
El trauma y la urgencia.....	11
Rol del psicólogo.....	14
Conclusión.....	19
Referencias Bibliográficas.....	20

Agradecimientos

Quisiera agradecer principalmente al psicólogo Ariel Martello quien es mi tutor del trabajo integrador final, que desde el comienzo se mostró predispuesto y me acompañó de manera constante durante todo este tiempo brindándome su apoyo siempre que lo necesité.

Así como también me gustaría agradecer a los docentes del espacio TIF que siempre estuvieron presentes y nos acompañaron durante todo el año, atendiendo mis dudas y escuchándome en cada supervisión.

Resumen

Lo que conduce a los pacientes al hospital son situaciones límite caracterizadas por su gravedad en su condición física, pero que también, trae aparejadas consecuencias subjetivas. El tratamiento está orientado a subjetivar esa urgencia que se presenta, a otorgar un sentido a ese padecimiento y abrir la posibilidad de una demanda de análisis. Por urgencia subjetiva se entiende a un intento de respuesta ante un trauma acontecido, esos momentos de crisis en la vida de un sujeto, que, al no poder dar cuenta de su sufrimiento, cuando el discurso no le alcanza es impulsado a actos desesperados o quedarse a la deriva de su angustia.

La característica de los casos que se presentan en la guardia es que todos están marcados por la urgencia. El principal objetivo es evaluar la gravedad de los casos y que sea un lugar de tránsito breve para quien ingresa, poder resolver la situación crítica para luego continuar con un tratamiento en otra instancia institucional.

Para el analista la palabra cobra su valor en el sinsentido, en sus quiebres, que remiten a las profundidades del psiquismo humano. Trabaja con la palabra del paciente, pero de manera inversa al médico, parte de lo explícito de su decir a lo implícito de su discurso, del síntoma como formación sustitutiva, hacia las determinaciones subjetivas, que producen esa sustitución. Escucha cómo el inconsciente habla, quizás apoyándose en un órgano, en un acting, en un pasaje al acto.

Palabras claves: salud mental - rol del psicólogo – trauma – emergencia/urgencia -

Fundamentación

La decisión de realizar un estudio de caso como modalidad del trabajo integrador final se debe a que fue una gran propuesta a la hora de llevar a cabo un trabajo conjunto con la teoría leída a lo largo de la carrera pudiendo enlazarla con la experiencia dentro del campo que realizo las prácticas profesionales, destacando así lo personal.

Haber ingresado a hacer las prácticas en un hospital de emergencias, conlleva prestar especial atención y conocer acerca del rol del psicólogo allí dentro, como un rol que es complejo y que lleva al profesional a “salirse del molde”, o pasar ciertos límites debido a los casos que allí se atienden. Esto cabe mencionarlo ya que, al transitar todos estos años en la formación académica de la carrera de Psicología en la UNR, no aporta mucho en lo que refiere a intervenciones en urgencias. La formación está orientada a un psicoanálisis de consultorio, de diván, en determinadas condiciones sociales y materiales, pero a la hora de trabajar en un lugar como un Hospital Público orientado a la urgencia y emergencia, hay que recurrir a estrategias que permitan desarmar viejos conceptos ortodoxos y buscar en el psicoanálisis u otras corrientes, las herramientas que logren responder a cada demanda en particular, con la complejidad que ello suponga.

Al igual que el encuentro con un nuevo paciente, o con el padecimiento singular de un sujeto, cada situación de guardia nos suscita una pregunta y en este caso, una pregunta que apunta a nuestro quehacer como psicólogos en dicha situación de urgencia. Se podría decir que cada situación es el renovado encuentro con esa pregunta, con esa falta de respuesta establecida, que no hace más que volver y volver a enfrentarnos con un agujero en nuestro saber. Punto imposible de ser suturado por completo y que tanto tal, nos obliga tan solo, a bordearlo. Desde la escritura se intentará inscribir algo de eso que cual pulsión de muerte, irrumpe y desagrega lo que hasta ese momento hallaba ligadura. Se trata, entonces, de ver qué sucede cuando el goce, no sometido a su dialéctica, hace su entrada aplastando la dimensión subjetiva de quien lo padece (Mítolo, 1998: 55).

Lo que conduce a los pacientes al hospital son situaciones límite caracterizadas por su gran gravedad en su condición física, pero que también, trae aparejadas consecuencias subjetivas. Así, el tratamiento está orientado, o al menos lo que se espera que así sea, a subjetivar esa urgencia que se presenta, poder otorgar un sentido a ese padecimiento y abrir la posibilidad de una demanda de análisis.

Aquí cabe mencionar que por urgencia subjetiva se entiende a un intento de respuesta ante un trauma acontecido, esos momentos de crisis en la vida de un sujeto, que, al no poder dar cuenta de su sufrimiento, cuando el discurso no le alcanza es impulsado a actos desesperados o quedar presa de su angustia.

Es fundamental destacar la escucha en la urgencia, la cual puede orientar el caso hacia un posible tratamiento, y puede introducir algún interrogante para el sujeto que le implique en aquello que le ha sucedido.

En las instituciones hay diversos elementos que irrumpen con el orden de la elaboración subjetiva y la interpelan, los cuales son los analizadores que indican aquello no manifiesto, a algo latente que es necesario poner en palabras, aclarar, entender su naturaleza, poder hacerla consciente.

Para esto, es muy importante destacar el rol del psicólogo en instituciones como éstas ya que permite establecer con el paciente una relación distinta de la del médico, basándose en la escucha del mismo. Poder ver más allá del padecimiento físico, poder prestar especial atención y darle un sentido a aquello que el acontecimiento (accidente, intento de suicidio, etc.) generó en la persona, en su subjetividad.

Salud y Salud Mental

El concepto de *salud* es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el completo estado de bienestar físico, mental y social. “La definición hizo, además, al plantear una salud que no es sólo cuestión física o biológica sino también psíquica y social, inaugura una época en la cual la hegemonía del pensamiento biológico individual en la explicación del proceso salud/enfermedad empieza a ser cuestionada” (Stolkiner, 2003: 6).

Ferrara (1985) define a la salud como un proceso condicionado por factores históricos, sociales, políticos y económicos. Siguiendo con esto, es importante ubicar en el marco de la promulgación de la Nueva Ley de Salud Mental 26.657 que reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Esta definición de Salud Mental como proceso complejo, es una definición no estática en la cual queda expuesta que los modos de sufrir y enfermar van ligados a las producciones de salud-enfermedad en una sociedad determinada e impuesto al sujeto en cada época y según el contexto social en el que se halla inmerso. Es por este motivo que nos resulta de gran importancia poder conocer en el hospital cuáles son las problemáticas subjetivas que se presentan y que convocan nuestra presencia y la implementación de distintos dispositivos terapéuticos. El hospital general aparece como una institución en la cual se entrecruzan diversos discursos provenientes de distintas disciplinas y prácticas. Es en este sentido que resulta interesante poder analizar cómo se lleva a cabo el trabajo del psicólogo en relación con las demás disciplinas que habitan esta institución.

El concepto de salud conjuga prácticas, posiciones teóricas, instrumentaciones técnicas, comportamientos de comunidades e instituciones, con el fin de poder dar lugar a una lectura clínica, un registro de la subjetividad, desde distintos posicionamientos.

Respecto del concepto de salud mental, es necesario realizar un descentramiento desde la noción de enfermedad mental a la noción de sufrimiento psíquico.

Es preciso incluir el reconocimiento de la subjetividad en tanto producción de sentidos, de significaciones y de valores éticos y estéticos que se generan en la cultura, de los modos como los sujetos se apropian de ellos y cómo éstos rigen sus acciones prácticas. El sufrimiento psíquico conlleva el reconocimiento de la dimensión subjetiva del padecimiento. Así, el pasaje de la noción de enfermedad a la de sufrimiento psíquico, posibilita incorporar la dimensión subjetiva de quien sufre e impide la patologización de situaciones cotidianas, recuperando el carácter de proceso histórico y social que antecede y condiciona a la enfermedad mental.

La Ley N° 26.657 estipula la internación en hospitales generales de las personas que se vean aquejadas por algún padecimiento mental, y reconoce los derechos de las mismas a recibir allí la atención médica, integral y humanitaria que necesiten.

Dicha Ley también enuncia que la modalidad de abordaje debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales de diferentes campos del saber (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, enfermeros, etc.). Es decir, que incluye las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas y campos pertinentes. En este sentido, en los hospitales, se puede observar a profesionales de diversas disciplinas llevar adelante trabajos conjuntos, teniendo como objetivo común la salud concebida de forma integral en coincidencia con lo planteado por la Ley.

Las políticas de Salud abordadas desde el Municipio de la Ciudad de Rosario consideran que la Salud se debe emprender desde una perspectiva integral, a través de su prevención y su promoción.

La Salud Pública en Rosario

La Municipalidad de Rosario viene aplicando desde hace varios años, una transformación de su sistema de salud, basada en la universalidad del derecho al cuidado de la salud, apoyado en los principios de equidad, solidaridad y participación de los cuidados. La Red Municipal de Salud está integrada por todos los niveles de complejidad necesarios para la atención de los diferentes problemas de salud de la población.

La estrategia llevada a cabo en la salud municipal está conformada por tres niveles de atención:

- 1- El primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolutivez y está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales. Los mismos están distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente, donde la dinámica de trabajo se diseña en cada centro en función de las particularidades territoriales. Los Centros de Salud trabajan en el territorio en la atención primaria, son el efector que llega primero a la ciudadanía.
- 2- El segundo nivel de atención está constituido por los Hospitales Alberdi, Carrasco y Roque Sáenz Peña, así como también por el Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR).
- 3- El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños Víctor J. Villela y el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA).

Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

Se trata de un esfuerzo de coordinación interinstitucional que enfatiza la racionalización administrativa, buscando una mejoría de eficiencia y un aumento de la productividad de los servicios. Los esfuerzos están dirigidos a garantizar una mayor calidad de atención, recuperando y refuncionalizando los viejos edificios, incorporando nuevas tecnologías, abriendo nuevos servicios de mayor complejidad, llegando a los lugares más necesitados de la ciudad, donde no están garantizadas las condiciones mínimas para una vida saludable.

El H.E.C.A. funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias y traumas de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y de patologías agudas clínico-quirúrgicas. Es reconocido, además, como *hospital escuela*, ya que interviene en la capacitación de profesionales del área de salud en las diferentes disciplinas.

Dicho hospital cuenta con un Servicio de Salud Mental conformado por dos psiquiatras y cuatro psicólogos desde hace aproximadamente treinta años constituyéndose como Servicio a partir del año 1987 por resolución de la Secretaría de Salud Pública.

El hospital es una caja de resonancia de lo social. Los malestares y horrores, mandatos e ideales, la norma y lo moral, las practicas científicas preponderantes se hacen intensamente públicas, reúnen heterogeneidad entre palabras y cosas, cuerpos y disciplinas.

La palabra "hospital" se relaciona con *hospedaje*. Es decir, plantea una cuestión de *lugar*, de espacio. Un sujeto en urgencia se va a calmar, en principio, cuando el Otro le ofrezca un espacio, un lugar y basta que alguien de ese hospital escuche. Una función posible entonces es alojar. Se puede pensar que la guardia puede posibilitar alojar a un paciente en su padecer.

En el hospital, la elaboración traumática generalmente no coincide con el tiempo de internación de los pacientes, por ello se evalúa con qué recursos (subjetivos, familiares, económicos) cuenta el paciente internado para enfrentar la enfermedad y elaborar lo traumático y se piensa de qué manera las prácticas y dichos obstaculizan dicha posibilidad (Aronson *et al.*, 2006a: 5).

También, la institución es un espacio donde se entrecruzan distintos discursos provenientes de distintas disciplinas y prácticas. Estos sostienen, moldean y generan dichas prácticas. El discurso político y médico son los predominantes en la institución.

Ni uno, ni el otro, tienen al sujeto como fundamento de su quehacer, pero cada práctica produce algún efecto de mayor o menor alcance, que excede su núcleo específico de intervención. Es en este sentido que resulta interesante poder analizar cómo se lleva a cabo el trabajo de la salud mental en relación con las demás disciplinas que habitan esta institución.

La organización propende a dar una respuesta rápida y eficaz. Lo que queda por fuera, lo rechazado, insiste, retorna de la peor manera. Quienes se encuentran allí forman parte de las instituciones, están atravesados por los discursos dominantes allí dentro, y actúan a partir de algún pedido, pedidos que tienen la fuerza de lo actual, de la urgencia, de lo real (Aronson, *et al.*, 2006b: 4).

La guardia del HECA

La guardia es uno de los dispositivos del Hospital en el cual trabaja el equipo de Salud Mental. Por la mañana, se encargan de tomar turnos alguno de los profesionales. Tras el ingreso a la institución se dirigen a la guardia que se encuentra en la planta baja del edificio y allí toman cualquier pedido de interconsulta que pueda haberse efectuado durante la noche, o el fin de semana en caso de ser lunes.

La característica de los casos que se presentan en la guardia es que todos están netamente marcados por la urgencia: ingresan personas que han tenido algún accidente doméstico o en la vía pública, o que han padecido algún dolor extraño-novedoso, alguna irrupción en su estado de salud normal.

El principal objetivo es evaluar la gravedad de los casos y resolver aquellas situaciones que implican riesgo de vida. Se espera que sea un lugar de tránsito breve para quien ingresa, de cuyo pasaje se busca resolver la situación crítica para luego continuar con un tratamiento en otra instancia institucional. Se rige por la expectativa del alivio sintomático.

En la guardia se realiza siempre una primera entrevista con los pacientes que apunta a explorar de manera eficaz qué está aconteciendo en la vida de esta persona.

Lo ideal es poder reconstruir qué estaba pasando antes de que ingresara para poder de alguna manera enmarcar la crisis.

Las situaciones tomadas en la guardia suelen ser siempre un poco caóticas, el lugar está en constante agitación y con recepción de nuevos pacientes continuamente.

Se puede decir que la guardia es el lugar por excelencia donde se puede observar el trabajo del psicólogo en el campo de la urgencia.

Ahora bien, sean cuales fueren las condiciones particulares de cada caso, quien se dirige a un hospital en situación de urgencia lo hace en busca del alivio de su malestar. Es claro que no va en busca de un analista. Sin embargo, el encuentro con un analista puede ser la ocasión para que, con esa urgencia y en la singularidad de cada caso, se pueda hacer algo más que suprimirla o padecerla.

En la urgencia, el primer movimiento del psicólogo debe apuntar a que algo de ese real que irrumpe en la vida de la persona se tramite a través de la palabra, que se vuelva relato en el que el sujeto pueda representarse, construir un sentido desde el sin-sentido propio de la urgencia.

Si la urgencia no se interroga, si sólo apuntamos a apaciguar lo disruptivo, no es posible salir del círculo que implica emergencia, acotamiento, emergencia. Esto supone atender la urgencia, pero no alojarla. Alojarla implica entenderla como “un hecho de discurso que habrá que poner a decir” (Sotelo, 2009).

En el dispositivo de guardia, aun no siendo un dispositivo construido desde el psicoanálisis, se puede propiciar un efecto de subjetivación en la medida hay allí alguien atravesado por el discurso analítico sosteniendo su apuesta.

La interconsulta en el Hospital

Con respecto a la práctica del discurso del analista en el ámbito hospitalario, el mismo se sostiene en una relación de necesidad con los demás discursos. Es preciso aquello que se plantea como el “campo psi”, aquello que no cesa de anotarse en tantas historias clínicas, en tantos pedidos de interconsulta.

Siguiendo a Colovini (2008) quien sostiene que la posibilidad de que analistas hoy puedan habitar estos espacios institucionales, con cierta naturalidad, esta íntimamente ligada a un esfuerzo consistente en fomentar lazos con otros discursos, dominantes desde antaño en el contexto institucional. Esfuerzo que hoy se puede traducir en un “espacio ganado”.

Por lo tanto, se puede decir que una de las herramientas con las que cuenta el psicoanalista para hacerse un lugar en la institución es la interconsulta.

Ésta, aparece como una práctica privilegiada para el analista, en principio, porque se entiende a la interconsulta como una de las condiciones que hacen posible la practicabilidad del discurso psicoanalítico en una Institución Hospitalaria.

Como menciona Gastaldi (2004), con el dispositivo de la interconsulta médico-psicológica, se puede ubicar que uno de sus fundamentos es que se dio un paso importante respecto a un cambio de mentalidad en los médicos en considerar que la subjetividad del paciente puede ser un orden de causalidad posible o de incidencia posible de lo que se le produce en el organismo.

“Cabe destacar la interconsulta como una práctica privilegiada donde puede plantearse la articulación del discurso del analista con el del médico, pero también como un lugar posible de encuentro entre dos campos discursivos donde pueda emerger lo imposible de la complementariedad” (Colovini, 2008, p. 2).

La interconsulta es un escenario de entrecruzamiento del sufrimiento biológico y del sufrimiento subjetivo. Llamamos sufrimiento biológico a aquel que atañe al cuerpo y a sus funciones fisiológicas, al cuerpo que la medicina toma para sí y sobre el que produce un saber específico, científico y por tanto generalizable, sobre el que se pueden hacer mediciones, diagnósticos y pronósticos. Se trata, en suma, del cuerpo que la medicina intenta curar. Pero, junto al dolor del cuerpo enfermo, encontramos que hay un sufrimiento con coordenadas distintas al de la biología, que son consecuencias subjetivas de la enfermedad orgánica.

Frente al límite propio del discurso médico, aparece la angustia de los mismos que se encuentran con un paciente que no quiere mejorar, que no quiere hacer los tratamientos indicados o que tiene síntomas que no responden a una causa orgánica. Encuentro con el cuerpo como sustancia gozante, que la medicina, instrumento de la ciencia, desconoce.

El psicoanálisis no entiende al cuerpo sólo como una materialidad biológica sino también como un cuerpo que habita un lenguaje, en relación a una imagen de sí mismo, que se construye previo paso por el estadio del espejo y que por lo tanto puede fragmentarse.

La interconsulta con el profesional del ámbito psi implica un movimiento singular para el médico ya que reconoce un agujero en su conocimiento, una pregunta por otro orden causal, la aparición del sufrimiento y el dolor de un sujeto en particular.

En el trabajo de interconsulta en la guardia del hospital se encuentran tanto el deseo médico de curar y de restablecer al cuerpo sus funciones, como el intento del psicólogo de mantener abierto el campo del sujeto, de devolverle el uso de la palabra al cuerpo que sufre, escucharla y a la vez hacer que esa palabra sea escuchada.

El trabajo del psicólogo en la interconsulta consiste en dar lugar a la posibilidad de que emerja una palabra que ha quedado acallada frente a la urgencia de atender la enfermedad.

La intervención aquí puede no sólo implicar el trabajo con los pacientes sino también con los médicos. En ciertas oportunidades se construye con los médicos estrategias de intervención: a veces en casos de diagnósticos difíciles o inciertos, otras para una mejor transmisión de la información. En definitiva, parece tratarse de establecer lugares claros por los que la palabra pueda circular.

Y es muy importante las intervenciones que realizan los psicólogos en un hospital de tercer nivel de complejidad, dado que se abordan casos urgentes y, en muchas situaciones, los pacientes nunca han tenido ningún tipo de encuentro con un profesional de la salud mental, volviéndose así, esta intervención, la primera y tal vez única con la que el paciente pueda contar.

Eventualmente algunos casos tienen un seguimiento, hasta que se logra la conexión con la red. La dinámica del hospital no cuenta con el seguimiento del tratamiento en pacientes, solo casos excepcionales; las intervenciones son sobre situaciones concretas, mientras perdura la internación.

Lo que el discurso analítico aporta es la escucha, suponiendo allí, un sujeto que tiene algo que decir, algo que concierne a su deseo. Suponer que su sufrimiento tiene una causa, un sentido que a él se le escapa, lo cual implica relacionar sus síntomas con un saber no sabido. Este sujeto es excluido del discurso médico, que trata con un organismo y sus síntomas observables que pueden ser clasificados dentro de un saber preestablecido.

No se trata de aportar desde el Servicio de Salud Mental una mirada subjetivante respecto a los parámetros médicos, sino más bien de intentar articular (por la vía de la interconsulta) la dimensión de verdad presente en cada práctica a partir de la introducción de preguntas que posibiliten un espacio discursivo, y así reformular los parámetros iniciales, intentando reflexionar respecto de los modos y las prácticas de la institución.

Colovini (2008) plantea que la práctica de la interconsulta nos sitúa frente a la dificultad de encontrarnos con distintas voces, demandas heterogéneas, discursos que responden a éticas contrapuestas y, frente a esto, se hace necesario el armado de un equipo que pueda responder a la complejidad inherente a dicha práctica.

De esta manera, el trabajo en equipo resulta ineludible. Es lo que de alguna manera va a permitir el armado de una estrategia, que permita delimitar una direccionalidad en el trabajo, en ese caso en particular. Así, el equipo funciona como sostén para el analista, frente a las diferentes circunstancias que se le van presentando, que de otro modo, tal vez, no podría producir ese movimiento necesario y eficaz de tomar distancia de la situación, hacer una pausa en el tiempo, reflexionar, situar todos los factores intervinientes en la misma, para luego volver a tener un acercamiento, pero ya con la tranquilidad de una respuesta que provoque movimientos, tanto a nivel subjetivo como institucional.

El trauma y la urgencia

La urgencia ya no es solo patrimonio de quienes llegan a las salas de guardia del hospital, también los internados en las salas generales se presentan con su urgencia, su crisis.

En los tiempos de urgencia hay que posicionarse y dar lugar a la palabra de todos los actores de estas escenas. “Se trata de dar la palabra a quien quiera tomarla y abrir el juego en relación a ese cuerpo demasiado real” (Berwald, 1996: 87). Que alguien tenga la oportunidad de hablar de su sufrimiento alguna vez posibilita algo diferente a no haberlo hecho nunca.

En la institución todos corren, llaman, apuran. Coll (1998) afirmó que, como analistas, se debe tener en cuenta otro tiempo, el tiempo del paciente en el que pueda darse la posibilidad de reconocerse en una repetición que lo angustia, tiempo en el cual pueda llegar a hacerse una pregunta por lo que le pasa, querer saber acerca de su síntoma. Es un tiempo necesario que demuestra que la urgencia no indica apuro, sino un espacio que lleve al paciente a hacerse una pregunta y, en el mejor de los casos, se articule una demanda.

Como respuesta a la urgencia de la institución es importante poder armar una organización y una serie de dispositivos que nos permitan estar y asistir en el lugar al que somos llamados en forma urgente sin que ello implique, muchas veces, dar una respuesta urgente a ese llamado.

En el campo psicoanalítico, el término dispositivo constituye una expresión de uso frecuente, casi cotidiano. Sin embargo, existen al menos dos sentidos en que este término es utilizado en el interior del campo “psi”: Por un lado, para designar los distintos procedimientos de atención institucional vinculados tradicionalmente con la práctica hospitalaria: consultorios externos, guardia, interconsulta, internación, entre otros; por otro, se emplea usualmente en la comunidad analítica para nombrar el dispositivo creado por Freud o “dispositivo analítico”, artificio que sostiene la cura analítica y cuyos pilares son la asociación libre, la interpretación y la transferencia.

En la práctica muchas veces se asocia la urgencia a la guardia y de hecho, en muchas oportunidades pueden coincidir; sin embargo, cabe destacar que la urgencia trasciende dicho dispositivo.

Existen distintas manifestaciones de la urgencia, como pueden ser las consultas al borde de la desesperación, crisis de violencia, intentos de suicidio, que parecen mostrar en cada oportunidad algo que remite a la “experiencia inaugural del psicoanálisis” aquello que Freud descubrió: que existe otro cuerpo, un cuerpo que habla en un lenguaje que necesita de otro para ser descifrado.

Como menciona Rubinovich (1998), si el descubrimiento freudiano del inconsciente nos enseñó a decodificar ese lenguaje, a soportar un tiempo necesario para que el enigma que allí se encierra (en el cuerpo, en los síntomas, en la angustia) pueda ser interrogado, puesto a hablar y develar su verdad. Entonces la presencia del analista en el encuentro con la “urgencia” y el padecimiento subjetivo, da otra respuesta, inaugura otro decir y otra escucha.

La urgencia subjetiva se presenta como la ruptura de una continuidad y el establecimiento de una discontinuidad. La misma, es una dimensión de ruptura en relación con la palabra: estallido, exceso, que irrumpe en la escena que sostiene al sujeto en el mundo y provoca el quiebre discursivo. Siguiendo esto, la urgencia se presenta en la dimensión del actuar en lugar del decir con palabras.

Pensando al psicoanálisis como práctica del discurso, algunas situaciones suelen interpelarnos cuando alguien queda por fuera del mismo. Si el discurso es lazo social y este lazo se rompe, es allí donde el sujeto se desanuda.

Es necesario hacer una diferencia entre la urgencia y la emergencia, siendo la primera el apremio donde es necesario el hacer. La emergencia, está relacionada a lo que aparece, lo que emerge, con algo del orden de lo contingente.

De esta manera, es importante poder pensar un pasaje de la urgencia a la emergencia de la palabra. Si en la urgencia hay algo que no se puede articular al nivel de los significantes, el trabajo será en la vía que permita una versión propia sobre ese momento de urgencia subjetiva, una versión que lo implique activamente en lo que le sucede o sucedió.

Se trata de poder considerar ese estallido, esa explosión que la urgencia manifiesta como irrupción de goce, como aparición brusca de una satisfacción ligada con la pulsión de muerte donde se manifiesta la compulsión a la repetición. La invasión de un goce que no logra ser tramitado y, que deja al sujeto mudo, que es otra manera de poder despejar la posición del sujeto en la urgencia (Rubinovich, 1998: 16).

Entendiendo al sujeto, como lo ya mencionado, determinado por el campo del lenguaje, las crisis subjetivas se pueden considerar como procesos de desestructuración, como rupturas o desanudamientos a un orden previo. El sujeto que atraviesa una crisis, pierde la posibilidad de enlazarse a su palabra, esta crisis responde por él y se sitúa ahí donde el sujeto no puede decidir.

Lo que lo puede llevar a un “acting out”, “fuera de discurso”, o a un pasaje al acto, es la imposibilidad de que un suceso, una idea o una situación pueda ser simbolizada. De esta manera irrumpe lo real, el sujeto se enfrenta a este real donde no hay mediación simbólica, y desafía a una vivencia “sin sentido” y de sufrimiento.

El abordaje terapéutico allí, el ofrecimiento de la escucha, partiendo de que quien presenta una situación de urgencia es un sujeto, se efectivizará en un tiempo donde se pueda restablecer una secuencia, puesto que la urgencia, como hemos definido, está indicando que algo ha producido una ruptura secuencial.

Lo no ligado, no simbolizado, insiste, retorna, de distintos modos. La presencia de otro puede dar lugar a la palabra, puede favorecer la elaboración traumática o rechazar cualquier manifestación del sufrimiento; ante lo cual, lo no ligado retorna de una manera devastadora.

Es importante entender que cada situación, cada caso, es singular y único. La apuesta es el intento de ponerle palabras al acto, restituir la eficacia de la palabra. en el sentido de que hablar implica poder anudar significaciones, implica sujeción, tener un lugar como sujeto y no la pérdida de tal lugar y condición en el acto del intento; poder lograr que el paciente vuelva a encontrarse como sujeto deseante.

La urgencia reúne la presencia de un padecimiento sin trama con la cuestión del tiempo, se presenta como desborde, como desesperación; un acontecimiento que tiene el carácter de algo abrupto para el equilibrio psíquico del sujeto.

Ya que en un momento inicial la urgencia implica la ausencia de trama discursiva, se lo puede pensar de manera articulada al trauma. El trauma también puede pensarse como un término del discurso médico, pero es un término que está presente en toda la obra de Freud, desde el comienzo hasta el fin, acompañando al desarrollo de su práctica. Se halla articulada a la noción de causa, aunque cambie su estatuto a lo largo del tiempo, a medida que Freud reformula su conceptualización de cura.

Desde el psicoanálisis, Freud (1920) la concibe como la irrupción inesperada de un impacto de cierta intensidad en el plano psíquico, que produce una efracción y altera el funcionamiento del organismo afectado acentúa el papel del factor sorpresa, y el estado de terror al que se cae cuando uno está expuesto a un peligro sin estar preparado para hacerlo.

Pujó (2012) menciona que, si bien el trauma nunca ha sido considerado por Freud en términos de una causalidad lineal, su primera teoría de la neurosis es articulada a una doble temporalidad, donde la segunda escena pospuberal resignifica sexualmente la seducción padecida por el sujeto por parte de un adulto en años infantiles. Tiempo después, el acontecimiento accidental de la situación traumática deviene apenas un factor desencadenante que actúa sobre la predisposición neurótica, disposición determinada a su vez por una fijación libidinal a ciertas experiencias tempranas.

Uno de los aspectos fundamentales de Freud es que, propone una lógica absolutamente innovadora para explicar por qué son necesarios dos momentos, separados en el tiempo, para que se constituya el trauma como tal. Primero: el trauma es siempre un trauma sexual; segundo: el trauma se constituye en la temporalidad del *après-coup*.

Freud (1913) sostiene que hacer consciente lo inconsciente encuentra en el *recuerdo* la vía prioritaria de su realización. El recuerdo es el instrumento distinguido tempranamente para el proceso de elaboración de lo que subjetivamente se experimenta como sufrimiento, agobio, desasosiego y se localiza la angustia. En relación a esto, la repetición sitúa un tope con el que tropieza el recordar, indicando que la tentativa de elaboración fracasa. Lo que no se recuerda se repite, y el retorno de lo mismo indica la falla de la tramitación. La repetición nombra así el borde más íntimo y, al mismo tiempo, más ajeno, de una imposibilidad subjetiva.

Entonces, todo trauma es en la medida en que se encuentra algo insoportable, inenarrable en el otro, momento en el cual el sujeto se fractura. La experiencia traumática se sostiene en esta experiencia del mal encuentro que actualiza una “escena originaria” de desencuentro.

Como expresa Sotelo (2009), se trata del exceso con que se confronta un sujeto: ruptura aguda, quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, quiebre de los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos o con el propio cuerpo.

El trauma como acontecimiento, es la figura de la irrupción de lo real sobre las representaciones simbólicas que tenía ese sujeto hasta ese momento. Algo irrumpe y es lo que se llama la angustia más generalizada, la angustia traumática.

Por su parte, Belaga (2006), sostiene que el trauma constituye un momento de crisis en la vida del sujeto que no puede dar cuenta de su sufrimiento, cuando el discurso no alcanza para entender, para maniobrar, ese sufrimiento inefable queda sin palabras, sin imágenes o queda encerrado en el mayor mutismo, y es impulsado a actos desesperados o es preso de la más cruel angustia.

Muchas veces, el modelo de la urgencia responde a trauma-acontecimiento. Se puede afirmar que, si existe la consulta de urgencia frente al acontecimiento, es porque previamente algo “resistía bien”, existía una subjetividad organizada en un imaginario firme que permitía funcionar sin sobresaltos, hacer lazo social, e incluso lograr que se pueda no consultar, o no tener urgencias.

Lacan en 2012 en su texto “*El saber del psicoanalista*”, define la urgencia como “lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte”. Aludiendo de este modo a una especie de desborde que destituye al sujeto en su relación con los otros, que puede conducirlo desde la inhibición hasta la impulsividad y arrastrarlo a poner en riesgo su vida y la de otros.

Entonces, esto implica aclarar que no toda urgencia supone un riesgo suicida; sin embargo, se requiere de cierta prudencia por parte del terapeuta, porque hablamos de un estado de pérdida de parámetros que incluye al sujeto en relación a los otros, a su pensamiento, a su medio e incluso a su propio cuerpo.

Ante estos casos, la orientación analítica en las instituciones hospitalarias va a guiar al especialista a proponer una pausa frente a la prisa que el momento supone. Su intervención no concluye en resolver la urgencia en el tiempo y en detener el riesgo, a diferencia del acto médico, sino que abre un espacio que va a permitir localizar algo de lo subjetivo y favorecer un segundo tiempo donde el sujeto responsable pueda dar cuenta de su acto (Rodríguez Pérez, *et al.*, 2010).

En la urgencia, el primer movimiento del analista apunta a que algo de ese real se tramite a través de la palabra, que se vuelva relato en el que el sujeto pueda representarse, construir un sentido desde el sin-sentido propio de la urgencia, sentido destinado luego a perderse.

Cuando el sujeto llega al hospital por la urgencia, quiere entender qué le pasa, hay una búsqueda de sentido. Por eso la escucha puede operar, porque permite desplegar lo que no pudo ser dicho. Pero, no para “reinstaurar” el orden, no se trata de volver al punto anterior, sino de poder encontrarse con lo nuevo que surge, aunque ello implique un paso por la historia de vida.

Entonces, la urgencia se trata de reintroducir la dimensión del tiempo y la consideración de la causa. Se le da la posibilidad al sujeto de decir lo que se ha desencadenado, con qué se ha encontrado.

Una clínica de la urgencia se propone hacer frente a las consecuencias de un momento significativo en la vida de una persona, situación crítica que se presenta con fenómenos de desesperación, angustia, donde el sujeto se ve desbordado en su cuerpo y en su pensamiento. De ese modo generamos un espacio para el despliegue discursivo de esos fenómenos inicialmente desarticulados. Supone una escansión entre el llamado y la respuesta. La crisis no es sofocada sino que es interrogada ¿Quién habla? ¿Desde dónde habla? Se trata de capturar las coordenadas de la crisis que está atravesando el sujeto, evaluar desde dónde se ha desencadenado dicha fractura.

En la urgencia la vida cambia de golpe y pierde sentido. Abruptamente, se clausura el pensamiento; el sujeto se siente empujado a actuar y sus acciones en muchos casos lo ponen en riesgo.

La salida, entonces, es provocar una emergencia subjetiva, cosa que se consigue con la escucha. El psicoanalista Seldes (2017) sostiene que el padecimiento del sujeto que sufre la urgencia es masivo y sin sentido. Aunque no puede sostener una demanda, poner en palabras su angustia le permite trasladar de alguna manera su sufrimiento a otro y organizarlo de a poco en segmentos que van cobrando sentido al ser dichos. Este paso de la urgencia a la emergencia abre las puertas a que aparezca lo silenciado y si una demanda puede articularse luego de eso, habrá lugar para una nueva decisión.

Rol del psicólogo y la transferencia

En una época los psicoanalistas consideraban que el análisis no era viable en el ámbito hospitalario por que no reunían las condiciones necesarias para que sea posible el análisis. Algunas de estas condiciones eran pautas fijas, que constituían el encuadre. Una de las condiciones que creían fundamentales era la presencia del diván, sin el cual la experiencia analítica era impensable.

Si bien continúan las preocupaciones por establecer condiciones necesarias para un análisis, ya no se las busca en el afuera de la experiencia analítica misma, sino, en el hecho de que un sujeto pueda advertir que está habilitado por un saber que lo rebasa, que estaría más allá de su decir y que sería supuesto al analista como transferencia. Cuando un paciente concurre al hospital, queda introducido en la estructura discursiva del orden médico, en el que despliega su demanda de curación dirigida a un amo que estaría en condiciones de reintegrarle la armonía perdida con la aparición de los síntomas (Larsen, 1996: 42).

La escucha psicoanalítica favorece la rectificación subjetiva y hace un llamado a la responsabilidad del paciente. El psicoanalista convoca al paciente a recuperarse como sujeto y como tal, en la dimensión ética. Palabras que remiten a otras, verdades parciales, efectos de subjetivación, parecen beneficios demasiado leves para personas que, como las que suelen llegar al hospital, viven sumergidas en el reino de la necesidad, donde el peso de lo real y la vida son agobiantes.

Sin embargo, ofrecer menos sería negarles el derecho a un tipo de cura acorde a la dignidad del sujeto. También es el derecho de los pacientes hospitalarios el que sostiene la permanencia del psicoanálisis en el hospital.

Dentro de las Incumbencias del psicólogo en general y aquellas que atienden al ámbito de la salud en particular, como realizar orientación y asesoramiento psicológico tendientes a la promoción de la salud y la prevención de sus alteraciones, realizar tareas de diagnóstico, pronóstico y seguimiento psicológicos, efectuar tratamientos psicoterapéuticos de acuerdo con diferentes modelos teórico-psicológicos, realizar tareas de rehabilitación psicológica, estudiar, orientar y esclarecer los conflictos interpersonales e intergrupales en el contexto de la estructura y dinámica de las instituciones, participar, desde la perspectiva psicológica, en la planificación, ejecución y evaluación de planes y programas de salud y acción social; son aquellas que deberían estar presentes en la labor dentro del ámbito hospitalario.

Ocurre que en la práctica estas competencias pueden verse atacadas, cuando las condiciones de trabajo sobrepasan estos límites, cuando se lo requiere al psicólogo para "llenar" espacios que otro dejan vacíos, cuando los tiempos no pueden ser respetados o quedan inconclusos, cuando el encuadre es vulnerado, ya sea por interrupciones o por las condiciones propias del ámbito hospitalario.

En las intervenciones del médico con un paciente hay un momento que tiene que ver con el lenguaje, con la palabra, con el interrogatorio. Interrogar sobre una enfermedad, tiene el sentido de poder nombrarla a partir de ciertas respuestas que indican una determinada patología. Si bien el médico se ha apoyado en las palabras del paciente para conocer sus síntomas, se puede reconocer que hay diferencias con la escuela psicoanalítica.

El analista trata de poner esa demanda a trabajar apuntando a lograr una modificación en la relación que el sujeto mantiene con sus síntomas, es decir que pueda empezar a verlo no solo como un sufrimiento del que puede quejarse sino, también, como el lugar en que una verdad puede expresarse. Una verdad que, al no poder ser articulada por los significantes con los que cuenta el sujeto, toma la forma de un enigma que lo interroga y lo empuja hacia la búsqueda de los significantes que puedan dar cuenta del real implicado en el sufrimiento del síntoma (Larsen, 1996: 44).

Para el analista la palabra cobra su valor en el sinsentido, en sus quiebres, que remiten a las profundidades del psiquismo humano. Trabaja con la palabra del paciente, pero de manera inversa a como lo hace el médico.

El analista parte de lo explícito de su decir a lo implícito de su discurso, de la enfermedad, del síntoma como formación sustitutiva, hacia las determinaciones subjetivas, que producen esa sustitución. Escucha cómo el inconsciente habla, quizás apoyándose en un órgano, en un acting, en un pasaje al acto.

La eficacia de la intervención médica es a costa de suspender la subjetividad del sujeto-organismo con el cual opera. Al analista se lo convoca para restituir al sujeto al cuerpo del cual goza. Para el analista cualquier enfermedad tiene valor de síntoma.

Es decir, intenta averiguar los efectos que en tanto síntoma lo sitúan al paciente en condición de enfermo. Escucha en ese lugar de lo forcluido por el discurso médico la emergencia de lo inconsciente en un sujeto.

"Pensar al psicoanálisis como una práctica del discurso, una situación crítica demanda cuando alguien queda por fuera de éste, que es una de las formas de relación al discurso. Si el discurso es lazo social, que este lazo se rompa quiere decir que el sujeto se desanuda, está desligado de su lazo al discurso" (Aronson, 1998a, p. 8).

A la hora de intervenir, el analista apuesta a su deseo y que allí hay un sujeto. Estas condiciones no se establecen solas, se trata de escuchar y a partir de la lectura que realicen operar. La operación es el deseo del analista, quien apunta a la articulación de una demanda, apuesta a un decir. Para esto, hay que dar y darse tiempo, no solo para que se instale cierta transferencia sino de actividad de parte del practicante. Que eso (una palabra, un silencio) se transforme en un pedido a alguien determinado. Frontera de la transferencia que es difícil bordear.

El analista se deja tomar por lo que allí está pasando, ofrece su presencia. Ofrece una escucha y a ser tomado en transferencia en cada caso. El analista no sabe, se ocupa del discurso y allí ocupa un lugar. El psicoanálisis es un recurso, un lazo social, una de las formas de responder. Es un recurso, no una atadura; es un espacio que posibilita el surgimiento de alguna demanda.

El sujeto en crisis está en contacto con algo profundamente rechazado y jamás se pondrá en contacto con esto sin una maniobra del analista. Que lo que lo parasita al sujeto logre cierta estructura discursiva y se articule fantasmáticamente, le permitirá tomar distancia de aquello que se encuentra tomado. Hasta que esto no sea posible, se podrá intervenir, pero teniendo en cuenta lo que lo llevó a alguien a esa salida catastrófica, en el sentido de no precipitar a alguien a dejarlo nuevamente sin recursos, viéndose obligado a responder a algo que no puede en ese momento (Aronson, 1998b, p. 8).

El psicólogo en un hospital de emergencia, está convocado a trabajar con situaciones que llegan por urgencias en el ámbito de lo físico, y que al mismo tiempo interpelan al sujeto en su constitución subjetiva.

El paciente viene como sujeto expuesto en su singularidad, padeciendo de lo universal y quien lo recepciona, el analista, apuesta al sentido, a la construcción del Otro. Así, ni bien se hace hablar, se produce una inscripción en el Otro, y ya con este reconocimiento del otro produce sentido.

Pero el analista, no apunta a cualquier sentido, apunta al sentido libidinal. El dar sentido, el ubicar algo del inconsciente, produce un efecto curativo. También esta acción tiene otra importancia, el dar sentido al sufrimiento permite reintegrar al sujeto a sus lazos grupales, a esos lazos de los que ha sido apartado.

Se entiende por urgencia subjetiva a un intento de respuesta ante un trauma acontecido, esos momentos de crisis en la vida de un sujeto que, al no poder dar cuenta de su sufrimiento, cuando el discurso no le alcanza es impulsado a actos desesperados o presa de su angustia; lo que conduce a los pacientes al hospital son situaciones límite caracterizadas por su gran gravedad en lo que respecta su condición física y que trae aparejadas consecuencias subjetivas. El tratamiento está orientado, en condiciones ideales, a subjetivar esa urgencia que se presenta, en intentar otorgar un sentido a ese padecimiento y así abrir la posibilidad de una demanda de análisis, la escucha en la urgencia puede orientar el caso hacia un posible tratamiento, puede introducir algún interrogante para el sujeto que le implique en aquello que le ha sucedido.

Los analistas deben tener en cuenta otro tiempo, el tiempo del paciente, tiempo en el que pueda darse la posibilidad de reconocerse en una repetición que lo angustia, tiempo en el cual pueda llegar a hacerse preguntas por lo que le pasa, acerca de su síntoma.

Tiempo necesario que demuestra que para los analistas en la urgencia no indica apuro, sino un espacio para causar trabajo, trabajo que lleva al paciente a hacerse una pregunta y que, en el mejor de los casos, se articule una demanda.

Como menciona Coll (1998), en la emergencia se tratará de producir en el sujeto la posibilidad de escritura. Si esto no sucede, el trabajo analítico debe apuntar a que el sujeto pueda ligarse a algún significante que lo saque de ese lugar de objeto al cual está identificado. En la relación entre analista y paciente, que opera con la palabra, primero se debe ofrecer una escucha, y quien escucha no solo ofrece la oreja sino también su mirada, su voz, todo su cuerpo. Haremos de soporte imaginario para que el paciente pueda hablar, hablar con un semejante, pero al mismo tiempo, al no comprender, al no entender, dar lugar a los significantes.

El analista debe trabajar en dirección a que el sujeto pueda pasar de esta aseveración sin implicarse, a la formulación de una pregunta por lo que hizo, y no que tenga todas las respuestas. Trabajar en dirección a que pueda reconocer y decir que sufre por algo. Salir al campo del goce, anudar significaciones para dar lugar al sujeto. Encontrarse con esto que pasa, que le pasa a él, un saber del que no dispone.

Siguiendo con lo destacado por Coll, los analistas deberían poder soportar el lugar de objeto en el que generalmente el sujeto está tomado y que produce un rechazo en el otro. No actuar en eso que el paciente ofrece, el rechazo. Soportar ese lugar de tensión, malestar, y desechar la urgencia por "hacerle bien".

Freud (1912) describió la transferencia como toda una serie de vivencias psíquicas anteriores que no son revividas como algo del pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico. Es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos dentro de un determinado modo de relación establecida con ellos, y de un modo especial, dentro de la relación analítica; es por esto que puede ser obstaculizadora o posibilitadora según lo que se actualice en ese momento de la transferencia, y es allí donde el analista debe generar estrategias para que esa transferencia se vuelva posibilitadora y no una forma de resistencia.

Freud en 1913, en su texto "Recordar, repetir, reelaborar", introduce la noción de neurosis de transferencia en relación con sus observaciones y sostiene que el paciente repite en la transferencia sus conflictos infantiles. Articula la compulsión de repetir con la transferencia y la resistencia. Según Freud, el paciente repite lo que no consigue recordar. Descubre que lo que no se puede recordar, retorna de otro modo: por la repetición, que consiste en escenificar, en poner en acto, lo olvidado. En dicho texto, Freud plantea la siguiente idea, que, a mayor resistencia, menor posibilidad de recordar, y por lo tanto mayor compulsión de repetición.

Ahora bien, el manejo de la transferencia es para Freud el principal recurso para *"domeñar la compulsión de repetición, y transformarla en un motivo para recordar"*. De aquí la idea de transformar esta repetición en motor de la cura. Esta repetición es bienvenida, en el caso de que no ponga en peligro las condiciones de existencia del tratamiento, e incluso es necesaria.

En situaciones donde la consulta suele ser dirigida al Hospital, que por lo general queda encarnado en la figura del médico, se debe hablar sobre una transferencia institucional o hacia la institución. El término transferencia institucional designa el lazo que sujeta al analista con la institución.

La enseñanza del psicoanálisis se basa en un número incalculable de observaciones y experiencias clínicas, ya sea un ser humano que no se encuentra conforme, que la pasa mal, que llega porque está desesperado, distintas situaciones de su vida, y es así que necesita de una demanda para comenzar un trabajo psicoanalítico. Pero es allí donde comienzan las cuestiones acerca de cómo se trabaja cuando esa demanda está marcada primordialmente por un malestar físico.

Cuando un paciente recurre al hospital puede quedar bajo el discurso médico, buscando que el mismo reintegre el estado de armonía perdido a causa de los síntomas. Pero este lugar muchas veces está llamado a ser ocupado por el analista, como así también por el médico, solo que este se ubica en la posición de aquel que puede satisfacer la demanda de curación, mientras que el analista busca tratar de lograr una modificación en la relación que tiene el sujeto con su síntoma, que pueda verlo no solo como sufrimiento o molestia, sino como el lugar en que una verdad puede expresarse, verdad que tomaría la forma de un enigma al no poder ser articulada por los significantes que dispone el sujeto; toma la forma de un enigma que lo empuja a la búsqueda de significantes que puedan dar cuenta del real puesto en juego en el síntoma.

Una demanda de análisis es poder ubicar qué interrogación se hace el sujeto acerca de su síntoma, tarea solo posible en la medida en que la transferencia se instale. Se busca hacer de esa demanda explícita un interrogante para el paciente, quien hablará de su síntoma sin saber bien de lo que habla, en cuanto proviene de lo real.

Garzarelli (2013) mantiene que en la urgencia se puede pensar un espacio propicio para dar lugar a la posibilidad de una demanda de tratamiento terapéutico, que el paciente se inquiete frente a su padecer, y acceda a otro dispositivo donde pueda interrogarse acerca de sus síntomas, de su sufrimiento.

La urgencia es una oportunidad, un momento de crisis que puede favorecer para promover alguna demanda del sujeto; y si se puede alojar adecuadamente al paciente en su sufrimiento de tal modo que pueda pensar hacer algo con su padecer, cierta transferencia comienza a instalarse, cierto sujeto supuesto al saber.

Como menciona Lacan (2006), es necesario crear una red de significantes en el momento de crisis subjetiva de un paciente, para así poder acotar esa angustia que trae, armarle un “soporte” y poder remitir esa angustia a una historia o suceso.

El trabajo del analista en la institución será entonces el de crear, mediante una oferta de escucha, la demanda, como dice Lacan. Así la misma es el efecto que se puede producir del encuentro de un paciente con un analista, que opera con el paradigma de que allí hay un sujeto. Donde queda claro que la acción de la escucha es la condición de la palabra.

En todo caso, en el hospital de emergencias confluyen dimensiones objetivas, del orden de lo real, como el cuerpo lastimado, llagado, amputado, la sangre, con una dimensión subjetiva en la que se enlazan una biografía y una historia, una falta que acude desde lo más hondo de la subjetividad e interroga aquí y ahora por una respuesta a esta crisis ya subjetiva.

En el hospital, el analista busca escuchar y propiciar la palabra del sujeto. Apostando por la idea de un “saber no sabido”, por lo tanto, inconsciente, que está en juego. Como sostiene Coll (2013), la apuesta es el intento de ponerle palabras al acto, restituir la eficacia de la palabra.

Conclusión

A modo de finalizar, se puede decir que en el hospital se trabaja en la urgencia, y a veces, con urgencia. El HECA es un hospital de alta complejidad donde en la mayoría de los casos, los pacientes suelen estar internados por poco tiempo, hasta tratar esa urgencia de alta complejidad, y luego son derivados a la red; pero muchas veces los pacientes atraviesan largos periodos de internación, ya que es una de las problemáticas que mayor tiempo conlleva para sanar, hablando desde el punto de vista médico.

La inclusión del psicólogo en el hospital, en la guardia, en la urgencia, opera desde el lugar mismo de la autoridad, cierta transmutación de las relaciones con el saber y el poder, tanto en el plano de lo subjetivo como en lo institucional, y ello en virtud de las nuevas significaciones que se producen y circulan, como efecto de abrir la urgencia médica a la dimensión de la palabra.

En la institución hospitalaria muchas veces debido a la urgencia de lo que acontece se cosifica al paciente, se lo devalúa al mero estatuto de cuerpo enfermo. El psicoanálisis permite devolver la palabra a este cuerpo que sufre: brinda la posibilidad de abrir las puertas a la dimensión subjetiva en medio de tanta objetivación médica.

El discurso analítico aporta la escucha, suponiendo allí un sujeto que tiene algo que decir, algo que concierne a su deseo. Suponer que su sufrimiento tiene una causa, un sentido que a él se le escapa, lo cual implica relacionar sus síntomas con un saber no sabido. Este sujeto es excluido del discurso médico, que trata con un organismo y sus síntomas observables que pueden ser clasificados dentro de un saber preestablecido.

Es cierto que en la guardia a veces se vive un clima de angustias y tensiones que convoca muchas veces una respuesta inmediata. Pero también, la posición analítica lo que introduce allí es, a partir de su oferta de la escucha, la dimensión subjetiva: apuesta a que a través del decir algo de aquello rechazado pueda ser articulado.

“La función del psicólogo implica entonces contener, procurar un borde a lo emergente inquietante, a lo repentinamente insoportable; borde que corresponde más bien a una localización de lo subjetivo en esa misma brecha donde se haga posible para el paciente construir la significación propia frente al malestar que lo captura” (Maza, 1994, p. 90).

Muchas veces las intervenciones en la guardia suelen ser muy importantes ya que llegan a ser un espacio en sí mismo terapéutico, a veces es el único acercamiento a un espacio distinto con que el paciente se encuentra. Por distintos motivos, algunas veces el paciente no llega a la derivación que se indicó, siendo esa intervención en guardia la única oportunidad de que en el niño y/o la familia quede una marca, a través de alguna palabra, mirada, silencio, gesto, escucha distinta, que pueda tener sus efectos a pesar de no entrar en un tratamiento. Por eso, la insistencia en el rol del psicólogo y en que la manera (encuadre, contenido, lenguaje, etc.) con la que se aborde al paciente tienen que ser distintos a la que hayan hecho otros profesionales anteriormente consultados (médicos, docentes, familiares, vecinos, etc.), de lo contrario, se puede correr el riesgo de perder esa única oportunidad en la vida de ese paciente o familia que llega pidiendo ayuda.

El psicólogo debe poner el cuerpo, una vez más, recortando y haciendo de lo público un lugar privado entre el paciente y su persona, es decir, estará delimitado por el espacio que se forme entre el paciente y él.

Referencias Bibliográficas

- Aronson, A. (1998). Dispositivo de atención en crisis en un hospital general. En *Psicoanálisis y el hospital: la Urgencia* N° 13. Buenos Aires: Talleres Gráficos Su Impres.
- Aronson, A.; Firpo, V.; Martello, A. (2006). Paradojas del trabajo en sala de internación. *I Congreso Nacional y II Congreso Regional de psicología: Salud Mental: el estado de la cuestión de una cuestión de Estado*. Facultad de Psicología. UNR.
- Belaga, G. (2006). *La urgencia generalizada: la practica en el hospital*. Buenos Aires: Grama.
- Berwald, V. (1996). Un lugar para la palabra. La interconsulta. En M. Pujó (comp). *Psicoanálisis y el Hospital: presencia de la institución* N° 8.
- Coll, A. (1998). Las crisis en tiempos de crisis. En *Psicoanálisis y el hospital: la Urgencia* N° 13; 90-91.
- Colovini, M. (2008). "Entre necesidad y contingencia: la interconsulta". Facultad de Psicología (UNR). Rosario.
- Colovini, M. (2008). "Seminario: Tiempos y cuestiones de la dirección de la cura". Ficha de Cátedra. Facultad de Psicología (UNR). Rosario.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud. Conceptualización del campo de la salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Freud, S. (1912). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*. En Obras completas. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. En Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). *Recordar, repetir, reelaborar*. En Obras Completas. Tomo XII (pp. 145-147). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gastaldi, G. (2004). *La interconsulta y la clínica*. Facultad de Psicología (UNR). Rosario.
- Garzarelli, J. (2013). "La Demanda" En Pujó, M. (comp). *Psicoanálisis y el Hospital: Demanda y Transferencia* N° 44; 38. Buenos Aires: Talleres Gráficos Su Impres.
- Lacan, J. (2006). "Seminario X. La angustia". Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012). "El saber del psicoanalista". Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2003). "El seminario VIII. La transferencia". Buenos Aires: Paidós.
- Larsen, Daniel (1996). La práctica analítica en el hospital. Transferencia y sugestión. En Pujó, M. (comp). *Psicoanálisis y el hospital: presencia de la institución* N° 8; 42-44.
- Maza, E. (1994). Contención verbal, se remite a su terapeuta. En *psicoanálisis y el hospital: Dispositivos Institucionales* N° 5; 90.
- Míto, F. (1998). Del instante de la urgencia, a la emergencia de una conclusión. En *psicoanálisis y el hospital: la Urgencia* N° 13; 55.
- Pujó, M. (2012). *Más allá*. En *Psicoanálisis y el hospital: Elaboración: recuerdo y repetición* N° 41; 18.
- Rubinovich, V. (1998). Algunas notas sobre la práctica en la urgencia. En *psicoanálisis y el hospital: la Urgencia* N° 13; 16.
- Sotelo, L. Comp. (2009). *¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?* En *Perspectivas de la clínica de la Urgencia*. Buenos Aires: Grama.
- Stolkner, A. (2003). Teórico N° 4 El concepto de salud de la OMS Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA. En http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkner_teorico_4_concepto_salud_oms.pdf