

#Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la CABA

10ma Edición | Abril 2025
ISSN 2953-4895



**ASOCIACIÓN DE
PSICÓLOGOS**
DEL GOBIERNO DE LA CABA

EDITORIAL

Estimadas compañeras y compañeros:

Nuevamente aprovecho este espacio de trabajo que es: #SomosAPGCABA, para comunicarme con cada una y cada uno de nuestras afiliadas, afiliados y amigos. La propuesta es elaborar la temática de la **URGENCIA** y en estos momentos tenemos varios puntos de urgencia en agenda: nuestros magros salarios, nuestras condiciones de trabajo que siguen deteriorándose (agendas, por ejemplo) o la frágil democracia en que se encuentra nuestro país (impensable hace unos años). Sin embargo he decidido compartir algunas ideas que, como trabajadores y trabajadoras de la salud, nos urge y amenaza fuertemente en estos momentos: el intento de **separación de la Carrera Profesional**.

Las y los psicólogos somos férreos defensores de la carrera única para todos y todas las profesionales de la salud. La ley 6035 reconoce la diversidad y la interdependencia de las profesiones que conforman el equipo de salud. Separar una profesión en un **carrera exclusiva** no sólo fragmentaría el sistema todo, sino que también desvalorizaría el aporte indispensable de cada disciplina que hace posible la atención de los pacientes. La salud es una construcción colectiva, no individual. Cada profesional aporta desde su campo, un conocimiento esencial para la atención integral.

La Ley 6035 valoriza a todos los integrantes del equipo de salud, establece reglas claras y equitativas para el desarrollo profesional, sin privilegiar a una disciplina sobre las demás. **Crear una carrera exclusiva para profesionales de la Medicina** rompería con esa equidad, habilitaría desigualdades y sería un gran obstáculo para el trabajo interdisciplinario, que es el corazón de nuestro sistema de salud. Todos los y las profesionales asumimos riesgos y responsabilidades críticas, la Ley 6035 contempla, a través de categorías, funciones y responsabilidades específicas, las diferencias de quienes asumen estos riesgos y respon-

EDITORIAL

sabilidades, pero no podemos permitir que se fragmenten los derechos y las condiciones de trabajo en base a percepciones que no reflejan la realidad integral de un **sistema de salud**.

Dividir al equipo profesional podría generar tensiones internas, fragmentar la atención al paciente y dificultar la cooperación entre disciplinas. Además, abriría la puerta a una peligrosa tendencia a la segmentación en otras áreas, con diferentes profesiones exigiendo sus propias carreras. El resultado sería un sistema atomizado, menos eficiente y más costoso para el Estado.

Desde la APGCABA estamos comprometidos a defender la unidad del equipo de salud y los principios de la Ley 6035. Ya estamos trabajando en diálogo con legisladores, representantes del Ejecutivo y otros actores del sistema para explicar los riesgos de este planteo y reforzar la importancia de una carrera única. Convocaremos a todos los profesionales de salud para que juntos hagamos visible nuestra postura y evitemos retrocesos que afecten al sistema y, por ende, a los pacientes. A los médicos les digo que el reconocimiento de su labor no pasa por separarse del equipo, sino por fortalecerlo, su liderazgo y el de cualquier profesional, debe ser integrador, no excluyente.

A los y las psicólogas les recuerdo que unidos somos más fuertes. La Ley 6035 es un logro colectivo que garantiza derechos para todos, y juntos debemos defenderla para seguir construyendo un sistema de salud equitativo, inclusivo y eficiente. Compañeros y compañeras, les pido atención urgente a nuestra Carrera Profesional, conocerla y sostenerla es la forma de cuidar nuestros derechos y el de nuestros y nuestras pacientes.



Andrés Añón

Secretario General de la
Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la Ciudad
de Buenos Aires

MEJOR MORIR DE VERGÜENZA

“Decir lo que hay, eso no les dice nada, queridos pequeñuelos de la sala de guardia, llamada así sin duda porque se guarda bien de contrariar el patronazgo al que aspira (sea cual fuere)...” “La historia ha reducido esta función sacramental hasta tal punto, que comprendo vuestro malestar. Ni siquiera les es posible, no es más la época, jugar al filósofo, que fue la última muda con la que, haciendo de lacayos de los emperadores y de los príncipes, los médicos se perpetuaron.”

– J. Lacan. “L`étourdit”. 1973.

Si bien cada presentación de #SomosAPGCABA es especial, este número lleva un sesgo muy particular. Proponemos hablar de “Urgencia”, se nos hace urgente, urge.

Nos urge abrir el tema, presentarlo a las y los compañeros psicólogos, a los más jóvenes y a quienes tenemos más tiempo “arando con estos bueyes”, a quienes sabemos que los logros hay que sostenerlos y que no podemos dar por adquirido ningún derecho.

El tema urgente que nos convoca es que hace unos meses nos informamos sobre la intención (seguramente decisión) de los “compañeros” médicos de gestar una carrera profesional, diferente, exclusiva, tirando por tierra la ley de carrera profesional 6035. Exponiendo discursos eufemísticos donde ¿aclaran? que “... no somos mejores ni peores que otros profesionales, somos diferentes”; como si cada profesional no fuera diferente de otro. Sólo se aclara lo que no está claro.

En la editorial de esta publicación nuestro Secretario General explica muy claramente, con detalles, lo pernicioso que sería la concreción de este acto.

Por nuestra parte queremos exponer que este accionar, este gesto **miserable** (RAE. Adj. Extremadamente tacaño) se encuentra muy acorde a los tiempos que vivimos, que tomar estas decisiones ya no dan vergüenza, al igual que ser de derecha... ya no da vergüenza. El lingüista Émile Benveniste sostiene que “el honor de todos ultrajado, deviene en la vergüenza de cada uno”, esto sería así, en caso de que haya habido honor.

Y no hubo honor, esta situación que se desenmascara, en la que una profesión pretende ubicarse por fuera, como excepción, ha sido vista y escuchada por el resto del equipo de salud durante muchos años, tal vez desde siempre. En forma solapada, en voz baja, con ironías, pero siempre (obviamente) transitando el lenguaje, “son los

no médicos”, “tenemos otras responsabilidades”, “estudiamos más años”, “pagamos un seguro más caro”, “nosotros medicamos”, etc. etc. Blablerío que no resistiría la menor agudeza. Hemos tenido que estar atentos a cada concurso por cargos de conducción, ya que nunca cesaron de suponer que dichos cargos, “correspondían” a profesionales médicos. ¿Por qué? ¿En algún espacio de su formación de grado han sido capacitados para conducir un equipo de profesionales de la salud? No importa, conforman la corporación; el Modelo Médico Hegemónico que nace junto con la medicina moderna, descrito magistralmente por M. Foucault (“El nacimiento de la clínica”. 1963), o por Georges Canguilhem (“Lo normal y lo patológico”. 1971), o por Jean Clavreul (“El orden médico”. 1978).

Una corporación que hace poco tiempo tiene conducción nueva, pero con las prácticas de siempre, intactas.

Y por si hiciera falta aclarar, insisto en que hablamos de la corporación, no de los compañeros trabajadores médicos y médicas que día a día cuidan de la salud del pueblo de la Ciudad de Buenos Aires; junto con ellos conformamos el equipo de salud, nos enorgullecen, nos honran. Hablamos de quienes ya no tienen vergüenza, de quienes han decidido mostrar sus cartas sin sonrojarse, de los que se valen de estos tiempos para terminar con los eufemismos,

en estos tiempos eleccionarios, en connivencia con el ejecutivo... han decidido “dar el golpe”.

Por eso, compañeros y compañeras, es urgente hablar, pronunciarnos, actuar. Nos están llevando puestos, quieren arrasar y hoy tienen con qué. Hace meses advertimos que es urgente, que tenemos poco tiempo, nuestra práctica está en riesgo, por ende nuestros salarios y el espacio que, con tanto esfuerzo, ha tomado nuestra profesión.

En julio de 1970, en el último encuentro del seminario “El reverso del psicoanálisis” Lacan dice: “Es preciso decirlo, morir de vergüenza es un efecto que raramente se consigue. Sin embargo, es el único signo que tiene una genealogía segura, o sea, que desciende de un significante... morir de vergüenza es el único afecto de la muerte que la merece”. **Miserables**, es mejor morir de vergüenza que morir por nada.

Redacción “SomosAPGCABA”.



Irene Sherz



Oscar Cott

EQUIPO EDITORIAL

Directores:

Andrés Añon y Aldo Pagliari

Coordinación General:

Irene Scherz

Equipo Editorial:

Susana Alfonso, Oscar Cott

Diseño y diagramación:

Romina Malla, para Zulú Estudio

Delegados y Delegadas:

Hospital Alvear: Héctor Darío Gigena (Delegado Titular), Violeta Werner (Delegada Suplente) | **Hospital Argerich:** Mariela Miranda (Delegada Titular), María Gabriela Siri (Delegada Titular) | **Hospital Álvarez:** María Fernanda Suarez López (Delegada Titular), Irma Jesús Zurita (Delegada Titular), Mariel Almecija (Delegada Suplente) | **Hospital Borda:** David Alejandro Zapata (Delegado Titular), José Ignacio Lohigorry (Delegado Titular), Marina Fernanda Pambukdjian (Delegada Suplente), Mariana Fariña (Delegada Suplente) | **C.S.M. N°1 Dr. Hugo Rosarios:**

Julio Romero (Delegado Titular), Cristina del Castillo (Delegada Suplente) | **C.S.M. N°3 Dr. Arturo Ameghino:** Alberto Ariel Farji (Delegado Titular), Mirian Mónica Dios (Delegada Titular) | **EAIT:** Ignacio José Mosquera (Delegado Titular) | **Htal. Fernández:** María Alejandra Perafán (Delegada Titular), Viviana Ethel Carballido (Delegada Suplente) | **Htal. Grierson:** María Florencia Burghardt (Delegada Titular) | **Hospital Gutiérrez:** Cecilia Inés Bori (Delegada Titular), Mónica García Barthe (Delegada Suplente) | **Ministerio de Salud GCABA:** Juan Pablo Mattarucco (Delegado Titular), Sergio Marcelo Ortiz (Delegado Suplente) | **Hospital Muñiz:** Perla Cativa Tolosa (Delegada Titular), Alejandro Luis Santamaría (Delegado Suplente) | **Hospital Moyano:** Analía Palazzo (Delegada Titular), Verónica Lorena Del Bueno (Delegada Titular), Marina Nélide Trejo (Delegada Suplente), Stella Maris López (Delegada Suplente) | **Hospital Penna:** Viviana Castaño Gómez

(Delegada Titular), Florencia Tropeano (Delegada Titular) | **Hospital Piñero:** Denise Pinus (Delegada Titular), Roxana Mabel Mascali (Delegada Titular) | **Hospital Pirovano:** Lorena Piñeiro (Delegada Titular), María Gabriela Ballester (Delegada Suplente) | **Hospital Ramos Mejía:** Karina Sandra Dabul (Delegada Titular), Viviana Teresa Jalife (Delegada Titular) | **Hospital Rivadavia:** Paonessa, Silvia Graciela (Delegada Titular), Gonzalez, Juan Carlos (Delegado Suplente) | **Hospital Santojanni:** Andrea Mariana Berra (Delegada Titular), Alicia Beatriz Collazo (Delegada Titular) | **Hospital Tobar García:** Scherz, Irene Viviana (Delegada Titular), Regueira, Elsa (Delegada Titular), Moreyra, Luis Ramón (Delegado Suplente), Silvina Consolo (Delegada Suplente) | **Htal. Tornú:** Silvia Sucharewicz (Delegada Titular), Alba Lilianna Calla (Delegada Suplente) | **Htal. Vélez Sarsfield:** Julieta Paula Trunzo (Delegada Titular), Desiree Pretzel (Delegada Suplente).

¿Querés publicar en el próximo número?

> Condiciones para la Presentación:

Trabajos en Word o Pages de entre 3/4 páginas. Letra Arial 11. Interlineado 1 1/2. Mail: ischerz@gmail.com. (Nota: Avisamos a los y las autores y autoras que los textos podrían ser modificados en la redacción según línea editorial pero no en su contenido).



01

PSICOANÁLISIS EN GUARDIA

*Del a-puro des-esperar hacia
el tiempo para comprender*

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. TEODORO ÁLVAREZ

01



Lic. Luciana Ujidos

lucianaujidos@gmail.com

IG: @lic.luciana.ujidos

Psicóloga (UBA). Practicante del Psicoanálisis. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga de Guardia Externa del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez. Docente en la Carrera de Psicología de la Universidad CAECE.

¿Qué puede aportar un psicoanalista en una guardia externa de un hospital general?

La pregunta emerge, insiste, golpea a la puerta. Será nuestra guía en este escrito.

El **hospital** se presenta como un campo definido fundamentalmente por las coordenadas del discurso médico, que sitúan necesariamente al psicoanálisis en una extraterritorialidad.

En cuanto a la **guardia externa**, sabemos que se trata de un dispositivo para el abordaje de las urgencias. Y si hablamos de urgencia, se trata, indisociablemente, de una cuestión de tiempo. Sin embargo, el modo de definir una urgencia y de entender la temporalidad varía según el discurso que realiza la lectura de la situación. La medicina distingue entre la emergencia y la urgencia. Mientras que en las emergencias hay peligro de vida inminente, requiriendo de atención inmediata, en las urgencias se trata de situaciones médicas que tienen que ser atendidas en

un plazo corto de tiempo. Es el organismo aquel que marca el tiempo en estas definiciones.

En cuanto a las urgencias en **Salud Mental**, se definen como:

“Todas las situaciones transitorias que irrumpen y alteran las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. Las urgencias son un emergente del estado de malestar. No son acontecimientos aislados sino parte del proceso de salud-enfermedad, en las que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina, 2018, p.19).”

Los modos de presentación de las urgencias subjetivas son variables: desde la inhibición hasta la impulsión, diversas manifestaciones de angustia, actings out y pasajes al acto, descompensaciones psicóticas, entre otras manifestaciones de sufrimiento, ya sea para aquel en que se presentan los fenómenos o para terceros afectados por los mismos.

Un primer aporte del psicoanálisis en la guardia externa del Hospital General reside en el modo de concebir las urgencias subjetivas, a partir de su andamiaje teórico-clínico.

Es necesario incluir, en la definición de urgencia, la dimensión de la subjetividad. Se requiere escuchar a aquel que vivencia una determinada situación como urgencia, más allá de lo que podría pensar un observador externo.

Las urgencias subjetivas implican la irrupción de un exceso, una situación de ruptura, de quiebre, la emergencia de un

real, “del fuera de sentido que conduce al sujeto al abismo, al grito sin articulación significativa”. (Sotelo, 2009, p. 24) Suponen un desanudamiento de aquello que, hasta entonces, permitía cierta estabilización.

En cuanto a la temporalidad en juego en las urgencias subjetivas, desde la perspectiva psicoanalítica tenemos que considerar una lógica del tiempo que se desarrolla en un registro distinto al del tiempo objetivado por el reloj.

Para ello, repasemos brevemente la propuesta de Jacques Lacan en su escrito “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”. El autor considera lo que se ha dado en llamar ‘el apólogo de los tres prisioneros’, y para analizar cómo se llega a la resolución de dicho problema necesita plantear **tres modulaciones lógicas de la temporalidad** a las que llama *instante de la mirada*, *tiempo para comprender* y *momento de concluir*.

- El *instante de la mirada* (apódosis) brinda una evidencia instantánea.
- El *tiempo para comprender* (hipótesis) lleva consigo una “duración”, constituye un “tiempo de meditación” (p. 200), donde se conjetura sobre el razonamiento de los otros, semejantes. En este punto, la acción queda suspendida, sujeta a lo que hacen (o no) los otros. Se trata de un tiempo de espera.
- El *momento de concluir* (motivación) implica formular un juicio, establecer una decisión, un “aserto sobre uno mismo”. Se trata de

un acto. Aparece la función de la *prisa*, de hecho, Lacan aquí habla de “urgencia” y de aparición de la angustia. (pp.201-202).

Es interesante situar cómo, en el pasaje del tiempo para comprender hacia el momento de concluir, se pasa de estar sujeto a los otros en la especularidad, a la soledad del acto. Podríamos pensar que, para atravesar las distintas etapas de razonamiento que suponen los tiempos lógicos y finalmente arribar a la conclusión, se requiere de la alienación (los tiempos considerados por Lacan no son sin el Otro y los otros, no se puede prescindir de los movimientos de una danza intersubjetiva, en el tiempo para comprender), pero también es necesaria la separación, en el momento de concluir, ya en soledad, para dar el paso hacia el acto, realizando un corte con el laberinto de espejos (ya que, de no producirse dicho corte, se corre el riesgo de eternizarse en un tiempo para comprender, produciéndose un estancamiento en la intersubjetividad).

Además, es sumamente importante tener en cuenta que se requiere de la suspensión del movimiento en más de una ocasión. Se trata de no precipitarse en la conclusión antes de tiempo, pero tampoco demorarse de más cuando se arriba a las puertas del acto.

Al decir de Lacan, “sólo la acción en el sujeto engendra la certidumbre” (p. 639). Es decir, *no se podría llegar a una certidumbre ya verificada sin pasar primero por la apuesta del acto donde se anticipa una certeza que en*

realidad no se tiene. Allí está la dimensión del “jugársela”, que no se puede evadir si no se quiere quedar en el encierro de la inhibición. En el momento de concluir, se presentifica el objeto a, aparece la angustia, la castración del Otro pierde el velo, en el lugar S(A) del grafo, por el cual hay que pasar.

No es posible concluir sin apresurarse, el acto es sin garantía de saber. El acto implica un paso más allá del saber, un hacer que requiere necesariamente pasar por la castración. No es sin angustia y cierto riesgo. Dimensión incurable de la angustia que nos atraviesa.

Luego de estas reflexiones en torno al acto, retomo la cuestión del tiempo en las urgencias subjetivas. Desde una perspectiva psicoanalítica *suele proponerse que la urgencia subjetiva implica un solapamiento del instante de ver con el momento de concluir, sin pasar por un tiempo para comprender, lo cual implica a su vez desprenderse prematuramente del lazo al Otro y a los otros.*

Más allá de esta hipótesis, y teniendo en cuenta, como hemos visto, que *siempre la antesala del acto es la angustia y surge la urgencia en el momento de concluir*, propongo que nos interroguemos: ¿hay una “urgencia nociva” y una ‘urgencia saludable’? ¿De qué parámetros nos valdríamos para distinguirlas? Si argumentamos que la diferencia entre ambas reside en si existió o no un tiempo para comprender, ¿cómo definir la duración suficiente de dicho tiempo para

determinar si se produjo o no un solapamiento del instante de ver con el momento de concluir?

Por otra parte, ¿la teorización con la cual contamos es suficiente para diferenciar entre el pasaje al acto y el acto-ético? En el acto también hay destitución subjetiva, corte con el Otro. En el acto también se corre un riesgo. ¿Nuestra brújula será exclusivamente, para establecer esta diferencia, el hecho de si se pone en riesgo —o no— la integridad de sí mismo y/o de otros? ¿En el acto se trata de una muerte simbólica para un nuevo renacer, riesgo de vivir y de acceso a cierta libertad, mientras que en el pasaje al acto la dimensión de lo real es la que predomina, en una pura caída? Quizás sea sólo a posteriori que, quien atravesó el umbral pueda —en una nueva emergencia del sujeto cuando ella fuere posible— leer y significar de qué se trató allí. Sin respuestas claras al respecto, dejo planteadas estas inquietudes.

Pasamos entonces a otro aporte del psicoanálisis en la guardia externa del Hospital General: sus modos de intervenir (táctica). Las intervenciones que realizamos en la guardia albergan, entre otros, los siguientes propósitos:

- localización: ¿de quién es la urgencia?
- suspensión del movimiento, introducción de una pausa
- instrumentalización de la espera
- apertura del tiempo para comprender y para saber
- subjetivación de la urgencia
- emergencia del sujeto
- relanzamiento de la dialéctica significativa, a través de la

direccionalidad al Otro, lo cual puede desembocar eventualmente en la sintomatización, surgimiento de demanda de tratamiento y esbozos de transferencia

- armado de trama simbólico-imaginaria, constituyente de realidad que ve lo real
- pasaje de goce a deseo a través de la angustia como bisagra.

El cómo de la intervención es variable, no pueden darse fórmulas preestablecidas, pero supone la oferta de encarnar el lugar de otro, testigo, que escucha, propiciando la puesta en palabras, realizando preguntas que colaboren con el armado del relato y la ubicación de la coyuntura que desembocó en la crisis, favoreciendo su problematización. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que muchos pacientes no se encuentran en condiciones de hablar en el momento en que llegan a la guardia y requieren previamente de otro tipo de abordajes, como el farmacológico. En los casos en que el paciente no puede tomar la palabra (ya sea de modo transitorio o más duradero), la trama simbólico-imaginaria se intentará tejer con la red socio-familiar, a través de los otros concretos que puedan sostener al paciente, prestando el recurso simbólico para poder dar soporte a ese real que se ha presentificado. El equipo de Salud Mental de guardia, no sin poner el cuerpo, también puede prestarse a esta función. Sea cual fuere la estructura psíquica del paciente, ante el enloquecimiento producido por el desanudamiento, no renunciaremos a la apuesta de la

emergencia de un sujeto allí.

Lacan realiza una distinción en lo que atañe a la táctica, la estrategia y la política del psicoanálisis. Las intervenciones hacen a la táctica del psicoanálisis. Sabemos que contamos con mayor libertad a la hora de intervenir. Sin embargo, esas intervenciones, en la guardia, están orientadas por el modo de concebir las urgencias subjetivas desde el psicoanálisis, y, fundamentalmente, por la estrategia y la política del psicoanálisis.

La estrategia y la política suponen un menor grado de libertad.

El aporte del manejo de la transferencia (estrategia).

Debe tenerse en cuenta que, en el encuentro —muchas veces único— con el equipo interdisciplinario en la guardia, la transferencia no está aún disponible, al menos en su dimensión simbólica. Sin embargo, a veces otros registros de la transferencia pueden comenzar a ponerse en juego ya en la atención por guardia. La oferta de presencia, vehiculizada por la escucha y por la disposición a hacerse soporte de los fenómenos que trae el paciente/consultante genera efectos en este sentido.

Además, la institución hospitalaria se constituye en Otro que puede presentarse como lugar que aloja, fomentando el desarrollo de la transferencia, o dificultar su establecimiento y/o generar un predominio de sentimientos hostiles, por ejemplo cuando la institución se torna expulsiva.



PH: Google | Jana

El psicoanalista, fundamentalmente, oferta la función deseo del analista (política).

Y esto es así también en la guardia externa. Sin este operador, no serían posibles los esbozos de transferencia ni tampoco las intervenciones.

En conclusión... ¿Qué puede aportar un psicoanalista en una guardia externa de un hospital general?

El psicoanalista que se asoma a través del psicólogo, psicóloga o psiquiatra que trabaja como parte del equipo interdisciplinario de salud mental en la guardia, puede brindar una lectura diversa de las situaciones que se presentan en la guardia y un modo de concebir la urgencia, distinto de aquel instituido por el discurso de la medicina. Puede aportar su deseo de pura diferencia, ese deseo que sostiene su escucha de la singularidad en juego. Puede ser el recordatorio de que se trata de hacer surgir un sujeto de ese que puede en un principio presentarse como mero objeto caído.

Puede ser inventor de tiempo para hablar, para pensar, para empezar a querer saber y para volver a soñar. Puede prestarse para que aquel que transita una urgencia subjetiva vuelva a servirse de los otros, se sume a la danza intersubjetiva, vuelva a contar con la dimensión del Otro, y, *en otro momento*, pueda arribar al corte/separación que implica el acto desde otro lugar, desde otra enunciación, desde una posición que represente un movimiento creador de lo nuevo y no sea meramente un movimiento destructor del mundo sin invención de un nuevo lugar para habitar. Junto con las otras disciplinas, puede llevar a cabo un trabajo preliminar incluso a la iniciación de un tratamiento, pero no sin tener como horizonte que, al fin y al cabo, se trata de acompañar a quien llega a la guardia a descubrir y/o inventar modos singulares de hacer con el sufrimiento que lo atraviesa, para hacer su vida más vivible.

Bibliografía:

• Lacan, J. El tiempo lógico y el aserto de certidumbre an-

teciada (1945). En J. Lacan, Escritos 1 (pp. 193-208). Siglo Veintiuno Editores.

• Lacan, J. Observación sobre el informe de Daniel Lagache: "Psicoanálisis y estructura de la personalidad" (1960). En J. Lacan, Escritos 2 (pp.627-664). Siglo Veintiuno Editores.

• Lacan, J. La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. Lacan, Escritos 2 (1966) Siglo Veintiuno Editores.

• Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina (2018). Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales. Recomendaciones para la Red integrada de Salud Mental con base en la comunidad. <https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento226.pdf>

• Sotelo, I. (2009) ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia? En I. Sotelo (comp.), Perspectivas de la clínica de la urgencia (pp. 23-30). Grama Ediciones.

02

**URGENCIA EN SALUD
MENTAL. SALUD MENTAL
EN EMERGENCIA**

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS PARMENIO PIÑERO

02



Lic. Eva Cángaro

evacangaro@gmail.com

Lic. en psicología UBA. Psicoanalista. Psicóloga de planta en Guardia Hospital de Agudos Dr. P. Piñero (GCABA). Psicóloga en dispositivo de Atención Telefónica Salud Mental Responde (GCABA).

Coordinadora de Equipo Adultos en CCEE de Salud Mental (Hospital Manuel Belgrano). Docente Ad honorem en Practica Profesional "Clínica de la Urgencia" (Facultad Psicología - UBA).

El presente escrito pretende interrogar la práctica inmersa en el contexto actual cuando el sistema de políticas pretende gestionar sistemas psíquicos vulnerados en situación de crisis graves. Un sistema que pide números, otro sistema inconmensurable; un sistema con tiempo apremiante, otro atemporal; un sistema que controla, un sistema que pierde el control. Qué hacemos cuando el paciente nos dice: "me quiero matar".

Desde mi experiencia práctica en instituciones públicas, tanto en la guardia de salud mental como en consultorios externos es que surge la necesidad de interrogar sobre qué lugar para el sujeto en crisis cuando el sistema de políticas sanitarias se preocupa por medir el éxito en eficacia y eficiencias a partir de números estadísticos. ¿Cómo nos afecta a los profe-

sionales de la salud mental? El control de las agendas, el control de números de pacientes atendidos, el "más cantidad en menos tiempo", no logran reflejar el trabajo realizado por los profesionales de salud mental que asisten a personas con alto grado de malestar psíquico donde el riesgo de vida está presente.

¿Cómo medimos cuantitativamente las intervenciones en salud mental? ¿Es posible medir los efectos invaluable del alivio del malestar? ¿Cómo cuantificamos los efectos de que un sujeto con deseos de morir vuelva a anudarse a la vida? No podemos equiparar con números una intervención que acompañe y prevenga un posible suicidio con cualquier otra práctica. Si entendemos por suicidio como el acto de quitarse la propia vida, no dejamos de considerarlo un problema de

salud pública y de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud, en los últimos 50 años las tasas de suicidio han aumentado un 60%, y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, convirtiéndose en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. En nuestro país, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio Nro. 27.130/2015 tiene por objeto la "disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención"¹. El suicidio es considerado un fenómeno multicausal y complejo que ha demostrado su carácter psicosocial, lo que nos impide reducirlo a instancias privadas o individuales. Abordar la complejidad de la conducta suicida implica identificar factores de riesgo y de protec-

¹ Ley 27.130. Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Sancionada: Marzo 11 de 2015. Promulgada de Hecho: Abril 6 de 2015.

ción. En esta línea la OMS plantea a la prevención como la principal estrategia para su abordaje y disminución. Sabemos que el suicidio está comprendido dentro del grupo de las violencias autoinfligidas y es un desafío del Estado, a la hora de articular las diversas respuestas de sus instituciones con la comunidad, proveer herramientas y recursos a fin de garantizar los derechos de los ciudadanos, principalmente a la vida y a la salud. Es necesario que estas respuestas sean intersectoriales e interdisciplinarias desde una perspectiva de abordaje integral, considerando aspectos individuales y contextuales. Ninguna de las instituciones puede dar una respuesta integral y eficiente si actúa por sí misma y de manera aislada. Dependerá de las políticas públicas que el Estado imparta y en ese punto me pregunto ¿Es el Estado actual un factor de riesgo o de protección?

Las últimas estadísticas muestran que previo al suicidio hubo 33 intentos previos de autolesión. Como agentes de salud es primordial intervenir en estos momentos a fin de evitar la culminación de la urgencia en un acto suicida.

Evaluar un riesgo suicida implica establecer una alianza terapéutica, recolectar datos clínicos relevantes, desarrollar una comprensión empática de lo que le sucede a quien consulta; llevar a cabo una evaluación de la cual se pueda arribar a un diagnóstico presuntivo así como también caracterizar el riesgo; identi-

ficar los problemas/síntomas para poder determinar el tipo de intervención teniendo en cuenta el tipo de riesgo y por último, delinear el plan de estrategias que permita alcanzar los objetivos según lo evaluado. Es recomendable que durante la entrevista se emplee un lenguaje sencillo y claro y se adopte una actitud de respeto e imparcialidad en todo momento. Es importante responder con sensibilidad a la revelación de información privada. Para el abordaje del riesgo suicida, se requiere tomar contacto e intervenir con el núcleo familiar y el entorno socioafectivo del usuario, solicitando el acompañamiento requerido y brindando contención y psicoeducación, orientando en torno a las medidas de cuidado requeridas por la situación actual de la persona.

Dentro de los factores de riesgo, es importante tener en cuenta los siguientes: la letalidad del método elegido, siendo de mayor gravedad aquellos que tienen mayor peligrosidad para la persona, la planificación del acto, grado de impulsividad, actitud psíquica del sujeto previa y posterior al intento suicida, la presencia de estresores socio familiares, u otros como la presencia de una patología orgánica grave/crónica. Una de las salidas posibles cuando el paciente nos refiere ideación suicida es la hospitalización. Recordemos que no hay evidencia suficiente acerca de que la hospitalización psiquiátrica prevenga el suicidio de una persona. Sino que el 5% de suicidios se dan durante

la internación y 12 % semanas posteriores a la externación. Con estos datos, más bien, se trata de entender que está intentado resolver el paciente cuando anuncia intención suicida y cómo maniobrar a fin de optar por la mejor estrategia de tratamiento.

Volviendo a la pregunta antes desplegada, considero que es responsabilidad del Estado proveer de recursos y espacios de atención para personas con trastornos mentales graves, dado el incremento y gravedad de las problemáticas mencionadas, es responsabilidad del Estado cuidar a los profesionales que trabajamos en salud mental, es nuestra responsabilidad continuar capacitándonos y es nuestra ética asistir a las personas que sufren. ¿No será que se trata de salir de la lógica riesgo/protección a modo de “tener o no tener” para habitar la falta, el amor? ¿Qué amabilidad habita el Estado hoy?

En este contexto considero que como profesionales de la salud es que resulta de radical importancia propiciar la escucha y alojar la demanda a la que somos convocados cuando el paciente nos refiere ideación o plan suicida pudiendo evaluar situaciones de crisis y/o urgencias subjetivas, realizar diagnóstico adecuado, con el fin de encauzar y dar tratamiento a tan compleja problemática de salud mental.

Bibliografía:

- Gagliesi, P. y Rodante, D. “Entrevista con consultantes con conductas suicidas”. Tres ediciones.

- Aued Santi, J.; Belforte, P.; Cangaro, E.; Cibeira, A.; Gagliano, M. Labadet, S; Micenmacher, V.; Pilar, J.; Portiglia, L; Ramirez Morales, A. y Santamaria, A. Evaluación de Riesgo Suicida. Abordaje e intervenciones desde un dispositivo de atención telefónica en salud mental. Trabajo presentado en APSA 2024.

- Abordaje intersectorial de la problemática de suicidio y de las autolesiones. Mesa de trabajo intersectorial 2022. Presidencia de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-intersectorial-del-suicidio-y-de-las-autolesiones>

- BELAGA, G. (2005) La urgencia generalizada. Respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En: “Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto,

estrategias del analista” (Sotelo, I., 2005) JVE Editores. 2005.

- SOTELO, I. (2007) Clínica de la urgencia. 1º ed. Ed.: JVE Editores. Buenos Aires 2007.

- SOTELO, I. (2015) DATUS: dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas. 1º ed. Ed.: Grama Ediciones. Olivos, Pcia de Buenos Aires 2015

- Ley 27.130. Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Sancionada: Marzo 11 de 2015. Promulgada de Hecho: Abril 6 de 2015.

- Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. 2013. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf

PH: Google Maps



EL PSICOANÁLISIS Y LA URGENCIA: COORDENADAS PARA PENSAR LA GUARDIA EN SALUD MENTAL

HOSPITAL BRAULIO MOYANO



Lic. Bárbara Jael Cuyer
cuyer.barbara@gmail.com

Lic. en Psicología, ex residente de Hospital B. Moyano.



Lic. Analía del Carmen Fullana Nacer
analia.fullana.n@gmail.com

Lic. en Psicología, ex residente de hospital B. Moyano, jefa de residentes de Psicología del Hospital B. Moyano.



Lic. Fiorella Agostina Garnica
garnica.fiorella@gmail.com

Lic. en Psicología, residente de 3º año de Hospital B. Moyano.

El contexto del presente escrito es el trabajo en un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires, siendo nosotras psicólogas residentes. Con más precisión, pretendemos reflexionar acerca del servicio de guardia. Es en este dispositivo, que se caracteriza a nivel institucional por un post pandemia, que a pesar de que han pasado ya algunos años desde lo que fue el COVID-19, el sistema de salud parece aún hoy encontrarse reorganizándose para tratar de dar respuesta a la sobredemanda existente.

En un nosocomio con dichas características, que no parece ser distinto al de otras instituciones pero que sí se diferencia en que responde a su vez a casos que “por el nivel de gravedad” solo son atendidos en este tipo de instituciones,

dada su especialización en salud mental. Así, en una guardia que va entre la complejidad y la sobredemanda constante es que realizamos nuestros primeros pasos como psicólogas residentes. A partir de comenzar este recorrido comenzamos a preguntarnos acerca de nuestra función en la urgencia: ¿Cómo intervenir ante situaciones de urgencia cuando nuestro único recurso es la palabra?, ¿es realmente nuestro único recurso la palabra? ¿Qué podemos aportar nosotras en un lugar donde la primera respuesta parece ser la farmacológica? ¿Cómo actuar en los tiempos hospitalarios, los tiempos de la urgencia, cuando quizás solo tengamos una única entrevista y oportunidad de intervenir con ese sujeto que consulta? Comenzamos así cuestionándonos acerca de

los alcances y limitaciones de nuestras intervenciones y de nuestra práctica en general.

El psicoanálisis en el hospital

Que el psicoanálisis se practique en los hospitales no fue una cosa dada. En sus inicios éste se reservó para sectores pudientes de la sociedad. A pesar de esto, Freud se preguntaba por el alcance de la terapia psicoanalítica e imaginaba un futuro posible donde se pueda aplicar psicoanálisis en instituciones públicas brindando tratamientos gratuitos al alcance de toda población. Así se anticipaba y proclamaba: “(...) cuando suceda se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones” (Freud, 1992, p. 162). De esta manera marcaba un camino: poder transformar la técnica para la atención en instituciones.

Por su parte, Lacan (2010) afirmaba que habrá psicoanalistas para responder a ciertas urgencias subjetivas. Para esto, decía, es necesario un psicoanalista que ocupe su lugar en acto, un acto que no sea protocolizado ni calculado o estandarizado. Además, agregaba (2005) que el psicoanalista se ubica en la extraterritorialidad, en los márgenes respecto al lugar que ocupa la medicina o, como podemos decir ahora, al margen del modelo médico hegemónico en las instituciones de salud.

Así estos autores marcan el horizonte, posición que debemos adoptar en la institución hospitalaria a fin de brindar una escucha psicoanalítica: adap-

tación de la técnica psicoanalítica y extraterritorialidad.

La urgencia en psicoanálisis

El trabajo en la urgencia no es el mismo que se realiza en otro dispositivo, como por ejemplo consultorios externos. La presentación de quien consulta no es la misma. El sujeto en urgencia se encuentra deslocalizado de sus coordenadas subjetivas que previamente le permitían transitar su vida. De este modo tomamos algunos autores que nos permiten pensar qué dirección posible en la urgencia:

Eric Laurent (2014) a partir de su trabajo en la clínica del trauma afirma que, desde el psicoanálisis, algo deviene traumático cuando ya no alcanzan los recursos del sujeto para darle sentido. Trauma implica un desborde, un exceso que no alcanza a ser simbolizado y que se padece. Padecimiento que muchas veces el sujeto lleva a las guardias. Laurent plantea entonces que el psicoanalista, desde una escucha singular, es donante de sentido, aquel que ayuda a reencontrar la palabra después del trauma.

Guy Briole (2018) por su parte, plantea que frente a la urgencia, la prioridad inmediata es el restablecimiento del lazo con el sujeto, restableciendo un lazo de palabra cuando el sujeto se encuentra rechazado fuera del campo del Otro. Este autor a su vez, describe cómo los servicios de urgencia son un lugar donde se desatan los dramas de una sociedad. Frente a esto plantea como intervención una respuesta en acto que tome en cuenta la di-

rección del que acude a urgencias. “El psicoanalista está allí, más que en cualquier otro lado, implicado en su responsabilidad de no dejar creer que hay una respuesta biológica al malestar individual y social. No hay medicamento contra la vida” (2018).

Intervenciones posibles

La urgencia, como anteriormente mencionamos, implica una ruptura, un quiebre, un estado de crisis en el sujeto. Esto se manifiesta de distintas maneras, podemos hablar de urgencias subjetivas, somáticas, sociales, institucionales. Psicoanalistas, con las intervenciones —que a veces es una sola, la que fue posibilitada en ese encuentro— apuntamos a causar al sujeto para que reconduzca su vida, por caminos transitables, soportables nuevamente y a veces, en el mejor de los casos, ligados al deseo.

En un contexto donde la vulnerabilidad económica no hace más que acentuarse, donde los sujetos son arrasados por múltiples violencias, donde cada vez parecieran existir menos respuestas institucionales para problemáticas que se tornan más complejas, allí, en un primer momento, hacemos una apuesta por la subjetividad. En términos de Adriana Rubistein (2014, p.9) ubicamos del lado del consultante un sujeto que pide ser atendido. Destaca a su vez dicha autora el momento en que, por alguna razón, esa persona pide ayuda. Por otra parte, del lado del oyente, del psicoanalista, es fundamental ubicar la posición de quien escucha esa consulta: conocer su formación y el modo de encarnar ese

lugar, ya que según cómo escuche y qué de eso destaque, habrá diferentes efectos y caminos a seguir.

Como anteriormente se mencionó, el trabajo a realizar en la urgencia es distinto del que se realiza en un dispositivo como el de consultorios externos o en el consultorio privado, pero si hay algo por lo cual se puede decir que siempre se trata de psicoanálisis es porque, en posición de oyente, el psicoanalista no comprende. No explica con un saber previo. Lo singular de la escucha psicoanalítica radica en el encuentro con aquel que consulta; que el sujeto sienta que su padecimiento es escuchado y su palabra toma valor, no es lo mismo que si se siente tratado como uno más en una lista de espera.

Para concluir

Tras este breve recorrido, resulta interesante destacar el lugar en el que se fue ubicando al psicoanalista en la urgencia, como aquel que presta una escucha diferente, ¿diferente respecto a qué? Cabe preguntarse entonces. Es que nuestra escucha no apunta solamente a ubicar los síntomas fenomenológicos sino a ubicar la posición desde la cual habla el sujeto, el modo en que relata lo que le pasa y qué es lo que lo inquieta buscando rescatar lo más subjetivo del discurso de quien consulta y dando lugar, quizás, a la instalación de un síntoma en transferencia.

¿Cómo logramos esto? Sotelo (2015), siguiendo a Lacan (1945), propone un orden lógico en que transcurre nuestro

quehacer y diferencia así tres momentos. En un primer momento, el cual nos incumbe en la urgencia, se buscará introducir una pausa en el relato. Pausa que se contrapone a la prisa de la urgencia que espera un alivio sintomático, una pronta resolución pero que le permita escucharse y encontrarse en su decir. Además, es importante recapitular al respecto del sin sentido del trauma o de la urgencia; y cómo las intervenciones del analista buscan arrimar al sujeto a un sentido sobre su sufrimiento para intentar un modo diferente de hacer con él, que le permita implicarse.

Practicar el psicoanálisis y ser agente de salud a la vez es un desafío al que nos enfrentamos día a día. No ser ajenas al contexto en el cual vivimos, a la institución a la que pertenecemos, a las demandas que se nos presentan, a los distintos discursos que nos atraviesan es un reto constante. No perder de vista nuestra formación y el horizonte de apostar para que emerja algo de la singularidad en juego de quien consulta parece ser un saber-hacer en acto inacabado e inacabable. Esta es la postura a la que adherimos día a día, en cada entrevista, con cada paciente que se nos presenta.

Bibliografía:

- Briole, Guy. (2018) Conferencia "Hacer el par, en la urgencia", en las "XIII Jornadas Anuales de Pausa", en Buenos Aires, el 27 de noviembre de 2018, inédita.
- Freud, S. (1992). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica

(1919 [1918]), Obras completas, Volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Lacan, J. (2006). "Psicoanálisis y medicina". En Intervenciones y textos 1. Buenos Aires: Manantial.

- Lacan, J. (2010). Función y campo de la palabra y del Lenguaje en psicoanálisis, Escritos II, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

- Lacan, J. (2013). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. Escritos 1, Madrid: Biblioteca Nueva.

- Laurent, E. (2014). Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Tres Haches.

- L'Interrogant "El psicoanálisis debe formar parte de la sanidad pública". Entrevista a Eric Laurent, Diario Público, 19 de noviembre de 2007. Disponible en: <https://revistainterrogant.org/psicoanalisis-formar-par-te-la-sanidad-publica-entrevista-eric-laurent/>

- Rubistein, Adriana. (2014) Consulta, Admisión, Derivación. Buenos Aires: Eudeba.

- Sotelo, Inés (2015) Dispositivo para el tratamiento de las urgencias subjetivas. DATUS. Buenos Aires: Grama.

FRENTE AL VACIAMIENTO EN SALUD PÚBLICA, UNA APUESTA POR EL PSICOANÁLISIS: ¿QUÉ LUGAR PARA LO SINGULAR?

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. TEODORO ÁLVAREZ



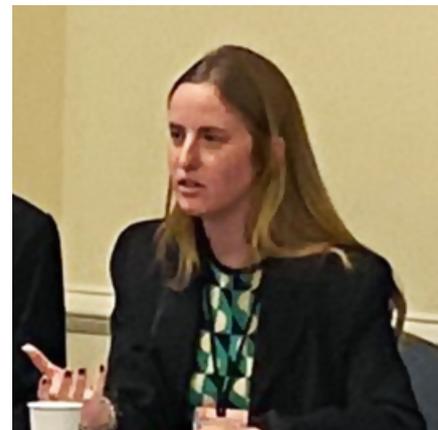
Lic. Lucía Rojas
lu-rojas@live.com.ar

Lic. en Psicología UBA. Concurrente de cuarto año del Hospital Gral. de Agudos Carlos G. Durand. Estudiante del Curso Regular de Formación de Posgrado del Instituto Clínico de Buenos Aires.



Lic. Josefina Rueda
josefinarueda95@gmail.com

Lic. en Psicología UBA. Concurrente de cuarto año del Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Estudiante de la carrera de Especialización en Teoría y Práctica Psicoanalítica UNSAM.



Lic. Sofía Gamallo
sofigamallo@gmail.com

Lic. en Psicología UBA. Concurrente de tercer año del Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Álvarez.

A modo de introducción

Nuestra práctica clínica en el ámbito de la salud pública se ve atravesada por un contexto de arrasamiento subjetivo y recortes masivos que derivan en colapsos de los servicios de salud mental. Partiendo de esto, el presente trabajo se propone realizar una articulación entre un caso clínico del dispositivo de Interconsulta de un hospital general y el concepto de urgencia subjetiva. El interés del escrito será desarrollar las tensiones existentes entre el discurso institucional y el discurso analítico, los cuales no escapan a las coordenadas que imperan en la época actual.

Frente a lo mencionado anteriormente, será necesario recuperar la importancia del servicio

de Interconsulta: aloja y funciona como lugar en el cual pueden ser recibidos ciertos malestares y padecimientos. Ofrece un tiempo de escucha, un tiempo que se contrapone a las demandas de inmediatez y eficacia que proliferan en la actualidad.

En función de los objetivos planteados, se desarrollará un caso clínico para ilustrar de qué modo se entrelazan los discursos que habitan las instituciones en el ámbito público con el tratamiento de la urgencia subjetiva. Tomaremos los aportes de diversos autores tales como Belaga, G. (2008), Seldes, R. (2004), entre otros.

Caso Estela

Atravesada por un contexto de violencia sistematizada,

vulnerabilidad social y escaso acceso a los recursos de salud mental, Estela ingresa a la guardia de un hospital general en un estado de inconsciencia luego de haber consumido grandes cantidades de alcohol. Llega en compañía de sus dos hijos, de diez y tres años.

Estela es la encargada del cuidado de sus hijos y su marido, quien debido a diversas complicaciones médicas, se encuentra postrado en su cama sin movilidad en su cuerpo. Desde hace tiempo, existen en su hogar reiteradas situaciones de violencia ejercidas por él. Estela no identifica dichas situaciones como violentas sino que, por el contrario, se halla sometida a los maltratos de su marido, encontrando en sus borracheras una posible solución a su padecer. No fue sin la intervención del equipo interdisciplinario que Estela comenzó a registrar y tramitar algo de lo mencionado anteriormente.

Luego de este episodio, el consejo de NNyA y el equipo de guardia deciden que los menores queden institucionalizados dado que sus cuidados no podrían ser garantizados por sus referentes afectivos. Pasadas unas semanas, frente a la dificultad tanto de Estela como de su marido para ejercer un rol de cuidado hacia sus hijos, el consejo de NNyA determina el pedido de hogar como la estrategia pertinente para la garantía de sus derechos.

No obstante, pasado un mes de internación conjunta en el que Estela convivió con sus hi-

jos de manera ordenada, cuidados y libre de consumo, el equipo interdisciplinario de salud mental comenzó a evaluar la posibilidad de que la misma pudiera retornar a la casa de familia con sus hijos. Para esto, el marido debería ser ingresado en una institución que le garantice los cuidados requeridos. En este sentido, desde el equipo se realizaron algunas entrevistas con él, quien se negó a la propuesta ofrecida con una actitud querellante y agresiva, tanto hacia los profesionales como también hacia los miembros de su familia: “¿Estela tiene problemas con el alcohol y yo tengo que pagar los platos rotos e irme de mi casa?”.

En este punto, Estela comienza a preguntarse por la negativa de su marido, así como también por su sometimiento hacia él y los efectos que esto produce en sus hijos. Frente a la posibilidad de que sus hijos sean trasladados a un hogar, comienza a tomar conciencia de estar atravesando una situación de violencia por motivos de género. Comienza a relatar diversos episodios en los que se evidencia la violencia que él ejercía sobre ella.

Finalmente, desde el Consejo de NNyA se decide como estrategia transitoria el ingreso de los menores a un hogar. En simultáneo, desde el equipo de salud mental y servicio social, se continuó brindando tratamiento ambulatorio y acompañamiento a Estela, quien tomó la decisión de vivir en la casa de un familiar. Manifestando la intención de realizar una denun-

cia hacia su marido.

De la urgencia a una nueva posición subjetiva

Desde el psicoanálisis, se piensa a las urgencias subjetivas como una ruptura aguda de la cadena significativa (Laurent; 2004), en donde el sujeto al no poder representarse queda suspendido en el tiempo de la urgencia, originándose así un exceso de goce. En muchos casos, encontramos los efectos de esta ruptura en crisis de angustia y sus modos de resolución por la vía del acting out y el pasaje al acto. En el caso de Estela, el consumo excesivo de alcohol que derivan en episodios de desvanecimiento, podría dar cuenta de esta ruptura.

La llegada de Estela y sus hijos a la guardia, y su posterior internación, permitió no solo producir una escansión en su subjetividad, sino también en la dinámica familiar instalada. Ricardo Seldes (2004) plantea que los dispositivos funcionan como un marco de escucha vaciado de sentido para la urgencia, donde el analista se ofrece como destinatario de la misma para que el goce encuentre un espacio de tramitación.

No obstante, es preciso señalar que solo frente a la posibilidad de que sus hijos sean ingresados a un hogar Estela comienza a problematizar lo descrito y pone en pausa su consumo. “Hubo una disrupción, un acontecimiento, una situación, un evento, un pensamiento, que hizo que lo que funcionaba con cierta homeostasis deje de hacerlo. Lo que permitía deci-



PH: Google Maps | Cristian Gabriel Sebillé

dir por un sentido para el sujeto deja de marchar” (Seldes, 2004).

A lo largo de la internación, las intervenciones del equipo apuntaron a introducir una espera, en la cual poder transformar las dificultades constantes en algo diferente. Se apostó a la construcción de un problema puesto en palabras, a definir un antes y un después, tiempo propio de la urgencia.

Los últimos señalamientos del caso, tanto en la decisión de Estela de irse del hogar como la intención de realizar una denuncia, podrían reflejar un nuevo desarrollo de verdad que,

en palabras de Lacan (1951), se define como una nueva posición subjetiva.

Tiempo de espera: un horizonte de trabajo

Nos interesa pensar cómo se produce el entrecruzamiento entre la urgencia subjetiva pensada desde el discurso psicoanalítico con las lógicas institucionales que operan en este caso, inserto en el servicio de pediatría de un hospital general.

Es importante señalar que, dado que los cuidados de los hijos de Estela no estaban garantizados en su hogar, el discurso jurídico estableció el pronto ingreso de los mis-

mos a un hogar de menores. Sin embargo, la premura por concretar dicha intervención no consideraba la temporalidad subjetiva, tanto de Estela como de sus hijos. ¿En qué sentido? No hubo entrevistas y/o instancias intermedias que mediaran dicha decisión sino que esta fue tomada sin haber conversado con ellos ni con su madre. Tampoco hubo evaluación previa ni acercamiento desde el consejo para con los profesionales a cargo del tratamiento.

Nos preguntamos: ¿Cómo garantizar el correcto cumplimiento de los derechos de los menores sin que esto suponga un arrasamiento subjetivo para

ellos y para Estela? ¿Cómo sostener esta dirección sin que signifique y/o implique desatender la urgencia subjetiva? Desde el psicoanálisis, se considera el tiempo del inconsciente como Otro tiempo, eventos lógicos entrelazados que poco tienen que ver con la cronología. El tiempo no puede alterar dichos acontecimientos, sólo pueden hacerlo los mecanismos inherentes en su funcionamiento. Entendemos que, en tanto se precipite el momento de concluir sin que la urgencia se haya subjetivado, sin que se haya producido alguna torsión para transformarse en algo propio, es probable que lo que en algún momento se puso a trabajar se diluya.

Nos parece pertinente señalar la importancia del momento de espera y su consecuente posibilidad de elaboración que, a su vez, habilita la aparición de una lógica asertiva, entendida esta como el pasaje de lo colectivo (urgencia institucional) a lo singular gracias al afecto de la angustia.

Reflexiones finales

El presente trabajo se propuso visibilizar las tensiones existentes entre el discurso institucional y el analítico. En el caso de Estela se evidencia que, en un contexto institucional donde conviven diferentes formas de abordaje de una situación que se considera de urgencia, la dimensión subjetiva y singular del caso muchas veces queda relegada. La escucha del paciente queda subordinada a protocolos legales, basados en la lógica del "para todos". Lo que se intenta es agudizar esa

perspectiva introduciendo el decir de cada sujeto. Se hace preciso destacar la importancia del psicoanálisis como introducción de un tiempo de espera ante este discurso signado por la inmediatez y la eficacia.

Cabe preguntarse, ¿Qué horizonte de trabajo posible nos espera frente a los recortes y el arrasamiento a la salud pública y a la población en general? ¿Cómo sostener una escucha clínica fundamentada en el deseo sin dejarse atropellar por los apuros institucionales y epocales?

Creemos que, más allá de nuestra práctica clínica inmersa en el sistema de salud público, este trabajo en sí mismo implica un tiempo. Es decir, una pausa para poder pensar nuestras posiciones subjetivas como profesionales de la salud mental, las cuales no son sin una ética y una política de trabajo.

Bibliografía:

- Belaga, G.(2004) "Presentación: La urgencia generalizada. La practica en el hospital". En La urgencia generalizada. Bs. As: Grama.
- Lacan, J. (1951) "Intervenciones sobre la transferencia". En Escritos 1, Bs. As., Siglo XXI Editores, 2009.
- Ochoa De La Maza, Maria Selika, López Bertella, Camila, Varela Rozados, Mercedes, Moreno, Victoria Anahí, Soliani, Antonella, Lubo, Facundo, Morales, Carolina y Girano, Maria

Florencia (2018). Clínica de la urgencia subjetiva. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología

- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aaacademica.org/000-122/501.pdf>
- Rupertuz, M. (2004). "Tiempo, lógica e inconsciente". Acheronta Revista de psicoanálisis y Cultura.
- Seldes, R. (2008). "La urgencia del psicoanálisis aplicado". Revista Virtualia, seminario del psicoanálisis aplicado.
- Sotelo, M.; Belaga, G. (2008). "Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia". Bs. As. Publicación para la revista de investigaciones UBA.

LA URGENCIA DE SOSTENER(NOS)

**CESAC 19 Y EQUIPO TÉCNICO EN EL MINISTERIO
DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**



Lic. Natalia Kopeloff

kopeloffnatalia@gmail.com

Lic. Psicología (UBA). MN 70471. Concurrente de psicología CeSAC 19, Hospital Piñero, CABA. Maestranda en Salud Mental Comunitaria UNLA. Integrante de Equipo Técnico en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Lic. Lara Fiora

lara.fiora91@gmail.com

Lic. Psicología especializada en Terapia Cognitivo Conductual. MN 81196. Integrante de Equipo Técnico en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Introducción:

En el presente trabajo buscamos acercar preguntas, reflexiones y posibles propuestas en relación a los abordajes y cuidados de los/as usuarios/as y trabajadores de salud dentro de dispositivos de internación pediátrica o servicios donde internen a niñeces y adolescencias en hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires.

Partimos desde la experiencia, planteando los interrogantes que necesitamos comenzar a hacernos, tanto frente a los atravesamientos críticos del abordaje de urgencias por salud mental, como frente a las situaciones severas de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes (NNyA) en la actualidad de nuestros territorios. Nos ocupan y preocupan particularmente aquellas situaciones en las que se cronicifican las internaciones por falta de estrategias integrales produciendo efectos iatrogénicos, más aún cuando ocurren en hospitales que no están preparados para estadías prolongadas. En muchos casos los/as NNyA pierden la escolaridad, no realizan actividades recreativas y pierden vínculo con pares. Se acrecientan las crisis de salud mental o se vuelven más frecuentes.

Nos encontramos en un momento y contexto histórico, político, económico y social complejo. Las políticas de vaciamiento y ajuste neoliberales traen aparejada la agudización de las desigualdades sociales. Producen y reproducen

vulneración de derechos de forma activa y continua, reflejada en un recrudecimiento de las violencias y las formas de padecimiento que observamos en diversos espacios e instituciones. En NNyA esto se expresa con mayor crueldad, visibilizando aún más el efecto de las vulneraciones en la salud integral. Esto nos obliga a (re) preguntarnos qué es hoy lo urgente, comprendiendo la urgencia como un concepto vivo y variable. También como la cristalización o agudización de procesos más abarcativos de los que no es posible escindirlos. ¿Cómo ubicamos aquello que apremia en entramados tan complejos?

Mediante el título mostramos nuestra hipótesis y nuestro horizonte de trabajo. Lo que urge es sostener(nos), acompañar(nos), pensar(nos) y construir modalidades de abordaje que nos contemplan a todos/as: pacientes/consultantes/usuarios/as, familias, comunidad, equipo de salud. Nos urgen formas de pensar y dar respuesta a estas problemáticas de forma integral, situada, respetuosa y participativa.

Desde dónde partimos:

Los procesos de internación hospitalaria, atravesados por situaciones de vulneración psicosocial y/o padecimiento en salud mental, son instancias críticas que constituyen un desafío para las personas que lo transitan y para los/as referentes afectivos/as y/o trabajadores/as que acompañan. En muchos de estos casos, las internaciones se prolongan

en el tiempo poniendo en jaque a los servicios de salud.

El contexto político y económico actual configura las variables de complejidad en las que se enmarcan estos procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados (s-e-a-c). Las políticas de crueldad, la vulneración económica y el vaciamiento de lo público generan un arrasamiento, tanto en los tejidos comunitarios —ya frágiles— que terminan no pudiendo sostener los cuidados de estos/as NNyA, como en las instituciones estatales que debieran dar alojamiento a esta desprotección.

Muchos/as de estos/as NNyA ingresan a los hospitales trayendo un recorrido por instituciones que no pudieron dar una respuesta integral, reproduciendo las inequidades que vienen marcando sus trayectorias vitales. Son llevados/as a las guardias hospitalarias por crisis de salud mental o por resguardo institucional frente a situaciones de violencia física y/o sexual intrafamiliar. Llegan presentando ideación suicida, alteraciones de la sensibilidad, conductas impulsivas, auto o heteroagresivas, abuso de sustancias, crisis de angustia, disociación o desafectación como respuesta al trauma. Al indagar en lo previo, nos encontramos con historias clínicas de internaciones recurrentes, redes afectivas frágiles o inexistentes, hogares convivenciales que se encontraron desbordados en sus recursos para acompañar, pasos por comunidades terapéuticas o centros de salud desde donde

no se logró construir enlaces territoriales sólidos para la continuidad de cuidados, entre otras complejidades. Y frente a esto, un sistema de protección de derechos sin capacidad para dar respuesta y ofrecer recursos a las instituciones involucradas.

Nudos críticos en la cronificación de internaciones

Estas poblaciones ponen en evidencia aquello que nos urge (re)pensar sobre el modelo de s-e-a-c. Se hacen notorias la escasa o nula formación en las carreras de grado para abordar situaciones complejas que excedan un saber técnico específico, las agendas programadas de forma burocratizada, la falta de recursos para abordar los cuidados de NNyA que no cuentan con referentes afectivos/as que puedan estar presentes 24 hs, la falta de claridad en torno a las incumbencias de cada equipo y la dificultad en la articulación con actores involucrados dentro del marco de corresponsabilidad.

En esta problemática, quedan en soledad NNyA, así como quienes acompañan (familia y/o acompañantes o cuidadores/as hospitalarios) y los/as profesionales tratantes en sus prácticas aisladas.

Al cronificarse las internaciones —por las dificultades en el trazado de estrategias de egreso— inevitablemente se instala y agudiza el malestar, tanto para los/as usuarios como para los equipos, generando resistencias y bloqueos en el trabajo cotidiano con esta

población. Los/as trabajadores/as de la salud intervinientes se ven atravesados/as por miedos, rechazos, sensación de incompetencia, falta de tiempo, impotencia. Se producen efectos iatrogénicos en la internación y se evidencia la severa limitación de los hospitales para contener el padecimiento crítico de estos/as NNyA, que insiste y se hace presente en lo cotidiano.

Frente a la historia de arrasamiento que estas niñeces y adolescencias traen, el sistema sanitario reacciona de modos que producen mayor malestar, a la vez que se ve confrontado con aquello que erosiona al interior de las propias prácticas.

En este entramado de dificultades ubicamos algunas situaciones y/o efectos problemáticos en los que puede resultar útil profundizar. En términos generales, el trabajo aislado lleva a menor efectividad, mayor soledad y sensación de impotencia, generando desgaste laboral. La fragmentación en las intervenciones y las limitaciones para el abordaje interdisciplinario e interinstitucional conllevan, entre otros efectos, un agravamiento en la sobrecarga y el desgaste subjetivo de quienes llevan adelante las tareas de cuidado y el abordaje terapéutico. Esto se ve profundizado por la jerarquización de las profesiones o roles de trabajo dentro de los hospitales. La inequidad en las formas de contratación y en el valor simbólico de cada rol promueve el malestar laboral y la dificultad para pensarse como equipo capaz de trabajar en conjunto y a la par.



PH: Facebook CESAC 19

En el tránsito cotidiano en la internación de estos/as usuarios/as, acompañantes hospitalarios, acompañantes terapéuticos, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, musicoterapeutas, psiquiatras, psicopedagogos/as, enfermeros/as, pediatras, entre otros/as, se implican en su estadia hospitalaria. Los/as NNyA construyen vínculos, buscan alojamiento allí donde lo encuentran, se anclan a sentidos, rutinas, relatos, juegos que van creando con quienes logran estar disponibles para ofrecer tiempo o algún gesto significativo. Estas intervenciones —huellas subjetivas que se van hilando— podrían cobrar mayor potencia de ser jerarquizadas y repensadas desde una estrategia integral.

A su vez, acompañar desde una posición ética tierna (Ulloa, 1995) requiere de la

construcción de un vínculo de confianza, dejarse afectar y prestar un cuidado empático para la apertura sensible. Los/as cuidadores/as y profesionales de la salud que acompañan en los cuidados son quienes prestan tiempo, escucha, y sostienen desde la palabra y la presencia en situaciones de extrema vulnerabilidad y angustia. El impacto subjetivo que esto puede traer requiere de la construcción de dispositivos donde pueda ser abordado.

Registrar lo urgente y crítico de estas situaciones resulta fundamental para pensar procesos de s-e-a-c respetuosos. De lo contrario, naturalizar estas prácticas nos empuja a reproducir estas violencias.

Posibles horizontes de trabajo:

Creemos que enunciar y traer estas problemáticas al debate colectivo es parte de la resis-

tencia, de poder pensar, proyectar y crear otros caminos. Abordaremos algunas propuestas, aprendidas de la experiencia y de algunos/as autores/as, que nos resulta importante visibilizar:

Trabajar para construir abordajes interdisciplinarios, superando la multidisciplinaria. Esto nos exige reformular las problemáticas y los modos de trabajo cotidiano del modelo de atención aprendido. Debemos traspasar jerarquías entre actores intervinientes y generar dispositivos desde donde sentarnos a pensar, en diálogos horizontales a partir de la experiencia situada, poniendo en juego los afectos y atravesamientos de quienes prestan cuerpo para sostener a estos NNyA.

En este camino reflexivo, problematizar el concepto de distancia óptima y encami-

narnos a pensar y a trabajar la cercanía óptima. Animarnos a poner en juego la ternura, el encuentro, la empatía, el tiempo, para resistir al desamparo y a las lógicas derivacionistas. Pensar y construir atención y cuidados con una perspectiva de continuidad, seguimiento, enlace comunitario y articulación intersectorial corresponsable.

Propiciar espacios de capacitación, propuestas de sensibilización, formación y reflexión para discutir las prácticas actuales y construir nuevas. Lo que aprendimos y hacemos no alcanza. Dar lugar a la co-construcción creativa de saberes, ensayar respuestas que se animen a desbordar las vías establecidas e inventen nuevas.

Conclusiones

El recrudescimiento de las políticas de vaciamiento y marginación actuales trae nuevas formas de sufrimiento que se presentan como nuevas demandas en salud mental. Necesitamos generar prácticas interdisciplinarias sólidas que puedan operar como factores protectores y construir límites y bordes a los procesos de vulneración. Esto requiere de la puesta en pie de dispositivos de acompañamiento estratégicamente diseñados para este objetivo, a los que se les destine tiempo protegido desde lo institucional, evitando que su construcción recaiga en la voluntad aislada de los equipos que llevan adelante la tarea. Este desafío es desde el estado y desde nuestras prácticas profesionales, pero también es

torciendo los límites y generando militancia e involucramiento activo de la comunidad.

Bibliografía:

• Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial. Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas. Argentina.

• Carballada, Alfredo (2001) "La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud", en revista de Trabajo Social al Margen; Edición Digital N° 23.

• De la Aldea, E., & Lewkowicz, I. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Disponible en línea en: https://lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_laaldea.pdf.

• Efrón, R., Disalvo, S., Goñi, M.A., (2015): Escuchar a niños, niñas y adolescentes (NNYA); un proceso que se construye, en En busca de la ternura. Protección de derechos de la Niñez en Lanús 2007-2015. Municipio de Lanús. Cooperativa Editorial Azucena.

- Fernández, A. M. y López, M. (2005) Vulnerabilización de los jóvenes en Argentina: Política y subjetividad. Nómadas (Col). Universidad Central Bogotá, Colombia.

- Ley 26.061 "Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes".

• Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2011.

• Montes Paez, F. (2024). Acompañar es político. Abduciendo Ediciones Argentina.

• Nieto, M. (2017). Sobre el concepto de Cercanía óptima. Revista Margen N 84. Recuperado en <https://www.margen.org/suscri/margen84/nieto-84.pdf>

**URGENCIAS, DESGASTE Y
AUTOCUIDADO: LA PRÁCTICA
EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA
CON PACIENTES EN AGUDO**

HOSPITAL DE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS ALVEAR

El trabajo del psicólogo clínico está intrínsecamente vinculado a conceptos como la salud, el bienestar psíquico, el autocuidado y la mejora en la calidad de vida, además de la búsqueda de respuestas ante el sufrimiento humano. Sin embargo, aunque estos aspectos son promovidos en la atención a los pacientes, con frecuencia pueden quedar relegados cuando se trata del propio profesional. Esto puede llevar a la desatención de su individualidad, necesidades y, en ocasiones, urgencias personales ante la necesidad de responder a las demandas clínicas o institucionales. Además, el rol del psicólogo suele estar asociado a creencias y expectativas sobre lo que significa ser un “buen profesional”, lo que refuerza ideales de bien social, empatía y altruismo. Estas exigencias pueden contribuir a la autoexigencia, la sobrecarga emocional, el agotamiento y elevados niveles de estrés.

¿Qué sucede entonces cuando se trabaja con pacientes agudos en salud mental? El objetivo del presente texto es revisar el estado del arte sobre el autocuidado profesional, así como repensar las propias prácticas de cuidado que los psicólogos sostienen en contextos de intervención en situaciones agudas en salud mental. A través de esta reflexión, se busca visibilizar la importancia de que el psicólogo no solo intervenga para el bienestar de sus pacientes, sino que también sea

un promotor activo de su propio bienestar, garantizando así una práctica ética, sostenible y saludable.

Desde el autoanálisis hasta el “síndrome del trabajador quemado”

Ya en “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” (1912), Freud reflexionaba acerca del lugar del psicoanalista en el tratamiento: “Ser consciente de los propios sentimientos y pensamientos es indispensable para mantener la objetividad en el trabajo analítico” (Freud, 1912/1980, p. 115). Posteriormente, en 1953, la American Psychological Association (APA) publicó su Código de Ética profesional, en el cual enfatiza que los psicólogos deben abordar problemas personales que puedan comprometer su capacidad profesional. Hacia la década de 1970, autores como Herbert Freudenberger hicieron las primeras alusiones al concepto de “*burnout*” (síndrome del “trabajador quemado”), centrado en trabajadores de la salud. Este síndrome fue definido como un estado de agotamiento físico y emocional derivado del estrés laboral y una dedicación excesiva al trabajo. En esta línea, Maslach y Jackson (1981) identificaron tres dimensiones del desgaste laboral: agotamiento emocional, despersonalización afectiva y una sensación de baja realización profesional.

Si bien el auge en investigaciones y literatura sobre burnout



Lic. Iris Worff

licirisworff@gmail.com

Lic. En Psicología. UBA.
Ex residente del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear, actualmente psicóloga en unidad de guardia mismo hospital.

se dio en la década de 1990, recién en 2022 la APA publicó el artículo “*Burnout and stress are everywhere*” (*El agotamiento y el estrés están en todas partes*), en el que abordó oficialmente la importancia del autocuidado profesional del psicólogo en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Otros estudios han analizado el impacto del trabajo con pacientes que han experimentado situaciones de trauma (Hensel et al., 2015). En estos casos, los psicólogos pueden experimentar recuerdos involuntarios del relato del paciente, fatiga, irritabilidad y problemas del sueño. Estas dificultades fueron más frecuentes en profesionales con alta carga laboral, escasa red de apoyo y antecedentes de trauma personal no resuelto.

Por su parte, un estudio en Chile (Betta Olivares et al., 2007) analizó la relación entre la frecuencia de conductas de autocuidado y la presencia de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. Los resultados mostraron que una mayor frecuencia de prácticas de autocuidado se asoció con menores índices de estrés traumático secundario y depresión.

Características del trabajo con urgencias y pacientes en estado agudo

El trabajo del psicólogo clínico en servicios de urgencia y en la atención de pacientes en estado agudo se distingue por su alta demanda emocional, la necesidad de una intervención inmediata y la toma de deci-

siones rápidas en entornos de alta presión. Esta práctica implica el abordaje de intentos de suicidio, conductas autolesivas, episodios psicóticos y duelos. Además, en muchos casos aparece el atravesamiento crudo de lo social, las violencias y la vulneración de derechos.

Asimismo, la carga emocional de trabajar en estos contextos puede verse agravada por diversos factores, como la limitación de recursos institucionales, la necesidad de actuar con rapidez en entornos de alta incertidumbre y la exposición constante a situaciones de gran sufrimiento humano. Además, la atención de pacientes en agudo requiere un esfuerzo continuo de regulación emocional por parte del profesional, quien debe equilibrar su implicación con la objetividad necesaria para la toma de decisiones.

Prácticas del cuidado del psicólogo

Entre las prácticas de autocuidado sugeridas en la literatura, se mencionan estrategias tanto a nivel individual como institucional.

A nivel individual, es fundamental realizar actividades distintas a la psicología clínica, trabajar en espacios físicos adecuados, supervisar casos y compartir con otros profesionales las dificultades y vivencias. También se recomienda mantenerse en movimiento físico, dar lugar al descanso y atender la alimentación propia en términos de calidad y horarios. Además, resulta esencial reconocer las emociones y establecer límites

profesionales, como respetar los horarios de atención y estar atentos a cambios emocionales propios. A su vez, estar atento a la posibilidad de “despersonalización afectiva” (Maslach & Jackson, 1981), tal como podría darse en casos de intervención continua con intentos suicidas. También se debe prestar atención a conductas evitativas, como sentir incomodidad anticipada antes de ciertos turnos de atención, pensar en pacientes agudos con mayor frecuencia de lo habitual o experimentar una disminución del deseo de atender.

Por otro lado, es clave establecer límites personales, como finalizar el trabajo en horario y tomar decisiones conscientes sobre excepciones o adaptaciones en los encuadres de tratamiento. Esto incluye determinar cuándo y cómo responder llamadas fuera de horario o postergar continuamente ajustes de aranceles por incomodidad propia.

A nivel institucional, es fundamental que las organizaciones reconozcan la importancia del bienestar de sus profesionales, ofreciendo acceso a espacios de supervisión y diálogo, seguimiento de lineamientos claros y acuerdos conjuntos para la intervención en casos de urgencia o en agudo. También se destaca la prevención en salud, limitando la cantidad de pacientes por profesional, programando descansos y promoviendo el trabajo interdisciplinario. En este sentido, garantizar el autocuidado del psicólogo no solo es una responsabilidad individual, sino

también una necesidad institucional y ética para la práctica clínica sostenible y efectiva.

La prevención y promoción en salud no solo deben aplicarse en las intervenciones con pacientes, sino también en el bienestar del propio profesional, lo que marca una diferencia significativa en la sostenibilidad del trabajo del psicólogo en estos contextos.

Bibliografía

- American Psychological Association. (1953). Ethical standards of psychologists. American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2022, enero). Burnout and stress are everywhere. *Monitor on Psychology*. <https://www.apa.org/monitor/2022/01/special-burnout-stress>
- Betta Olivares, R., Morales Messerer, G., Rodríguez Ureta, K., & Guerra Vio, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 9–19. Pontificia Universidad Javeriana.
- Cervantes Ochoa, J., González Arzola, J. F., Galván Rocha, A. G., Chávez Solís, E. G., Moreno Pulido, M. E., Caudillo Ortega, L., & Rodríguez Espinoza, A. F. (2024). Salud mental y autocuidado en el personal paramédico prehospitario. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 28, 1–8. <https://doi.org/10.15174/jc.2024.4520>

- Freud, S. (1912/1980). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen 12 (1911-1913): Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras* (pp. 111-115). Amorrortu Editores.

- Freudenberger, H. J. (1974). *Burnout: The high cost of high achievement*. Anchor Press/Doubleday.

- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83–91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press.

- Villarreal-Silva, G. V., & Rodríguez-Bustamante, A. (2020). Autocuidado en el psicólogo. *Poiésis*, (39), 106–126. <https://doi.org/10.21501/16920945.3758>

¿UN LUGAR PARA VIVIR?¹

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

¹Parfraseando el famoso libro de Maud Mannoni sobre l'Ecole Experimentale de Bonneuil



Lic. Lucila López

lulopez1979@gmail.com

Psicóloga Titular de Guardia
Hospital de Niños R. Gutierrez.



Lic. Cecilia Bori

ceciliabori@gmail.com

Psicóloga Titular de Guardia
Hospital de Niños R. Gutierrez.

Quienes trabajamos en las guardias de salud mental de efectores tanto públicos como privados, observamos un aumento exponencial de las consultas en el marco de la urgencia, incluso unos años antes del inicio de la pandemia. Un trabajo realizado en el año 2019² sobre los motivos de consulta más frecuentes recibidos en la guardia de Salud Mental de un Hospital Pediátrico refleja esta tendencia. El advenimiento de la Pandemia por Covid-19 no sólo trastocó nuestra cotidianidad sino también la forma de vinculación y de acceso a los tratamientos en salud. De hecho, en los períodos de aislamiento preventivo y obligatorio, la atención presencial quedó reducida casi en su totalidad a la atención por guardia. Con lo cual muchos pacientes que no podían acceder a la virtualidad o no podían sostenerla por sus problemáticas quedaban sin tratamientos, resquebrajándose, aún más, las redes de sostén y accesibilidad tanto para estos pacientes como para sus familias.

Es por ello que muchos sitúan que la “nueva pandemia” está en relación con las problemáticas del campo de la Salud Mental. En este sentido, y para ilustrar la situación actual, en el año 2024 las consultas han ascendido a 4865 entre demanda

ambulatoria e interna. Fueron internados en las camas de guardia 97 pacientes; lo que representa el 91 % de las internaciones en guardia de todas las especialidades (el 9 % restante fueron pacientes con condiciones orgánicas). La edad promedio fue de 14,2 años³. En el hospital contamos con 5 camas de internación breve en la guardia para todas las especialidades. Estas son ocupadas la mayor parte del tiempo por pacientes con criterio de internación por salud mental o por pacientes en situación de resguardo social o a la espera de que los organismos de derechos decidan la estrategia de egreso correspondiente.⁴

En el Departamento de Urgencia se atienden pacientes entre 0 a 18 años, fundamentalmente de CABA y del AMBA, pero también concurren pacientes del resto del país. Como lo enunciamos anteriormente, el equipo interdisciplinario de Salud Mental⁵ atiende la demanda externa, así como las consultas internas del hospital. Debido a la falta de recursos para derivaciones a tratamientos

³ Gerencia Operativa de Estadísticas. GCBA

⁴ En algunas oportunidades hemos tenido la necesidad de tener 6 o 7 pacientes internados teniendo que utilizar los consultorios de atención clínica, debiendo hacer dormir a los pacientes sobre las camillas. Estas internaciones —en algunos casos— han tenido un periodo mayor a una semana llegando a durar meses.

⁵ Conformado según la Ley 26657 por un psicólogo, un trabajador social y un médico psiquiatra, todos especialistas en población infanto juvenil.

² Bori, C., Lopez, L. Merovich, G., Nespral, M. y Schwemm, S. (2019) “Estudio descriptivo de las consultas externas del equipo de guardia de Salud Mental del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez”. Presentado en el Congreso de AAPI.

ambulatorios, se realizan también seguimientos por guardia, al igual que interconsultas de efectores que no cuentan con especialistas en salud mental infantojuvenil.

Por la implementación de distintos protocolos efectuados y ejecutados desde diversos organismos cuya función es la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, uno de los motivos más frecuentes en las consultas actuales de la guardia son los requerimientos de evaluaciones interdisciplinarias (clínica pediátrica, toxicología y salud mental) de jóvenes en situación de extrema vulnerabilidad social. Dichos protocolos son propuestos como intentos de mejorar las prácticas y articulaciones intersectoriales en pos de maximizar los esfuerzos para brindar una respuesta más efectiva en el proceso de restitución de derechos vulnerados. En lo que respecta a la evaluación requerida al Equipo interdisciplinario de Salud Mental de Guardia, se solicita determinar si el paciente presenta riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, situación que derivaría en su internación en los términos de la Ley 26.657. Situación dilemática que abre diversas aristas para problematizar, ya que en la mayoría de los casos se trata de situaciones donde el riesgo, más que “inminente”, resulta crónico, ligado a los diferentes determinantes de vulnerabilidad biopsicosocial en los que los jóvenes se encuentran inmersos, y no algo concerniente a su conducta actual o la sintomatología presente al momento

de la evaluación⁶. Por lo tanto, en la gran mayoría de los casos, el paciente no tiene criterio de internación por salud mental, pero pese a, o justamente por ello, estos jóvenes ingresan al hospital con una orden legal de PROHIBICIÓN DE EGRESO. Por tanto, más allá de la valoración clínica del equipo, deben permanecer en el Hospital. Y es por ello que los tiempos de permanencia en guardia de estos jóvenes se extienden en los vericuetos de la articulación interinstitucional; nos detenemos en este perfil de situaciones porque resultan analizadores de la situación actual.

Vivir en guardia

Como lo enunciamos, nuestra clínica en la urgencia nos confronta con un fenómeno que consideramos propio del estado actual de las instituciones que sostienen las infancias: **las guardias de los hospitales devinieron hogares**. Debe leerse *hogares* en su plena polisemia: un lugar de cobijo, un lugar para habitar, para estar, donde vivir; y un “recurso”, un lugar que de transitorio, de pasaje, como debería ser una consulta de urgencia a un hospital, deviene un espacio permanente. “Permanencia” es otro de los nombres de las medidas legales que obligan al hospital a dar cobijo a los jóvenes en situación de vulnerabilidad; quienes devienen pacientes, porque esperan, igual que nosotros, y desesperan, con y contra nosotros. “Permanecer” es también hacer(se) un lugar en algún lado,

⁶ López, L. “Urgencia y desamparo” presentado en las Jornadas de Concurrentes de Salud Mental en el año 2023.

en estos pacientes donde el desamparo, muchas veces, es generalizado.

Si bien este no es un fenómeno nuevo —todos los que trabajamos en hospitales podemos contar pacientitos míticos que “vivían” en el hospital durante largos periodos— la novedad inquietante es que, pandemia de por medio, esta estancia hospitalaria se “mudó” a la guardia, esa extraña frontera de la institución.

La guardia entonces, en tanto dispositivo en términos foucaultianos, devino uno de los pocos lugares para alojar casi cualquier consulta actual, motivado por la escasez de turnos ambulatorios y de profesionales especialistas. Incluso las familias concurren a pedir tratamientos dado que las obras sociales se reducen y dan de baja equipos profesionales completos, o discontinúan la entrega de medicación. Situaciones que en ocasiones son desesperadas pero no urgentes.

En la mar de esta epidemia silente de salud mental, los pacientes “permanecen” en guardia por dos motivos principales: la escasísima disponibilidad de camas para salud mental infantojuvenil en los tres subsectores del sistema y el uso del espacio hospitalario como “hogar de tránsito”, frente a la falta de vacantes en estos, o directamente la ausencia de dispositivos para poblaciones específicas. Es el caso de los jóvenes enmarcados en el **“Protocolo de actuación en relación con niños, niñas y adolescentes con grave**

afectación de su salud⁷ que enunciamos previamente.

Los pacientes enmarcados en este protocolo suponen la presencia y manejo en la guardia de una población con características en ocasiones diferenciales a los pacientes que sólo presentan sufrimiento psíquico agudo. Implica además la permanencia de personal policial y acompañantes terapéuticos para su cuidado y su egreso no está supeditado a la estabilización de su cuadro clínico, sino a la articulación con los organismos de protección de derechos y en especial a la disponibilidad de recursos extrahospitalarios para alojarlos. Nuevamente, si bien no es un fenómeno nuevo (ya en informes de 2014 y 2015 el Ministerio Público de la Defensa y la Unidad de Letrados alertaban sobre las dificultades en las internaciones de la población infanto juvenil⁸), lo que se

7 IF 2023 44268228 GCABA CDNNYA – ANEXO: Programa Especializado en Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Vulnerabilidad Social Crítica.

8 El Ministerio Público Tutelar (2014) ha publicado un informe acerca de las internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales de CABA, donde considera la prolongación de las internaciones en guardia como una problemática central: “lo que debería ser una atención en la emergencia, que se prolongue durante algunas horas hasta (...) efectuar el egreso (...) o bien gestionar su admisión en un dispositivo adecuado (ya sea de internación o de tipo convivencial), deviene en una verdadera internación”. En: Ministerio Público Tutelar (2014). Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Documento de trabajo n°21, Salud Mental. CABA. Por su parte, la Unidad de Letrados ha publicado en el año 2015 un informe cuantitativo sobre aspectos relacionados con las condiciones de internación de niños, niñas y adolescentes, donde señala: “Continúa existiendo resistencia por parte

modificó sustancialmente es la cantidad de chicos que recibimos y especialmente el tiempo prolongado de permanencia en la guardia.

Surge entonces el interrogante respecto a cuál es la función del Hospital en estos casos, y también qué ofrecer desde el equipo interdisciplinario de Salud Mental de Guardia. En primer lugar, consideramos que la institución hospitalaria no puede ubicarse como un recurso habitacional a disposición de los Organismos de Protección de Derechos cuando éstos no cuentan con otras opciones de recursos / dispositivos / estrategias para ofrecer (o cuando lo ofrecido falla sistemáticamente). Alojar acríticamente a quien el organismo indique sin proponer estrategias de continuidad de cuidado nos lleva a los tiempos de las internaciones judiciales previos a la sanción de la ley de salud mental⁹. A su vez, reducir la estrategia a la “permanencia hospitalaria” es desconocer el problema en sus múltiples aristas, además de psiquiatrizar las infancias y juventudes vulneradas por falta

de los Hospitales Generales a internar a personas menores de edad por salud mental. Uno de los modos más comunes de resistencia consiste en prolongar las internaciones en la guardia, no asignando una cama de una sala de internación. Esta situación trae consigo muchos inconvenientes, dado que las personas alojadas en la guardia no tienen un equipo fijo de seguimiento sino que cambian cada 24 hs., y a su vez los profesionales que los asisten y las condiciones de alojamientos suelen ser muy deficitarias”. En: Ministerio Público de la Defensa (2015). Informe Anual. El subrayado es nuestro.

9 López, L, Tisera, C. y Freggiaro, MF (2024) “Qué hospital para estos tiempos”, presentado en las Jornadas del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

de estrategias territoriales articuladas.

Nuevamente nos preguntamos cómo sostener una escucha ética. Creemos que apostar a lo hospitalario de la escucha (en tanto aloja lo diferente) nos permite correr los riesgos del hospitalismo que muchas veces el propio sistema genera. Ubicar las marcas y rasgos de la subjetividad, su historia, trayectos, intereses, deseos y anhelos de cada joven implica también un respeto a su dignidad, tantas veces invisibilizada y violentada. Quizás se tratará de un movimiento, inaugural, que instaure la posibilidad de lazos, muchas veces inéditos para estos sujetos, pero no por ellos, menos posibles¹⁰. No obstante, también será nuestra función tener en claro que la guardia del hospital no es un dispositivo de articulación institucional longitudinal, y, apoyados en la potencia del trabajo interdisciplinario, poder erigirnos como actores (no meros receptores pasivos) en el entramado de acciones de articulación intersectorial e interinstitucional, que estos casos requieren.

10 Ídem 6.

08

LA URGENCIA FRENTE A LA MUERTE

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

08

**Lic. Paula Sansubrina***pausansubrina@hotmail.com*

Especialista en Psicología Clínica
Residencia en el Hospital J. M.
Ramos Mejía. Actualmente beca-
ria en el mismo hospital.
Psicooncóloga.

Puedo recordar ese día como si no hubiesen pasado 5 años ya. Me veo entrando a la sala del Servicio de Hematología dónde los médicos, habituados a la frecuencia con la que solía hacerme presente, me sonríen y me dicen: “¿Venís a verla a Stefi?”. Frente a mi pregunta sobre su estado de salud, me contestan que no está respondiendo a la quimioterapia, “clínicamente está muy mal”. Nos encontrábamos en pleno 2020, por lo cual, para verla, debía ponerme el Equipo de Protección Personal y guardar una prudente distancia. Sin embargo, a pesar del protocolo, de la incomodidad manifiesta a través de toda aquella vestimenta, a pesar de que yo sabía cómo era ella, pero que ella nunca pudo verme detrás de mi barbijo, cada visita fue un espacio propicio para trabajar con Stefania sobre sus miedos, su sensación de falta de control,

los bordes y los límites a través de los cuales, por momentos, se presentaba como un cuerpo sufriente y, por otros, asomaba su subjetividad pulsionante resistiéndose a quedar reducida a una simple enfermedad. Casi se me había hecho rutina entrar en la habitación y encontrarla sonriendo, esperando el espacio para conversar. Pero ese día no pude calcular el impacto al comprobar que, de una semana a la otra, se había deteriorado muy rápido. Si bien objetivamente podía registrar ciertos síntomas que habían empezado a aparecer desde la quimioterapia, su semblante siempre había conservado cierta vitalidad que marcaba distancia con el discurso del equipo tratante. Sin embargo, aquella vez era distinto, casi era como estar frente a otra persona. Agradecí por dentro que el doble barbijo cubriera la mitad de mi cara, la

cual estaba segura aún daba señales de mi emoción inicial. La entrevista transcurrió como si nada de esto hubiese pasado por mi mente, pero al recorrer el eterno pasillo que conecta Hematología con la entrada de nuestro servicio, percibí una inquietud y una presión en el pecho que me acompañarían hasta el último contacto con Stefania. Y esa fue la primera vez que sentí, con mucha vergüenza y con cierta duda, la necesidad de llorar a mi paciente.

Sentarse a escribir siempre es un acto de recorte y elaboración. Una excusa para pasar por el filtro de lo simbólico experiencias y circunstancias que han dejado huella en nuestro recorrido por su carácter disruptivo o por su intensidad. Habiendo terminado hace ya un año mi paso por la residencia de Salud Mental, recorriendo los pasillos de mi hospital desde

otro lugar, me sigue surgiendo la pregunta acerca de qué nos pasa cuando, como profesionales de la salud mental, nos encontramos frente a lo real de un cuerpo intervenido, deteriorado, muriente. Podemos hallar una amplia bibliografía acerca del duelo y sus mecanismos, sobre qué esperar de un paciente que se encuentra transitando este proceso, las intervenciones que podemos hacer o cuándo empezar a pensar que se trata de algo que va más allá de lo esperable y empieza a dar indicios de algo patológico. Sin embargo, cuando se intenta buscar sobre el duelo en los profesionales, un llamativo silencio viene a nuestro encuentro. ¿Cuáles nuestra posición frente a la muerte de nuestros pacientes? ¿Cuál es el impacto subjetivo en el equipo tratante? ¿Se nos permite llorar por ellos? Por otro lado, ¿qué pasa con la urgencia, entendida como lo que apremia al individuo, cuando la misma se encuentra de nuestro lado en estas situaciones?

Unanalista en la sala

Se llamaba Stefania y tenía 29 años, su diagnóstico era Leucemia Mieloide Aguda. Esa fue la primera vez que tomé un caso de interconsulta, ya que recién comenzaba el año de residencia y todavía nos encontrábamos siendo acompañados para introducirnos en este nuevo campo. Fue encontrarme con un dispositivo totalmente nuevo, diferente a lo que podía pensar desde la soledad del consultorio. Visitar el territorio médico es encontrarse con la sangre, el olor de los medicamentos, el ruido del

equipamiento de cada sala, la enfermedad de los pacientes. Es un real que suele tener un primer impacto en el analista, para nada habituado a este ambiente. Se trata de un territorio en el que uno es visitante y dónde muchas veces no hay ni siquiera intimidad. La demanda aquí funciona de manera distinta. Somos nosotros los que nos ofrecemos, los que invitamos a que se produzca un acercamiento al espacio. Sin embargo, Kligmann (2017) sostiene que la tarea no difiere en gran parte a la consabida: apuntar a escuchar y situar al sujeto puesto en cuestión. Al respecto dice: "La configuración institucional del hospital muchas veces parece ir en desmedro de nuestro campo: la exigencia puesta en la efectividad, entendida como mejores resultados en el menor lapso de tiempo posible, puede conducir a intervenciones que busquen acallar la angustia y restaurar la escena cotidiana, obturando las preguntas." (Kligmann, 2017). El analista no necesita de un diván para apuntar a la emergencia de la subjetividad. La ética de las diferencias puede aplicarse de diversas formas en un escenario homogeneizante como es la institución hospitalaria. Invitar al paciente a que pueda hablar, sin imponerle la enfermedad por sobre su sufrimiento, permite ya poner en funcionamiento algo en relación al inconsciente y dar lugar a que pueda hacer algo allí con respecto a su posición. Cuando la conocí a Stefania, ella no podía llorar, no se lo permitía. Una enfermera le había dicho que si lloraba le bajaban las defensas. En nuestro espacio aquel manda-

to se fue relativizando una vez que fuimos desandando lo que significaba para ella encontrarse en ese cuerpo en el que ya no se reconocía. Alojar el sufrimiento, en vez de eliminarlo sin más, hacer hablar para ir construyendo un saber hacer con la enfermedad y no quedar alienado a un discurso otro que homogeneiza. Cuando Stefania comenzó a llorar, la urgencia apareció en la sala ya que los médicos comenzaron a pedir que se le indicara un ansiolítico. Ante la negativa de Stefania, se le explicó a los médicos que ese dolor, entre muchos, por el que ella estaba pasando, no entendía de morfina ni de otros medicamentos. El analista no viene a ofrecer analgésicos para el dolor del padecimiento psíquico, sino que buscará qué hacer con eso.

Freud (1915) sostiene que el psicoanalista no debería quedar atrapado en la sintomatología del paciente, atendiendo meramente sus síntomas y descuidando a cada persona en su singularidad. El analista no debe ceder ante la fascinación de la enfermedad, la neutralidad y la abstinencia son la piedra basal del dispositivo analítico. Por eso, al entrar en esa habitación aquel día en el que el cuerpo de Stefania comenzó a dar señales ante mis ojos del final que se aproximaba y sentir que algo se movilizaba dentro de mí, comencé a preguntarme si estaba pudiendo sostener mi posición frente a lo que se acercaba.

Lo inhaprensible

En 1913, Freud compara al psicoanálisis con una partida

de ajedrez, donde lo único sistematizable son las aperturas y los finales. Con esto intenta señalar la imposibilidad de ejercer el psicoanálisis desde una perspectiva automática, predeterminada o sistemática. Sin embargo, esto no implica que el analista pueda hacer lo que quiera, ya que hay principios que justifican su praxis: la neutralidad y la abstinencia. Sus intervenciones, sostenidas desde una atención parejamente flotante, deben tener la capacidad de alejarse de sus propios deseos y valores. Por su parte, Lacan en el seminario VIII, expone la contratransferencia como un problema, en tanto que los prejuicios del analista interfieren en el funcionamiento de la atención parejamente flotante. Descubrir la contratransferencia puso de relieve el lugar del analista en el tratamiento y la forma en la que podría involucrarse emocionalmente, generando una dificultad en la escucha. Con respecto a Stefanía, en algún momento, decidí aumentar la frecuencia de mis visitas a la sala de hematología, viendo aproximarse el final. Hablaba con los médicos constantemente, discutía el caso con mis compañeros todo el tiempo. ¿Estaba demasiado tomada por el mismo? “Tenemos que saber a cada instante cuál es nuestra relación efectiva con el deseo de hacer el bien, el deseo de curar” (Lacan, 1989). ¿Qué era lo que me motivaba a estar tan pendiente de ese caso? Freud (1915) advierte a los psicoanalistas de no dejarse tentar por el “furor sanandis”, el cual pretende el alivio inmediato, rápido y exitoso como consecuencia de la desaparición

del síntoma, y funciona bajo la pretensión de hacer el bien. Sin embargo, no me parecía eso lo que me motivaba a estar ahí, presente. Sentía aquella urgencia que evoca prisa, pero ¿cuál era el tiempo implicado allí? Con Stefanía las conversaciones se desplegaban atemporalmente. Mientras ellas transcurrían, la amenaza del final tan cercano no parecía hacerse presente. “Furor acompañandis”, lo nombré mi jefe médico. Me pareció una forma propicia de captar algo de lo que quizás me estuviese pasando. Lacan (1958) dice: “Nunca dijimos que el analista jamás debe experimentar sentimientos frente al paciente. Pero debe saber, no sólo no ceder a ellos, sino usarlos adecuadamente en la técnica.” Es claro que al dejarse dominar por los sentimientos o dando pase libre a la subjetividad del analista, se producirá una perturbación del análisis; como así también es inconcebible pensar que al mismo no se le genere nada con el analizante. El analista, a diferencia del paciente, debe tolerar sus emociones y no descargarlas en el espacio de análisis.

Por otro lado, quienes nos paramos desde la teoría psicoanalítica, repetimos constantemente que muerte y sexualidad son dos conceptos que carecen de significación en el inconsciente. No existe experiencia de la muerte, por ende no hay manera de imaginarla o simbolizar algo de ella. Araceli Fuentes (2020.) dice: “Llamamos urgencia subjetiva a una crisis de la relación con la palabra. Un real ha desgarrado ese lazo, ha hecho un

agujero.” La materialización de la muerte carga un exceso de real no tramitable a través de lo simbólico que puede despertar una irrupción de angustia. “Es con el otro allí muerto con quién ‘hago la muerte’ o con el otro amenazado. Hay otro (...) con quien bordear una experiencia que aproxima a lo imposible, a lo irrepresentable. (...) Se roza lo impensable y uno aprehende que también morirá”. (Alizalde, 2012). El encuentro con un paciente con un pronóstico como el de Stefanía, se configura como el recordatorio de la finitud de la vida, se presentifica como la muerte que hace marca en el Otro cuerpo. Algo de lo imposible de poner en palabras comenzó a sobrevolar constantemente nuestros últimos encuentros.

Cuando Stefanía falleció, me angustiaba no poder poner en palabras lo que estaba sintiendo, algo quedaba por fuera de lo que yo podía nombrar. Allouch (1995) sostiene que la pérdida de quien está en duelo incluye un “pequeño trozo de sí” que se va con ese objeto. Este hecho nos acerca a nuestra propia mortalidad, ya que, junto con la desaparición de la persona, una parte de uno mismo proyectado en el otro también muere. Quizás mi comportamiento durante las últimas semanas haya sido mi intento de bordear algo de lo que se perdió junto con mi paciente.

Me gustaría concluir haciendo hincapié en que nuevos encadenamientos surgen del encuentro con la urgencia. En “Escritos I” Lacan (...) refiere “(...) nada en la urgencia que no

engendre su superación en la palabra”. Escribir este artículo significó para mí un trabajo de elaboración que no había realizado en su momento. Al poder relatar, nombrar algo de lo acontecido, inevitablemente apareció la angustia. Pero es también, gracias a la palabra, que pude hacer algo con ella.

Bibliografía

- Alizalde, A. (1995). Clínica con la muerte. Buenos Aires: Ediciones Biebel. 2012
- Allouch, J. (1995). Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca. Buenos Aires: Literales.
- Freud, S. (1915) De guerra y muerte. Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu. 1986
- Freud, S. (2015). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Vol. XII. Buenos

Aires: Amorrortu Editores.

- Fuentes, A. (2020). Trauma y Urgencia. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano. <https://elp.org.es/trauma-y-urgencia/>
- Kligmann, L. (2017). La práctica del psicoanálisis en los dispositivos hospitalarios. “La angustia en la experiencia analítica.” Facultad de Psicología. UBA.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En Escritos 1. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1958-1959). Seminario VI. El deseo y su interpretación. Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J. (1960-1961) Seminario VIII. La transferencia. Buenos Aires: Paidós.

PH: Google Maps | Carlos Heidenreich



09

EL CUERPO (DEL) ANALISTA COMO OPERADOR CLÍNICO

HOSPITAL DE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS ALVEAR

09

El presente escrito, tiene como propósito localizar algo en lo que vengo bastante interesada hace un tiempo —que está en relación con mi Tesis de Maestría en Psicoanálisis de la UBA— y es en pensar la incidencia del analista, lo que el analista hace, lo que pone de sí durante las entrevistas preliminares en el trabajo con pacientes graves. De qué manera incide, si es que lo hace y qué participación tiene el cuerpo en esa incidencia.

Me adelanto a las conclusiones para afirmar que sí, que hay una incidencia y aún más, que el cuerpo (del) analista va a funcionar como operador clínico fundamental, como operador preliminar para posibilitar el pasaje del estado sintomático —propio de la clínica de pacientes graves que arriba a un Hospital de Emergencias Psiquiátricas como es el Hospital Alvear— a un encadenamiento posible, aunque dicho pasaje sea frágil y oscilante. O sea que, el cuerpo (del) analista se tornará herramienta clínica, veremos de qué manera.

Claramente no estoy pensando en el cuerpo biológico del analista. Me refiero al cuerpo como un Otro radicalmente Otro, siguiendo a Lacan en el *Seminario 16*, es decir, como un modo de introducir o reintroducir una alteridad al menos extraviada en la clínica de pacientes graves. Quiero enfatizar con esto intervenciones en donde la eficacia está dada no tanto por lo que se dice sino por *cómo, cuándo, dónde* se dice. Una dimensión espacio-temporal de la pala-

bra, antes que semántica o gramatical. Es decir, que con el sonido de la voz, con la expresividad del rostro, con el ritmo de la respiración y con las acciones en las cuales estas se tejen que el analista interviene en los comienzos de un tratamiento. Un entramado de afectación, resonancia y palabra.

Voy a subrayar al cuerpo (del) analista, o dicho en mejores términos para evitar confusiones, *cuerpo analista* o *analista en cuerpo*, como el soporte del dispositivo analítico en el trabajo con pacientes graves. Al decir *cuerpo analista* me refiero al *analista en cuerpo* —siguiendo a Lacan en el *Seminario 19*— regido por el *deseo del analista*. *En cuerpo* en tanto dispuesto al encuentro de lo hetero, a la afectación, ofertando un cuerpo poroso. Desde esa afectación el analista puede escuchar, leer e intuir lo que hay que tramitar y se presenta, las más de las veces, de modo descarnado.

Lacan en el *Seminario 21* habla de un imaginario corporal que tiene la capacidad de intuir y mediante esa intuición pone freno al simbólico enloquecedor que no contiene en sí límite alguno. Es decir, que ese imaginario corporal que aporta el analista puede tener capacidad anudante. Me parece que mediante intervenciones que ingresan por la cuerda de lo imaginario encontramos una orientación posible para determinados casos graves en la clínica.

Para desplegar lo que quiero compartir en este escrito,



Lic. Jessica Bistuer

bistuer@gmail.com

Esp. en Psicología Clínica. Mg. en Psicoanálisis (UBA). Psicóloga de Planta del Hospital Alvear.

Coordinadora Local de Concurrerentes. Ex residente y jefa de residentes del Hospital Alvear.

me voy a servir de una cita de Lacan del *Seminario 19*, dice así: “Cuando alguien viene a verme a mi consultorio por primera vez, y yo escando nuestra entrada en el asunto en algunas entrevistas preliminares, lo importante es la confrontación de cuerpos” (2002, p. 224). En ese encuentro de cuerpos, en esa confrontación de cuerpos en las entrevistas preliminares el analista es el encargado de crear las condiciones para que un tratamiento sea posible, para que algo de lo cercenado en la clínica de pacientes graves pueda representarse, entramarse, enlazarse, quizás incluso, por medio de la boca del analista, quien presta psiquismo. Es un acto de donación. Subrayo la acción del analista, lo que el analista hace. En este mismo sentido, en el *Seminario 10*, unos cuantos años antes, Lacan dice: “Lejos de permanecer fuera del juego, es preciso que el analista se suponga, al principio, metido en él hasta el cuello (...)” (2006b, p. 156).

En tanto la interpretación analítica propiamente dicha es, en estas presentaciones clínicas, refractaria puesto que no hay un inconsciente como cadena significativa en funcionamiento, el cuerpo analista se dispone al encuentro, convirtiéndose en instrumento de lectura que orienta el trabajo de intervención. En ese sentido es que se trata de un analista preocupado, afectado de un vacío que permite estar abierto al lazo transferencial. Afectado en tanto ahuecado al modo de una caja de resonancia. Estoy

haciendo mención a un cuerpo tórico, diferente a un cuerpo esférico.

A continuación, un recorte clínico ilustrativo:

Agustín de 18 años concurre a su primera entrevista psicológica derivado de la guardia del hospital donde estuvo internado una semana por presentar un episodio de excitación psicomotriz en la vía pública, no es el primero. Refiere que no puede especificar lo que le sucede. Vive en ebullición constante sin poder arreglárselas con sus sensaciones. Un malestar difuso lo invade, una mezcla de irritación intensa y angustia desbordante. Dice que mientras esperaba a ser atendido invitó a pelear al señor de seguridad del hospital porque le hizo un comentario desatinado en relación con su vestimenta, que ayer se golpeó la cabeza contra la pared además de hacerse cortes superficiales en todo el cuerpo, los cuales muestra. La analista, luego de acercarse y mirar con detalle cada una de sus heridas como si intentara hallar algo, interviene diciéndole que parece no saber qué hacer con su cuerpo. El paciente después de unos segundos se ríe. Acto seguido dice que no puede parar de pensar cosas feas. Comienza a hablar de ello.

Observar las heridas, devolver forma a ese cuerpo desarticulado de la excitación psicomotriz e interrogarlo para ponerlo a hablar. Primeras intervenciones de un analista en cuerpo que detienen el despliegue enloquecedor mediante un decir

anclado en la presencia de un cuerpo que se aproxima, que se desplaza en el espacio, que mira, como modos de habitar el lugar de forma no anónima, no indolente. Apertura que da lugar a la posibilidad de un lazo. Otro recorte clínico:

“Sé que después de consumir terminé en cualquiera, me deprimí y me quiero matar, no puedo frenarme, es más fuerte que yo”. Esta frase pertenece a uno de los pacientes más graves que atendí en el hospital. Vino derivado de la sala de hombres donde estuvo internado luego de un franco intento de suicidio. Se pega dos tiros en la cabeza y sobrevive. Historia de consumo de alcohol, de momentos de intensa melancolización, identificado con un padre violento, alcohólico. A esta frase se arriba mediante las preguntas forzadas de quien conduce el tratamiento, sino casi la mudez. Preguntas que perforan el silencio.

Considero que el analista es el encargado de agregar lo que denomino preguntas vivas. Preguntas que se dirigen a la acción de tejer un relato, relato como soporte, como amortiguador de lo insostenible para cada quien. Preguntas vivas dado que implican el cuerpo presente, afectado del analista. Afectación que se transmite en el peso de las palabras, en la gama de tonalidades en juego de la voz, en la mirada atenta, en gestos definidos. Preguntas vivas en tanto se intenta ir en contra de cierta objetalización momificante a la que se ve llevado el sujeto. Insisto, el cuerpo analista entonces

como operación fundamental desde los comienzos de un tratamiento. Cuerpo pensado como Otro y como agujero a la vez. Aclaro, se trata de operaciones preliminares en donde no hay posibilidad para el analista de quedar callado, de no responder, más bien hay que co-responder con ese sufrimiento.

Para pensar la especificidad que atañe a la gravedad, ante casos clínicos en su vertiente más descarnadas se requiere de intervenciones con cierto forzamiento para poder anclarlos al Otro. En ese sentido, es importante señalar la disposición de quien escucha, para ello uno debe restarse importancia como señala Lacan en *La Tercera*, no quedar capturado por la imagen de su cuerpo, se trata de un prestarse sin narcisismo, por eso, la exigencia de *estar ahí* al decir de Kush (2009). Última viñeta:

Martina de 25 años en la primera entrevista psicológica cuenta aún con una mezcla de desconcierto y aplanamiento afectivo lo ocurrido la semana anterior. Se iba a ir de vacaciones, sus primeras vacaciones sola y no sabía con quién dejar a sus mascotas a las cuales cuida con esmero, "son mi fuente de amor" agrega. Visita a su madre suponiendo que ella se haría cargo de las mismas, pero la sorprende un enojo tremebundo, como los que había padecido en su adolescencia. Le grita y comienza a decir palabras horribles. Su mundo palidece de golpe. Martina queda descolocada, paralizada. Su madre desbarata los

ejes principales de su vida, sus verdades al decir de ella. Se retira sin poder emitir una palabra, pero con una sola idea en su cabeza: Debo morir. Se dirige a su casa y se ahorca con un cinturón. Al no poder lograrlo se comienza a golpear con dicho objeto en todo el cuerpo. Estaba convencida de que no saldría con vida. Frena cuando su esfínter se relaja. El líquido tibio la detiene. Ante el aplanamiento afectivo de la paciente la analista no puede dejar de afectarse por ese relato minucioso del horror, decide no guardárselo y empezar a reflejarlo a través de su cuerpo, mediante gestos bien definidos, repitiendo sus frases con un tono dramático. Se transmite la gravedad de lo ocurrido. Un llanto gigantesco estalló en su garganta luego del cual advino la calma y la posibilidad de bordear la angustia que rebalsaba por sus poros.

Insisto que el ritmo de la respiración, la palabra escandida, la modulación sonora vuelven a poner en marcha el tiempo inmóvil del estallido, en donde predominan zonas desafectadas.

Para ir cerrando, los recortes clínicos presentados intentaron desplegar una superficie donde poder anclar mis argumentos. Me referí a la clínica de pacientes graves en donde se pueden localizar rupturas, estallidos en donde se pierde el fondo y los apoyos se tornan insuficientes. Algo que parecía estable, firme, se suelta, se pierde y luego es posible, en el mejor de los casos, suplantarlos por otra cosa en compañía de un analista en cuerpo.

Sabemos que la posición del analista es determinante a lo largo del desarrollo de una cura, desde el inicio hasta el final de la misma. Considero que el sostenimiento de un trabajo analítico y la incitación al mismo por parte del analista en las llamadas entrevistas preliminares son fundamentales en cualquier análisis, pero aún más en sujetos poco amarrados al inconsciente. Maniobras de un analista en cuerpo que apuesta, mediante un imaginario no especular, al lazo transferencial.

Bibliografía:

- KUSCH, R. (2009). *Obras Completas*. Editorial Fundación Ross.
- LACAN, J. (1998). *La Tercera*. En *Intervenciones y textos 2*. Editorial Manantial.
- (2006b). *El Seminario. La Angustia*. Libro 10. Editorial Paidós.
- (2008). *El Seminario. De un Otro al otro*. Libro 16. Editorial Paidós.
- (2012). *El Seminario. ... o peor*. Libro 19. Editorial Paidós.
- (s.f.-d). *El Seminario. Los no incautos yerran o Los nombres del padre*. Libro 21. Inédito.

10

**DISPOSITIVO DE URGENCIAS:
UNA LECTURA ACTUAL**

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS PARMENIO PIÑERO

10

En el presente escrito se abordarán de manera sucinta algunas de las dificultades y desafíos más frecuentes con que los profesionales de la salud mental nos encontramos a la hora de desarrollar nuestro trabajo en el territorio de las urgencias. Las líneas que siguen tienen como objetivo echar luz y habilitar interrogantes acerca del estado y funcionamiento de las guardias de salud mental en hospitales generales del subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Se parte de la convicción de la necesidad de realizar un análisis situado de la práctica, considerando el territorio en que la misma se desarrolla.

La guardia de salud mental, en tanto dispositivo hospitalario, está orientada hacia la atención de una heterogeneidad de padecimientos y demandas que no siempre se limitan a las clásicas presentaciones de urgencias descritas en diversas guías y lineamientos de atención. La variabilidad de las situaciones que deben ser abordadas por el equipo y la complejidad de las mismas nos obliga a detenernos a abrir interrogantes y repensar acerca de esta praxis. En este sentido, se refuerza también el lugar preponderante que toma el contexto socio-económico y político actual tanto en las demandas que se reciben como así también en las posibles respuestas que, en tanto agentes estatales, podemos brindar.

Desde la percepción y mirada de los equipos interdisciplinarios que vienen sosteniendo desde hace años el trabajo en

la guardia, es notorio cómo se ha incrementado en los últimos tiempos la cantidad de situaciones de urgencia que ameritan atención, lo que se manifiesta en un mayor número de consultas que muchas veces no logran ser absorbidas por el dispositivo de urgencias. A este factor cuantitativo se suma también la enorme complejidad que dichas consultas representan para su abordaje. En este sentido, numerosos y muy diversos son los aspectos que es necesario tener en cuenta para hacer una aproximación lo más amplia y completa posible de la situación.

Una de las variables que entran en juego y llaman a su consideración se vincula a la escasez y dificultad de acceso a turnos para iniciar tratamientos de salud mental por consultorios externos. Esta situación es constantemente manifestada por parte de los pacientes y tiene, por lo menos, dos consecuencias muy notorias desde el dispositivo de guardia: la primera es que un sinnúmero de padecimientos por salud mental que podrían y deberían ser abordados en tratamientos ambulatorios, terminan estallando en situaciones de urgencia al encontrarse tan dificultado el acceso a estos últimos. Esto genera el requerimiento de la utilización del recurso de la guardia que, por sus propia naturaleza y características, no cuenta con los tiempos y amplitud de maniobras y estrategias clínicas con lo que sí se dispone en un tratamiento por consultorios externos. Además, no debe olvidarse que no es gratuito en términos subjetivos el llegar



Lic. Florencia Pena

lic.penaflorencia@gmail.com

Especialista en Psicología Clínica
Ex residente de Psicología Clínica
Htal. Gral. de Agudos Dr. Cosme
Argerich. Psicóloga de guardia
del Hospital Gral. de Agudos
Parmenio Piñero.

a encontrarse en una situación de urgencia que necesite de la atención por guardia. Es decir que se trata de una situación que sería evitable tanto en términos de mejor utilización de un recurso público —como es el dispositivo de guardia— como en cuanto al costo subjetivo para quien llega a encontrarse en ese nivel de padecimiento. La segunda consecuencia de la falta de turnos en consultorios externos y/o el difícil acceso a ellos que repercute en la guardia está vinculado a las complicaciones con las que se encuentran los profesionales a la hora de realizar derivaciones una vez que la situación de urgencia se ha resuelto. La resolución de la urgencia sin el abordaje y el seguimiento que el caso requiere posteriormente, en muchas ocasiones conlleva la aparición de una nueva crisis o descompensación del cuadro. Es por ello que

esta problemática intenta ser remediada mediante el sostenimiento de controles por guardia de situaciones clínicas que no catalogan como urgencias, que ya no requieren de dicho dispositivo, pero que tampoco cuentan con el abordaje correspondiente. De esta manera, las variables institucionales terminan por condicionar los criterios clínico-profesionales y se reproduce así una lógica de puerta giratoria bajo la cual el paciente entra y sale una y otra vez de la guardia sin terminar de encontrar en el sistema una respuesta adecuada a su problemática.

Otra situación lamentablemente habitual con la que nos encontramos cada vez con mayor frecuencia tiene que ver con la derivación a la guardia de niños, niñas y adolescentes debido a la activación del protocolo que les corresponde a las

escuelas al tomar conocimiento de algún tipo de situación de vulneración de derechos. Se trata de situaciones sumamente complejas donde entran en juego y en diálogo —en el mejor de los casos— el discurso educativo, el de la salud mental y el jurídico y en los que el equipo de salud mental de guardia debe tomar una decisión, en conjunto con el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, acerca de cómo continuará la trayectoria de vida del menor en cuestión. Solemos encontrarnos con que muchas veces los episodios de maltrato están vinculados a momentos de desborde de parte de los adultos responsables y no a conductas habituales y naturalizadas, donde lo indicado sería un seguimiento de la familia en cuestión y un acompañamiento a dichos adultos cuidadores para repensar modos de crianza, brindar otras

PH: Google Maps | Mabel Rojo



herramientas y trabajar acerca de los motivos de desborde. La mayor dificultad a la hora de tomar decisiones en casos de este estilo en una guardia suele estar vinculada a la ausencia o escasez de recursos en otras instancias tales como defensorías para asegurar el acompañamiento requerido, lo que complejiza y dificulta la resolución de estas situaciones en el contexto de una guardia. Una vez más, lo institucional delimita el criterio clínico.

Otro factor que se pone de manifiesto de una manera tan clara como cruel en el dispositivo de guardia es el aumento del desempleo o empleo informal y altamente precarizado propio del contexto que nos encontramos atravesando. Esto deriva en mayores niveles de pobreza, importantes dificultades en lo económico, lo habitacional — siendo cada vez más frecuente la llegada a la guardia de personas en situación de calle —, pérdida del recurso de obra social y/o prepaga, aumento de las problemáticas asociadas al consumo de sustancias, entre otros. A su vez, este conjunto de situaciones deriva en un acrecentamiento de la violencia que se ve habilitado por discursos de odio expresamente manifestados desde los cargos más altos de poder y reproducido por los medios masivos de comunicación, lo que replica en la fragmentación y ruptura de los lazos sociales. A la hora de abordar situaciones de urgencia en una guardia, la red socio-familiar y comunitaria con la que cuenta un paciente como así también sus recursos materiales que impactan direc-

tamente en sus condiciones de vida, son de suma importancia y, en muchos casos, orientan y/o definen la estrategia terapéutica a implementar. En un contexto de precariedad absoluta de las condiciones de vida en todos sus aspectos, de vulneración masiva de los derechos humanos donde las necesidades básicas de una parte importante de la población que acude al subsistema público de salud no se encuentran cubiertas, la guardia de salud mental se ve frente a la situación de deber dar respuesta a demandas que exceden por mucho aquello para lo cual fue creada y está destinada y para lo que, en infinidad de ocasiones, no se cuenta con los recursos necesarios.

Por otro lado, la precariedad de las condiciones laborales que sufrimos actualmente los trabajadores de la salud también forma parte de este entramado de circunstancias que hacen a las urgencias en salud mental y su atención. Por mencionar solo algunas de estas condiciones se ubican los bajísimos salarios y el pluriempleo como su efecto inmediato, las extenuantes jornadas laborales de 24 horas de corrido, las malas condiciones edilicias en las que se desarrolla el trabajo, etc. Toda esta situación conduce a que se encuentren tomando decisiones de gran importancia y de alto impacto en la vida de las personas, profesionales que acumulan elevados niveles de agotamiento y malestar vinculados a la precarización laboral de la que son víctimas y a la falta de recursos tanto a nivel sistema de salud

como en otras instancias que obstaculizan la resolución de las consultas de acuerdo a lo que el criterio clínico indica.

De esta manera, el desamparo al que nos enfrentamos nos encuentra de ambos lados del mostrador: en tanto agentes del Estado, encarnamos la institución hospitalaria y somos quienes debemos dar respuesta a las consultas y demandas de una población arrastrada tanto subjetiva como materialmente, y en tanto trabajadores estatales acarreamos en nuestra propia práctica con el desamparo, la precarización y la ausencia de reconocimiento de parte del sistema.

En un contexto que tiende y motiva el individualismo, la competencia y la fragmentación del lazo, el trabajo que llevamos adelante quienes nos desempeñamos en el dispositivo de urgencias, donde los efectos de dicho contexto se reflejan tan claramente, se encuentra con el desafío de no replicar la crueldad, de tejer redes informales allí donde prima la desarticulación, de practicar la invención y la creatividad ante la ausencia. Resulta de radical importancia en este contexto el trabajo en equipo y la interdisciplina, para permitirnos la discusión clínica y el cuestionamiento de la práctica, para ampliar y enriquecer la mirada, pero también para sostenernos en esa práctica, para hacer frente a las frustraciones que tan habituales se vuelven, y para relanzar en cada oportunidad una perspectiva humanizada y humanizante en las situaciones que nos toca abordar.

LA SALUD MENTAL EN RIESGO CIERTO E INMINENTE

HOSPITAL BRAULIO MOYANO



Lic. Analía Palazzo

analia_palazzo@yahoo.com.ar

Lic. En Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Concurrencia completa en Psicología Clínica en el Hospital Moyano. Psicóloga de guardia en el Hospital Moyano.



Lic. Verónica Yonamine

veroyona@hotmail.com

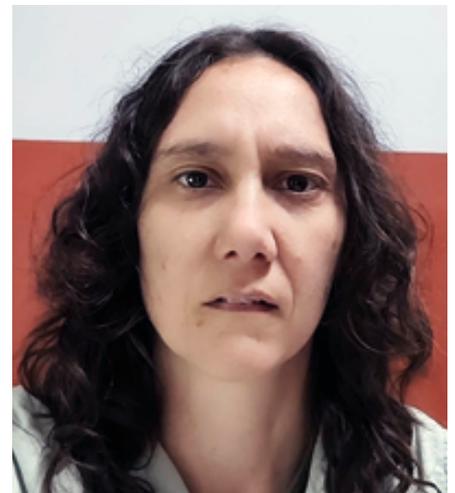
Lic. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Concurrencia completa en el Hospital Moyano. Psicóloga de Guardia en el Hospital Moyano.



Lic. Fernanda Soledad Ramirez

fersr219@gmail.com

Licenciada en Psicología. Residente del Hospital Moyano. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga de Guardia y de Planta de largo tratamiento en el Hospital Moyano. Directora de Portal Miró, institución dedicada al trabajo con infancias con desafíos en su desarrollo.



Lic. Sabrina Elizabeth Palma

sabri_cata@hotmail.com

Lic. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Residencia completa en el Hospital Moyano. Psicóloga de Guardia en el Hospital Moyano. Psicóloga de Guardia en Hospital en Red Laura Bonaparte.

Trabajamos en el Hospital Braulio Moyano, tanto en la guardia brindando atención asistencial las 24 horas, como en servicios de internación de largo tratamiento. En ambos dispositivos conformamos equipos interdisciplinarios integrados por médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, médicos clínicos y enfermeros. En la guardia la atención está dirigida a usuarias, mayores de edad en situaciones de urgencia, momentos de crisis, quiebre de la homeostasis en la cual transcurría la vida, ruptura en las relaciones con los demás, con el cuerpo, con el trabajo en ese momento dado. Recibimos, además de estas demandas espontáneas, numerosos seguimientos por medicación, derivaciones de otros efectores de salud, pedidos de evaluación de otros organismos, y también brindamos atención a las pacientes internadas en los servicios dentro del hospital. Cuando decimos usuarias nos referimos a mujeres y disidencias cuyos derechos están siendo tan avasallados en estos últimos tiempos

En la actualidad, las guardias y todos los servicios del Sistema de Salud y sus profesionales nos encontramos atravesados por decisiones políticas que impactan profundamente en lo cotidiano, imprimiendo un alto grado de deshumanización que descuida las cuestiones simbólicas atinentes a lo integral en la vida de las personas. Vivimos tiempos en que nos vemos avasallados por crisis de todo tipo: económicas, políticas, ideológicas y hasta climáticas. Sufrimos el ataque a los dere-

chos, a la salud, a la memoria, a los organismos estatales y a la investigación científica. Una total voracidad mercantil por sobre lo humano.

El concepto de salud, paralelamente, se despega de la definición de derecho y se consolida paulatinamente como un objeto mercantilizado posicionándose, según la lógica del mercado, como un privilegio para unos pocos. La doctrina neoliberal, ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y solo bajo ciertas condiciones como tarea pública, buscando disminuir y reestructurar el gasto social público, incluyendo en ello a la salud.

Desde nuestro lado, nos encontramos trabajando a destajo, precarizando nuestras funciones, que se ven coartadas y forzadas a actuar en la lógica mercantil.

En este contexto, la accesibilidad a turnos para iniciar tratamientos en Salud Mental, deja de ser un derecho, para encontrarse mediada por agendas y sistemas que nada entienden de urgencias subjetivas. La pobreza, que se instala progresivamente en nuestra sociedad, impide acceder a la compra de psicofármacos, lo que se traduce en esperas interminables en la guardia "solo para retirar medicación", lo cual nos transforma muchas veces en meros expendedores.

Esta encerrona puede afectar a propios, pero de seguro afectará a ajenos, los cuales no tuvieron alternativa y dependen



PH: Google | Leonardo Zoat

de los primeros para vivir, o al menos morir.

Los que estén allí a desgano, verán afectadas notablemente la modalidad del sentido de su trabajo. Estos empiezan a perder funcionalidad vocacional, a expensas de automatismos, perdiendo así la eficacia responsable, y sobre todo, la capacidad de afectarse para atender a un paciente en una institución. Cada uno aparecerá refugiado en el nicho de su quehacer, dominado por el aburrimiento en relación a su actividad asistencial y formativa.

Describimos a las situaciones de urgencia como momentos de crisis, quiebre de la homeostasis en la cual transcurría la vida, ruptura en las relaciones con los demás, con el cuerpo y

con el trabajo. Entonces, ¿Qué ocurre con la Salud Mental en estos tiempos de profunda crisis? ¿Cómo encontrar refugio en un contexto con tanta incertidumbre?

¿Por qué decimos que la Salud Mental se encuentra en riesgo cierto e inminente?

Para responder nos adentramos en la definición de riesgo según la Ley Nacional de Salud Mental, cuyo texto define el riesgo cierto e inminente es “aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o a la integridad física de la persona o de terceros”.

El vaciamiento en salud ¿es acaso ese daño que se nos

muestra cómo verdadero? ¿y que amenaza cruelmente al cuerpo social íntegro?

Nuestro sistema de formación, nos preparó como concurrentes y residentes para poder desempeñarnos en la guardia de un hospital monovalente, conformando equipos interdisciplinarios de salud mental. Así mismo, nos capacitó para poder abordar situaciones complejas y graves. El ingreso a dicho sistema de formación, para quienes sabemos lo que cuesta, tiene aún cierto prestigio: el orgullo de formarse en un hospital público, lo que, a su vez, parece ser la extensión natural de haberse formado en la universidad pública. Gracias a todos esos años de esfuerzo y dedicación pudimos obtener un título que acredita una formación especializada.

Durante años, nos abocamos a tareas asistenciales y formativas en épocas de intenso cambio en lo referido a las políticas de Salud Mental. Iniciamos nuestra formación con la ley 448 funcionando incipientemente y al finalizar la misma, la ley 26657 entraba en plena vigencia. El cambio de paradigma en Salud Mental promovía el trabajo interdisciplinario.

Cabe señalar que, el abordaje de los padecimientos en Salud Mental, por tratarse de una problemática compleja y determinada por múltiples factores, debe necesariamente ser interdisciplinaria. Hoy en día, este pilar fundamental de nuestras prácticas está en jaque, debido a la propuesta de fragmentación de la carrera de profesionales de la salud. Propuesta que intenta modificar la ley 6035 dividiendo al equipo de salud, afectando de manera negativa las condiciones laborales de los trabajadores. Es así que, el proyecto de crear una carrera separada para una sola profesión representa un grave riesgo para la atención integral e interdisciplinaria, precarizando tanto el trabajo como la formación de quienes integramos el sistema de salud. Entendemos que dicha fragmentación es una expresión del vaciamiento respecto de la salud pública en general y de la salud mental en particular. La misma lógica de vaciamiento y desinversión en la salud pública es la que nos lleva a confrontarnos con situaciones cada día más complejas en el ámbito de la salud mental.

La apuesta, en estos tiempos difíciles, es que el sufrimiento no sea un lugar donde quedar-

se, sino un motor desde dónde encontrar modos más habitables de ser y estar en el mundo. Si bien es necesario estar advertidos acerca de la violencia y del maltrato que reproduce el sistema para no naturalizar estas condiciones, entendemos también que estancarnos en la queja y en la denuncia sólo representará un hacer para que nada se haga; convirtiéndonos, en consecuencia, en simples reproductores de esa misma violencia y de ese mismo maltrato del los que nos quejamos.

Resulta necesario sostenerse desde lugares vitales, donde el lazo con otro contenga, donde algo de lo vital se relance, donde se recupere entusiasmo y creatividad.

¿Cómo? sino con otros, es que podremos superar los obstáculos que nos presenta el contexto de crisis actual y ¿Dónde? sino desde el trabajo interdisciplinario es que podremos evaluar los criterios de riesgo y daño que amenazan la Salud Mental.

Cuando la confrontación de ideas es reemplazada por la resonancia íntima, es decir, cuando lo que alguien dice resuena en el otro creando una reciprocidad entre quien habla y quien escucha, se crea una conciencia compartida.

La conciencia compartida de un sufrimiento reconocido abre la posibilidad de reducir los efectos de la angustia, permitiendo investir libidinalmente una idea que se hará pensamiento y diálogo; y a partir de ahí, una producción

transferencial con expectativas de alivio. En ese estado, quizás empiece a circular la inteligencia necesaria para buscar la salida a los infortunios.

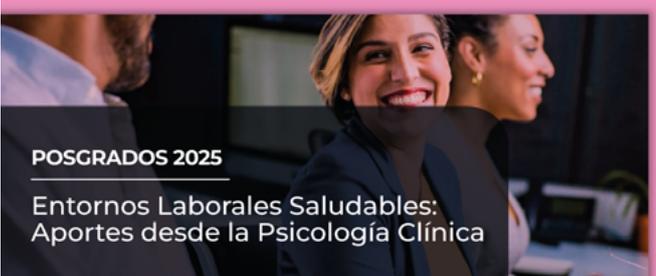
El lazo como forma de vínculo con el otro, da lugar a la curiosidad como avidez de conocimiento, donde lo distinto funciona. Aparece la diferencia como tolerancia, como sumatoria, aparece el conocimiento frente a lo distinto, a lo extranjero. Es solo este modo de enlazarse a los otros, lo que nos permite afectarnos a un oficio y avivar el deseo, a pesar de estar inmersos en entornos totalmente adversos.

Dado que son generalizados el estado de desesperación, el sentimiento de desesperanza, la ausencia de proyectos, el deterioro de los vínculos, todos signos de la violencia que imprime la época y la interminable sensación subjetiva de descontrol, es aquí, donde justamente cobra protagonismo la Interdisciplina. Abordar a la Salud Mental desde su complejidad, con otros, es fundamental para poder brindar una respuesta integral a los pacientes. Creemos que comprometernos a hacer nuestro trabajo lo mejor posible, en defender los buenos tratamientos, en estar atentos a nuestra práctica, conmovidos realmente por el padecimiento del otro que nos interpela, es aquello que nos permite estar y luchar en el "mientras tanto", sin cansarnos de esperar pasivos a que las cosas cambien.

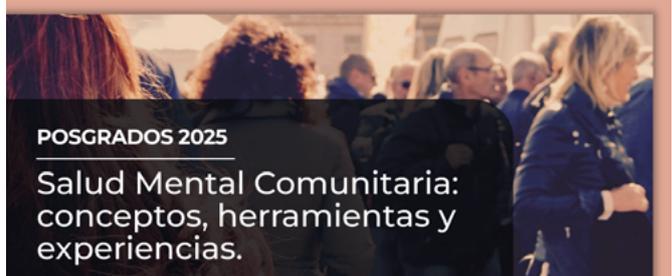
CURSOS 2025

CONTINUÁ TU CAPACITACIÓN PROFESIONAL

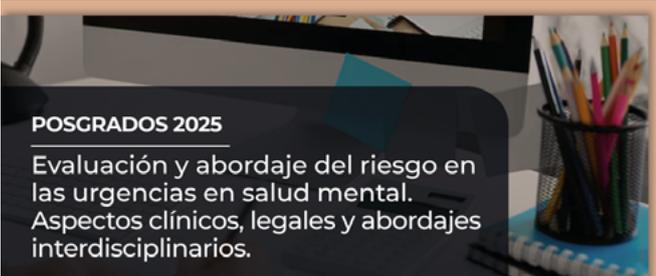
¡Accedé a la información completa haciendo click en la imagen del curso!



POSGRADOS 2025
Entornos Laborales Saludables:
Aportes desde la Psicología Clínica



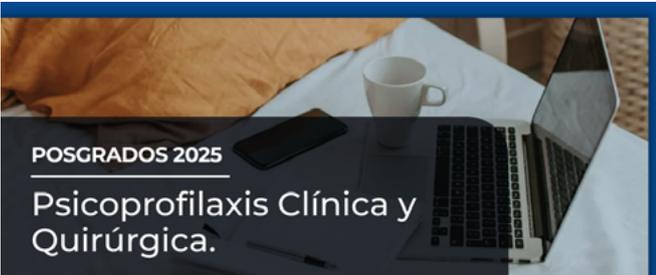
POSGRADOS 2025
Salud Mental Comunitaria:
conceptos, herramientas y
experiencias.



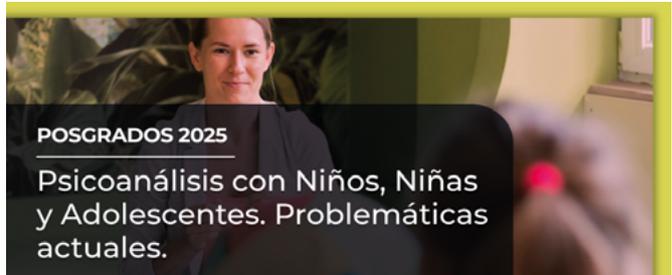
POSGRADOS 2025
Evaluación y abordaje del riesgo en
las urgencias en salud mental.
Aspectos clínicos, legales y abordajes
interdisciplinarios.



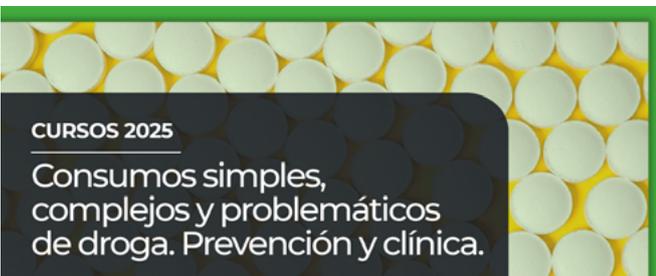
POSGRADOS 2025
Capacitación para los
concursos - Ley 6035.



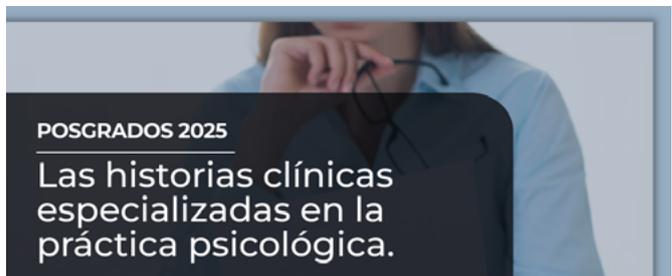
POSGRADOS 2025
Psicoprofilaxis Clínica y
Quirúrgica.



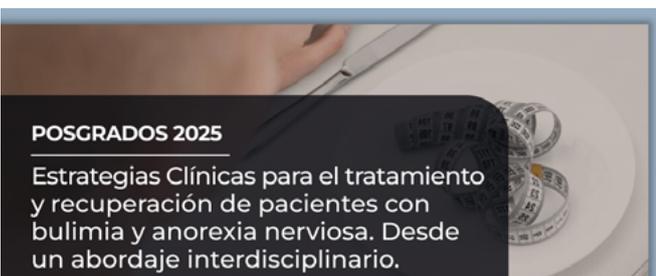
POSGRADOS 2025
Psicoanálisis con Niños, Niñas
y Adolescentes. Problemáticas
actuales.



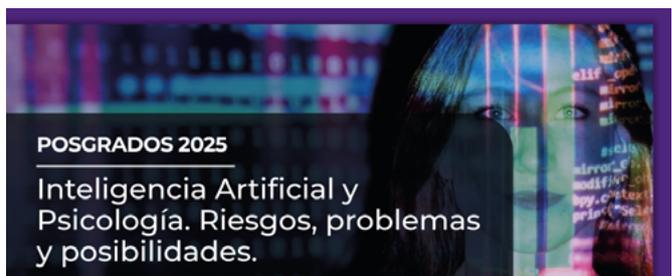
CURSOS 2025
Consumos simples,
complejos y problemáticos
de droga. Prevención y clínica.



POSGRADOS 2025
Las historias clínicas
especializadas en la
práctica psicológica.



POSGRADOS 2025
Estrategias Clínicas para el tratamiento
y recuperación de pacientes con
bulimia y anorexia nerviosa. Desde
un abordaje interdisciplinario.



POSGRADOS 2025
Inteligencia Artificial y
Psicología. Riesgos, problemas
y posibilidades.