

# La urgencia generalizada

La práctica en el hospital

Guillermo Belaga  
(COMPILADOR)

Eric Laurent

Ricardo Seldes

Javier Garmendia

Fabián A. Naparstek

Elvira Guilañá

Gustavo Stiglitz

Inés Sotelo

Elena Levy Yeyati

Jorge Blidner

Lucila Donnarumma

Graciela Bernztein

Vicky Cohen

Angelina Allamprese

Mónica Rodrigo

Emilio Vaschetto

Mariano Antón

Marta Coronel

Lucas Leserre

## Presentación La urgencia generalizada La práctica en el hospital

GUILLERMO A. BELAGA

### 1. Introducción

Este libro empezó a gestarse cuando en estos años comprobábamos un hecho clínico e institucional, que sorprendentemente se presentaba sin cesar en nuestra práctica cotidiana y demandaba con apremio respuestas. Aún más, en los intercambios y encuentros con otros colegas de diferentes servicios de psicopatología y de salud mental se ratificaba lo que insistía: que el término "urgencia" había cambiado de estatuto. Ya no era posible sostener el tradicional uso del mismo, aquel primero de la clínica psiquiátrica y sus cuadros bien descriptos, el de las lecturas económico-sociales de finales del XIX hasta mediados del siglo XX, y/o el "coyuntural" del psicoanálisis para pasar a hablar de lo "serio" de las estructuras freudianas.

¿Qué era lo nuevo? ¿Por qué esta categoría de la urgencia insistía en la actualidad de esta manera? Efectivamente, verificamos que lo que se atiende diariamente en las instituciones es "La urgencia", es más, se podría afirmar que en los servicios de psicopatología y salud mental prácticamente lo único que se atiende es la urgencia; el resto de las consultas quedan de hecho en lista de espera. La urgencia sobrepasa las posibilidades y las disposiciones existentes, tensiona y hace pensar en nuevos artificios para responder a la altura del actual

sufrimiento subjetivo. Sin duda, nos parece que estamos ante una nueva categoría clínica, una presentación que ya no es la urgencia como fenómeno estudiado clásicamente en los manuales de psiquiatría o en los trabajos tradicionales de psicoanálisis, sino como nueva forma clínica, como nuevo síntoma, emparentado al "malvivir" del que habla J.-C. Milner, para diferenciarlo de la psicopatología tradicional, y que exige una respuesta de los "psi".

Es la época del trauma generalizado, "Hijos del trauma", como decía en 1996 en una conferencia Eric Laurent, y que el lector encontrará en el presente libro. Conceptos anticipatorios que orientarán para una práctica, si tenemos en cuenta que todavía no habían ocurrido los atentados a las Torres Gemelas del 2001, o el más reciente de Madrid, pero donde nuestra comunidad ya tenía algunas muestras con los ocurridos en la Embajada de Israel (1992), y en la AMIA (1994).

Pero, "esta inseguridad social no es solamente un fenómeno sociológico. De hecho ha sido elevada, y esto es nuevo, al plano de la clínica. Estamos ante un fenómeno que busca su traducción en el plano científico, y especialmente en el interior de la psiquiatría que se encuentra en la interfaz entre la descripción científica del mundo y lo que lo excede, es decir, la inmersión del sujeto en la sociedad."

La ciencia, en tanto que descripción programada de cada uno de nosotros -desde la programación genética hasta la programación del entorno, pasando por el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles-, hace existir una causalidad programada. Y es a medida que esta causalidad toma consistencia que surge el escándalo del trauma que, él, escapa a toda programación. A medida que tenemos una mejor descripción científica, toman consistencia tanto el síndrome post-traumático del *stress* ligado a la irrupción de una causa no programable, como la tendencia a describir el mundo a partir del trauma.

Todo lo que no es programable deviene trauma".

Al respecto agrega Laurent: "esto llega hasta el punto en que, por ejemplo, en conferencias sobre la salud mundial, asistimos a proposiciones que apuntan a considerar la sexualidad misma, el malestar en la sexualidad, como un *post-traumatic stress disorder*. Nuestro cuerpo no está hecho para ser sexuado, como lo muestra el hecho de que los hombres y las mujeres no se comportan tan bien como los animales; hay pues un trauma incontestable ligado al sexo".

De este modo se puede deducir que hay una urgencia como acontecimiento, y otra como proceso.

## 2. En la Ciudad plural: la acción lacaniana frente al hecho social

El tema también nos convoca desde el renovado interés por pensar la relación entre Psicoanálisis y Sociedad. Este marco de cosas renueva la pregunta de "¿qué hacer?" frente al hecho social.

¿Cómo encontrar la brújula para situar la clínica analítica, el discurso del analista, su posición frente a nuestro Otro, la sociedad?

A esta pregunta tratan de responder aquí los autores, cómo mantener la autoridad del psicoanálisis a partir de sus efectos, de sus resoluciones terapéuticas, cómo abordar el problema, interrogando incluso el título de esta convocatoria en sus dos vertientes: por un lado, cuál sería la acción lacaniana acorde a los tiempos actuales, y por otro, qué entendemos por urgencia.

Se trata de responder a una clínica donde las clasificaciones clásicas ya no responden, ni tampoco el *standard* freudiano, ya no se trata del Uno de la clase lógica que acostumbramos a llamar entre nosotros el "para todo x", pues ya no se puede universalizar. En cambio la lógica lacaniana utiliza el vocablo no-todo, no en el sentido de lo incompleto de una clase a la que se le sustrae una parte, sino para decir que no se pueden formar los elementos de los que se trata en una clase. Esto no impide que los elementos estén ahí, pero sin que exista ninguna seguridad respecto al predicado, a las descripciones. Este régimen nos sitúa actuando sin una seguridad previa, obligados a reforzar el concepto de lo particular en cada consulta.

Al respecto, la tesis que propone Jacques-Alain Miller es la siguiente: podría ser que el psicoanálisis del siglo XXI deba vivir bajo el régimen del no-todo, de la inconsistencia lógica. Lo que no significa que el psicoanálisis sea inconsistente, sino que lo que aparece como caduco es el proyecto freudiano empleado para sostener la práctica analítica.

Esta afirmación está en correspondencia con un nuevo régimen social. Es un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica, donde el padre moderno es un padre que no puede asegurar la distribución del goce de manera conveniente, las familias ya no cuentan con el Otro de la Ley de antaño, la sociedad actual dejó de vivir bajo ese mito. Es lo que decíamos en nuestro lenguaje, la estructura del Todo cedió a la del no-todo, que implica que ya no haya nada que constituya una barrera, que esté en la posición de lo prohibido, que lo prohibido sea difícil, que resulte contradictorio con el movimiento del no-todo. Algo se desarrolla sin encontrar límites, por ejemplo el consumo, pero también la precariedad del sujeto, el miedo.

¿Para que detenerse en estas nuevas organizaciones sociales? Pues porque como decía Lacan en su seminario, el inconsciente obedece al lazo social, o con igual sentido en una de las conferencias dictadas en Estados Unidos (1975): “el inconsciente es Baltimore al amanecer”. Así ligaba igualmente al inconsciente a un *lugar*, a un lugar estructurado como una ciudad, e indisociable de una *indicación temporal*.

Encontramos en otros autores no vinculados directamente a lo “psi”, lecturas que también ilustran la situación actual, como lo que dice Anthony Giddens, acerca de que el nuevo orden social dominado por la tecnocultura o la tecnoestructura produce dos efectos: uno es que vivimos en un mundo de “incertidumbre fabricada”, que penetra todos los ámbitos de la vida, y el otro, coincidiendo con lo anterior, es que como consecuencia del fin del orden tradicional patriarcal se da un fenómeno en expansión, que es que las personas exigen más autonomía que en ninguna época anterior.

Asimismo vemos que ambos fenómenos, tanto la incertidumbre fabricada como la exigencia de mayor autonomía, se pueden constatar en la clínica.

¿Cómo se manifiestan en las consultas cotidianas, como subyacen en los nuevos síntomas? En este sentido, la “incertidumbre fabricada” está en el relato de los pedidos de atención ligados a lo contingente, al acontecimiento, a la urgencia. Mientras que el otro se deduce de lo que llamaríamos el “delirio de identidad”, expresado en el “yo soy toxicómano”, “yo soy anoréxico”, “yo soy normal”, etc.

Igualmente, estas dos figuras, confluyen en que el delirio de identidad implica de por sí situarse fuera del Otro, es el yo que se llama a sí mismo, es la ligazón del sujeto a un goce yoico, a ese goce de la identidad, y que hace obstáculo a que se produzca un pasaje al Otro, lo que explica también el problema para la entrada en tratamiento de estos sujetos. Y coincidentemente, el paciente de la urgencia, también tiene que pasar por el Otro para resolver su sufrimiento, dado que si bien el sujeto es singular, padece de lo universal.

Entonces, en ambas situaciones, el que consulta se ve forzado necesariamente a pasar por el Otro en el recorrido de la cura, para llegar luego a su posición de goce, a una nueva identidad ligada a un modo-de-gozar enlazado a los valores del Otro social.

Siguiendo con otras referencias, Phillipe Aries considera que el mundo posindustrial que se inicia en el siglo XX no ha sido capaz de mantener la sociabilidad del XIX, ni de reemplazarlo por una nueva.

En consecuencia a la familia se le exige tomar este relevo imposible, hipertrofia de las funciones familiares que no es capaz de asumir. Y en este sentido, su hipótesis es que la crisis actual de la misma no

debe buscarse en la familia sino en la decadencia de la ciudad y de la sociabilidad pública.

Ciudad, que según E. García Canclini, es plural, policéntrica, multifocal y multinodal, y que Paul Virilio define como *Ciudad pánico*. Este arquitecto francés analiza de qué manera la ciudad occidental dejó de ser un lugar de lo político, de la *civitas*. Describe que la desregulación y la desrealización han penetrado en la ciudad, y se ha operado una inversión: la ciudad, que alguna vez fue el corazón de la civilización, se ha vuelto el corazón de la desestructuración de la humanidad.

Bien, aquí tenemos definiciones que propician la consideración de una nueva clínica de la “urgencia subjetiva”, que también es retomada en varios de los autores del libro en sus respuestas clínicas, cuando subrayan lo fundamental en su práctica de una estrategia frente al espacio y el tiempo.

En la resolución de la urgencia se verifica, que la topología y el tiempo se anudan alrededor de la a-topía del sujeto.

### 3. La posición del analista en los lugares del trauma

Entonces ya el mundo no se rige por el reloj de la eficacia, el “tiempo es dinero” de una época, sino que se abrió paso a una relación en que el mundo es un “programa de computación”, y en este sentido la conocida neurosis de destino freudiana queda ligada a lo que es programable.

De esto se puede deducir el real del psicoanálisis, partiendo de la afirmación de Freud que lo traumático es sexual, o que la sexualidad es traumática, a lo dicho más tarde por Lacan: de lo real como “no hay relación sexual”. Actualmente, se reformularía diciendo que “no hay programa de computación que programe el encuentro entre los sexos”. ¿Por qué? Porque evidentemente, aparte de seres sexuados, somos seres hablantes, y entonces ese real traduce un trauma que ninguna palabra puede cubrir, que no es un acontecimiento, es un proceso homologable a la estructura.

En tanto no hay relación sexual programable, con este trauma hay que vérselas todos los días, y por eso frecuentemente el *partenaire* es un síntoma.

Retomando, decíamos que había dos vertientes del trauma, un trauma como proceso, ligado a ese real sin ley, no programable, y otro como acontecimiento. El primero, es el punto de vista del niño bañado por la heteronomía del lenguaje, lo que da cuenta dramáticamente del pequeño autista que “no responde” porque ya las voces que alucina son su respuesta. Es la alucinación como aparato de in-

fluencia en el psicótico, en el cual el lenguaje se demuestra en su "normalidad" como un parásito fuera del sentido del viviente, y con el que debe arreglárselas mediante alguna invención.

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

En la mayoría de las veces, el modelo de la urgencia responde a este trauma-acontecimiento.

Reflexionando en este punto podríamos preguntarnos: ¿cuáles son las condiciones para que haya esa urgencia? Porque evidentemente, si el sujeto "sabría hacer" ya con lo traumático como proceso, en tanto algo que *no cesa*, si supiera hacer con lo real que irrumpe, con lo contingente, encontraría otra respuesta que no fuera el padecimiento de sus urgencias subjetivas, y por estos recursos ya no advendría a una consulta "aguda". Se puede afirmar que si existe la consulta de urgencia frente al acontecimiento, es porque previamente algo "resistía bien", existía una subjetividad organizada en un imaginario firme que permitía funcionar sin sobresaltos, hacer lazo social, e incluso lograr que se pueda no consultar, o "no tener urgencias". Imaginario que mediaba hasta ese momento satisfactoriamente sobre la disyunción entre el goce (del cuerpo propio) y el Otro, sobre la disyunción entre el hombre y la mujer. A esta construcción, que puede relacionarse con los aspectos más narcisistas del individuo moderno, se la describe como un "imaginario de seguridad". El caso del ataque de pánico es un típico modelo de cuando fracasa dicho imaginario de seguridad. Este cuadro, cuyo rasgo principal es el miedo súbito a morir, se puede estudiar como ha devenido en una verdadera epidemia clínica, contemporáneamente a la caída del estado de bienestar en los ochenta.

Asimismo, siguiendo estas dos modalidades del trauma, se puede elaborar la posición del analista y su acto.

De este modo, en el trabajo de la urgencia, en su comienzo, el paciente viene como sujeto expuesto en su singularidad, padeciendo de lo universal y quien lo receptiona apuesta al sentido, a la construcción del Otro. Así, ni bien se hace hablar, se produce una inscripción en el Otro, es la calma que encontramos al poco tiempo de iniciada incluso la primer entrevista. Es que ya el reconocimiento del otro produce un sentido.

Sin embargo, el analista no apunta a cualquier sentido, apunta al sentido libidinal, lo que lo diferencia de otras psicoterapias. Aunque sorprenda, de entrada se puede ubicar el eje libidinal en el sentido de los dichos.

En conclusión, inicialmente, por esta vertiente terapéutica se encuentra que el dar sentido, el ubicar algo del inconsciente, produce un efecto curativo. También, esta acción tiene otra importancia, el dar sentido permite reintegrar al sujeto a sus lazos grupales, a esos lazos de los que ha sido apartado.

Haciendo un balance de esta primera escansión, cabe agregar que preservar la particularidad de ese encuentro, preservar el reconocimiento del que está sufriendo, introduce un alivio por el sentido, pero para eso no es necesario ni ser autoritario, ni implementar la sugestión, ni dar consejos imperativos, comunes a otras prácticas psicoterapéuticas.

Finalmente, en este tiempo, también un psicoanálisis aplicado a la psicoterapia puede combinarse con un sostén medicamentoso, siempre que no se quede esclavo de la psicofarmacología.

Ahora, hemos repasado esta vertiente donde el analista se presta para dar un sentido al sufrimiento que no lo tiene, para conseguir la restitución del trauma en el sentido lo más rápido posible.

Pero el analista no se limita sólo a esto, lo que conduce a definir lo que sería lo más específico del psicoanálisis. Se entiende por esto que lo específico estaría también en contemplar la otra vertiente del trauma, la del trauma como proceso, la del trauma como real de la no relación sexual. Y en esta perspectiva, surge que lo que importa es reinventar un Otro que ya no existe, como queda develado por el mismo accidente y/o catástrofe. Con lo cual, no sólo comprende el dar sentido o restituir el sentido reprimido; el acto analítico también implica apostar a una reinención de ese Otro que ha caído, que ha sido perdido.

En el que consulta se comprueba que existe una tendencia natural a volver a identificarse, el sujeto quiere volverse a identificar, quiere volver a restituir la combinatoria que le funcionaba, pero evidentemente hay un antes y un después. Ya no se reconstituye como diría Virilio, esa paleta tan personal, un "bioimaginario" ligado a la vida y a la biografía del individuo, y a su lugar de residencia. Hay que decirle "aquí comienza otra parte", y entonces ayudar a que el sujeto conciba otra narrativa, como indica E. Laurent en su artículo "El revés del trauma": hace falta "causar" al paciente para que reencontré reglas de vida con un Otro que ha sido perdido, para que invente un camino nuevo causado por el traumatismo.

Siempre, igualmente en estos casos, el accionar del analista se caracteriza por su prudencia, ya que si bien encontramos que hay que contemplar estas vertientes en la experiencia, también hay, que saber medir hasta dónde un sujeto puede soportar el trabajo en los dos polos de esta acción, hay que saber qué y cuándo decir teniendo en cuenta lo que puede soportar cada sujeto.

#### 4. ¿Qué instituciones necesitamos?

La urgencia subjetiva actual nos ha llevado a reconsiderar los *standards* tanto desde sus categorías clínicas, como desde los dispositivos. Así, del mismo modo que ya no existe *La* sociedad como Todo, tampoco se puede hablar de *La* Institución.

Para pensar sobre la misma, consideramos que bajo este término se reúne un doble recorrido semántico entre regla y comunidad de vida. Con lo que, por ejemplo, para el sujeto abandonado estará incluso la institución de la calle para recibirlo. Siempre se va con la institución, sino es la familia, puede ser la banda, la calle, la ley de la jungla, es decir cuantas comunidades instituidas haya en la ciudad globalizada.

En vista de la complejidad familiar ya descrita, las instituciones que están en lugar de la familia pueden tener extremadamente variadas tipologías, y todas, cada una a su manera, suplanar un aspecto de sus funciones.

Al respecto, se pueden encontrar aquellas que han tomado el modelo totémico, o el de "Psicología de las masas y análisis del yo" de Freud. Son las que siguen el modelo de la Iglesia, del Ejército, regidas bajo un Ideal común, o sus variantes, las instituciones maternas o maternalizantes.

Frente a estas propuestas, los psicoanalistas, y esto queda bien establecido en los autores del libro, han intentado siempre dar respuestas diferenciales, a veces muy efectivas, como señala Lacan en su elogio a Bion en "La psiquiatría inglesa y la guerra"; que inaugura la posibilidad de implementar una lógica colectiva que tiene en cuenta el rasgo de cada uno.

Por esta vertiente, se arriba a un primer objetivo del psicoanálisis: instaurar en la institución una particularidad contra el Ideal.

Que a su vez, no es sólo satisfacerse con el lugar del que descompleta la institución ubicando su síntoma. Sino que sigue dando otros pasos para hacer con lo que falla en el Otro, con el significante que falta en el Otro:  $S(\mathcal{A})$ .

Para seguir un paso más, lo que la urgencia enseña es que la práctica actual en la institución se realiza en una época de "conjuntos imprecisos".

A partir de que comprobamos que el Otro no existe, en tanto no hay Una Verdad sólida, donde no se está en el sí o no, sino en el más o menos, J.A. Miller recurre a una lógica que no implica un accionar vago, o nebuloso, sino que provee de *un abordaje preciso para la incertidumbre*.

La misma parte de las descripciones del matemático Lotfi Zadeh en 1965, y se conoce como lógica de los conjuntos imprecisos (*fuzzy*

*logic*). La desarrolla a partir que ya no se trata del binarismo tradicional, de las categorías tipo blanco/negro, verdadero/falso, todo/nada, sino que presta atención al "medio excluido", da cuenta de los grises, y su pregunta fundamental es: ¿Hasta que grado algo es verdadero o falso?

Esta concepción es opuesta a la que predomina o no coincide con las muchas instituciones —como las de adictos— que por sus reglas van a lo seguro, a las identificaciones consistentes, y por lo mismo no toleran las modalizaciones que pueden hacerse de la lengua de cada uno de los sujetos que consultan.

En este camino, el psicoanálisis pone el acento en una pragmática que incluye el propio análisis del analista y su formación, un "saber hacer con" la urgencia que es lo que nos ocupa hoy, a partir de la disyunción entre real y sentido, lo que lleva a reformular cada institución. Una por una, se tendrá que construir no sólo por sus reglas necesarias, sino también por una práctica común del lenguaje —cuyo sentido es el uso que se le va dando al mismo—, una comunidad de vida que podríamos definir como *comunidad clínica*.

Desde este punto de vista, podremos repensar cómo históricamente las instituciones de Salud Mental se han organizado situando sus reglas constitutivas según han concebido el fenómeno elemental y su tratamiento: desde el "tratamiento moral" de Pinel y Esquirol, pasando por ejemplo por la "cliroterapia" de Neisser que propugnaba dejar al paciente en la cama hasta la traducción del enigmático fenómeno de "significación personal", hasta su contraparte, la "terapia activante" de H. Simon con su teoría de la destrucción del síntoma por la organización terapéutica del trabajo.

En adelante, considerando los resultados y experiencias que se vuelcan en este libro sobre lo particular de la urgencia, sería interesante reafirmar la importancia de que se incluya en las políticas llamadas "sanitarias" una lectura de lo que Lacan calificó con un neologismo, la *varité-variedad*, verdad/variable del síntoma de cada sujeto, para deducir y verificar la ex-sistencia de lo real. Y luego, a partir de esto crear el resto de los dispositivos para la consulta y el tratamiento.

Así, orientadas las instituciones desde esta *variabilidad*, posibilitarían construir y aceptar la fuga de sentido, otorgando un lugar a la particularidad, y a la invención del sujeto.

Finalmente, hemos presentado algunos de los puntos de interés sobre la urgencia generalizada y la práctica en el hospital esperamos también que el libro sea no sólo una contribución a la clínica de la misma, sino también un aporte más para entender la época en que vivimos.

# Sobre el manejo de la urgencia

ELENA LEVY YEYATI

*"¡Acción, acción! Es el grito que resuena desde muchas partes. Pero quienes más fuertemente lo lanzan son aquellos que resultan incapaces de avanzar en el saber". SCHELLING<sup>1</sup>*

## Introducción

La reflexión sobre una práctica de la urgencia hospitalaria va a contrapelo del grito "¡acción, acción!" lanzado por pacientes, familiares y colegas cuando presienten, agitados, una situación de peligro que impone una respuesta.

Rechazando la insensatez del imperativo "acción, acción" que parece empujar a la actuación motriz irreflexiva—algunos profesionales han llegado al extremo de proponer "tomar clases de karate como herramienta de trabajo" (*sic*)—, la toma de decisiones en la urgencia puede, y debe, considerarse un acto, pero un acto judicial.

La práctica de urgencia es una práctica informada que se desprende de un conocimiento terapéutico y de una ética. Por lo tanto se espera que al finalizar una consulta de esta naturaleza el profesional pueda arribar a una conclusión que le permita establecer estrategias terapéuticas a seguir de acuerdo con cierta aproximación diagnóstica y una apreciación del riesgo que incluya alguna predicción evolutiva del caso—al menos en el corto plazo.

Elena Levy Yeyati. Médica psiquiatra. Psicoanalista en Buenos Aires. Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana-Argentina. Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Miembro del Centro Descartes. Integrante del Hosp. de "Emergencias Psiquiátricas" T. de Alvear, Ciudad de Bs. As.  
• Mail: elyeyati@intramed.net

<sup>1</sup> Cita tomada de WIELAND, W, "Filosofía práctica y epistemología", en: *La razón y su praxis: cuatro ensayos filosóficos*, Ed. Biblos, Bs. As., 1996.

El presente trabajo se propone examinar algunos de los problemas clínicos y de manejo que se plantean de manera frecuente en las urgencias de guardia en un hospital psiquiátrico.

Para ello voy a considerar tres aspectos que son esenciales para orientarse en la práctica que determina dicho contexto. Estos aspectos están vinculados a:

1. La temporalidad en la que transcurre la consulta.
2. La falta del recurso estratégico de la transferencia y su manejo.
3. La evaluación de la inminencia de riesgo o de peligrosidad.

Voy a centrarme en estos aspectos, que se observan de manera privilegiada en la práctica hospitalaria, porque me permiten desembocar en el análisis de la influencia que tiene la estructura de una lógica colectiva o de una psicología de masas en la configuración de un caso de urgencia. Pienso que, hasta ahora, la clínica de la urgencia no ha sido suficientemente examinada desde un enfoque que la aborde como cuadro complejo y colectivo, además de hacerlo desde el usual punto de vista individual.

Para finalizar presentaré un caso clínico donde se puede apreciar la resonancia social inmediata que tienen los actos locos.

### Acerca de la dimensión temporal en la consulta de urgencia

Respecto de la temporalidad, la consulta de guardia se caracteriza por su excepcionalidad: es sólo una. En ese tiempo no sólo se trata de reconocer si estamos ante un caso llamado grave sino que también se deben tomar decisiones de suma importancia para la vida de alguien, como por ejemplo, internarlo o medicarlo.

Aunque la consulta pueda consistir en una o varias entrevistas de duración variable, realizadas en el mismo día, esta práctica no transcurre en la "comodidad" de la diacronía de un tratamiento sostenido en el tiempo. (Por supuesto: tampoco se trata de un hecho clínico de sincronía pura-idea o ilusión que ha confundido a más de uno al iniciar estas prácticas).

A raíz de esta particularidad temporal, y de la problemática que así se trata, muchos trabajos sobre la clínica de la urgencia se han inspirado en "El tiempo lógico..."<sup>2</sup>. Esta inspiración llegó, en nuestro

medio, a imponerle un nuevo nombre a un viejo trabajo de la psiquiatría de guardia: clínica de la prisa. Para decirlo rápidamente: se trata de la prisa por tomar una decisión antes de que un paciente actúe. Pero, en ese tiempo apremiante, decidir, ¿según qué razones?

Surgen entonces dos enseñanzas de la clínica de la urgencia: la primera es más generalizante; la segunda, aunque colectiva, apunta a lo particular de cada caso.

El modo según el cual una institución como el hospital organiza su obrar, creando dispositivos, permite concebir esquemas de acción para tratar las urgencias. Más allá de los casos particulares, el profesional puede apoyarse en tales esquemas en un sentido general.

Como señala Wieland<sup>3</sup>, aunque se trate de una abstracción, la determinación normativa y esquematizante de la práctica es algo necesario, no sólo para tener un punto de apoyo sino porque en ciertos casos el obrar concreto queda reducido a la realización de "esquemas de acción". Con el término de esquemas de acción aquí me refiero tanto a los modos de categorización clínica como a la aplicación de guías de medicación, modalidades de derivación, consultas jurídicas, abordajes del paciente y allegados, la confección de criterios de internación, etc.

El segundo enfoque, que apunta más al aspecto particular de los casos, tiene relación, como dice Lacan en el escrito antes citado, con "el aserto subjetivo anticipante como forma fundamental de una lógica colectiva"<sup>4</sup>.

En las entrevistas de guardia se trata de tomar una decisión en función de una presunción donde prácticamente no se dispone del tiempo de verificación de hipótesis. En los casos llamados graves, o sea en los que es necesario hacer una evaluación del riesgo, realizamos entrevistas al paciente y su entorno, a menudo medicamos, e imponemos un tiempo de espera con la finalidad de sacar conclusiones. Pero en esta situación el juicio, "el sujeto del juicio", "el modo en que la espera lo determina" y "la función de la prisa" con la que se plantea todo el caso no queda completamente situado ni del lado del paciente, ni del lado del profesional, ni del lado del entorno. En los casos de urgencia el sujeto del juicio queda de algún modo indeterminado *entre* el paciente, sus allegados, el profesional a cargo y los usos y costumbres de la institución donde se da la consulta. (Por esta razón, no estoy de acuerdo con una lectura que aplicaría al discurso del paciente la matriz de "los tres tiempos" (ver, comprender, concluir) durante la realización de una única consulta en guardia).

<sup>3</sup> *Op. cit.* 1.

<sup>4</sup> *Op. cit.* 2, pág. 201.

<sup>2</sup> LACAN, J.: "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma", en: *Escritos I*, Siglo veintiuno editores, Bs. As., 1988.

La modulación de la tensión del tiempo, entre prisa y espera, para alcanzar aquello que se puede afirmar al finalizar esta clase de consultas respecto de la decisión que sería aconsejable tomar, podría entenderse como una forma de lógica colectiva, si por colectividad entendemos aquello que se define "como un grupo formado por las relaciones recíprocas de un número definido de individuos, al contrario de la *generalidad*..."<sup>5</sup>. Lo que quiero resaltar es que estas decisiones no se fundan centralmente en la verificación de hipótesis sino en señales que provienen de cualquier elemento del grupo que se configura en la consulta; tomando como señales, por ejemplo, las acciones, los dichos o las vacilaciones de los miembros allí reunidos entre los que se encuentra el paciente cuyo riesgo se trata de evaluar. Por esta razón, parte del trabajo en los casos de urgencia también consiste en dar el tiempo al caso para que configure el grupo que más conviene al alojamiento del paciente.

### Entre una clínica sin transferencia y una transferencia salvaje

Llamo una clínica sin transferencia a aquel grupo de problemas que, aún presentándose como sintomáticos, no pueden quedar enlazados al "motor principal de la cura". Se trata de lo que rechaza el lazo transferencial por razones que obedecen a la economía libidinal de los individuos —aún cuando entendamos que ésta resulta ser determinada tanto por disposiciones individuales como por lo que acontece en el campo del Otro<sup>6</sup>. En este sentido la práctica de guardia representa a la vez el problema y la solución.

Con el término "transferencia salvaje", tomado de la enseñanza de Lacan, hago referencia, en cambio, al problema del *acting*. El uso extendido del término *acting* ha hecho que esta noción desborde los límites de la experiencia analítica en la que fue forjado para referirse en forma genérica a un modo de comportamiento dentro o fuera de un tratamiento: un comportamiento que se caracteriza por actuaciones de tipo frecuentemente suicidas o autoagresivas, y que no son episodios aislados en la vida de un sujeto sino que son repetitivos. Su direccionalidad al Otro es manifiesta, pero no así su demanda de interpretación, como comúnmente tiende a creerse. A juzgar por la escasez de resultados estabilizadores, el llamado a una interpretación

resulta ser más aparente que real. Así, el término "transferencia salvaje" usado en este contexto, debería oponerse al concepto de transferencia como "inmixión del tiempo de saber", si entendemos por ello lo que permitiría que un sujeto, al identificarse a su deseo, disminuya su tendencia al *acting*, o sus inhibiciones, situándose mejor en su acto<sup>7</sup>.

Por todo ello digo que la clínica de los casos de guardia que plantean problemas de riesgo oscila entre lo que por ahora, y a falta de un término mejor, continuaría llamando transferencia salvaje, y la falta de disposición a la transferencia, donde el rechazo del saber y su lazo, es lo que constituye la unidad del espectro.

Entre otras maniobras, en el manejo de la atención en guardia, intento poner a prueba la existencia de alguna disposición a la transferencia. Luego de analizar su posibilidad (o su imposibilidad) derivo los argumentos que me permiten sacar conclusiones sobre el riesgo de un caso y la conducta a seguir.

El manejo de las entrevistas de urgencia cobra entonces todo su interés. Con "manejo de las entrevistas" me refiero a la duración de las mismas, los cortes, las esperas, las entrevistas a allegados, etc. Dentro de ello quiero subrayar el valor decisivo de la posición subjetiva del entrevistador.

La interfase del psicoanálisis con la psiquiatría nos enseña mucho sobre una diferencia entre dos abordajes distintos por parte de los profesionales: la modalidad objetivizante (fóbica y defensiva) y la modalidad subjetivizante (más flexible y sumisa a las posiciones subjetivas del enfermo). Cada una de estas actitudes no provoca las mismas respuestas de los pacientes aunque, incluso, se comparta el diagnóstico (y esto último también es relativo).

En mi experiencia la posición de mayor docilidad al texto subjetivo, además de procurarme más elementos de juicio, favorece el consentimiento del sujeto al tratamiento. Los pacientes se prestan con menos reticencia al diálogo y encuentran en él algún grado de alivio, aceptan con menos desconfianza las indicaciones, y, por las mismas razones probablemente, se produce una menor incidencia de intervenciones forzosas y violentas, por ejemplo para medicar o para internar.

En este sentido, las desgrabaciones de las presentaciones de enfermos de Lacan constituyen una excelente guía para orientarse en la

<sup>5</sup> *Op. cit.* 2, pág. 201.

<sup>6</sup> Ya se trate de la organización de los servicios hospitalarios, las transferencias decididas por los "estilos de vida", las políticas económicas, etc.

<sup>7</sup> La idea de que el saber que se elucubra en un análisis es lo que permite una mejor situación del sujeto respecto de su acto la he tomado de GERMAN GARCÍA en su Curso "El psicoanálisis en la encrucijada" dictado en 2003.

actitud hacia esta clase de entrevistas únicas. Digo esto al tiempo que hago una aclaración: delimitar la envoltura formal del síntoma e intentar poner a prueba la relación del sujeto con una suposición de saber sobre aquél, no es equivalente a practicar "psicoanálisis en la guardia", como tan a menudo se dice en nuestro medio.

Los motivos que determinan una consulta de urgencia en la guardia psiquiátrica exceden el marco de las categorías psicopatológicas. Los capítulos sobre urgencias de los manuales de psiquiatría están hechos de la enumeración somera de todos los restantes capítulos del tratado. Aquí, y a manera de guía, enumeraré, a mi vez, las clases clínicas que más a menudo plantean una evaluación del riesgo: crisis de angustia (ya sea en pacientes neuróticos, psicóticos o prepsicóticos), ideación suicida, trastornos alucinatorios, perplejidad de un desencajamiento psicótico, empuje al pasaje al acto de un delirio, formas graves de depresión o excitaciones maníacas.

Es común que ésta sea la materia psicopatológica de la que está hecha el "caso grave", cuya consulta se impone de urgencia. Estos son casos que tienen o han tenido dificultades para ser tomados transferencialmente y que, por lo común, movilizan un contexto intersubjetivo real, es decir, se configuran como caso de guardia dentro de un grupo. En estos casos podemos ver cómo la intersubjetividad se vuelve patente cuando más obstáculos hay a la transferencia, la cual, como afirma Lacan, es la refutación de la intersubjetividad.

## El problema del riesgo

Tanto por el rol del médico definido jurídicamente, que exige que sancione la existencia o no de "peligrosidad para sí o terceros" para decidir una internación psiquiátrica, como por la finalidad de las intervenciones en las urgencias psiquiátricas más críticas en las que consiste el trabajo de guardia, la cuestión del riesgo constituye un capítulo decisivo e interesante.

Este tema suele resultar elusivo, escurridizo, difícil de precisar ya que, justamente, se trata de tomar una decisión sobre una eventualidad que no ha acontecido. La eventualidad es el peligro mismo. ¿Cómo orientarse? suele ser la pregunta que surge. ¿Cómo no "encerrar" a todo el mundo? ¿Cómo no ser demasiado indulgentes "liberando" a todos de todo tratamiento apelando a un principio de moral antipsiquiátrica? ¿Todo lo que es "grave" se interna y todo lo que es "leve" se deja ir?, preguntaba un concurrente un poco irónicamente, a la vez que trataba de darse una regla para decidir en forma automática.

El riesgo de suicidio es el problema más temido por todo aquél que se inicia en esta práctica. Después viene el temor al "paciente

violento", es decir el miedo al asesinato (primero del profesional, por supuesto). Luego está la parálisis ante el temor de ser demasiado violentos con el paciente. Y así de seguido...

¿Qué hacer? ¿Cómo juzgar? Aunque sean útiles para justificar un argumento *a posteriori*, las estadísticas no son útiles *a priori* para tomar una decisión de este tipo. Los llamados criterios a tener en cuenta, acopiados por la experiencia, y enumerados en los manuales, son un poco más útiles, pero por su nivel de generalidad no alcanzan a cernir los casos particulares.

Lo que quiero resaltar es el valor orientativo que tienen dos enseñanzas tomadas del psicoanálisis. Una está vinculada con la forma en que Lacan entiende la noción de señal de angustia, y la otra, que también toma su apoyo en un texto de Lacan, se refiere a la perspectiva antropológica de los actos mórbidos o locos. Ambas aproximaciones tienen en común que el objeto de atención que así se analizó está vinculado no sólo a una psicología individual sino también a una psicología de masas. En relación al tema del riesgo y la peligrosidad, mi intención es enfatizar la dialéctica social que hay en juego allí. Para dar a entender porqué subrayo la importancia de la dialéctica social para hacer una evaluación sobre el riesgo voy a puntualizar algunas características de las entrevistas de guardia que constituyen mi punto de partida:

-La comprensión diagnóstica (tanto clínica como situacional) se impone rápidamente.

-Las entrevistas no suceden en la continuidad temporal (como un análisis, una psicoterapia o un control psiquiátrico).

-Es habitual que el paciente llamado grave no consulte solo. Con frecuencia lo acompaña un mínimo de allegados, o una parte, cualquiera, del entorno social (oficiales de justicia, policías, vecinos, médicos, etc.).

-Toda la situación tiene un alojamiento institucional.

Para abordar el tema desde la funcionalidad de la señal de angustia en el sentido que aquí propongo me serviré de una idea muy sugerente de Lacan, tomada del seminario dedicado a *La transferencia*<sup>8</sup>.

Allí se nos indica una posible interpretación de lo que está en juego en la señal de angustia según lo que de la psicología colectiva enseña la psicología animal. "Todo el mundo sabe el papel que desempeña la señal tanto en los animales sociales como en los de rebaño. Cuando se presenta el enemigo del rebaño, el más astuto, o el vigía de entre las bestias del rebaño, está allí para olerlo, husmearlo, dis-

<sup>8</sup> LACAN, J.: *El Seminario, Libro 8, La transferencia*, Ed. Paidós, Bs. As., 2003, pág. 401 y sig.

tinguirlo... sueltan un pequeño bramido y nadie se hace esperar, todo el mundo se larga en la misma dirección. La señal como reacción ante un peligro en un complejo social, en el plano biológico, se puede distinguir por lo tanto en una sociedad observable. Pues bien, lo mismo ocurre con la señal de angustia..."<sup>9</sup>

Aquí Lacan aborda del modo más freudiano el tema de la doble función de la angustia tanto en su relación con el deseo como ante la huida de un peligro. Vuelvo a la cita donde aquél continúa un poco más allá de Freud: "La referencia al rebaño muestra claramente que la señal se ejerce dentro de una función necesaria de comunicación imaginaria... si la angustia es señal, ello significa que puede provenir de otro". Consideremos esto topológicamente: la angustia a la que están abiertos los sujetos no es únicamente interna. De allí el recurso a su representación plástica mediante la figura de los vasos comunicantes de Breton. Este modo de enfocar la cuestión le permite hacer una trasposición del peligro interno al plano de lo "universal, donde lo individual y lo colectivo son un único y mismo nivel... El peligro en el interior del sujeto es el mismo que el peligro en el interior del rebaño..."<sup>10</sup>. A diferencia de lo que ocurre en ciertos análisis, en los casos de urgencia a los que me estoy refiriendo (incluyo aquí a todo el conjunto que se presenta a la consulta) está emergencia de la angustia impone, casi siempre, la necesidad de ponerle un remedio de inmediato. Demasiadas veces se crean efectos de paralización y confusión en los profesionales con orientación psicoanalítica, aún siendo psiquiatras, en el momento de decidir una intervención en este punto como para no mencionarlo ahora. El psicoanálisis nos enseña que la angustia es señal del sujeto del inconsciente o de un deseo reprimido; que la enfermedad es restitutiva, que los síntomas constituyen un tratamiento que se da el sujeto, y que, así se trate de un neurótico o de un psicótico, el objetivo de una cura podría resumirse en la idea de que el sujeto mida en ella lo que hay de tratamiento en su síntoma. Pero esto no es un precepto generalizable. Representa parte de la formación del juicio clínico de cada uno reconocer cuál es la medida de lo soportable, o de lo conveniente, en cada caso, ya se trate de una consulta aislada o de un tratamiento continuado. Cada vez se decide cuál es el límite que no se debe pasar. No se puede juzgar automáticamente. El común denominador de la demanda en la urgencia consiste en el pedido de algún modo de limitación inmediata. Eso llama a la intervención psiquiátrica, es decir, evaluará la necesidad de medicación o internación.

<sup>9</sup> Id. *op. cit.* 4, pág. 405.

<sup>10</sup> Id. *op. cit.* 5, pág. 408.

Ahora quiero retomar la idea de cómo podemos valernos de la señal de angustia para hacer algún cálculo sobre un riesgo potencial. Si la señal de angustia no debe ser necesariamente una señal "interior" al sujeto podemos entender que es en su entorno, sus allegados, o sea en alguno de los miembros del "rebaño", donde también podemos encontrarla. (Si el paciente está en tratamiento muchas veces podemos reconocer la angustia en el terapeuta, aunque éste no venga al hospital. Este tema merece un capítulo especial que la extensión del presente trabajo no permite desarrollar aquí). Esa señal siempre es recibida y transmitida como una mala noticia. Todo el mundo sabe que representa un procedimiento de buena práctica entrevistar a los acompañantes del paciente que consulta; no tanto para obtener "más datos" (en la medida en que hable, el paciente siempre es nuestra mejor fuente de "información") sino para localizar las "malas noticias".

De acuerdo con este enfoque social de la señal de alarma, en la medida en que ésta no pueda ser acotada de ninguna manera, como en la dinámica de los vasos comunicantes, la angustia del paciente aumentará. Esto representa una fuente de desestabilización permanente.

Es pertinente realizar la evaluación de la señal de angustia tanto al inicio de la consulta —generalmente después de entrevistar al paciente y no antes—, como luego de transcurrido un tiempo de espera a continuación de las primeras intervenciones, tiempo en que dejamos al grupo "a solas". En ese momento tanto el paciente como el allegado pueden ser para nosotros indicadores de que el peligro ha sido dominado, o no. ¿Los niveles de angustia iniciales se apaciguaron? ¿Se mantiene o no un estado de tensión agresiva entre el paciente y los otros? ¿Los síntomas más agudos empeoraron o mejoraron? ¿Se advierte que alguien está siendo extorsionado? Son las preguntas que deben comenzar por responderse para ir dando por finalizado el tiempo de comprender, manejando el esquema de un plan de acción que, como vemos, oscila entre la prisa y la espera.<sup>11</sup>

En la evaluación del riesgo la dimensión social e intersubjetiva debe ser tenida en cuenta muy especialmente ya que se trata de descifrar la estructura, el armado, de lo que se nos presenta como un

<sup>11</sup> En un estudio de neuropsicología del lenguaje sobre asociaciones de palabras se encontró que el término más frecuentemente asociado con la palabra-estímulo "hospital" es "espera". Los autores aclaran que ésta no es una asociación establecida por razones semánticas, sino por razones que se desprenden de la experiencia colectiva de los hablantes (experiencia lingüística, por supuesto). Haciendo la salvedad de la espera suscitada por la demanda excesiva que se dirige al hospital, el par "hospital-espera" no podía estar mejor empleado que aquí.

cuadro sincrónico complejo y colectivo, no sólo individual. La noción de señal de angustia –tomada en el sentido de señal para el grupo y el sujeto– es una variable fácilmente observable y por lo tanto orientadora en la práctica.

Para mostrar la resonancia social inmediata de los actos locos –lo que constituye el segundo aporte tomado de Lacan que quiero hacer valer aquí, y que tiene profunda relación con la señal de angustia tal como acabo de exponerla– voy a presentar un caso clínico de guardia.

### Un caso típicamente difícil: ¿extravío materno o trauma de nacimiento?

Si tomamos al término psicosis puerperal como el nombre “científico” de una figura antropológica que aquí propongo –la de la madre extraviada, figura que causa espanto y rechazo social hasta extremos sorprendentes–, podremos explicarnos cómo en esos casos se plantean demandas de actuaciones urgentes, tanto judiciales como psiquiátricas, en las que el remedio parece ser peor que la enfermedad. Perentoriamente se reclama la inmediata separación del niño de su madre, la internación psiquiátrica de ésta última y la entrega del pequeño a algún organismo oficial. El asunto se vuelve más desesperante para el entorno si el padre es incierto, desconocido o de condición social humilde. El cuadro llega al paroxismo si, además, se duda de la respetabilidad de la mujer.

Esta es una consulta de urgencia que se presenta repetidamente en las salas de maternidad. Es necesario realizar un minucioso trabajo hasta juzgar que, dado el caso, las soluciones puedan llegar a ser otras que las que indica el sentido común del lugar.

Recuerdo el caso de una mujer que acababa de tener familia y todavía estaba internada en el servicio de maternidad. De pronto, una noche, se la vio corriendo por la sala con un cuchillo en la mano en un estado de agitación que alarmó a todo el hospital. Por la mañana piden la consulta psiquiátrica con urgencia. Cuando llego todos ya tenían una posición tomada. Neonatología se llevaría a la beba, la mujer debería ser internada antes de que huyera con su hija, los otros dos hijos que tenía quién sabe dónde quedarían –tal vez en un hogar de amas externas–. Se decía que la visitaban dos hombres, quienes, al parecer, “la hacían trabajar en cosas raras”, pero no se sabía si alguno de ellos era el padre de la criatura recién nacida. Uno de los hombres que “la visitaba”, y que, en efecto, no era el padre de la niña, pero sí de los dos hijos mayores de la paciente, afortunadamente llegó al hospital en el momento en que el clima de tensión había llegado al

límite de lo soportable: la mujer, que tenía a la beba en brazos, se negaba rotundamente a hablar con quien fuera, tenía los bolsos hechos y acechaba por la puerta para huir en cuanto le fuera posible. El personal del hospital, desde los médicos hasta la seguridad, me repetía: “ya tenemos todo listo para sacarle a la nena, falta que nos digas cuando, y te llevas a la paciente para internarla”, etc.

Entrevisté al visitante. El hombre estaba preocupado por el comportamiento de la mujer, pero, lo que más lo sorprendía es que el día anterior no estaba así. Me expresaba que si bien ella tenía antecedentes de tratamientos psiquiátricos, siempre ambulatorios, el episodio actual se había desencadenado súbitamente. Dijo que pensaba que la visita del otro hombre (el padre “biológico” de la niña, de quien no llevaba su apellido, porque había sido el fruto de “una relación ocasional”) le hizo mal; que si fuera posible él la llevaría a su casa con sus otros hijos (hasta ese momento no estaban viviendo juntos); y que “si era el padre de dos podía serlo de tres”, dándole su nombre al nuevo vástago. La información, que concordaba con los registros del hospital, me indicaba que el estado clínico de la paciente no tenía más de un día de duración. Pero, más allá de eso, también comprendí que este hombre interpretaba el estado actual de ella como una respuesta, y ese dato sobre la posición subjetiva de él me resultó alentador. Le pedí que me ayudara a entrevistar a la paciente. Ella, al verlo acercarse, entre llantos y gritos le exigía que la llevara a casa. A pesar de la notoriedad de su angustia se podía decir que la presencia del hombre la tranquilizaba.

Entonces aceptó ir a un consultorio. Depuso su negativa a hablar y me pidió que la medicara de inmediato.

A medida que va tragando el comprimido, su actitud comienza a transformarse de una manera sorprendente. Deja de llorar, le entrega la beba a su compañero e inicia el relato de una experiencia a la que no sabe qué estatuto de realidad darle ya que le había acontecido la noche anterior entre el sueño y la vigilia. Lo que relata es una vivencia cuya temática se confunde entre lo histérico y lo paranoico; y que si bien se originó en un sueño, se continuó en la vigilia, condicionando el comportamiento que todos habían observado. En sueños le pareció que “un hombre la quería marosear o violar”, se despertó y temió “que un bebé fuera robado o muriera ahogado”. Preguntó a la enfermera si todos los bebés estaban bien. Recorrió la sala con un cuchillo buscando al intruso. Estaba aterrada y sentía remordimientos por haberse quedado dormida. Asocia lo que va diciendo con un recuerdo infantil: una beba de su familia muere súbitamente mientras duerme.

Sin saberlo, esta mujer va diciendo más de lo que cree decir. Tenía el oscuro propósito de vertigarse del hombre que gozó sexualmente

de ella –“una relación ocasional”– robándole un hijo para entregárselo a “un padre”. Más allá, la figura del “hijo muerto” hace surgir la representación de fantasías de castigo por el deseo incestuoso de tener un hijo del padre. Pero también cabe otra interpretación de ese “hijo muerto”. Como diría Dalí, podría tratarse de “la variante maternal del mito de Saturno, de Abraham o del Padre Eterno con Jesucristo...”<sup>12</sup>

Tengo razones para pensar que ambas figuras tuvieron una enorme significación en el entorno en que se dio la consulta. Sólo que la segunda era más temible. Dada la semántica del caso me inclinaba a pensar que la querrela de esta mujer se dirigía fundamentalmente al hombre, en tanto que *partenaire* sexual, no a la hija recién nacida. Situar al otro sujeto de cuya maldad se lamenta el histérico o el paranoico tiene valor cuando evaluamos si hay alguien en peligro, y de qué peligro se trata.

Ahora bien, en toda consulta de urgencia, el argumento subjetivo –el que se obtiene cuando se puede situar quién habla–, en el que me baso para sacar mis provisionales conclusiones, debe completarse con una evaluación del tipo de síntomas en un sentido más descriptivo. En la paciente, más que la certeza perceptiva, lo que predomina es la incertidumbre. Su única certeza es la angustia. No puede afirmarse que en el momento de la entrevista esté alucinada o que tenga una certeza delirante. Respecto de la experiencia confuso-onírica se ha introducido una cierta distancia. Por empezar porque la cuenta, como quien cuenta un sueño. Todo su relato está formulado en tiempo pasado, pero no como un acontecimiento consumado. La localización que le da a la experiencia perceptiva que está en el origen de su angustia queda formulada así: “tal vez fue un sueño, no estoy segura de haber visto nada”. Y aunque no podía afirmarse que las ideas de perjuicio hubieran remitido completamente –yo no las consideraba sólo parte del texto de un sueño– al menos hablaba sin reticencia.

El hombre que la acompaña le recuerda que siempre se altera un poco en los partos. Se vuelve muy “sobreprotectora” con los hijos, o tiene demasiados “miedos”. Ella asiente. Ambos consideran que en este momento le sería útil reiniciar un tratamiento, como lo hizo en otras oportunidades. Finalizadas las últimas intervenciones e indicaciones (acompañamiento de la paciente, control por guardia de psiquiatría durante la semana y plan farmacológico, entre otras cosas) todo el grupo se vuelve a la casa.

<sup>12</sup> DALÍ, S. *El mito trágico del “Ángelus” de Millet*, Tusquets editores, España, 1989, pág. 147.

Además de considerar la posición subjetiva de la enferma, mi decisión tomó en cuenta el saber general sobre trastornos psicóticos breves. Es sabido que los episodios psicóticos desencadenados en el parto son considerados por la psiquiatría como trastornos psicóticos breves, es decir, se puede observar una mejoría en el curso de 24 hs. Además, actualmente –si bien esto merece una discusión más extensa–, la dimensión psicótica es considerada por la psiquiatría como un diagnóstico sindrómico, no estructural. Se sabe que un episodio confusivo, así como un cuadro alucinatorio de carácter visual y no auditivo, no necesariamente se debe a una estructura psicótica, puede tratarse de una histeria o de una intoxicación. Se sabe que la administración de ansiolíticos en las etapas tempranas de una desestabilización neurótica o psicótica mejora su evolución. Se sabe que si hay un entorno familiar o social que aloje al paciente es preferible evitar una internación forzosa, manteniendo una conducta expectante.

De este modo vemos, entonces, que para tomar una decisión en las urgencias consideramos tanto el saber general, probabilístico, como la posición subjetiva. En la medida en que no tengo un seguimiento del caso, no puedo presentar aquí consideraciones más concluyentes.

Para terminar recordaré el punto de partida que quería enfatizar: la estructura de una lógica colectiva, o de una psicología de masas, en la configuración de un caso de urgencia tiene una fuerza determinante notable.

Lacan decía a propósito de las formas paranoicas de la experiencia que “...las formas llamadas mórbidas, se presentan como particularmente fecundas en modos de expresión simbólicos que, aunque irracionales en su fundamento, no por ello dejan de estar provistos de una significación intencional eminente y de una comunicabilidad tensional muy elevada...”. Por esa misma razón el pasaje al acto paranoico puede suscitar la “simpatía trágica” de los hombres.<sup>13</sup>

Lo que he querido exponer en este caso, mediante el recurso a figuras de un enfoque antropológico de los “actos locos”, es que “una urgencia” se configura como tal cuando un sujeto aparece identificado con dichas figuras. Esta idea se puede explicar mediante el concepto freudiano de identidad de percepción e identidad de pensamiento.<sup>14</sup> Cuando estamos a nivel de la identidad de percepción, co-

<sup>13</sup> LACAN, J.: “El problema del estilo y la concepción psiquiátrica de las formas paranoicas de la experiencia”, en: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, Siglo Veintiuno editores, Bs. As., 1976.

<sup>14</sup> Identidad de percepción y de pensamiento son los términos freudianos que, a lo largo de sus cursos, Germán García viene trabajando como pola-

mo en la alucinación, algo se *es*, en cambio cuando se está a nivel de la identidad de pensamiento algo se *dice*. Cuando se *es* no se dice y, por el contrario, en el decir hay cierta desidentificación. Por esta razón sostengo que se puede tomar una decisión acerca del riesgo una vez que podemos evaluar tanto el grado de enajenación de un sujeto en relación a una figura del Otro como la figura de la que se trata.

## Urgencias // La urgencia // Lo urgente en la infancia

JORGE BLIDNER

### La urgencia hoy... ¿qué no es urgencia hoy...?

Plantear el tema de las urgencias exige primero definir qué es urgencia y qué campo de la praxis profesional con la urgencia convoca nuestra mirada.

Empezaremos por esbozar la segunda parte: el campo que escrutaremos es la tarea con niños en los hospitales del SPS (Sistema Público de Salud); campo donde se entrecruzan y coexisten precariamente la psiquiatría, el psicoanálisis, la salud mental, la salud pública, la sociología, la antropología, la economía, el derecho y, *last but not least*, el concepto de qué es ser niño en urgencia. Este lugar poblado de acechanzas tiene el privilegio de ser un mirador social implacable, donde hay un hacer y un decir que deben ser rescatados de la anomia vigente. Volveremos a ahondar sobre estos temas luego de estas primeras definiciones.

Sobre qué es urgencia decimos que el concepto de *urgencia* tiene dos ejes: *tiempo y distancia*; y dos puntos en comunicación: el del urgido *que llama* (demanda) y el del interlocutor *que responde* la llamada (respuesta).

Jorge Blidner. Médico especialista en Psiquiatría Infantil. Jefe de la Unidad de Psicopatología del Hospital de Niños "Dr Ricardo Gutiérrez", Ciudad de Bs. As. • Mail: jlblidner@intramed.net

NOTA DEL AUTOR: Nuestro más profundo agradecimiento al personal de Guardia del Hospital de Niños "Dr Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad de Buenos Aires por compartir sus experiencias con el autor.

ridad percepción-lenguaje. Entre estos términos él sitúa al inconsciente como representación. El modo en que una experiencia subjetiva se vuelca hacia uno u otro polo es lo que hace de ella o bien algo que pertenece al campo de la repetición (como reminiscencia) o bien un momento de escansión de ese campo, momento en el que se abandona una identificación.

## Bibliografía consultada

- FREUD, S.: "Carta 52" de la "Correspondencia con Fliess", en: *Obras Completas*, Tomo 1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- LACAN, J.: *El Seminario, Libro 7, La identificación*, Ed. Paidós, Bs. As., 1998.
- LACAN, J.: *El Seminario, Libro 20, Aún*, Ed. Paidós, Bs. As., 1989.
- LAURENT, E.: *¿Hay un fin de análisis para los niños?*, Colección Diva, Bs. As., 1999.
- ÉKOUSSE, M. H.: "¿De qué sufrimos?", en: *Virtualia* #5, 2002.
- AGAMBEN, G.: *Idea de la prosa*, Ed. Península/ideas, Madrid, 1989.
- TARKOVSKI, A.: *Esculpir en el tiempo*, Ed. Rialp, 2002.
- BLEICHMAR, S. y otros; *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*, Lugar editorial, Bs. As., 1995.
- FOUCAULT, M.: *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1967.
- GALENDE, E.: *Psicoanálisis y salud mental*, Ed. Paidós, Bs. As., 1990.
- GUATARI, F.: *Caosmosis*, Ed. Manantial, Bs. As., 1996.
- KAES, R. y otros; *La institución y las instituciones*, Ed. Paidós, Bs. As., 1989.
- MANNONI, M.: *Qué ha sido de nuestros niños locos*, Ediciones Nueva Visión, 1996.
- MANNONI, M.: *La educación imposible*, Siglo Veintiuno ediciones, 1990.
- RUBINOVICH, V.: "Algunas notas sobre la práctica en la urgencia", en: *Psicoanálisis y Hospital* N° 13, Junio de 1998, pág. 15.
- ARONSON, A.: "Dispositivo de atención de crisis en un hospital general", en: *Psicoanálisis y Hospital* N° 13, junio de 1998, pág. 8.
- GRECO, C.: ROSEMBERG, F.: "Sobre la internación", en: *Psicoanálisis y Hospital* N° 2, Verano de 1993, pág. 80.

## Urgencias de la salud mental

EMILIO VAŞCHETTO

Qué conviene entender por salud mental, qué sabemos de la urgencia, qué podemos esperar de la urgencia en salud mental.

Bajo este título decidí unir dos palabras que operan bajo la égida institucional y tiñen el ejercicio profesional de quienes formamos parte, en este caso, del ámbito del hospital general.

Decir "urgencias" es reunir en plural múltiples concepciones a las cuales adscriben diferentes discursos. En principio el discurso médico, como discurso amo, que accedió históricamente a aquello que inicialmente se ofrecía a la mirada del galeno, en ruptura con el arco temporal instaurado por la evolución natural de la enfermedad. De esta manera su labor más esmerada fue la de recomponer en su estructura visible, una nueva continuidad en otro orden, modificando la institución y especializando su práctica. En este horizonte se ha ido instalando, no sin dificultad ni ambigüedades, con su arte y su pericia<sup>1</sup>, la urgencia psiquiátrica.

El otro sintagma que completa el acápite; "salud mental", nos interesa en razón de que nunca se sabe a ciencia cierta qué significa esto. No sólo por la ausencia de una política estatal en nuestro país, que

EMILIO VAŞCHETTO. Médico psiquiatra. Coordinador del Equipo interdisciplinario de tratamiento de la crisis del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro, Prov. de Bs. As. Psicoanalista en Buenos Aires. Miembro del Centro Descartes. Vicepresidente del Capítulo de Epistemología e Historia de la psiquiatría Argentina de APsA -Asociación de Psiquiatras de la Argentina • Mail: satturco@yahoo.com

<sup>1</sup> Es preciso hoy en día tener en mente los preceptos introducidos por Karl Jaspers en su introducción a la *Psicopatología general*, al distinguir la psicopatología como ciencia de la psiquiatría como pericia y arte. (Ver págs. 7 a 10).

refuerza la incertidumbre de quienes receptamos el sufrimiento llamado psíquico, sino también porque no es fácil definir positivamente qué es un estado de salud mental. No voy a reproducir aquí los términos con los que concluye la OMS sino que me interesa resaltar el uso que podemos dar al significante salud mental.

Parece apropiado utilizar para este propósito el concepto vertido por Ernesto Laclau de *significante vacío* y *significante flotante*<sup>2</sup>, puesto que nos ayuda a dar cuenta de aquello que proviene de la retórica social y que se articula mediante dos operaciones: el vaciamiento y el flotamiento. Vale decir, entre una ausencia del significado y un exceso del mismo. En lo primero no se trata de una carencia del proceso de significación, sino por el contrario, de un lugar vacante al que advienen contextualmente diversos sentidos. La salud mental como una versión ya claudicada del estado de bienestar (la paz social), la promoción de un estado de equilibrio psíquico (individual), o bien una política de acceso a los medicamentos (recordemos la implementación en Argentina en el año 2002, del plan "Remediar", que brinda cobertura "universal" de fármacos a la población); son algunos de los ejemplos discursivos, a los cuales podrían añadirse otros en nuevos contextos enunciativos.

El sentido entonces que posee dicho significante, ora vacío ora flotante, para quienes compartimos el campo profesional de los servicios de salud mental del hospital se sostiene en los puntos de encuentro donde la psiquiatría, el psicoanálisis y otros saberes trabajan para acoger el malestar psíquico<sup>3</sup>.

## Urgencias en interfase

En un artículo recientemente publicado en la *Encyclopedie Medico-Chirurgicale* titulado *Urgencias psiquiátricas*<sup>4</sup>, se vierte un concepto sencillo pero que nos puede ayudar a desglosar lo que debe aparecer en primer plano: "la urgencia psiquiátrica no se resume solamente en las urgencias de la psiquiatría, a saber los momentos de descompen-

sación de las enfermedades psiquiátricas localizadas como tales ... (se trata de) una demanda donde la respuesta no puede ser diferida<sup>5</sup>".

Podemos hacer extensiva esta definición hacia nuestro campo para interrogar así nuestra praxis. Bien sabemos que desde el psicoanálisis responder a la demanda puede en algunos casos llevar a lo peor. Pero no se trata de eso. Estamos en el terreno de un pedido que proviene frecuentemente del Otro social y donde el mayor porcentaje de casos que concurren en situación de urgencia no se encuentran inicialmente en condiciones de presentar una demanda articulada en tanto tal. Esto sin embargo no nos exime de una apuesta ética orientada hacia poder promoverla.

Lo que observamos en nuestra comunidad, es el incremento de situaciones concurrentes que vamos a denominar, siguiendo la propuesta del artículo comentado, "crisis". Se trata de que las urgencias del manual de psiquiatría, las del algoritmo decisional, han claudicado. Las urgencias psiquiátricas "puras" o "verdaderas", que implicaban descompensaciones o inicio de patologías ya conocidas (tales como episodios psicóticos, maníacos, accesos melancólicos, etc.) ya no son la regla, sino más bien las expresiones sintomáticas polimorfas que ensombrecen la estructura subyacente.

El 70 %, según estos autores –y adscribimos a esta mensura al menos para las urgencias del hospital general– comprende las llamadas "crisis". Es "La urgencia sentida, la urgencia subjetiva... no se trata de enfermedades psiquiátricas diagnosticadas y en evolución... el psiquiatra está, en este cuadro, confrontado a una situación clínica marcada por la inestabilidad, y él no puede más que difícilmente portar un diagnóstico seguro y definitivo"<sup>6</sup>. Cuando las demandas urgentes llegán al hospital psiquiátrico habitualmente ya fueron interpretadas, pasaron por la máquina significante que segrega o agrupa las disonancias de la comunidad, detrás del muro.

El psiquiatra o el profesional de la salud mental en general –ertglobando aquí al personal conminado a dar respuesta a aquello que Jean Claude Milner llama pertinentemente el "mal vivir"<sup>7</sup>– se en-

<sup>2</sup> Ver LACLAU, E.: *Misticismo, retórica y política*, Fondo de Cultura Económica, Bs. As., 2002; en: *Debates contemporáneos*, autores varios, EOLIA, 2004; *Revista Conceptual*, Conferencia dictada en la ciudad de La Plata año 2001.

<sup>3</sup> Al momento de la realización de este pequeño escrito se encuentra funcionando en el Hospital Central de San Isidro el *Equipo interdisciplinario de tratamiento de la crisis*, compuesto por psiquiatras, psicoanalistas, acompañantes terapéuticos y trabajadores sociales. Agradezco los aportes desinteresados de mis compañeros para pensar este dispositivo, ya que parte de su formalización se encuentra en el entretejido de este trabajo.

<sup>4</sup> BOITEUX, C.: CLOSTRE, M.: QUEREL, C.: GALLARDA, T.: "Urgence psychiatrique", en: *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, 2004.

<sup>5</sup> *Op. cit.* pág. 1

El subrayado es nuestro

<sup>6</sup> *Op. cit.* pág. 1.

<sup>7</sup> "...el malvivir rebasa ampliamente los límites de lo que podemos llamar trastorno o enfermedad mental... Ahora bien, las disciplinas del malvivir tienen un nombre en la sociedad moderna: son las disciplinas 'Psi'". "El gran secreto de la ideología de la evaluación", MILNER, J.-C. Publicado en *Le Nouvel Âné* N°2, Diciembre de 2003.

cuentra con algo novedoso en su praxis en el ámbito del hospital polivalente: la llamada "clínica de la urgencia" ya no es un terreno conocido sino un espacio confluyente caracterizado por la antedicha "inestabilidad". Consideramos que las categorías que en otro tiempo encastraban en el manual están actualmente, al igual que los estándares clínicos, también en crisis.

Además vemos que el paciente, o quienes están expuestos a la situación de crisis, no concurren directamente al hospital psiquiátrico, sino que son frecuentemente asistidos por los médicos generalistas en atención primaria hasta que llegan a la guardia del hospital. Por lo general el síntoma (entendiéndolo a éste en forma preliminar como una disfunción individual o del entorno) tiene una manifestación que los médicos clínicos o cirujanos llaman "funcional". "La expresión sintomática está caracterizada por el paroxismo, el exceso, la explosión, ella se sitúa en el campo del acto y no del dicho"<sup>8</sup>. Este carácter "dramático y explosivo" hace que la respuesta no pueda ser diferida.

### El hacerse cargo de la urgencia (*prise en charge*)<sup>9</sup>

¿De qué manera podemos responder ante lo que se presenta como caótico, desorganizado, heterogéneo y que requiere una respuesta inmediata? ¿Es un mero esfuerzo empírico?

Partimos de la creencia de que la realidad en la que se manifiestan los fenómenos tiene una estructura que le es propia y que es el desarrollo de su efectividad misma, de su *Wirklichkeit* (en términos freudianos) la que se impone. Nuestra tarea es intentar la lectura y el abordaje de esta realidad para un tratamiento posible de la causa.

Podemos pensar la intersección psiquiatría-psicoanálisis como una operación constitutiva y estructural donde tanto la psiquiatría como el psicoanálisis superponen sus carencias, en tanto respuestas a lo real del sufrimiento, confluyendo en el profesional de la salud mental<sup>10</sup>.

El lazo indefectiblemente desfazado entre práctica y teoría nos permite desterrar el precepto extemporáneo –al menos para este caso en particular– de que el concepto determina nuestra práctica. Más bien proponemos reflexionar lo siguiente: de acuerdo a las respuestas que ofrezcamos a la crisis sabremos qué concepto poseemos de la urgencia. En virtud del lugar donde se sitúa la respuesta del profe-

sional de la salud mental, marcará el horizonte discursivo desde donde guiar la cura.

Ya sea el atemperar el sufrimiento psíquico o la producción de un saber sobre lo que lo causa; ambos sin ser autoexcluyentes, estarán modalizados en dos tipos de intervención.

El hacerse cargo de la crisis no se limita a una consulta con la elaboración de un diagnóstico y la hospitalización de acuerdo a la evaluación de la peligrosidad y el riesgo. Hay un extenso recorrido entre aquél que expresa un malestar y concurre espontáneamente solicitando una respuesta urgente y las perturbaciones graves que implican un riesgo para la vida. La solución más conocida es para las primeras el tratamiento ambulatorio, mientras que para las segundas la judicialización e internación.

Entre estos dos polos de derivación transcurren, a nuestro entender, el grueso de las patologías de crisis. Para lo cual es preciso poder realizar una entrevista lo más exhaustiva posible intentando captar cuál es la demanda formulada por el paciente y cuál es la demanda de su entorno (los que traen al paciente o los que demandan al traer al que nombran paciente), el síntoma (lo disfuncional) que se presenta y el sentido posee para el que lo porta, y finalmente cuál es el grado en el que se ha perjudicado el lazo social. Por esto último es que hemos indicado en reiteradas oportunidades el concurrir a los talleres terapéuticos del hospital –usualmente utilizados por pacientes estabilizados– dentro del cuadro de urgencia como articuladores entre un rasgo emergente en el sujeto y el circuito provisto por la institución. Los efectos no se hicieron esperar: reducción de las dosis de psicotrópicos y menores recaídas a largo plazo.

Muchas veces es necesario el alojamiento en el lugar mismo donde se presenta la crisis (en nuestro caso a veces es la sala de guardia) de uno o dos días como máximo para poder diseñar la estrategia que conviene al caso.

La farmacoterapia, necesaria aunque corrientemente utilizada en algunas instituciones como único recurso, posee en nuestro programa tres indicaciones precisas:

- las alteraciones graves del sueño (el insomnio pertinaz de varios días que eclipsa la sintomatología generando confusión);
- los trastornos comportamentales: agresividad y agitación psicomotora;
- la angustia y las experiencias enigmáticas.

En lo particular el objeto psicofarmacológico estará orientado al uso imaginario que pueda tener en cada sujeto.

<sup>8</sup> Op. cit. pág. 2.

<sup>9</sup> Op. cit. pág. 2.

<sup>10</sup> RIVAS, E., *Psiquiatría <> Psicoanálisis, la clínica de la sospecha*, Miguel Gómez Ediciones, Madrid, 2000.

Como expusimos anteriormente, la crisis de los manuales y del estándar clínico nos impone una estrategia plástica donde podamos flexibilizar nuestra práctica.

Es por ello que en el espacio del hospital general, quienes intervenimos desde el área de la salud mental debemos tener en cuenta el entrecruzamiento con otros campos de saber. Si pensamos que podemos suministrar alguna respuesta al "mal vivir", será a condición de ser sensibles al modo en que se "muda" la subjetividad de la época, a la manera en que va cambiando las pieles de su retórica. Lo cual excede conceptual y operacionalmente el ámbito de la atención médica<sup>11</sup>.

Pensamos que el psicoanálisis en su intersección con otras disciplinas –que no es sin el malentendido– podría dar cuenta de una política de inclusión y de lazo social. De esta manera hemos diseñado un dispositivo de red, teniendo en cuenta lo que significa tal denominación, es decir un circuito institucional y extrainstitucional desde donde producir un sujeto.

Esto requiere, sin embargo, de una etapa previa de diagnóstico que iría –en principio– en contra de lo anterior. Lo llamamos una estrategia de reducción, ya que todas las urgencias, teniendo en cuenta la estructura de la palabra, expresan uno de estos dos elementos últimos que no engañan y que se manifiestan clínicamente correlativos: *la angustia y la certeza*. Dos elementos, al fin y al cabo, semánticos, que llevan aparejados en su a-temporalidad el sufrimiento más extremo y que hace que debamos actuar con la prisa necesaria para volver a un tiempo donde algo pueda ser bien-dicho. Como toda crisis (*Akme*), también es una ocasión oportuna, un tiempo justo y un momento decisivo. Así, la acción del equipo está orientada a posibilitar un pasaje del punto crítico –fragmento de realidad efectiva que en una primera aproximación emerge como caótica, heterogénea o desorganizada–, a la urgencia subjetiva.

El psicoanálisis desde la lectura de sus acontecimientos históricos nos enseña sobre los momentos de crisis y las modificaciones de la doctrina; nos demuestra que existe desde sus comienzos un lazo entre crisis y técnica. En un primer momento la revelación analítica con la presencia de la agudeza freudiana provocaba curas casi milagrosas pero luego con el transcurso del tiempo se debilitó esta impresión, lo que hizo que Freud introdujeran sus nuevas nociones metapsicológicas en 1920. El viraje se produjo a partir de "una crisis concreta" –se-

gún Jacques Lacan debido a la "interpretación delirante" de los posfreudianos del ego– y sirvió para seguir manteniendo el descentramiento del sujeto por una parte, y por la otra, la fabricación de nuevas nociones en solidaridad con la subjetividad de la época<sup>12</sup>. Después de Freud sólo queda la nostalgia de un yo autótono.

Se trata muchas veces de lograr en la textura de la palabra un efecto de sujeto, ahí donde en la sincronía de la irrupción de la angustia o las experiencias de certeza pueda proponerse un trabajo diacrónico de sentido provisto por el Otro de la institución. Es oportuno a nuestros propósitos reproducir las palabras de J. L. Borges en su *Nueva refutación sobre el tiempo*: "...cada vez que recuerdo el fragmento 91 de Heráclito *No bajarás dos veces al mismo río*, admiro su destreza dialéctica, pues con la facilidad con que aceptamos el primer sentido ("El río es otro") nos impone clandestinamente el segundo ("Soy otro") y nos concede la ilusión de haberlo inventado..."<sup>13</sup>. Nos lleva a pensar que el sujeto es eso nuevo cada vez, lo que se gesta en la prisa del devenir. Es nuestra tarea la de provocar el deslizamiento de la danza significativa para que surja en esa retroacción.

<sup>11</sup> STAGNARO, J. C., "Sufrimiento y salud mental en la crisis social", en: *Vértex*, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XIV, Enero – Febrero, 2004.

<sup>12</sup> LACAN, J.: *El seminario, Libro 2, El yo en la teoría de Freud...*, Paidós, 1997, págs. 11-25.

<sup>13</sup> BORGES, J. L.: *Otras inquisiciones*, Emecé, Bs. As., 1989.

SRM Cursos®