

Repetición por guardia: relato de experiencia en el hospital monovalente

Lic. Lucila Liberotti¹⁴ y Lic. Sebastián Suárez¹⁵

En principio, es importante contextualizar la historia de la institución en la que trabajamos: El Hospital José A. Esteves. Fue fundado en 1908 e inicialmente conocido como el "Anexo de Lomas" y el "Asilo de Desagote de Crónicas" del Hospital Nacional de Alienadas. Su principal función era recibir derivaciones de pacientes debido a cronicidad o por falta de visitas, justificando así su denominación de "Asilo". Su enfoque era principalmente manicomial, reflejando una institución totalizante (Pierri, 2022) cuyas influencias aún perduran, dado que hoy en día es un Hospital Monovalente de mujeres, del tercer nivel de atención, especializado en salud mental, el cual, como profesionales de la salud, nos esforzamos por reconsiderar y transformar.

Pensando en nuestro recorrido por primer año y en la palabra "repetición", inmediatamente nos atraviesa la conexión con el dispositivo de guardia, el cual funciona las 24 horas, brindando atención tanto a pacientes externos como internos. El abordaje consiste en llevar a cabo entrevistas por un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. El objetivo es identificar y tratar la urgencia, entendiendo que esta "es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad" (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, p. 8). Por lo tanto, se requiere una asistencia integral (bio-psico-social) y un seguimiento para evitar recurrencias. En este punto, se preguntaran ¿que sé repite allí? Ahora intentaremos desplegarlo.

En principio, es importante poder pensar este servicio separado en los horarios: mañana/mediodía y tarde/noche (teniendo en cuenta que nuestra rotación por guardia es en el horario de 8 a 20hs) ya que son espacios y modalidades distintas.

Para el presente trabajo nos centraremos en lo que ocurre en la guardia

¹⁴ Lic. LIBEROTTI, Lucila. Lic. en psicología. Residente 1er año de Psicología Clínica, Hospital José A. Esteves. Email: lucilaliberotti@hotmail.com

¹⁵ Lic. SUAREZ, Sebastián. Lic. en psicología. Residente 1er año de Psicología Clínica, Hospital José A. Esteves. Email:suarezsr.95@gmail.com

generalmente en el turno mañana. En el último tiempo es frecuente escuchar a los pacientes acudir al hospital solicitando tratamiento, especialmente por psiquiatría, ya que perdieron el seguimiento que venían manteniendo con otro profesional en otra institución (por lo general por renuncia de los mismos), o porque cerca de su domicilio no existen dispositivos que cuenten con profesionales, o sí consiguen tratamiento en la misma pero no le entregan la medicación de forma gratuita. Esto último sí ocurre en el Esteves por la mañana ya que por guardia se puede entregar medicación para cierta cantidad de tiempo, dependiendo del esquema farmacológico que deba respetar el paciente.

Otro dato relevante es que gran parte de estos pacientes vienen desde otros municipios de la región sanitaria a la que pertenece el hospital Esteves, es decir, la región VI. Gran parte de esta población acude al hospital a pedir tratamiento, el cual no se le puede brindar debido a la saturación del sistema de atención pública que se está atravesando actualmente de forma generalizada. La falta de profesionales para la atención por salud mental en dispositivos de atención comunitaria, en APS (Atención Primaria de Salud), generan esta problemática en los sectores más vulnerables de nuestra sociedad, lo que desemboca en que quienes no pueden acceder a un tratamiento en el sector privado y acuden a la guardia del hospital recorran largas distancias constantemente (una vez por semana, cada diez o quince días, dependiendo de la cantidad de medicación que pueda brindárseles) para poder conseguir su medicación, lo que puede generar grandes costos de dinero y tiempo si sostienen esta práctica a largo plazo debido a la imposibilidad de conseguir tratamiento en dispositivos cercanos a su domicilio.

En este punto podemos pensar la fragmentación en el sistema de salud en términos de Artaza Barrios (2017) “privilegiando la oferta de servicios curativos y en particular de atención hospitalaria. Existe, así, una disonancia entre las necesidades de la población y el diseño vigente de los servicios de salud” (p.17). Este “sostenimiento” que se hace por guardia no equivale a un tratamiento. Recordemos que el artículo 7° de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 establece, en el punto d, que el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y

libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. La vulneración de este derecho puede evidenciarse en la cantidad de pacientes que vienen sosteniéndose en atención por guardia durante meses o incluso años ante la imposibilidad de comenzar un tratamiento.

Respecto a la problemática mencionada, que insiste es importante señalar que Bleichmar (2019) afirma que "la realidad económica incide en el psiquismo" (p. 72), dificultando el desarrollo de proyectos individuales y colectivos. Por esta razón, nuestra tarea con los pacientes del hospital es recuperar la construcción de sistemas que restituyan el derecho a pensar. En este sentido, además de alojar singularmente a las personas en la guardia, desde este dispositivo articulamos con programas de nuestro hospital de "monitoreo" y "orientación". El primero trabaja con diversas instituciones públicas para conseguir un tratamiento teniendo en cuenta la zona de residencia de cada usuario y el segundo funciona en consultorios externos. Ambos brindan espacios de escucha, buscando evitar que los pacientes queden a la deriva, ofreciendo orientación.

En este contexto nos parece pertinente mencionar la problemática en la que nos encontramos nosotros como analistas al estar atendiendo este tipo de consultas, ya que a menudo surgen las siguientes preguntas: ¿Qué función estamos cumpliendo allí? ¿Qué es lo que escuchamos en esa primera escucha? ¿Es esto, el pedido de medicación, una consulta de guardia, donde se debe intervenir ante la urgencia? ¿Qué de esto que se repite, es verdaderamente urgente? Para responder algo de esto, Sotelo (2015) habla de la complejidad de las consultas que se reciben por guardias: "sujetos atravesados por la época cuyo padecimiento, que muchas veces excede lo psíquico, parece estar determinado por múltiples variables, como lo social, lo económico, lo institucional, lo orgánico, lo legal" (p.29). En este sentido permite pensar qué de eso que se pide, que se demanda, puede considerarse una urgencia. Muchas veces la urgencia es que si no tiene esa medicación por una semana, o por unos días, esa persona no duerme, siente que se va a morir, no puede salir a la calle, escucha voces, o lo que fuese que la angustia y la llevó a acudir a una guardia en un primer momento. Esto es recortar el nivel operativo de la angustia, es decir como "una señal que mediante el malestar subjetivo permite un encuentro posible (...) con algo de lo auténtico y más propio de cada sujeto" (Sotelo, 2015,

p.72), como algo que impulsa. Esto a veces resulta un desafío debido al entrecruzamiento de discursos y los modos de comprender y atender la urgencia.

En este sentido, tomaremos un caso clínico para poder vislumbrar lo mencionado. Siguiendo el nexo entre psicoanálisis y hospital, es fundamental mencionar el posicionamiento de Freud quien ya en 1919 planteaba la importancia de que el psicoanálisis sea accesible, considerándolo “una psicoterapia para el pueblo” (p.163), donde los tratamientos sean gratuitos y considerados un derecho. Hoy en día podemos trabajar como ya había anticipado este autor, y es así cómo llega una mujer por primera vez a la institución, angustiada porque no lograba conseguir tratamiento por psiquiatría para sus “ataques de pánico”, solicitando por un lado turno con un profesional del hospital, pero también alguna medicación para estas sensaciones de “ahogo” que sentía. Al preguntarle sobre cuándo habían comenzado estos síntomas refería no saber, pero que su madre le había dicho que eran ataques de pánico y que debía ir al psiquiatra. Ante la intervención “¿siempre le hacés caso a tu madre?”, la paciente sonrió y pudo historizar el difícil vínculo que tenía con esta madre que parecía obturar su deseo, ahogándola. Al finalizar la consulta la paciente se llevó algunos comprimidos de clonazepam para calmar esas sensaciones de ahogo cuando le ocurriesen, pero también se fue con una pregunta que apuesta a que algo se movilice a partir de la interpretación analítica que apunta a sostener el enigma del deseo. “La consulta de urgencia en salud mental puede considerarse una oportunidad para el comienzo de un análisis” (Sotelo, 2015, p.159).

Rubistein (2014) señala la importancia de pensar qué se escucha en la consulta, ya que el analista “se ubica como un oyente que no comprende, que no explica con un saber previo, que pone de entrada en juego la diferencia entre enunciado y enunciación” (p.13).

En esta misma línea, Ochoa de La Maza (2018) plantea que:

Nuestra intervención estará orientada a hacer de la urgencia una urgencia subjetiva, del hecho un acontecimiento. En tanto el analista como Otro que acusa recibo sancione con su poder discrecional aquello que escucha, la urgencia se

transformará de grito en llamado. Desde la ética del bien decir, la urgencia se constituirá como un hecho de discurso, quedando en el centro de la escena analítica la posición del sujeto mismo. (p. 554).

Resulta importante destacar la intervención de introducir la pregunta por esa madre que parecía ahogarla y poder devolverle algo de lo que dice, de ese decir propio del sujeto. “No importa la forma que tenga la interpretación, puede ser una pregunta, un corte, un gesto, pero no se trata de un simple escuchar y decirle lo que tiene que hacer sino que hay ya un esbozo de localización de un sujeto de subjetivación” (Rubistein, 2014, p.13). La apuesta por la subjetividad es algo a veces difícil de lograr en el marco de una guardia en la que el objetivo institucional es a veces “sacar al paciente lo más rápido posible” (Sotelo, 2015, p.80) y en el que, como se mencionó más arriba, los discursos se entrecruzan. Suele ocurrir que al no ser una urgencia en términos de gravedad donde el/la paciente presente “riesgo cierto e inminente para sí mismo o para terceros”, la consulta de guardia por falta de medicación se reduzca a un expendio de recetas y repetir el sermón, a modo de estribillo, de que la atención por guardia no es un tratamiento y que debe acudir a algún centro de salud cercano, sometiendo a quien consulta a desfilar por distintas instituciones solicitando turnos, esperando un llamado que nunca llega. Podemos pensarlo en términos de “clínica degradada”, concepto de Sousa Campos (2001) que refiere a la degradación que existe de la clínica debido a la combinación de factores tales como políticas de salud inadecuada como el comportamiento de los profesionales que atienden los casos de manera reglada.

Pese a esto, desde el psicoanálisis entendemos el concepto de urgencia como inseparable al del sujeto: “toda consulta supone la vivencia subjetiva de haber llegado a un límite, a un punto de basta que requiere intervención inmediata” (Sotelo, 2015, p.84). Pensamos la urgencia como urgencia subjetiva: aquella que compromete al sujeto. Poder introducir una pausa, una pregunta que hable del sujeto, es la tarea que nos proponemos como analistas ante cada paciente que acude al dispositivo de guardia. No es lo mismo que alguien se encuentre en una consulta con un psiquiatra que con un analista, porque la posición de escucha y la intervención es distinta para cada caso. Mientras que la del psiquiatra apunta a responder rápidamente la consulta por la que acude desde lo que

denominamos como “discurso médico”, en el que “se sostiene como premisa el bienestar para todos, curar a todos, más allá de la singularidad” (Sotelo, 2015, p.143), la del analista apuesta a que se genere “otra cosa”, algo nuevo y no una vuelta a un estado anterior al acontecimiento que llevó a que el paciente acuda a la guardia, lo cual consideramos como imposible. La práctica del psicoanálisis no apunta a un tratamiento para todos, sino que busca oír y recortar lo particular de cada sujeto, lo más propio, aquello que aparta al individuo de la regla (Miller, 2001), o en términos de Sousa Campos (2001), una “clínica ampliada” centrada en el sujeto y no en el caso (entendiendo el “caso” como parte de una clase, un diagnóstico, que pertenece a una regla universal: a determinada cantidad de síntomas, determinado diagnóstico).

Es importante poder alojar esto que se repite, que insiste día tras día en las consultas. Y para esto es importante recordar nuestro rol dual como “agentes de salud” y “del discurso analítico” (Mitre, 2018, p. 29), el cual se encuentra atravesado por el desafío de contrarrestar la tendencia a la homogeneización (la cual borra la singularidad) y los tiempos cronológicos impuestos por las leyes del mercado capitalista, que prioriza la eficiencia. Esto último se traduce en la siguiente frase: “cuanto más produzco, en menos tiempo y a menor precio, más eficiente soy” (Onocko Campos, 2004). Por ende, además de alojar la demanda de repetir recetas y controlar los planes farmacológicos, nuestra *métier* en la guardia, trabajando en defensa de lo público desde el psicoanálisis, implica: “introducir en ese tiempo cronológico un tiempo libidinal en el que pueda aparecer la dimensión subjetiva de aquello que se presenta como ajeno” (Belaga, 2015, p. 90), ofreciendo en su lugar un espacio que posibilite la apertura de tiempos lógicos (Sotelo, 2015).

Para finalizar, citamos unas palabras de Rubistein (2004):

El analista ofrece, entonces, a quien consulta la posibilidad de hablar de su sufrimiento. Su acto está en juego desde el momento en que da al sujeto la palabra y coloca el saber de su lado. (...) El pedido de ayuda, a partir de la pregunta que vuelve desde el analista, podrá transformarse en demanda de saber y dar paso a la implicación subjetiva en relación con aquello de lo que el sujeto se queja

En otros, quizás solo tendrá lugar algún alivio. (p.31)

Bibliografía

- Artaza Barrios, O. (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Disponible en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Belaga, G. (2015). La práctica del psicoanálisis en el hospital. Buenos Aires: Grama.
- Bleichmar, S. (2019). La subjetividad en riesgo. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019) Atención de las Urgencias en Salud Mental. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001401cnt-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental-2019.pdf>
- Freud, S. (1919 [1918]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu editores. 1976. Tomo XVII.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y Decreto Reglamentario 603/2013. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>
- Miller, J. (2001). “El ruiseñor de Lacan” en Del Edipo a la Sexuación. Buenos Aires: Paidós.
- Ochoa De La Maza y otros (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.
- Onocko Campos, R. (2004). Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En: Spinelli, H. (Comp) Salud

Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Pierri, C (2022). Sobrevivir y morir en el manicomio. Buenos Aires: Topía Editorial
- Rubistein, A. (2004). Un acercamiento a la experiencia. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Rubistein, A. (2014). Consulta, admisión. derivación. Buenos Aires: Editorial Eudeba.
- Sotelo I. (2015). DATUS. Dispositivo Analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sousa Campos, G. W. (2001): "La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada". En: Gestión en salud. En defensa de la vida.
- Cuadernos del ISCo / Salud Colectiva ; 14. De la UNLa. Buenos Aires. Disponible en:
<http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/15/26/63-1>