



**Universidad Nacional de Rosario**

**Facultad de Psicología**

**Trabajo Integrador Final**

**Título: *El tratamiento de la urgencia desde el psicoanálisis en instituciones de salud***

**Alumno: Pagliaroli, Franco Ariel**

**P-5022/9**

**Graduado responsable: Ps. Cammardella, Juan Francisco**

**-2018-**

## **Agradecimientos**

Me gustaría brindar un especial agradeciendo por su apoyo y acompañamiento al Psicólogo y amigo Juan Francisco Cammardella, al cual le tengo un especial admiración y respeto por extenso conocimiento, la claridad en sus forma de explicar y la dedicación en todo lo que hace. Sus aportes fueron fundamentales para el presente escrito ya que me ayudó a aportar claridad a mis ideas, facilitándome alguna información o recomendándome fuentes bibliográficas para que pudiera consultar y concretar mi escritura. Tanto Juan, como también, todos los colaboradores y docentes del espacio de producción crítica y escritura de TIF siempre estuvieron bien dispuestos para oírme y aconsejarme desde su experiencia y para ayudarme en la realización del trabajo, en lo que para muchos de nosotros ha sido una propuesta tan interesante como desafiante, es por eso que deseo expresar mi gran gratitud para con ellos también.

## Índice

Resumen.....	4
Palabras clave.....	4
Fundamentación.....	5
Introducción.....	6
Desarrollo.....	8
Salud y Salud Mental.....	8
Medicina y Psi.....	9
La interconsulta.....	10
Urgencia Psi.....	12
Una intervención posible.....	13
Conclusiones.....	16
Referencias bibliográficas.....	18

## **Resumen**

El presente ensayo tiene como fin considerar un tipo particular de urgencia que se produce en instituciones de salud: aquella en la cual, lo que le sucede al paciente, interpela el saber médico allí reinante. La urgencia, en estos casos, genera la situación de la interconsulta, y demuestra que en estas contingencias hay algo que excede la mera organicidad y suscita malestar. De aquí se desprende el objetivo del trabajo: indagar el abordaje clínico del psicoanalista con la urgencia a partir del pedido médico. La idea de malestar propuesta desde el psicoanálisis permite cuestionar la definición de salud como completo estado de bienestar. La definición de salud mental, por el contrario, presenta una serie de elementos que permiten afirmar que toda salud es salud mental y por ende la distinción entre las mismas es un forzamiento. Desde esta misma lógica se entiende que toda urgencia no es más que urgencia subjetiva. El psicoanálisis no busca desembarazarse del malestar. En la medida que lo concibe como inherente a toda cultura, trabaja a partir de éste. A diferencia, entonces, de la lógica médica, mientras que ésta busca erradicarlo el psicoanalista entiende que el mismo fuerza el material significativo, e implica la posibilidad de un decir en torno al malestar, motor de un análisis posible.

### **Palabras clave**

Salud – Salud Mental – Urgencia – Interconsulta – Malestar

## Fundamentación

La decisión de realizar de un ensayo como modalidad del Trabajo Integrador Final se presenta como una propuesta interesante ya que permite conjugar nociones teóricas estudiadas durante los años de formación universitaria, con experiencias del campo real y concreto en el cual uno se encuentra inmerso.

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario se caracteriza por ofrecer a sus estudiantes una formación mayormente psicoanalítica, haciendo especial énfasis en un desempeño profesional en el marco de la clínica privada de consultorio. Es en este sentido que resulta interesante escribir acerca de la práctica analítica desde una óptica diferente, tener la posibilidad de entrar en contacto con nuevas lógicas de trabajo que enriquezcan la formación académica de grado ofrecida por la Universidad Nacional de Rosario.

El trabajo parte de inquietudes surgidas durante las Prácticas Pre-profesionales Supervisadas en un Centro de Salud donde el encuadre y los tiempos con los que los analistas se manejan para asistir a sus pacientes es por entero diverso a aquellos de un consultorio privado. El tiempo de los sistemas de salud es el tiempo de la urgencia, todos parecen correr detrás de éste, parece ser un tiempo que no se deja *sujetar*.

Se parte de la base de que las normas de una institución hospitalaria, en su pretensión universalizante, se encuentran imposibilitadas de alojar al sujeto en su particularidad. A partir de esto se podría dar cuenta de la existencia de un irreductible antagonismo entre cualquier ordenamiento institucional y la posición del analista. La institución posee un orden establecido de antemano con coordenadas históricas, políticas y sociales. La operación del psicoanálisis en la institución no consiste sólo en no contentarse con ese orden establecido sino también y sobre todo, en cuestionarlo.

## Introducción

Este trabajo se desarrolla a partir de la experiencia obtenida en las Prácticas Pre-profesionales Supervisadas del último año de la carrera de Psicología realizadas en el Área de Atención Primaria en Salud y Salud Mental. Esta experiencia posibilitó la oportunidad de participar en las actividades de un Centro de Salud ubicado en el Barrio Godoy al noroeste de la ciudad de Rosario, Santa Fe. Él mismo corresponde al nivel de *Atención Primaria de la Salud*. Este dato no deja de ser importante para el presente trabajo y por eso corresponde poder dar una breve descripción de lo que significa

Según la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud reunida en Alma Ata en septiembre de 1978:

La Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (s.f., párr.9)

Esto se traduce habitualmente como la *puerta de entrada al sistema* que puede continuar con un mayor nivel de complejidad para resolver las necesidades de la comunidad.

La atención primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad tanto del sujeto como del conjunto de la comunidad. Implica por lo tanto, una organización que permite integrar la asistencia, la prevención, la promoción de la salud, la rehabilitación, la docencia y la investigación. Esto no quiere decir que la APS sólo la podemos encontrar o implementar en el primer nivel de atención, sino que, lo ideal sería fomentar su práctica en todos sus niveles.

A estas instituciones confluyen profesionales de diversas especialidades: psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, enfermeros, todos lectores *de/ sufrimiento humano estructurado como un mensaje* (Sztniak, 1998). Esta lectura, interpretación, diagnóstico, pronóstico e intervenciones, serán establecidos según el paradigma que sostiene cada una de estas prácticas, que difieren entre sí del concepto de síntoma, de sujeto y por supuesto, de cura.

En la experiencia del Centro de Salud se participó de reuniones interdisciplinarias del equipo de Salud Mental en lo que se denominaban reuniones de *casos complejos*, visitas domiciliarias, talleres y capacitaciones dirigidos a los usuarios y vecinos de la zona.

En este tipo de instituciones se confronta permanentemente con situaciones de *urgencia* influenciadas la mayoría de las veces con la pobreza, marginalidad, desocupación, violencia, drogas, desmembramiento familiar.

Es importante para el presente trabajo deslindar a qué se hace referencia con la palabra *urgencia*. (¿Qué se entiende por esta?) La Real Academia Española define al término *urgencia* como algo que tiene la cualidad de urgente, así también como una necesidad o falta apremiante, o una inmediata obligación de cumplir una ley o precepto (Asociación de Academias de la Lengua Española, 2018).

Entonces, pensado a partir de la lógica de la APS, la urgencia puede ser entendida como una situación que requiere de la inmediatez en su resolución. Es probable que esto acontezca dentro del espacio médico. Ahora bien, interesan aquellas situaciones de urgencia en las cuales el proceder médico determina que allí hay algo que excede la mera organicidad, y entonces se convoca a los profesionales del ámbito de la Salud Mental (el psicólogo, entre ellos) a intervenir. Estas situaciones dan cuenta que allí no se trata tan sólo del cuerpo orgánico puesto en juego, y que no será la medicina la única encargada para su abordaje.

En este sentido desde la perspectiva del psicoanálisis el estatuto de cuerpo cobra otra dimensión, separándose del organismo y de la naturalidad biológica. Por otra parte, también hay que tener en cuenta que la urgencia por resolver dicho malestar no le atañe al psicoanálisis, es decir, la prisa por desembarazarse del malestar de aquello de lo que ha irrumpido sin previo aviso en el devenir del sujeto y desestabiliza el desarrollo de su vida cotidiana.

Es ahí, que en mi tránsito por el Centro de Salud, estando en contacto con la tarea diaria, las funciones y la forma de trabajo del equipo de salud mental e interrogando esta concepción de urgencia, se generó la inquietud que va a guiar este escrito: ¿Cuál puede ser la función de un analista en un ámbito tal, un territorio ordenado por el saber médico?

Dado que no se trata de la misma idea de urgencia aquella que comanda el quehacer de la clínica médica de aquella que puede concernirle al analista para pensar su propia clínica: ¿cuál es el estatuto de esta última, qué tipo de intervención puede ser posible ahí sin perder de vista aquello que nos interesa, a saber, el sujeto del inconsciente?

## Desarrollo

Para comenzar, es necesario hacer una distinción entre dos conceptos que no deberían pensarse como separados, como son la Salud y la Salud Mental.

### Salud y Salud Mental

Sería muy difícil encontrar una definición unánime de Salud la cual sea aceptada universalmente por todas las personas, comunidades, instituciones, etc.

Se puede pensar que la salud es la ausencia de enfermedad y que los trabajadores de la salud están para eliminar las enfermedades. Desde esta lógica, las enfermedades son causadas por agentes externos a nosotros que nos atacan y a los que tenemos que eliminar. Entonces el foco va a estar puesto en identificar un enemigo y organizarse como un ejército disciplinado para combatirlo desde una estrategia de guerra, se entrena las tropas y ellos salen obedientes a dar batalla en el cuerpo de las personas ocupadas por el enemigo.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define al concepto de salud como el completo estado de bienestar físico-mental y social. Ahora bien,

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, p.6.)

Sin embargo, parece ser una crítica adecuada plantearse lo que es en esencia expresado por Freud en *El malestar en la cultura* y releído por Lacan: el malestar es inherente a toda cultura, en tanto éste es introducido por el lenguaje y el significante (Eidelsztejn, 2016). Desde el psicoanálisis, entonces, la idea médica de erradicar todo tipo de malestar deviene cuestionable e incluso impracticable. Desde esta perspectiva, entonces, podemos afirmar que siempre hay algo que no puede ser alcanzado y esto es inherente a la condición humana y al sujeto, entonces hablar de completud de bienestar deviene un poco ingenuo.

El doctor Floreal Ferrara (1986) se refirió a la definición de Salud expuesta por la O.M.S como: la capacidad singular y colectiva para luchar con las condiciones que limitan la vida. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para esto es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros; constituirse como sujeto y luchar para que otros también lo sean.

No hay problemas iguales y no puede haber estrategias universales para enfrentarlos. Es necesario entender cómo construyen sus problemas, grupos, familia y sujetos para diseñar con ellos programas de cambio. Es fundamental que todo el conocimiento, la experiencia, las capacidades de un equipo de salud se inclinen ante el problema del sujeto, familia o comunidad que lo padece; y que en equipo se discuta y se acuerde la mejor estrategia para superarlo.

En línea con esta concepción, la Nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en el año 2011, concibe a ésta como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculado a la co-creación de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010, Capítulo II, párr.2).

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 que se generan en la cultura, de los

modos en cómo los sujetos se apropian de ellos y 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. (Stolkiner, 2003)

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 e instituciones públicas, 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.

Posicionándonos desde una lectura psicoanalítica, si tenemos en cuenta que el malestar es constitutivo, o que la misma definición de Salud Mental incluye toda una serie de componentes como ser los históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, y que a su vez habla de un *proceso*, es decir de algo que está en constante cambio; podemos decir que esta definición de Salud Mental enriquece la definición de Salud y que la partición Salud – Salud Mental se puede entender como un forzamiento.

## **Medicina y Psi**

El intento de acercarse al trabajo con la urgencia desde el psicoanálisis implica, desde el comienzo, la separación del modelo médico de urgencia que domina en la práctica hospitalaria. Entiendo por esto al tiempo automático de la respuesta *a priori* que caracteriza al discurso médico.

Andres Coll (1998) dice que en cuanto al paciente, la relación que establece con la institución es la de una consulta que lleva implícita una pregunta, una apelación a un saber. Este saber, por lo general, se encarna en un hospital general como también en cualquier nivel de atención en salud, en la figura del médico, que va a intentar dar una respuesta urgente a la urgencia del paciente, el llamado *acto médico*, que es un acto que esta guiado por la eficacia de la acción.

La *urgencia médica* opera sobre lo que el paciente trae como *marca* en el organismo (en los intentos de suicidio por ejemplo, el corte de venas, gas en los pulmones, pastillas en el estómago, etc.). Para el médico, esa *marca* dice algo que podrá *mirar, leer* con ayuda o no de la tecnología, pero, generalmente, sin la participación del paciente, sin que el paciente hable. Cuanto menos diga, mejor. Pero va a efectuar esa lectura desde el discurso de la medicina, discurso del cual es portador y considera:

- Un cuerpo esperable/disciplinado
- Un cuerpo orgánico/natural
- El conocimiento científico
- A la enfermedad como universal
- A la persona como un ser biológico
- A un cuerpo que cuenta con un equilibrio e integridad original
- Que el cuerpo es comandado por lo consiente
- Fundamentalmente los signos y síntomas
- Al dolor como un síntoma, un fenómeno que revela un orden funcional y como tal debe suprimirse

- Tratar a ese síntoma a través de su *saber*, su *mirada*.

La mirada en la clínica médica solo puede efectivizarse allí donde el silencio del paciente le permite *escuchar* los órganos. Es necesario, entonces, que sólo los órganos hablen. Para que la mirada tenga acceso a la *verdad* de las cosas, requiere de un despojamiento de las investiduras intersubjetivas que obstaculizan dicho procedimiento. Para el médico, el cuerpo es un espectáculo donde se escenifica la dolencia que él pueda observar (Coll, 1998).

La voz, el lenguaje que hace su aparición en el interrogatorio, sólo sirve para dar rigor descriptivo a lo que ve. Servirá para comparar, para nombrar una serie de signos, de síntomas o síndromes, para llegar a un cuadro y cristalizar un diagnóstico. Pero, de pronto, este discurso portado por el sujeto médico puede tambalear, puede no alcanzar para dar cuenta de su saber.

Entonces puede que aparezca la interconsulta, la que funda por lo menos dos nuevas relaciones, la de los profesionales entre sí y la de paciente con el profesional psi. En esta última relación ya no se apuesta a la eficacia de la acción sino a la eficacia de la palabra. Se propone una clínica del discurso donde el padecimiento pueda articularse por la palabra, donde ésta ya no sirve para el rigor descriptivo de la mirada, sino más bien que es por la palabra que algo del síntoma se puede empezar a articular.

De esta manera, desde el psicoanálisis se emprende una tarea para separar la *marca* del organismo. Intentaremos leer esa marca del cuerpo en su filiación con el inconsciente. Se trata de escuchar, interrogar, escandir. Suponiendo que se trate, por ejemplo, de un intento de suicidio, lograr la puesta en palabras de aquello que se actuó. Y el sujeto allí ubicado como profesional psi, como analista, lo hará portando otro discurso, del que podríamos decir que considera:

- Un cuerpo diferente en cada sujeto
- Un cuerpo erógeno/no natural
- El saber inconsciente
- Al enfermo en tanto sujeto
- Que el ser biológico está atravesado por el lenguaje (sujeto)
- Que no hay equilibrio ni integridad, sino hiancia constitucional
- Que comanda lo inconsciente
- Los significantes
- Al síntoma como transacción / Satisfacción sustitutiva
- La escucha y en el *no saber*.

Así, el cuerpo biológico en tanto tal pierde el papel protagónico al que lo eleva la medicina para convertirse en puro escenario donde se presenta, a través de los síntomas corporales, el padecimiento subjetivo y al que habrá que significar (Coll, 1998).

### La interconsulta

La interconsulta como figura médica es estrictamente el momento de la conversación entre profesionales en relación a una dificultad clínica, conversación que en todos los casos implica responsabilidad de una toma de decisión.

Suele ser difícil delimitar quién es el verdadero agente de la demanda que requiere ser escuchado.

Según E. Eibuszyc (1995, p.107),

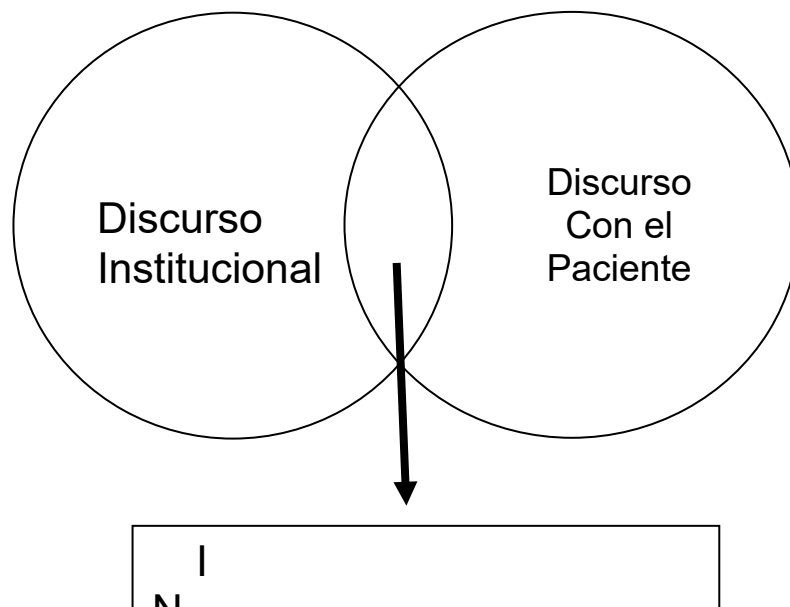
si la medicina y el psicoanálisis son dos discursos distintos: ¿Por qué el medico consulta al interconsultor? Hay algo que hace *ruido*. Ruido entre lo general y lo singular. Entre lo que se ve y lo que se escucha. Entre lo que se pierde y lo que se da. Entre el enfermo y su enfermedad. Entre el calmante y el dolor que no cesa. Entre lo que el medico espera y lo que el paciente le presenta. Entre lo que el medico presenta y el paciente

espera. Entre esa enfermedad que porta ese paciente y el límite del conocimiento médico y el propio límite de cada médico.  
Hay algo que hace *ruido*: emergencia de lo subjetivo ahí.

En la escena de interconsulta encontramos al cuerpo que la medicina intenta curar, pero junto al dolor de este cuerpo enfermo hallamos que hay un sufrimiento con coordenadas distintas al de la biología.

El desencuentro entre el tratamiento médico y el psicológico está determinado por la diferencia entre el tiempo del organismo y el del aparato psíquico. Se trata de la urgencia para la toma de decisiones inherente a la práctica médica, frente a la necesidad del analista de tomarse un tiempo para comprender de qué se trata cada pedido. “La realidad es que existe un irreductible antagonismo entre cualquier ordenamiento institucional y la posición del analista, al exigir en su desempeño una declinación de las identificaciones que lo asegurarían de alguna pertenencia” (Pujó, 1995, p.6).

A partir de la intervención en la interconsulta se funda una práctica singular del discurso con el paciente, y la otra en el discurso institucional en tanto trabajadores del campo de la salud.



Quien opera como psicoanalista se encarga de escuchar aquello que el discurso médico deja por fuera, lo que desatiende: escucha la emergencia del inconsciente en un sujeto. Para el psicoanálisis la palabra no cobra su valor sino en el sinsentido, en sus quiebres, aquellos que remiten ineludiblemente a las profundidades de su psiquismo.

El analista escucha también los efectos de este discurso institucional sobre el sujeto e intenta intervenir, desde la particularidad de cada caso, para que éste no obture la subjetivación.

Apoyados en las conceptualizaciones de psicoanálisis, que formulan que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, los analistas trabajan con la palabra del paciente pero de manera diversa a como lo hace el médico. Se parte de lo explícito para llegar a lo implícito del discurso. Por estas cuestiones la práctica psicoanalítica está en una posición marginal en relación a las instituciones y el discurso científico.

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 abrir un espacio discursivo, y así reformular los parámetros iniciales, intentando reflexionar respecto de los modos y las prácticas de la institución.

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, p.87). Que alguien tenga la oportunidad de hablar de su sufrimiento alguna vez posibilita algo diferente a no haberlo hecho nunca.

Se trata de recuperar significantes, hitos de la historia personal que constituían al sujeto y que muchas veces quedan desdibujadas por los cortes abruptos de los momentos de enfermedad e internación hospitalaria.

En el trabajo de interconsulta se encuentran tanto el deseo médico de curar y de restablecer al cuerpo sus funciones, como el intento del psicoanalista 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.

La práctica clínica del psicoanálisis en la interconsulta debe ser siempre sostenida desde una posición ética: esto implica no reducir al otro a objeto, permitiendo así su emergencia como sujeto.

## Urgencia Psi

Las distintas manifestaciones de la urgencia: las consultas en el límite de la desesperación, las bruscas crisis de violencia, el anonadamiento, la aparición repentina de una alucinación o delirio histérico, la agitación, la imposibilidad de realizar la más mínima actividad, o los reiterados intentos de suicidio, por mencionar algunas, parecen mostrar en cada oportunidad algo que recuerda la experiencia inaugural del psicoanálisis, aquello que Freud describió: que hay otro cuerpo, un cuerpo que habla en lenguaje que necesita de un otro para ser descifrado.

La psicóloga A. Szyniak (psicóloga de planta del Hospital general de Agudos Presidente Perón, Avellaneda) en su apartado de la revista *Psicoanálisis y Hospital* (1998, p.38) hace referencia al término *urgencia* como:

Una tendencia a la descarga que se libera hacia la vertiente de la motilidad, y que la primera vía que es recorrida en tal proceso es la que conduce a la alteración interna: expansión de las emociones, gritos, inervación vascular. Refiere que ninguna descarga agota la tensión porque persiste la recepción de estímulos endógenos que reestablece la tensión. Estos estímulos solo pueden ser abolidos por medio de una intervención, y dicha intervención está en relación a una acción específica. Y como el organismo humano, en estos casos es incapaz de llevar a cabo por sí mismo esta acción específica, será necesaria la asistencia ajena.

Esto nos habilita a pensar no sólo cómo define la urgencia, sino también qué posición podría tomar un analista frente a esta situación.

Entonces, ¿qué es la urgencia para el psicoanálisis? Se podría pensar sobre el paradigma del trauma psíquico.

En *Más allá del principio de placer* (1992) Freud propone la metáfora de la vesícula viva que se mantiene resguardada de las excitaciones externas por medio de una capa protectora. Cuando ésta falla, nos encontramos frente a un trauma como algo que está más allá del funcionamiento del principio de placer - displacer. La falta de protección hace que el aparato anímico se vea inundado de energía no ligada. Es así que va a decir que "aquellas excitaciones que poseen suficiente energía para atravesar la protección, son las que denominamos traumáticas" (p.29).

La energía ya no puede ser acogida por las representaciones de las cuales el aparato psíquico dispone, y el equilibrio sufre un colapso, se quiebra. Es aquí que

Freud dice que en el aparato psíquico no sólo rige el principio de placer, sino que ciertas fuerzas situadas más allá de éste lo contrarían. En este punto, ubica a la pulsión de vida y a la pulsión de muerte como un nuevo par de opuestos pulsionales, articulando pulsión de vida con la reunión, con el principio del placer, y pulsión de muerte con lo que desagrega, irrumpiendo una y otra vez desde un lugar otro, diferente, al del principio de placer, más allá de éste.

En síntesis, tendríamos cierto equilibrio, algo que irrumpe sorpresivamente, quiebre de dicho equilibrio, y frente a eso, cierta respuesta. Como veremos, esta respuesta no podrá limitarse a ser única. Convengamos en pluralizar dicho término, adjudicándole a las diferentes variedades de la misma el estatuto de diferentes modos de respuesta frente a lo real.

A partir de lo anterior se podría afirmar que toda urgencia es urgencia subjetiva, así como también toda salud es salud mental. *Urgencia subjetiva*, decimos, para referirnos al encuentro de un sujeto con un acontecimiento, una circunstancia, que conmueve el equilibrio y los puntos de referencia simbólica en los que el sujeto se sostenía y dentro de ellas, habrá situaciones las cuales no se limiten a la organicidad, requiriendo la interconsulta e intervención de otros profesionales. El sujeto queda *desamarrado, suelto*, en una *deriva sin sentido* que habrá que encausar a partir del trabajo significativo.

Entendemos a la urgencia entonces como un encuentro que produce una ruptura que desborda las capacidades habituales y de tramitación simbólica y en su lugar aparece, en muchos casos, la respuesta corporal. Por eso un hospital general o centro de salud, plagado de cuerpos, se convierte en un lugar privilegiado para intervenir como psicólogos ya que se demuestra que esos cuerpos están atravesados por algo más que la biología.

Por eso, el tiempo de la urgencia es un tiempo profundamente ligado 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.

### **Una intervención posible**

Así como se dijo al principio del trabajo, la urgencia, es decir, la prisa por desembarazarse del malestar no le atañe al psicoanálisis, aquello de lo que ha irrumpido sin previo aviso en el devenir del sujeto y desestabiliza el desarrollo de su vida cotidiana.

Al llevar a cabo nuestra práctica, tomamos posición respecto a que la intervención analítica en la urgencia no estará al servicio de la curación, de dar respuestas inmediatas para acallar el síntoma, de taponar aquella manifestación que el sujeto pueda presentar, sino que deberá operar delimitando las alternativas posibles que posea el sufriente, aquellas donde su goce pueda ser acotado, posibilidades que le devuelvan su estatuto de sujeto y no sólo de objeto del Otro.

Toda consulta tiene un punto de urgencia que habrá que localizar; desprendiéndonos, de este modo, de la emergencia médica, del riesgo, de la espectacularidad de las presentaciones en la guardia, para localizar la urgencia en la intimidad de aquel que atraviesa un momento de crisis, de cambio, de ruptura, y que puede presentarse de modos diversos.

En el trabajo analítico se invita al paciente a hablar, es decir, producir relatos que permitirían la emergencia del sujeto. Es así que en los momentos de urgencia subjetiva la función del analista consiste en el intento de rearticular la cadena que se encuentra estancada. Esto permitiría poder formular una demanda, la posibilidad de formular una pregunta dirigida al Otro, intento de establecer la transferencia, cosa que daría comienzo al análisis.

Los analistas en la urgencia suponen que la palabra transfiere el uno del inconsciente en efecto del sentido. La urgencia comienza a partir del momento en que

el analista comienza a operar en esta dirección, en la dirección opuesta a la que produce la caída del discurso.

El lugar del análisis hace de disparador de la palabra permitiendo en primer lugar un acotamiento del goce por el hablar y en segundo lugar que ese hablar produzca trabajo de transferencia. La Ps. Ines Sotelo (1994) advierte que si el sujeto no articula en un decir, la urgencia, su efecto será el de la mortificación y el resultado de esta operación será la representación del sujeto y no su borramiento. El sujeto en la urgencia está sometido a la mortificación del significante, que en tanto aislado impide el movimiento de representación que produzca una pérdida de goce, del goce inconmensurable, del goce sin medida.

La contingencia que caracteriza el encuentro con un practicante del psicoanálisis en la urgencia, posibilita que ese acontecimiento que irrumpe tenga otra lectura, acompañando al paciente a ponerle palabras a aquello que aparece como fuera de sentido; a ligarlo con otros acontecimientos de su vida y finalmente a construir alguna hipótesis que, aunque provisional, permita localizar la subjetivación de la urgencia.

Siguiendo a Inés Sotelo (1994), el objetivo será “propiciar un pasaje de la urgencia generalizable a la urgencia subjetiva, remarcando lo que en ella hay del sujeto. Ese suele ser el indicador de que la urgencia ha concluido, pudiendo dejar allí el trabajo o como puntapié para un trabajo posible” (p.26). La clave será que ese tratamiento singular de la urgencia deje marca, toque al sujeto en aquello que le es más propio, allí radica su eficacia. El paciente ya no volverá a la guardia como alguien inadvertido de lo que le acontece.

Así la clínica de la urgencia la caracterizamos como un artificio construido, dispuesto para alojar la singularidad del sufrimiento humano estructurado como un mensaje.

El bien del sujeto suele ser el camino más tentador y equívoco de intervención. Nuestra práctica se sostiene en el *bien decir* del sujeto, el pasaje de los dichos al decir, de los enunciados a la enunciación. De este modo, la ética del psicoanálisis levanta su proyecto: en primer lugar en cuanto rehúsa toda terapéutica, toda psicologización en la búsqueda de ese bien, pero al mismo tiempo el vacío del objeto no se confunde, puesto que denuncia que el deber de cumplimiento no hace más que engendrar formas cada vez más feroces.

La Ps. Arosón Alicia (Psicóloga de la planta de servicio de Psicología del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Rosario) en su apartado de la revista *Psicoanálisis y Hospital* dice que

para responder a algo, primero hay que escuchar ese pedido cualquiera de alguien que si tomo la decisión de acudir o es traído es porque se encuentra en un momento crítico. No se sabe de qué se trata y si a ese se le responde con un hacer prefijado de antemano, esto le puede volver a esa persona como un rechazo de su pedido. Por ejemplo darle pastillas tranquilizantes en la guardia o anotarlo en una lista de espera. (1998, p.8)

El planteo de Arosón puede ponerse en concordancia con la Ps. Rubinovich Viviana cuando esta advierte que

el descubrimiento freudiano nos enseñó como analistas 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 revele así su verdad, entonces la presencia del analista en el encuentro con la *urgencia* y el padecimiento subjetivo, da otra respuesta. (1998. p.16)

La oferta que hace el analista inaugura en ese espacio otra escucha y otro decir. La invitación que un analista puede hacer allí apuesta al desafío que abre el juego: retornar al decir para iniciar un nuevo tiempo donde la urgencia pueda ser interrogada.

La urgencia más que un obstáculo puede construir un lugar y un tiempo propicio para el dialogo, que inaugure una posible entrada en análisis.

La Ps. Alicia Álvarez en el libro *Razones de psicoanalistas en prácticas comunitarias* hace referencia a las intervenciones psicoanalistas de modo de *apuestas*.

La apuesta es a construir algo a partir de una situación: pedidos, necesidades, que interpretamos, posibilitando que se constituya una demanda. No hay programa que guie linealmente nuestra acción sino un decir sobre lo que ya está pensándose, quizá sin saberlo. (1994, pp.29-30)

Retomando mi tránsito por el Centro de Salud, y teniendo en cuenta que las personas están inmersas en una comunidad que los excede se puede pensar que responder a las demandas de la comunidad es una tarea necesaria pero no suficiente, porque sin una asunción subjetiva de las propias problemáticas y de los modos de resolverlas en la singularidad de cada grupo social, no trascenderíamos el marco del asistencialismo que sostiene una relación cristalizada entre el que tiene y da y el que nada puede.

Así, nuestra práctica se recorta a un impasse cuyo estilo es acompañar, promover la toma de la palabra por parte de los actores sociales, de la gente, de sus organizaciones: en síntesis, crear las condiciones para la producción de cambio en las relaciones sociales.

Se puede pensar que las experiencias de barrio se construyen una a una. Es la modalidad de cada comunidad la que imprime estilos, marca ritmos, determina opciones. Por ello, no se impone un modelo metodológico *a priori*. Se crean dispositivos apropiados para cada situación específica: intervenciones en grupos e instituciones, oferta y organización de actividades varias, abordaje de problemáticas específicas y, fundamentalmente, apertura del juego para la convocatoria amplia, pretendiendo incluir en las modalidades del lazo social.

A. Álvarez dice que para sostener esta práctica hay solo un imperativo irrenunciable y que consiste “simplemente en suspender nuestro saber desde el principio, para poder escuchar al otro y estar dispuestos al final a caer en nuestra posición” (1994, p.30).

## Conclusiones

El presente ensayo tuvo como objetivo realizar una consideración en torno al tratamiento de la urgencia por el analista en el marco de instituciones de salud. La pregunta giraba en torno a cómo sostener una práctica que se orienta por el rasgo de lo singular al interior de un dispositivo de trabajo que se ordena en función de una lógica que va a contrapelo de la singularidad y que instaura una suerte de para todos igual con una fuerte tendencia a generalizar las modalidades de presentación del sufrimiento y las modalidades de respuesta para su resolución. Lo que rige en la mayoría de las instituciones de salud es la concepción médica de la urgencia. La misma es entendida como la aparición abrupta de una alteración del cuerpo biológico que hay que volver a la normalidad y que no puede esperar.

La urgencia tratada desde este saber queda esencialmente definida en relación al cuerpo biológico y al vector temporal. Es por esto que partiendo de una enfermedad orgánica o del pedido de una interconsulta de un médico, se sugiere un más allá que implica la presencia de un analista, el cual trabaja en forma distinta a esta urgencia.

En las instituciones de salud muchas veces debido a la urgencia de lo que acontece se cosifica al paciente, se lo devalúa al mero estatuto de cuerpo enfermo, por su carácter de público y gratuito pretende responder al ideal de *salud para todos* funcionando como *garante de la salud de la población*. 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.

A partir de considerar que el texto principal es el del paciente, el trabajo en cada encuentro pretende lograr problematizar el sufrimiento. Se apunta a subjetivar un padecer vivido como ajeno, que hace obstáculo y que no permite que las cosas funcionen como hasta entonces. Es el discurso del paciente el que encauza y direcciona su trabajo clínico.

El ejercicio de la clínica psicoanalítica en un hospital apunta a la escucha de la emergencia del inconsciente de un sujeto que se define como dividido.

La práctica de la interconsulta se da en el entrecruzamiento de diversos discursos, que coexisten dentro de estas instituciones. Si la misma es realizada por un psicoanalista tendrá su marca esencial en la escucha; la escucha analítica es la que justamente permite que la palabra circule.

Es por eso que se fue desarrollando la idea de que 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, p.27), movimiento que produce ya un primer efecto terapéutico: es el alivio que se observa en los primeros encuentros. Si sólo nos quedáramos con calmar lo disruptivo, la urgencia se reeditaría al infinito.

La clínica de la urgencia en psicoanálisis supone la *prisa* y también la *pausa*. Estamos dispuestos a escuchar el pedido en la urgencia: en sus quejas, balbuceos, silencio, expectación o pánico. Mediante la oferta de una escucha, creamos demanda. La demanda en la urgencia 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.

La urgencia es pensada como ruptura aguda. La demanda es ruptura en el discurso normal, llama al Otro. También el acto es ruptura, pero nuestra apuesta como practicantes del análisis es la de transformar esa urgencia mediante su inscripción en la cadena significante. La urgencia es la ocasión de un corte, de una toma de posición. El tiempo de la urgencia puede ser aquel comienzo de la constitución del síntoma.

En palabras de Ines Sotelo,

el analista se ofrece para que el paciente ponga a decir su sufrimiento, para que intente ponerle un sentido a eso que se presenta como sin

sentido, pero no un sentido cualquiera, ni un sentido común, sino un sentido particular, único, propio, sentido a perderse.(2009. p.84)

Quienes sostienen su práctica desde el psicoanálisis en instituciones de salud se encuentran confrontados con el sufrimiento, intentando suscitar una palabra singular frente a lo que suele precipitarse como una respuesta estandarizada y prefijada de manera institucional. Lo que se busca es precisamente establecer las condiciones mínimas de escucha que permitan dar lugar a la emergencia del sujeto, siendo esta una tentativa que se da más allá de la posibilidad efectiva de llevar o no a cabo una cura analítica

Es por esto que consideramos que la presencia de analistas resulta sumamente enriquecedora a los fines de brindar una atención integral de la salud, ya que habilita la posibilidad de abrir el campo hacia la escucha, de devolver la palabra a esos sujetos sufrientes. Tensiona escenas en un sentido novedoso, permitiendo que emerjan palabras, emociones, gestos, modos de concebir la propia enfermedad o el propio padecimiento. La ética del psicoanálisis apunta a la elaboración subjetiva del sufrimiento.

## Referencias bibliográficas

- Alvarez, R. y Colovini, M. (Comp.) (1994). *Razones de Psicoanalistas en prácticas comunitarias*. Rosario: U.N.R Editora.
- Aronson, A., Firpo, V. y Martello, A. (2006). Paradojas del trabajo en sala de internación. En *I Congreso Nacional y II Congreso Regional de Psicología: Salud Mental: el estado de la cuestión de una cuestión de Estado*. Ponencia llevada a cabo en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, Rosario.
- Arosón, A. (1998). Dispositivo de atención de crisis en un hospital general. En M. Pujó (Comp.), *Psicoanálisis y el Hospital*, 13(7), 8-13.
- Asociación de Academias de la Lengua Española (2018). Urgencia. En *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=b9PI6ly>
- Berwald, V. (1995) Un lugar para la palabra. La interconsulta. En M. Pujó (Comp.) *Psicoanálisis y el Hospital*, 8(4), 86-92.
- Coll, A. (1998). La crisis en tiempos de crisis. En M. Pujó (Comp.), *Psicoanálisis y el Hospital*, 13(7), 89-92.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (s.f.). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26657*. Recuperado de: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Eibuszyc, E. (1995). Interconsulta: una reflexión. En M. Pujó (Comp.), *Psicoanálisis y el Hospital*, 8(4), 106-107.
- Eidelsztein, A. (2016). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan. Volumen I*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ferrara, F. (1985) *Teoría Social y Salud. Conceptualización del campo de la salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Freud, S. (1992) Más allá del principio del placer. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo XVIII* (pp. 1-63). Buenos Aires: Amorrortu. Obra original publicada en 1920.
- Pujó, M. (1995). Editorial. En *Psicoanálisis y el hospital*, 8(4), 5-6.
- Rubinovich, V. (1998). Algunas notas sobre la práctica en la urgencia. En M. Pujó (Comp.), *Psicoanálisis y el Hospital*, 13(7), 14-16.
- Stolkiner, A. (2003) *Teórico N° 4: El concepto de salud de la OMS. Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA*. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_1/stolkiner\\_teorico\\_4\\_concepto\\_salud\\_oms.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_teorico_4_concepto_salud_oms.pdf)
- Szyniak, A. (1998). La emergencia de la urgencia. En M. Pujó (Comp.), *Psicoanálisis y el Hospital*, 13(7), 37-39.