

**INÉS
SOTELO**

prólogo

Miquel Bassols

Dispositivo
Analítico para
Tratamiento de
Urgencias Subjetivas

DATUS



|| grama

DATUS

Dispositivo Analítico para el tratamiento
de Urgencias Subjetivas

DATUS

Dispositivo Analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas

Inés Sotelo

Índice de contenido

Portadilla

Legales

Agradecimientos

Prólogo, *Miquel Bassols*

Introducción

Capítulo 1 *¿Por qué las urgencias merecerían un dispositivo especial?*

Capítulo 2. *Actualidad de la urgencia*

Tiempos violentos

La violencia desde la perspectiva del psicoanálisis

“Recuerda que hay detrás de aquel espejo...”

Abordaje de la violencia en los dispositivos hospitalarios

Empuje al consumo

La droga como producto en el mercado

“Soy toxicómano”

Consumos en la urgencia

La operación toxicómana

Consumo en las psicosis

Apéndice. Entrevista a Silvia Cortese

Capítulo 3. *La urgencia y la salud mental*

Urgencia como ruptura

Urgencia e Instituciones

¿Es usted bienvenido? Condiciones en las guardias

Urgencia/ Emergencia: perspectiva médica y psicoanalítica

La urgencia en la clínica psicoanalítica

Capítulo 4. *La urgencia y el tiempo*

El tiempo en la institución hospitalaria

Sobre la finalización de la urgencia

Capítulo 5. *Los dispositivos asistenciales para alojar las urgencias*

Antecedentes de los dispositivos

Sobre la Ley 26.557

Dispositivos de salud mental en Servicios Públicos consultados

Sobre la eficacia en los dispositivos desde la perspectiva psicoanalítica

Presencia del analista en la clínica de la urgencia

Capítulo 6. *Intervención del analista: pausa, silencio, interpretación*

El silencio en análisis, cuando la demanda calla

Interpretación que resuena

De la interpretación

La cadencia del discurso y la interpretación

Interpretación y acontecimiento de cuerpo

Capítulo 7. *La propuesta: DATUS*

Antecedentes

Experiencia en la residencia

Cromañón

Nuevos dispositivos de resolución de la urgencia

DATUS

Metodología de aplicación

Capítulo 8. *La urgencia: uno por uno*

De cómo S. descubrió el mundo holográfico

Niños en guardia

Otras urgencias

Urgencia en la escuela: un niño dice a todo que NO

Nombrado por el padre

Teorías sobre la enuresis

Un padre, un hombre

Uno entre otros. El despertar de la primavera

¿Aceptás?

“¡Me gusta pegar!”

Aprender y saber

Los límites de la educabilidad y el deseo del analista

Ficciones

Despegarse

Hable con ella

Del déficit al síntoma

Recorrido analítico

Cuerpo (a) texto en el despertar de la primavera

La montaña rusa

Marcio, ¿me pasará algo?

Juana “la loca”

La operación analítica

Un delirio normal

El cuerpo y dicho en la psicosis

María, La Madre

La esperanza de una pregunta

Decisiones del analista en la guardia

Recorrido analítico en la internación

La esperanza de una pregunta o acerca de una
estabilización posible

Capítulo 9. *Conclusiones*

Bibliografía

Sotelo, Inés

Datus : dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas /

Inés Sotelo. - 1a ed . - Olivos : Grama Ediciones, 2020.

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-8372-22-8

1. Psicoanálisis. I. Título.

CDD 150.195

© Grama ediciones, 2015.

Av. Maipú 3511, 1° A (1636) Olivos. Pcia. de Bs. As..

Tel.: 5293-2275 • grama@gramaediciones.com.ar

<http://www.gramaediciones.com.ar>

© Ines Sotelo, 2015.

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Fabián Allegro, Dr. Pablo Fridman, Dr. Daniel Millas,

Dr. Fabián Naparstek.

Digitalización: Proyecto451

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

Inscripción ley 11.723 en trámite

ISBN edición digital (ePub): 978-987-8372-22-8

*Para Nilo y Ara
que nos anuncian que
mañana es mejor*

Agradecimientos

A la Universidad de Buenos Aires y a la Facultad de Psicología, por haberme abierto y posibilitado un campo ilimitado de formación. Al Hospital Público, especialmente al Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” (Ex Aráoz Alfaro) y al Hospital General de Agudos “P. Piñero”, donde abracé la pasión por la clínica psicoanalítica en el Hospital Público.

A la Escuela de la Orientación Lacaniana, a través de la cual alcancé a dimensionar lo crucial de la posición del analista en la articulación entre táctica, estrategia y política. A los colegas y AE por sus enseñanzas, por el trabajo de escuela, crucial en mi formación.

A Graciela Brodsky.

A mi familia, por las buenas marcas.

A Roberto, Mario, Mariana, Luz, Ara y Nilo quienes me acompañan y sostienen día a día.

A cada uno de los docentes de las cátedras “Clínica de la Urgencia” y “Psicoanálisis Orientación Lacaniana. Clínica y escritura”, con quienes comparto espacios de investigación, formación y transmisión. A los Investigadores del Equipo UBACyt, en particular al codirector Guillermo Belaga.

A mis amigos y colegas, permanentes interlocutores: Alejandra Rojas por su sostenida lectura e ineludible amistad, a Larisa Santimaria, a Tomasa San Miguel, a Daniela Fernández, a Lucas Leserre, a Paula Rodríguez Acquarone, a Gustavo Sobel, a Valeria Mazzia, con quienes la episteme se enlaza con el cariño, la confianza y la amistad.

Al Director de mi Doctorado Pablo Fridman, a Ester Cohen y a Adriana Rubistein quienes me orientaron

sostenidamente.

A los estudiantes que con su presencia comprometida ponen en causa el deseo por la transmisión del psicoanálisis.

Y ya en esta etapa de transformar el recorrido de tesis en un libro se agrega Luciano Lutereau, que con su estilo respetuoso y riguroso ha corregido la escritura y los detalles literarios, cruciales para provocar al lector hasta el final.

A Silvia Cortese por su rigurosa transmisión acerca de la problemática del consumo.

A Alejandra Glaze por su apuesta editorial.

A Gustavo Lichinchi (*) por su obra “Tres heridos diferentes” con la que se presenta el libro, más allá de las palabras.

Mi especial agradecimiento a Miquel Bassols quien me ha honrado con su lectura y el bellissimo prólogo que enmarca, sitúa y profundiza este trabajo.

*- Gustavo Lichinchi es un artista plástico argentino. “Tres heridos diferentes” (detalle), acrílico sobre tela, año 2012.

Prólogo

Vivimos cada vez más en una civilización de lo instantáneo, donde lo fugaz y lo perecedero imponen el valor de lo *fast*, del consumo rápido, del acceso y de la satisfacción inmediatos, hasta el punto de que el sujeto mismo acaba consumido en ese tiempo sin saberlo. Que se haya añadido a este fenómeno el calificativo de “líquido” para indicar el sentimiento de fragilidad que lo acompaña no impide que esta liquidez tome cuerpo, se solidifique de manera igualmente rápida en la angustia. La angustia es una verdadera epidemia del mundo contemporáneo y, cada vez más, motivo acuciante de consulta en los servicios de urgencia. El sujeto que llega a estos servicios a punto de verse liquidado por el tiempo de lo instantáneo –ya sea bajo el efecto de un trauma, de un pasaje al acto o de otra emergencia súbita de lo real– suele presentarse como en aquella historia paradójica: “Dios mío, dame un poco de paciencia... ¡pero que sea rápido!”

La angustia, uno de los nombres de la urgencia subjetiva, es el mejor signo que podemos encontrar en el sujeto consumido por este tiempo. Es el mejor si tenemos en cuenta que la otra alternativa es con frecuencia la del pasaje al acto agresivo, en la violencia dirigida al otro o hacia uno mismo. Pero la angustia no es todavía un síntoma. Esta es una de las primeras enseñanzas de la experiencia psicoanalítica tal como Freud la inauguró. Su texto *Inhibición, síntoma y angustia* sigue siendo en este punto una brújula clínica fundamental.

Hace falta, para que la angustia se convierta en un síntoma tratable, un tiempo. Y ese tiempo no es fácil de producir porque no se reduce a ninguna pauta cronológica

de un protocolo, evaluable a partir de unidades contables. Es un tiempo subjetivo, el tiempo que hace falta para que el propio sujeto se localice él mismo en lo que puede decir de la experiencia traumática que lo ha llevado a la urgencia. Es el tiempo para preguntarse: ¿qué soy y dónde estoy en lo que digo? Cuando este tiempo llega a producirse, entonces lo que angustiaba toma la forma de un síntoma tratable.

Esta es la apuesta que el sujeto de la urgencia puede realizar en su encuentro con un psicoanalista.

Y es también la apuesta decidida de la propuesta que el lector encontrará en este libro de nuestra colega Inés Sotelo. La apuesta tiene un nombre, DATUS, y una lógica interna que estas páginas despliegan de un modo que podemos leer según tres dimensiones conocidas en la orientación lacaniana después de que Jacques-Alain Miller las despejara en diversos momentos y lugares:

1. *Dimensión epistémica.* Hay que recorrer saberes diversos para resituar la noción de urgencia que proviene del campo médico. El lector encontrará en estas páginas un excelente trabajo de rastreo histórico, jurídico, institucional, de la noción y de la experiencia de la urgencia. A la vez, el saber del psicoanálisis despliega un abanico de significaciones de lo que hoy se suele llamar urgencia para mostrar lo que hay de singular en cada una. Una frase de Jacques Lacan al principio de su enseñanza abre para Inés Sotelo una fecunda vía de trabajo: “Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento en la palabra”. Lo que es tanto como decir que no hay urgencia sin lenguaje, que la experiencia de la urgencia supone todo un mundo simbólico previo en el que el tiempo depende de la significación producida a partir de una cadena signifiante. Depende del momento en el que cortemos esta cadena que obtendremos una u otra significación, una u otra experiencia de urgencia

subjetiva. La frase que hemos citado antes –“Dios mío, dame un poco de paciencia... ¡pero que sea rápido!”– es un buen ejemplo: los puntos suspensivos indican en el enunciado el tiempo de la urgencia en la enunciación, un tiempo que puede extenderse más o menos según la significación que obtenga para cada sujeto, nunca la misma.

2. *Dimensión clínica.* Es en esta singularidad de la experiencia de la urgencia que los casos relatados en estas páginas –y hay muchos– obtienen su verdadero valor de ejemplos. Pero son ejemplos para interrogar al saber clínico más que para verificarlo o demostrarlo. El ejemplo clínico tiene aquí la función de poner en suspenso el saber acumulado para abrirlo a una nueva investigación. Si algo debe saber el practicante que se sitúa en el lugar de recibir al sujeto de la urgencia es, siguiendo una enseñanza del psicoanálisis ya apuntada por Freud, poner en suspenso el saber previo que haya adquirido de otros casos, por semejantes que le parezcan. Cuando se trata de responder a la demanda urgente esta condición es todavía más cierta. Lo que valió para un caso no vale necesariamente para otro. En todo caso, sí es cierto que podemos sacar una primera enseñanza de cada uno de ellos: no es lo mejor responder a la urgencia subjetiva con la urgencia del Otro, ya sea la urgencia de curar o la de desangustiar; y lo peor es responder a la angustia con la señal de angustia. De nuevo, hace falta aquí un tiempo subjetivo para conducir esta demanda de urgencia hacia un tratamiento posible. Este tiempo no puede darse si el que recibe la demanda está demasiado pegado a su propia angustia, a la inmediatez de su síntoma, a la ignorancia de su fantasma, o si está demasiado acomodado en su lugar de sujeto supuesto saber. Lo que implica que quien ha pasado por una experiencia analítica estará siempre en mejor posición para producir este tiempo subjetivo necesario para el tratamiento

de la urgencia. En el caso del sujeto de una experiencia traumática, se trata especialmente de producir un bien decir sobre lo que era imposible de decir. Lo que, por otra parte, puede ser también una buena forma de decir qué es un final de análisis.

3. *Dimensión política.* La propuesta de Inés Sotelo alcanza aquí la consecuencia pragmática de las dos dimensiones anteriores: la creación de un dispositivo de atención y tratamiento de la urgencia subjetiva siguiendo la lógica y la enseñanza de la experiencia analítica. El lector encontrará no sólo una descripción detallada de lo que supone tal dispositivo sino también la exposición de la ética que orienta esta clínica. Se trata, en efecto, de una “política del síntoma” en el sentido que Jacques Lacan dio a este término. El síntoma no es en esta orientación un trastorno a eliminar en primer término y a cualquier precio sino un modo que el sujeto tiene de responder a lo más real en su vida. De hecho, encontramos ya en Freud este principio que ha fundado la política del psicoanálisis: el síntoma no es una inadaptación del sujeto a la realidad sino lo que éste ha tenido que inventar para intentar adaptarse a ella. Recibir al sujeto en la urgencia según este principio cambia muchos de los presupuestos que a veces se dan por demasiado sentados a la hora de diseñar una política de salud mental. En varios lugares de este libro se subraya la frecuente contradicción que aparece entre los fines de la institución, que tienden necesariamente hacia un “debe valer para todos”, y los medios que el practicante pone en marcha cuando se orienta en una clínica que sólo “vale uno por uno”. Es una tensión no sólo inevitable sino necesaria para localizar lo real en el que se funda toda empresa política, y especialmente en el campo de la llamada “salud mental”. Si los psicoanalistas toman este real como una brújula de su acción “fuera de sus consultas”, como se suele decir, es

porque lo escuchan “dentro de sus consultas” en el nudo más íntimo del sufrimiento de cada sujeto.

Señalemos que en el marco de la *Asociación Mundial de Psicoanálisis* se han dado y se siguen dando muchas iniciativas de sus miembros en la creación de instituciones orientadas según estos principios. Y ello en diversos países y coyunturas, según modos distintos de intervención. Tal como indiqué al tomar a mi cargo en la presidencia de la AMP en abril de 2014, la vivacidad y la profusión de iniciativas de este tipo de sus miembros con la invención de nuevos dispositivos, asistenciales y clínicos, es muy bienvenida, especialmente en una coyuntura de crisis. Y son invenciones también necesarias para la experiencia de la Escuela. Son una suerte de laboratorio, un lugar de elaboración restringida, de experimentación incluso con los diversos elementos que nos vienen dados en la clínica. Un laboratorio debe servir para tomar pequeñas muestras de estos elementos y ver cómo operar con ellos en el crisol de la Escuela, ver qué enseñanzas podemos extraer de su análisis y de las combinaciones de sus elementos estructurales para comprender mejor cuál es la especificidad de la intervención del analista ante el nuevo real de la clínica de nuestro tiempo. Un laboratorio así supone también un trabajo en el gusto por el detalle clínico, en el estudio de los metales que se combinan en las nuevas aleaciones de la clínica actual.

En esta orientación no puedo más que felicitar la apuesta de la que este libro es tanto el testimonio como la sabia argumentación. El lector sabrá medir las consecuencias de uno y otra.

Miquel Bassols (*)
Abril de 2015

*- Miquel Bassols es psicoanalista, miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y de la *Ecole de la Cause Freudienne*. Docente de la Sección Clínica de Barcelona. Doctorado por el *Departament de Psychanalyse de la Universite de Paris 8*. Presidente de la *Association Mondiale de Psychanalyse*.

Introducción

Esta publicación contiene lo esencial de mi tesis de doctorado: “Aportes del psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas”, defendida en la Facultad de Psicología de la Universidad de Bs. As., en diciembre de 2012; en estas páginas se articularán también las elucidaciones posteriores alcanzadas por el equipo de investigación UBACyt a mi cargo. (3)

El psicoanálisis como praxis y como episteme me ha permitido arribar al diseño de un dispositivo al que llamé DATUS, Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas, formalizando y elevando de este modo al estatuto de tesis diversas experiencias que se desprenden del paradigma psicoanalítico.

La tesis partió de la premisa de que las instituciones de salud están atravesadas por la época que exige pronta resolución de los fenómenos que emergen, siendo la urgencia una presentación clínica cada vez más frecuente. Los diseños, políticas e intervenciones sanitarias no están por fuera de esta exigencia.

Los dispositivos tradicionales, si bien resuelven la urgencia médica más ligada al riesgo, no siempre resuelven la urgencia subjetiva, por lo tanto considero necesario el diseño de dispositivos eficaces para alojar, diagnosticar y dar tratamiento a la urgencia. Este dispositivo deberá tener como propósito producir una torsión de la urgencia generalizada o generalizable a la subjetivación de la misma, del “para todos” al “uno por uno”, al leer el acontecimiento que se presenta como único y singular, no clasificable.

Las investigaciones PROINPSI Y UBACyt que dirijo desde 2007 abrieron múltiples preguntas y posibilitaron algunas

respuestas sobre esta temática compleja, frecuente, múltiple y apasionante. Sin embargo, el interés y preocupación por la clínica hospitalaria son anteriores y han sido una constante en mi quehacer profesional en el hospital y en la Universidad. El interés por la clínica de la urgencia surgió desde mi lugar de Instructora de Residentes en el Hospital Piñero (1990-1995).

En el año 1990 se abría la Residencia de Psicólogos en cinco hospitales dependientes de la Municipalidad de la Ciudad de Bs. As. (hoy Gobierno de la Ciudad). Los psicólogos que accedieran a estos cargos deberían rotar por diferentes equipos del Servicio de Psicopatología del hospital, así como por Centros de Salud del Área Programática; el contrato incluía una guardia de 24 horas. En su mayoría egresados de la UBA, con una formación y un interés fundamentalmente ligado al psicoanálisis, cuestionaban firmemente su incorporación en un lugar eminentemente médico. La contingencia institucional condujo a ocupar dichos espacios en los que la urgencia aparecía en sus diversas modalidades clínicas.

Durante esos años fue necesario crear un lugar, capitalizar las experiencias de otros analistas en las guardias, diseñar controles y cursos específicos, pensar las tácticas pertinentes a la luz de una política distinta de la médica. Táctica, estrategia y política del analista en la coyuntura de emergencia que este dispositivo asistencial posibilitaría desplegar.

En las guardias también se verifica que las presentaciones clínicas se manifiestan a través de las formas sintomáticas de la época: el sufrimiento humano estructurado como un mensaje –como lo llama Eric Laurent (1999d)– la letra viva donde las modalidades más frecuentes son el *acting-out*, el pasaje al acto, las adicciones, anorexias, ruptura de los lazos.

Clínica entramada en la época, que desde el psicoanálisis se llama clínica de los desamarrados, de los inclasificables,

presentaciones variadas que suelen manifestar una constante: la prisa, la urgencia, por parte no sólo de los pacientes, sino también del entorno, de las instancias judiciales, de los profesionales.

Estas nuevas formas, exigían nuevas respuestas. Mi práctica clínica y mi formación como psicoanalista me condujeron a investigar acerca de las respuestas actuales a la clínica de la urgencia, su eficacia, sus problemas, para finalmente arribar a esta formulación que aspira a ser un aporte a su tratamiento en el hospital público y en las instituciones asistenciales.

En la Universidad, como Profesora de la Cátedra “Práctica Profesional: Clínica de la Urgencia”, he trabajado intensamente, desde el año 1996, con el equipo docente a través de investigaciones, jornadas, seminarios de formación, publicaciones, profundizando acerca del alcance de la urgencia en la clínica. Más adelante la tarea se multiplicó con los profesionales de “Psicopatología” en la carrera de Musicoterapia y, desde 2013, en “Psicoanálisis: Orientación Lacaniana. Clínica y escritura”. A cada uno de mis colegas, docentes de estas cátedras, mi profundo reconocimiento por el trabajo compartido, la lectura, la formalización de los conceptos así como por el compromiso y la pasión por la transmisión del psicoanálisis.

En las prácticas diversas en las que los alumnos han participado, se ha ido ubicando que la diversidad de abordajes no depende de profesiones o de profesionales, sino que la forma en que la urgencia del sujeto se aloje, el diagnóstico, el tiempo que se ofrece, las intervenciones que se decidan, dependen de la concepción de sujeto, de síntoma, de cura, así como de la posición de quien reciba dicha urgencia.

La Universidad es un espacio de formación epistémico que, a través de las Prácticas Profesionales, permite la inclusión de quienes sostienen su práctica analítica en los hospitales y apuestan a la transmisión del psicoanálisis,

posibilitando el encuentro de los estudiantes no sólo con los textos sino también con la clínica y con los analistas en las instituciones.

La práctica profesional “Clínica de la Urgencia” surgió con la idea de que los alumnos lleguen a las guardias de los hospitales; esta propuesta se fue ampliando a las admisiones y otros dispositivos asistenciales, ya que verificamos que la urgencia no se presenta sólo en las guardias. A partir esta formulación inicial, comprobamos cómo la urgencia atraviesa no sólo al paciente que llega en una situación de crisis, sino también a los profesionales y a la institución misma.

En este contexto, la mirada de los alumnos siempre es reveladora, porque ellos están más preocupados por el quehacer del profesional, en cómo éste sostiene su práctica. Los estudiantes, descubren cómo la urgencia franquea las diversas modalidades de asistencia en Salud Mental. Esta propuesta pedagógica se fundamenta entonces en que, tal como sostiene Ester Cohen: “Salud, enfermedad, mente, psiquismo, sujeto, locura, trastorno, padecimiento psíquico, son conceptos que arman un entramado discursivo, en el cual cobran sentido las definiciones y las preguntas acerca del actual significado del término salud mental” (Cohen, 2004).

A través de la materia “Clínica de la Urgencia” se ofrece un trabajo articulado con los analistas que desde los hospitales trabajan en un proyecto para acercar a los estudiantes a la práctica clínica. Luego de cursarla y ya como graduados, numerosos estudiantes se han insertado en instituciones asistenciales. Este tipo de prácticas ubican al estudiante frente a lo vivo y actual de la clínica, acompañados por analistas que sostienen su deseo de transmitir el psicoanálisis. Los psicoanalistas en las instituciones no son “funcionarios del dispositivo”, sino que –como indica Eric Laurent– “se trata de que el analista sea alguien que pueda decir a un sujeto, en un momento crucial

de su vida, algo que permanecerá inolvidable” (Laurent, 1999d). Animado por el deseo del analista, dirigir la cura sin dirigir al paciente, aunque las intervenciones iniciales en la guardia o admisión, tengan tal apariencia: medicar, internar, indicar... funcionan muchas veces como el facilitador de la palabra en la que el sujeto podría representarse. Analista inolvidable, cuya presencia se dirige a la letra, deja marca.

De este modo, el recorrido realizado a lo largo de estos años de investigación, acompañada de comprometidos colegas, me permite ofrecer DATUS (Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas), un aporte para el tratamiento de esta clínica de fuerte incidencia en todos los ámbitos de salud, que transfiere a la comunidad lo que he recibido de aquellos maestros que dejaron su marca inolvidable en mi formación.

3- Integrantes del Equipo de Investigación (2014-2017): Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga, Lucas Leserre, Marta Coronel, Miguel Marini, Alejandra Rojas, Valeria Mazzia, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Paola Méndez, Graciela Tustanoski, Vanesa Fazio, Emilia Paturllanne, Antonella Miari, Evangelina Irrazabal, Lucas Rodríguez, Gabriela Triveño, Mariana Fevre, Gabriela Santimaria, Leandro Vizzolini, Daniel Melamedoff, Verónica López Sbrodt (Investigadores), Lucía Moavro y Diana Bento de Mello (estudiantes).

CAPÍTULO 1

¿Por qué las urgencias merecerían un dispositivo especial?

¿Por qué investigar sobre la urgencia? Mi interés por la clínica de la urgencia surge a partir del trabajo como instructora con los residentes de salud mental que debían incluirse en las guardias. El intento de formalizar lo que allí ocurría me llevó, primero, a crear la cátedra “Clínica de la Urgencia”, donde el intercambio con docentes y alumnos de la Facultad de Psicología y los profesionales del hospital permitió una transmisión del psicoanálisis a partir de la experiencia clínica. Más adelante me condujo a diseñar y dirigir distintas investigaciones, acompañada por Guillermo Belaga y un equipo extraordinario de investigadores, a través de las cuales intentamos precisar y sistematizar lo que ocurre en el hospital público. Así, en cada una de ellas se trabajó, y se continúa trabajando, el problema de la urgencia subjetiva en el hospital público desde distintos ángulos: desde la población consultante, desde los tratamientos ofrecidos y su eficacia, desde la mirada de los profesionales que se desempeñan en las guardias, desde la Salud Pública.

Desde el año 2007 desarrollamos programas de investigación acreditados por la Universidad de Bs. As.. El primero de ellos, un proyecto PROINPSI (Programa de fomento a la Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA) se tituló “Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia”. En esta investigación se analizó la demanda en

las consultas de urgencia en el Hospital Central de San Isidro, trazando el perfil de la población consultante que permitiría diseñar estrategias para la prevención y promoción de la salud mental. Esta primera investigación se desarrolló en un momento importante para la salud pública, ya que en el año 2008 se sancionó la ley de Salud Mental 448 de la Ciudad de Bs. As. -en la cual se declaraba por primera vez la necesidad de un equipo de Salud Mental en todas las guardias de los hospitales públicos-.

Luego, entre los años 2008 y 2010 se llevó adelante la investigación UBACyt “Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental” en cuatro hospitales del MERCOSUR: El Hospital “Das Clínicas” de Belo Horizonte (Brasil), el Hospital “Maciel” de Montevideo (Uruguay), el Hospital “San Bernardo” de Salta y el Hospital Central de San Isidro de la Provincia de Bs. As. (Argentina). Fue una apuesta ambiciosa la de coordinar cuatro equipos externos con valiosos profesionales que, interesados en la propuesta, en la propuesta aportaron la casuística necesaria para llevarla a cabo.

Para este proyecto se administraron 714 protocolos a personas mayores de 15 años que consultaron espontáneamente en la guardia de salud mental de estos 4 hospitales en un período de tres meses. Los ejes de esta investigación fueron la “consulta de urgencia” y lo que desde el psicoanálisis se define como “urgencia subjetiva”. En este estudio fue posible establecer las características de la población consultante y de las patologías que se presentaban en las guardias y, a su vez, comparar los datos extraídos de cada hospital. Encontramos diferencias importantes entre los hospitales en la resolución de la urgencia, según si contaban o no con una guardia de salud mental compuesta por psicólogo y psiquiatra, si sólo había psiquiatra o si eran recibidos por un médico clínico. Un aspecto diferencial clave fue el diseño del dispositivo y el tiempo de resolución de la urgencia: en una o en más

entrevistas. Estas diferencias nos permitieron interrogar los tratamientos recibidos y la eficacia de los mismos.

Entre los años 2010 y 2012 se realizó un segundo proyecto UBACyt: “Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público”, en el cual se tomaron 50 casos de pacientes mayores de 21 años de ambos sexos, que demandaron tratamiento individual psicológico en el Hospital de San Isidro. El objetivo fue establecer la eficacia de los tratamientos conducidos desde la perspectiva del psicoanálisis, acotados a los plazos institucionales hospitalarios de 16 sesiones (cuatro meses). La evaluación constó de dos puntos principales, por un lado, *el testimonio del paciente que era entrevistado por un agente externo al tratamiento* una vez concluido el mismo (*evaluación subjetiva*) y, por el otro otro, el informe realizado por el terapeuta a cargo del tratamiento (*evaluación objetiva* en base a criterios diagnósticos y escalas de evaluación de tratamiento).

Por último, concluimos en el 2014 la investigación UBACyt llamada “Los dispositivos para alojar la urgencia, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos”. Se tomaron 50 entrevistas semi-dirigidas a profesionales psicólogos y psiquiatras que trabajan en guardias de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Bs. As. y Gran Bs. As. con el objetivo de identificar los aspectos que favorecen u obstaculizan la resolución de la urgencia. En las entrevistas se puso el acento en situar: el diseño del dispositivo, su uso, el tiempo de resolución de la urgencia, la relación con otros servicios del Hospital así como el objetivo institucional y el objetivo individual del profesional de guardia.

De esta manera, cada investigación se ha transformado en el esfuerzo por formalizar las preguntas que surgieron de los proyectos anteriores que dan cuenta de la complejidad de la atención de la urgencia en salud mental en el hospital público. Frente a los fracasos y obstáculos de los

dispositivos tradicionales, el psicoanálisis encuentra allí un lugar privilegiado para dar una nueva respuesta, al proponer otra lectura y tratamiento de las urgencias.

Hallazgos

El hallazgo de estas investigaciones se produjo en las entrevistas a los informantes claves. Allí encontré una notable diferencia entre lo que establecen como el objetivo institucional de la guardia en tanto dispositivo hospitalario y el objetivo de cada profesional, es decir, aquello que se propone cada uno con su intervención.

El objetivo de la guardia desde la perspectiva de los profesionales es atender la urgencia, la emergencia clínica y psiquiátrica. Describen la guardia como un lugar de tránsito donde el propósito institucional es diagnosticar, evaluar el riesgo e intervenir en pos de que el paciente se compense, se estabilice y se retire, esperando que la permanencia en la guardia transcurra en el menor tiempo posible.

El objetivo de cada profesional, en cambio, en su intervención en la guardia, parece estar más ligado a generar un espacio diferente en cada caso, lograr el alivio subjetivo, resolver la consulta sin considerar el tiempo que requiera. Otros profesionales refirieron que su propósito era orientar al paciente sobre la causa de la consulta, la estabilización de la crisis, según la consideración de cada paciente en singular. En términos generales, se destacó que los tiempos de la institución, el número de consultas, los espacios de atención de poca privacidad, dificultaban un buen desempeño de la tarea.

Los servicios de guardia, en la mayoría de los hospitales, trabajan en forma independiente del Servicio de Salud Mental, sin espacios de intercambio o trabajo conjunto. Los profesionales señalan como un problema esta falta de comunicación de la guardia con consultorios externos, así

como sus largas listas de espera que dificultan una aceptada articulación entre la intervención de guardia y el tratamiento inmediatamente posterior, crucial para garantizar la continuidad de aquello que ha sido apenas un punto de partida. Si bien reconocen la eficacia para la emergencia médica, también prevalece la vivencia subjetiva de vacuidad o frustración que deja la tarea en tanto desarticulada con una intervención que debería continuarse a mediano y largo plazo. Este fenómeno institucional intentan revertirlo desde su objetivo y empeño personal.

Numerosas investigaciones en diversos países, que han sido consultadas (Pitts, Pines, Handrigan, & Kellermann, 2012; Polevoi, Jewel Shim, McCulloch, Grimes, & Govindarajan, 2013; Sun, et al., 2013; Zeller, Calma, & Stone, 2014), se manifiestan en consonancia con nuestros resultados, concluyendo que las guardias suelen funcionar como “puertas giratorias”, en las que el paciente reingresa a corto plazo. La eficacia, generalmente farmacológica, tiene un efecto inmediato sobre el síntoma, pero al no abordar la causa provoca que, a corto o mediano plazo, el paciente regrese a la sala de emergencias, en muchos casos con los síntomas de la consulta anterior.

CAPÍTULO 2

Actualidad de la urgencia

Las coordenadas actuales de la urgencia, desde la perspectiva de algunos pensadores contemporáneos, permiten aproximarse al modo en que esta problemática se entrama en la época. Los profesionales entrevistados coinciden en la complejidad de las consultas que reciben en las guardias: sujetos atravesados por la época cuyo padecimiento, que muchas veces excede lo psíquico, parece estar determinado por múltiples variables, como lo social, lo económico, lo institucional, lo orgánico, lo legal. En este capítulo precisaré el modo en que la problemática de la urgencia se manifiesta en la época actual, para ubicar luego su correlato en la clínica en Salud Mental.

Dado que el psicoanálisis es la referencia epistémica fundamental de este libro, partiré de las insoslayables referencias freudianas: “Tótem y tabú”, “El malestar en la cultura”, “Más allá del principio del placer”, que nos acercan a lo social como Otro, como alteridad constituida por el universo simbólico, en el cual se enlazan los síntomas. El sujeto toma del Otro sus identificaciones, ideales, significantes, así como estilos de gozar que lo agrupan o marginan. La relación del psicoanálisis con lo social se sostiene en la ética con la que fundamenta su política.

El siglo XX, con dos guerras mundiales y el avance tecnológico armamentista, ha sido el siglo con mayor cantidad de muertos por acciones bélicas, con las evidentes consecuencias sobre la vida de las personas -atravesadas por la vivencia subjetiva de inseguridad y miedo-.

En su estudio sobre las grandes ciudades, Paul Virilio (2007) las denomina *Ciudad pánico*, y explica que la ciudad

occidental dejó de ser un lugar de lo político, de la *civitas*; a partir de la desregulación y la desrealización que ha penetrado en la misma, se ha operado una inversión: la ciudad, que alguna vez fue el corazón de la civilización, se ha vuelto el corazón de la desestructuración de la humanidad.

La inseguridad es una patología propia de las “megalópolis”, donde se mezclan catástrofe técnica, accidente individual o colectivo, violencia urbana, terrorismo, etc. El “peligro” conduce a los sujetos a la inseguridad indeterminable e incalculable.

El siglo XX fue el escenario, también, del paso de la civilización agrícola a la civilización industrial. En ella los artificios se multiplicaron y el nuevo real de la ciencia devoró a la naturaleza. Este discurso dominante tiene un poder universalizante, y se expresa en la pluralización de los significantes identificatorios, es decir, con sujetos sin referencia y compelidos a construirse “autonómicamente”, vinculados a una proliferación de objetos técnicos que inducen a modos de gozar “autoeróticos”.

El gran encierro, afirma Virilio, el regreso a las ciudades cerradas, conduce a los ciudadanos a la búsqueda de seguridad interior, para lo cual se protegen con cercos, cámaras, controles, concluyendo que de la “cosmópolis”, la ciudad abierta de ayer, se pasa a la “claustrópolis”, incrementándose así la desconfianza y segregación de todo lo extraño, extranjero, inmigrante.

Esta condición que se impone al individuo solo, desarraigado, con su única referencia en el discurso de la ciencia como dador de sentido, tiene su correlato en un “malvivir” frenético y ansiógeno, del que habla Milner (2007), caracterizado por el vacío y el miedo.

La antigua ciudad amurallada que protegía a sus habitantes de los peligros exteriores se ha transformado y globalizado por la tecnología, las redes, la velocidad, y la información. El hombre deja de pertenecer virtualmente a

una ciudad para ubicarse bajo esa nueva modalidad en cualquier lugar del mundo, generalizándose un estado de urgencia y alerta.

La visión de Virilio muestra una ciudad cuya constitución llama “la catástrofe más grande del siglo XX”, “museo del accidente” que se ha gestado como una burbuja financiera, inmobiliaria, “burbuja metageofísica de la supuesta globalización”, ofreciendo una cita profética de Pierre Mac Orlan, quien en 1924 afirmaba “La ciudad futura no será más que el agrandamiento solemne de una cámara de tortura” (Virilio, 2007).

Asimismo, en su artículo “Lo que adviene” (2001), Virilio se preguntaba acerca del lugar del sanitarismo en la época de la guerra del todos contra todos, época de individualismo competitivo mercantil como tipo de intercambio social dominante en el mundo.

Algunos autores afirman que los así llamados *desastres* y/o *catástrofes* son los modos en que la naturaleza, el propio cuerpo y la relación con el semejante se manifiestan en sus formas extremas desbordando las capacidades materiales y simbólicas para enfrentarlos. Fariña (2003) diferencia el *Desastre* (del latín *astra*) –que alude a un trastrocamiento disruptivo de los elementos que están por fuera de la órbita del sujeto– de la *Catástrofe* (del griego *trophe*, darlo vuelta todo) –que se refiere a la alteración de las referencias simbólicas en los sujetos, cuando la magnitud del evento excede las capacidades singulares y colectivas–. Se diferencia así el fenómeno *objetivo*, mientras que el segundo se ubicaría en lo *subjetivo*. Sin embargo el desastre, definido en términos sociales, físicos y sanitarios, se torna a su vez catástrofe subjetiva.

Desde esta perspectiva, el actual sistema económico ha significado un avance enorme en relación a los paradigmas económicos que lo precedieron, a la vez que ha traído consecuencias negativas; entre ellas, la exclusión de la mayor parte de la humanidad de los beneficios que el propio