



Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires  
Argentina

Fazio, Vanesa P.; Mazzia, Valeria; Sotelo, M. Inés  
La cadencia de la interpretación en la clínica de la urgencia de la neurosis  
Anuario de Investigaciones, vol. XX, 2013, pp. 95-103  
Universidad de Buenos Aires  
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949022>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# LA CADENCIA DE LA INTERPRETACIÓN EN LA CLÍNICA DE LA URGENCIA DE LA NEUROSIS

## THE CADENCE OF INTERPRETATION IN THE EMERGENCY CLINIC OF NEUROSIS

Fazio, Vanesa P.<sup>1</sup>; Mazzia, Valeria<sup>2</sup>; Sotelo, M. Inés<sup>3</sup>

### RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en la investigación UBACyT 2012-2015 *“Los dispositivos para alojar la urgencia, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos”*, dirigida por Inés Sotelo. El propósito es trazar estrategias para la atención a la demanda en urgencia en Salud Mental y su prevención. En esta oportunidad, nos proponemos poner en consideración la interpretación analítica como orientadora de la atención a la demanda en urgencias en casos de neurosis. Para ilustrar la lógica de la intervención del analista, recurriremos a un término tomado de la música: la cadencia. Pensamos que este término puede ser representativo de cómo la labor interpretativa del analista puede convocar la producción de un significante en el cual el sujeto se represente, aún en los momentos de crisis. Asimismo, se harán referencias respecto de la cuestión del tiempo y su relación con la clínica de la urgencia.

La intervención del analista, en la clínica de la urgencia de la neurosis, posibilitará que aquello que se presenta como ajeno al sujeto, la crisis, pueda subjetivarse e inaugurar un nuevo tiempo. Tiempo de resolución de la urgencia y de apertura de una eventual demanda de análisis.

### Palabras clave:

Urgencia - Intervención - Interpretación - Cadencia - Tiempo

### ABSTRACT

This work is part of research UBACyT 2012-2015 *“Devices to accommodate the urgency, from the perspective of practitioners, psychiatrists and psychologists involved in them”*, directed by Inés Sotelo. The purpose is to develop strategies for the care of urgent demand in Mental Health and its prevention.

In this opportunity, we propose to consider the analytic intervention as a guide for care in the emergency demand in cases of neurosis. To illustrate the logic of the analyst's intervention we might use a term borrowed from the music: the cadence. We think it may be representative of how the interpretive work of the analyst can summon the production of a signifier in which the subject is represented, even in times of crisis. We also, will take references on the issue of time and its relation to clinical urgency.

The analyst's intervention in the emergency clinic of neurosis will allow that which is presented as alien to the subject, the crisis, can inaugurate a new time. An urgency resolution time and an eventual opening to an analysis demand.

### Key words:

Urgency - Intervention - Interpretation - Cadence - Time

<sup>1</sup>Lic. en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Investigadora en formación de las Investigaciones UBACyT 2008-2010 y 2010-2012. Psicoanalista. Docente de “Psicoanálisis Freud”, Cátedra I, de la Facultad de Psicología de la UBA. E-mail: vanesafazio@hotmail.com

<sup>2</sup>Lic en Psicología, UNLP. Investigadora en formación de las Investigaciones UBACyT 2008-2010 y 2010-2012. Psicoanalista. Docente de la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

<sup>3</sup>Directora de las Investigaciones UBACyT 2008-2010 y 2010-2012 y 2012-2015. Psicoanalista, Coordinadora de la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia. Profesora titular de las materias Psicopatología, Carrera de Musicoterapia, y Psicoanálisis: orientación lacaniana. Clínica y escritura, Facultad de Psicología, UBA.

## Introducción

El presente trabajo se enmarca en la investigación UBA-CyT 2012-2015<sup>1</sup> *“Los dispositivos para alojar la urgencia, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos”*. La investigación es dirigida por Inés Sotelo.

Como antecedentes de la misma, contamos con dos investigaciones llevadas a cabo por el mismo equipo. La primera, correspondiente a los años 2008-2010, se titula *“Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental. Hospital Central de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires, Hospital San Bernardo de la Provincia de Salta (Argentina) y Hospital Maciel de Montevideo (Uruguay)”*. La segunda, recibió el nombre de *“Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público”* y corresponde a los años 2010-2012.

En la primera investigación se recabaron datos sobre el modo en que se presentaba la demanda durante un periodo de tiempo determinado (cuatro meses), en los servicios de urgencias psiquiátricas y psicológicas, en tres hospitales del Mercosur y se establecieron comparaciones entre ellos.

Se tomaron como muestra los casos de 714 consultas de sujetos de ambos sexos, mayores a 15 años.

Se llevó a cabo un relevamiento de datos, que incluyó el diseño de un protocolo para ser completado por el profesional a cargo de la admisión, que es realizada de acuerdo con la normativa de cada hospital. El protocolo incluye diversos datos, que, para su análisis fueron agrupados en variables, tales como: subjetivas (posibilidad del sujeto de relatar lo que le ocurre, localizar acontecimientos relacionados con la urgencia, establecer una hipótesis sobre la causa de la misma), de elección del hospital (si es por cercanía, por confianza, etc.), de diagnóstico presuntivo (psicoanalítico y psiquiátrico) y variables relacionadas con la conclusión de la urgencia: derivación, alta o internación (Sotelo, I. *et al.* 2008).

El segundo proyecto se propuso analizar la eficacia de los tratamientos conducidos desde la perspectiva psicoanalítica. La investigación se acotó al análisis de 50 casos de pacientes, que recibieron un tratamiento individual en el Hospital Central San Isidro. Se excluyeron aquellos casos que requirieran atención farmacológica. La investigación se centró en tratamientos con una duración de 16 entrevistas. Para el análisis de los datos, se consideró como variable relevante el alivio sintomático. Se establecieron relaciones entre las intervenciones de los profesionales y los cambios en la posición subjetiva de los pacientes.

Por último, el proyecto actual propone analizar las características de los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias en salud mental en hospitales monovalentes y polivalentes, de la Ciudad de Buenos Aires y del Conur-

bano Bonaerense. Con el objetivo de aportar datos sobre sus fortalezas y debilidades, se tomaron entrevistas semi estructuradas a 50 profesionales, que trabajan en guardias y admisiones de hospitales públicos. El propósito es aproximarse a la realidad de los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias, localizando los aspectos que favorecen u obstaculizan la resolución de la urgencia.

De la lectura de dichas entrevistas surge la necesidad para los profesionales de realizar intervenciones que logren articular la eficacia terapéutica con los tiempos institucionales.

En este trabajo nos proponemos analizar el lugar que puede ocupar la interpretación analítica como intervención orientadora de la atención de urgencias en salud mental. Para alcanzar este propósito, será necesario establecer un contrapunto entre el discurso psicoanalítico y el discurso médico y considerar las exigencias institucionales en relación con el tiempo de duración de la atención dichas las urgencias.

Para pensar esta problemática de la relación entre tiempo y eficacia estudiaremos un aspecto de la lógica de la intervención del analista. Recurriremos a un término tomado de la música: la cadencia, que puede ser representativo de cómo la labor interpretativa del analista, encarnando la posición de un *“significante cualquiera”* (Miller, J-A; 2011, p. 298), puede convocar la producción de un significante por parte del sujeto, aún en los momentos de crisis.

La atención de la urgencia en Salud Mental.

La consulta de urgencia en salud mental puede considerarse una *“oportunidad”* para el comienzo de un análisis. Así, la atención a la urgencia puede ser parte de las denominadas *“entrevistas preliminares”* (Sotelo, I. 2007, p. 36, 37).

Por entrevistas preliminares, entendemos el tiempo que transcurre entre el momento en que se consulta a un analista, por primera vez, hasta que comienza el análisis (Cottet, *et al.* 1993, p. 98).

En relación con el alivio sintomático, podemos hablar de la disminución del malestar, a partir de la intervención del psicoanalista.

Dicha intervención apunta, en paralelo, por un lado, a resolver el motivo de consulta y, por el otro, a producir un espacio que posibilite el comienzo de un tratamiento psicoanalítico. Para resolver el motivo de la urgencia será pertinente que el sujeto logre ubicar cuáles son los acontecimientos ligados a la irrupción de la urgencia. Se tratará de que el sujeto pueda establecer alguna hipótesis sobre qué es lo que ha producido la crisis actual. (Sotelo, I; 2007).

*“Desde una lectura psicoanalítica, se puede decir que una urgencia ha finalizado cuando se ha subjetivado, cuando ésta ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto. Es decir, cuando, a partir del trabajo realizado se hubiere ubicado, en el lugar de la causa, aquello que concierne al sujeto”* (Sotelo, I; 2012, p. 41). Esto es tratado de manera diferente en el paradigma médico que considerará finalizada una urgencia cuando los síntomas o fenómenos que la promovieron hayan desaparecido, retornando así a una situación de *“normalidad”* o *“adaptación”*.

Por otro lado, en la urgencia está implicada la dimensión del tiempo. Si es urgente, para el modelo médico, requie-

<sup>1</sup>Integrantes del Equipo de investigación: Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga, Lucas Leser, Marta Coronel, Miguel Marini, Alejandra Rojas, Valeria Mazzia, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Alejandra Cruz, Paola Méndez, Graciela Tustanoski, Vanesa Fazio, Emilia Paturlanne, Antonella Miari, Mariana Castro, Evangelina Irrazabal, Lucas Rodríguez, Gabriela Triveño, Mariana Fevre, Gabriela Santimaria, (Investigadores en formación), Laura Grischpun (Investigador estudiante)

re rápida intervención en tiempo real.

En relación con esta cuestión, desde la intervención psicoanalítica en la urgencia se introducirá otra temporalidad, acorde a la lógica de los procesos inconscientes, con el fin de que el sujeto cambie la posición pasiva frente a sus síntomas (Sotelo, I. 2012, p. 236).

Entonces, frente a la exigencia de respuestas rápidas y eficaces, se propone introducir una pausa, para decidir la particularidad de la urgencia y la estrategia a seguir (Bellaga, G. C. 2004, 2005; Delgado, O. 2005; Naparstek, F. 2009 [2005], p. 79; Sotelo, I. C. 2009 [2005]; Sotelo, I. 2007, p. 53 a 55, 106, 115).

De acuerdo a la temporalidad del inconsciente, el analista, propone una pausa que permita abrir un *"tiempo de comprender"* (Lacan, J. 2012 [1945]; 2007 [1964], p. 47 y 48).

## Las investigaciones

### Investigación UBACyT 2008-2010: Análisis comparativo de la demanda e intervenciones.

El proyecto de investigación "Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental" UBACyT 2008-2010 en cuatro hospitales del MERCOSUR: Hospital Central de San Isidro (Buenos Aires - Argentina), Hospital San Bernardo (Salta - Argentina), Hospital Maciel (Montevideo - Uruguay) y el Hospital Das Clínicas (Belo Horizonte - Brasil), tuvo como objetivo general establecer una comparación del perfil de la población así como de las modalidades de demanda y de quienes se presentaron, con perturbaciones psíquicas, a las consultas de urgencia, con el propósito de aportar datos que permitan trazar, en un futuro, estrategias para asistencia en salud mental.

Se caracterizó a la consulta de urgencia como aquella que se produce por demanda espontánea, pudiendo solicitarla: el paciente, la familia, el juez, un profesional de otra área de salud u otros. Su modalidad de presentación es variada, sin embargo, habitualmente, se manifiesta como irrupción sintomática, como exceso de sufrimiento insostenible para el paciente y requiere urgente resolución. Se utilizó un protocolo especialmente diseñado que se administró a 714 personas que concurren al servicio de urgencias entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2008. De los datos recabados en este estudio se tomarán los relacionados al diagnóstico estructural y el modo de subjetivación y resolución de la urgencia (cantidad de entrevistas necesarias, medicación, modo de resolución).

En relación al diagnóstico, el 79,3% de los consultantes recibió un diagnóstico presuntivo de neurosis, mientras que el 17,8% recibió uno de psicosis [ver anexo tabla n° 1].

Desde la perspectiva del DSM IV, el 35,9% de los diagnósticos realizados fue de "trastornos de la ansiedad". El 20,8%, fue de "trastornos del estado de ánimo" y un 15,5% de "trastorno de la personalidad y del control de los impulsos". Sólo un 7,7% de los diagnósticos fue de "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos". Un 6,9% fue de "trastornos relacionados con el consumo de sustancias" [ver anexo tabla n° 2].

Con respecto a la resolución de la urgencia encontramos que: del total de los pacientes el 95,2% puede armar un relato sobre lo que le sucede, el 87% puede localizar

acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia y el 69,3% formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas [Ver anexo tablas n° 3, 4 y 5].

Del análisis de datos cuantitativos se desprende que en la urgencia hay una capacidad decreciente desde la posibilidad para armar un relato (95,2%) a localizar los acontecimientos ligados a la misma (87%) a formular hipótesis (69,3%) que implica un grado mayor de implicación. "El acontecimiento puede ser vivido como algo ajeno que irrumpe, por ejemplo ansiedad, los acontecimientos dan cuenta de la sincronía y finalmente las hipótesis dan cuenta de la sincronía exigiendo alguna subjetivación" (Sotelo, M. I. 2012).

La mayoría de los consultantes (59,4%) fueron derivados a un tratamiento por consultorios externos. El 16,7% fue derivado para internación y un 15% fue dado de alta. El 33,1% de los casos requirió una medicación psiquiátrica. (Sotelo, I., *et al.* 2013) [Ver anexo tablas n° 6 y 7].

Los datos obtenidos revelan, a partir de la comparación entre los hospitales, que en el hospital de San Isidro el mayor porcentaje de estas consultas (92,2%) se resuelve de 2 a 5 entrevistas, siendo en este dónde encontramos consultas que se resuelven en más de 5 entrevistas (un 7,1%). En cambio, en los hospitales de Montevideo, Brasil y Salta el dispositivo de atención se encuentra de antemano configurado como una única entrevista, para luego derivar, según el caso, a consultorios externos, internación o alta. En estos casos se privilegia el diagnóstico sincrónico para evaluar peligrosidad para sí o para terceros. Este modo de funcionamiento de los dispositivos implica una dificultad a la hora de leer la resolución de la urgencia ya que no se puede medir a posteriori el efecto del encuentro con un analista en la primera entrevista. (Sotelo, I., *et al.* 2011) [Ver anexo tabla n° 8].

### Investigación UBACyT 2010-2012: Intervenciones del analista acordes a una ética del silencio.

El proyecto UBACyT 2010-2012 *"Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público"* tuvo como objetivo principal establecer la eficacia de los tratamientos conducidos desde la perspectiva del psicoanálisis, acotados a los plazos institucionales hospitalarios de 16 entrevistas.

Como método el terapeuta completó el informe evaluativo CGI (Impresión Clínica Global) en la primera y última entrevista, realizó una descripción de los síntomas desde la semiología psiquiátrica y desarrolló una hipótesis del diagnóstico desde el punto de vista estructural y desde el DSM-IV. A lo largo del tratamiento, entrevista por entrevista, el terapeuta fue registrando las interpretaciones, la evolución del motivo de consulta, las cuestiones relativas a las figuras transferenciales, puntualizaciones sobre los síntomas y las observaciones pertinentes. Por último, un agente externo al tratamiento, mantuvo una entrevista semidirigida con el paciente en la cual se obtuvo un testimonio del mismo acerca del motivo de consulta, el estado actual de los síntomas y la incidencia que tuvo sobre ello el tratamiento realizado. La población de estudio son 50 casos de pacientes mayores de 21 años de ambos sexos, que demanden sólo un tratamiento individual por padecimiento psíquico de urgencia, sin cita previa en el Servicio

de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro. (Sotelo, I., *et al.* 2010-2012)

A partir del análisis de los protocolos, pudimos evaluar las modalidades de tratamiento conducidos por un psicoanalista, acotado a 16 sesiones. De dicho análisis y, en su articulación con la bibliografía que seleccionáramos a tal fin, se desprenden conclusiones tales como: la constatación del alivio sintomático en el paciente, así como de la eficacia de este dispositivo (acotado a los plazos institucionales hospitalarios) en relación con la resolución de aquello que motivo la consulta y la posibilidad de constituir este espacio en preliminar a un tratamiento posterior.

De los datos reunidos durante la entrevista posterior a la finalización del tratamiento, los pacientes expresaron efectos terapéuticos (como sentirse mejor, cambio en el estilo de vida, subjetivación del motivo de consulta) que vinculan con la eficacia del tratamiento. Más del 60% está satisfecho con el tratamiento recibido [Ver anexo tabla n° 9].

En las conclusiones del trabajo "Intervenciones del analista acordes a una ética del silencio" (Mazzia et al, 2012), se establece una relación entre las intervenciones que dan lugar a la singularidad de quien consulta y la posición del analista acorde a un ética del silencio. Así, se vincula la posición del analista encarnando lo no dicho ni posible de decir, a los límites de la palabra en el tratamiento por la palabra, aun cuando quienes consultan no sean pacientes en el sentido psicoanalítico del término. Desde el punto de vista de la intervención psicoanalítica en la atención de las consultas, destacamos la especificidad de la misma ligada a la ética del silencio y la relación de este con la interpretación, evocación y resonancia, así como el corte de sesión, cuando esta guiado por la lógica del discurso del sujeto. Al silencio de la pulsión el analista opone un silencio en acto que permite que la palabra de un sujeto tenga efectos de sentido y de borde a lo que no puede decirse, lo que no responde a la semántica.

#### **Investigación UBACyT 2012-2015: La mirada de los profesionales sobre el dispositivo de atención de la urgencia.**

El aumento progresivo de la demanda de urgencia en Salud Mental, el colapso de los dispositivos tradicionales para tratarla y la reincidencia de estos pacientes en las guardias de todo el mundo dan cuenta de la necesidad de dispositivos que den respuestas eficaces para su tratamiento, para lo cual es necesario establecer los diversos modelos de dispositivos existentes para alojar las urgencias en Salud Mental, así como conocer desde la perspectiva de los profesionales a cargo de las urgencias cuáles son los aspectos que contribuyen y los que obstaculizan la resolución adecuada de la urgencia, en los dispositivos existentes.

El objetivo general de este estudio, descriptivo-interpretativo es aproximarse a la realidad de los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias, desde la mirada de los profesionales en Salud Mental. Con este propósito se tomaron entrevistas semi-dirigidas a 50 profesionales psicólogos y psiquiatras a cargo de guardias en hospitales públicos, monovalentes y polivalentes, de CABA y Gran Buenos Aires de la Provincia de Buenos Aires. En las

mismas se buscó localizar los aspectos que favorecen u obstaculizan la resolución de la urgencia, así como establecer el tipo de uso que se le da al dispositivo de guardia y su relación y articulación con la asistencia de los demás servicios de Salud Mental del Hospital. También se apuntó a establecer el objetivo que se plantean los hospitales y los profesionales acerca de la urgencia y el tipo de tratamiento más frecuente de las urgencias. (Sotelo, I., *et al.* 2012-2015)

A partir del análisis de las entrevistas semi-estructuradas se intentará definir los diversos modos de funcionamiento de los dispositivos asistenciales en las guardias de los hospitales públicos.

Definimos la "eficacia o fortaleza del dispositivo" como características de aquel que permite que la urgencia sea incorporada a la lógica de la cura de un paciente, esto es que se resuelva con una subjetivación de la urgencia por parte de quien consulta y del tratamiento que estará dispuesto a darle, no ya en la guardia sino en otro ámbito pertinente, disminuyendo reincidencia de la consulta por guardia

En cambio, definimos "ineficacia parcial o debilidad del dispositivo" como características de aquel que, interviniendo exclusivamente sobre el síntoma, cercena el proceso de la cura y promueve el retorno de los pacientes a la consulta de guardia cuando los síntomas reaparecen.

En este trabajo tomaremos los dichos de los profesionales acerca de los objetivos de la institución y los objetivos que ellos mismos se plantean al momento de tratar una urgencia en salud mental.

#### **Testimonios acerca del objetivo de la Guardia:**

*"Lo más frecuente a la entrada es que el objetivo sea cercano al pensamiento del síntoma como trastorno, a resolver en forma íntegra. Responde al modelo médico influenciado por la técnica, cuya expresión específica es el DSM. En este sentido se aloja el síntoma "psíquico", pero con el horizonte de un plazo temporal propio de la emergencia médica."*

*Psiquiatra - Hospital General. Pcia de Bs. As.*

*"El objetivo es atender la urgencia- emergencia clínica, quirúrgica y psiquiátrica Psiquiatra - Hospital General. C.A.B.A.*

*"A nivel institucional, formalmente, el objetivo es atender la mayoría o todas las consultas que llegan a la guardia y darle alguna respuesta favorable a lo que trae el paciente. Pero te diría que en la guardia el objetivo es que saquemos al paciente. Que esté poco tiempo, pero esto es de todos los pacientes de la guardia y los de salud mental, desde ya. Se espera que el paciente esté poco, que se resuelva lo urgente y que el resto se resuelva en otra instancia. La guardia es un lugar de tránsito" Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.*

*"El objetivo formal, la generalidad en la guardia es compensar mínimamente lo que se ha salido de cauce. Después pasa a la sala y sigue el tratamiento. Es la atención de lo agudo y que hay que volver al cauce. Esto ordena la práctica en la guardia: se atiende lo de aparición brusca, reciente y hay una tarea que tiene que ver con compensar, encarrilar. También hay que evaluar el riesgo, entendido como la posibilidad de alguien de sostenerse sin necesi-*



dad de contención institucional" Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

"El objetivo general de la guardia es sacar rápido al paciente" Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

"Con respecto a la guardia en general te diría que prima el discurso médico. El objetivo es similar al nuestro, pero desde otro lugar, con otra lectura de la urgencia. El objetivo es intervenir en lo que sea posible. El trabajo en conjunto es un objetivo de la guardia. Que los clínicos puedan recurrir a Salud mental y que salud mental pueda recurrir a los clínicos" Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

"El objetivo del equipo de salud mental es evaluar principalmente peligrosidad, o sea si tiene o no criterio de internación. Por ejemplo, algo que nosotros tenemos en cuenta para evaluar esto y que los médicos no, es si hay una familia continente. Creo que el mayor objetivo de la guardia en los hospitales generales, a partir de la ley 448, es descentralizar la atención del monovalente. Pero, principalmente, es eso, recibir la demanda y evaluar qué hacer" Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

"En la emergencia lo que se evalúa es el grado de peligrosidad para sí o para terceros. Según este grado, se decide la posibilidad de internarlo o no" Psiquiatra - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

"El objetivo es evaluar la peligrosidad. Si la hay, se ingresa al paciente" Psiquiatra - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

"El objetivo del hospital es de resolver lo más rápido y eficaz posible las consultas, aunque sabemos que en el ámbito de la salud mental aparece otra noción de tiempo, distinta a la cronológica." Psicólogo - Hospital General. Pcia de Bs. As.

#### **Testimonios acerca del objetivo de cada profesional:**

"La "urgencia" es el inicio del proceso de tratamiento: pacificación del sufrimiento, resolución sintomática, construcción del lazo social particular y colectivo. El Servicio se orienta hacia lo real en la dirección de la cura y en la organización de sus dispositivos, en este sentido el alojamiento, recepción y tratamiento del acontecimiento traumático, la angustia, lo siniestro, la perplejidad, etc. son clave en el quehacer ético de la práctica que nos proponemos" Psiquiatra- formación psicoanalítica- Hospital General. Pcia de Bs. As.

"El objetivo depende de cuál es la consulta. Nunca es el de la curación. En general, en principio, si está más del lado de la neurosis lo que intento es abrir un poco el juego, según la situación lo permita. Por ahí es la única posibilidad de una entrevista para pensar lo que ocurre y viabilizar una terapia en donde sea necesario. Que no siempre es necesario. Lo que intento es brindar un espacio que pueda ser para pensar alguna otra cosa que no sea de la cosa concreta. Si se trata de una psicosis, lo que intento es acotar un poco eso. Se arma un plan de medicación para que siga, internar si hay lugar. En general se trata de generar un espacio diferente" Psiquiatra - Hospital General. C.A.B.A.

"El objetivo para mí es en función de lo que escuche. En general te diría que el objetivo que tengo es el alivio subjetivo, pero esto en realidad es un efecto de la intervención. Yo no voy con la intención de que se alivie" Psicólogo

ga formación psicoanalítica - Hospital General. C.A.B.A.

"Mi objetivo es tratar de ayudar a ese paciente en lo que está consultando. Tratamos de resolver la consulta que traiga el paciente. No importa el tiempo que lleve. No se trata de hacer rápido. Lo que me orienta es la consulta que el paciente trae, no el tiempo. Depende del paciente, del caso" Psiquiatra - Hospital General. C.A.B.A.

"Se trata de ubicar cuál es el sufrimiento de ese que viene, encontrarle una lógica a ese sufrimiento, las causas de ese desencadenamiento del padecimiento actual de alguien. Que el paciente pueda ubicar qué tiene que ver él con eso, con ese padecimiento. Que haya algo de la implicancia subjetiva, algún significado subjetivo para ese malestar. También hay que evaluar el riesgo, entendido como la posibilidad de alguien de sostenerse sin necesidad de contención institucional. Ubicar que tenga algún recurso para responder al malestar y que no sea del orden de la violencia ejercida sobre su cuerpo. Y también evaluar el riesgo implica ver con qué recursos cuenta la familia, y esto es algo que el médico no tiene en cuenta" Psicóloga formación psicoanalítica - Hospital General. C.A.B.A.

"Mi objetivo es orientar al paciente hacia la causa de la consulta. Ubicar la problemática más nuclear si se puede de su sufrimiento, de lo que lo lleva a consultar" Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

"Depende del paciente, del caso por caso. En general te diría que lo principal es atender la urgencia de ese que llega. Nosotros trabajamos en conjunto con la psiquiatra, vemos los pacientes al mismo tiempo e intentamos complementarnos. Lo que se busca es tratar de poner una pausa en la prisa de la urgencia. Esto puede acarrear un alivio sintomático, un pedido de tratamiento o a veces es necesaria la internación. De lo que se trata es de poner en práctica las estrategias que sean necesarias en cada caso" Psicóloga formación psicoanalítica - Hospital General. C.A.B.A.

"Personalmente tomo este lugar a construir como un desafío, donde más allá de resolver la situación de urgencia de lo que se trata es de escuchar que ahí hay un sujeto. De lo que se trata es de que no quede borrada esa subjetividad" Psicóloga formación psicoanalítica - Hospital General. C.A.B.A.

"Lo que yo hago es diagnosticar y actuar en consecuencia con ese diagnóstico. Pero lo principal es el diagnóstico. Un vez que hay un diagnóstico decido una conducta médica psiquiátrica. ¿Qué quiere decir esto? Que yo hago clínica psiquiátrica, y clínica viene de cama, de estar al lado de la cama del paciente, y psi viene de alma, es el aparato psíquico, entonces mi trabajo es estar a lado de la cama del paciente, acompañarlo en el tratamiento. En general yo intento que mi conducta sea lo menos iatrogénica posible." Psiquiatra - Hospital General. C.A.B.A.

"Cuando se trata de una consulta espontánea, producir alguna escucha de la singularidad de lo que trae ese paciente e intentar que abra una pregunta sobre lo que le sucede. En general se trata de escuchar algo de la singularidad del padecimiento que trae el paciente y abrir una pregunta para iniciar un tratamiento. Cuando se trata de una consulta en un servicio, lo que intento es favorecer una oportunidad de lectura del punto de angustia y que se

*puede luego llevar eso al profesional tratante. En el caso de los ingresos se trata de ayudar a que tome la forma de algo que pueda asimilar que fue lo que lo trajo hasta acá. Producir una suerte de apertura al tratamiento. Lo que se intenta que ubiquen es que punto hubo de ruptura en su existencia que lo trajo hasta acá, a propósito de esto que le está sucediendo. Esto es sobre todo para los que vienen con una orden judicial, para ver de qué forma es leída”* Psicólogo formación psicoanalítica - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

*“Lo que tomo en cuenta también son las características del paciente y de la familia. Qué herramientas tienen para afrontar la enfermedad. Y también si tiene conciencia o no de la enfermedad”* Psiquiatra - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

*“Tengo dos objetivos, primero estabilizar al paciente que llega en crisis. Y después proporcionar datos para el proceso del tratamiento. Lo que dice un paciente cuando llega a la guardia, aunque llegue en crisis, es muy rico. La guardia no trata al paciente, pero te da todo eso. Lo que se busca es tranquilizar y escuchar, o sea una contención verbal”* Psicóloga - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

*“El objetivo es a partir de rescatar en el relato del paciente lo singular intentar y fomentar que el mismo arme una narrativa que ponga palabras a su padecer”* Psicólogo - formación psicoanalítica- Hospital General. Pcia de Bs. As.

Se observa en los dichos de los profesionales la insistencia de un obstáculo en el modo de resolver la urgencia: la diferencia entre el objetivo que se plantea la institución y el objetivo del profesional en el modo de resolución y en los tiempos que se consideran necesarios para este fin. En la mayoría de los casos, los profesionales que desempeñan su labor en instituciones hospitalarias atendiendo urgencias en Salud Mental coinciden en **que se les exige resolver el destino del paciente en 24 horas** (ya sea para dar el alta o derivar). La guardia es descripta como un lugar de tránsito, donde el objetivo es que el paciente se compense **en el menor tiempo posible**.

Frente a esto, proponen generar un espacio diferente, que tenga en cuenta la particularidad de cada caso y **resolver la consulta sin considerar el tiempo que requiera. Asimismo, refieren que el propósito es orientar al sujeto respecto de la causa de su padecimiento y promover el comienzo de un tratamiento una vez resuelta la urgencia.**

Interpretación: deseo y pulsión

La interpretación psicoanalítica puede ser un orientador del trabajo en la atención a la demanda en urgencias. Teniendo en cuenta la singularidad de cada caso particular, el analista interviene a partir del poder del símbolo, de manera que se pueda producir la subjetivación de la urgencia. Si el sujeto se encuentra en el mutismo, se orientará la atención de modo que algo del orden de la palabra pueda empezar a articularse.

*“No cabe pues dudar de que el analista pueda jugar con el poder del símbolo, evocándolo, de una manera calculada, en las resonancias semánticas de sus expresiones. Esta sería la vía de un retorno al uso de los efectos simbólicos, en una técnica renovada de la interpretación”* (Lacan, J; 2012 [1953], p. 284).

El analista, con una fuerte convicción en la existencia del inconsciente, orienta su intervención desde una serie de supuestos.

El padecimiento del sujeto puede leerse como un mensaje, es decir, interpretar el grito como un llamado. *“¿Y qué es lo que hace de un grito un llamado? El acuse de recibo de Otro”* (Miller, J-A; 2011a, p. 106). El grito deviene llamado cuando el Otro lo interpreta como tal. En este sentido, en la urgencia, la intervención apuntará a *“abrir la vía significante”* (Sotelo, I. C. 2009 [2005]). De esta manera, el sufrimiento podrá ponerse en palabras y comenzar a desplegar sus relaciones con el deseo inconsciente, articulado en la palabra. La interpretación apunta a la verdad, no como correspondencia con los hechos, sino como singular, propia del sujeto, acorde a su deseo (Lacan, J; 2012 [1953]). *“... el psicoanálisis apuesta al sujeto y a que sólo él posee el saber sobre su padecimiento”* (Graglia, A; 1998, p. 33 a 36).

Pero, no toda la interpretación será del sentido. El analista apuntará, también, a aquella *“presencia muda”* que traza las vías del deseo.

Es decir, en la urgencia, la intervención deberá posibilitar la articulación de la palabra, de manera que el sujeto pueda empezar a localizar el sentido inconsciente de su padecimiento. Pero, el inconsciente no sólo está hecho de representaciones reprimidas, sino que, también, presenta una dimensión libidinal, el Ello, que nos remite a la pulsión en su vertiente no representacional (Freud, S; 2010 [1940 [1938]]).

La interpretación no apunta a descifrar un significado oculto en el padecimiento, sino a sostener el enigma del deseo (Lacan, J; 2012 [1958]). Entonces, deberá articularse como alusión, evitando señalar el sentido, pero propiciando la producción del sujeto. Para explicar las *“virtudes alusivas”* (Mazzuca, M; 2004) de la interpretación, recurriremos al concepto de cadencia.

La cadencia del discurso y la interpretación

Cadencia es un término que se usa en poesía y, también, en música. Aquí, desarrollaremos, de manera breve, qué es una cadencia musical (Bruno, M; 2007). Como el psicoanálisis, la música, puede ser considerada un *“arte del tiempo”* y, aunque muchos consideran que la música es una sensación, es, también, susceptible de análisis.

La música puede ser considerada como un discurso. Este discurso se organiza en unidades que, al combinarse, conforman una pieza musical. Cada unidad, como así también, la pieza musical, presentan momentos de apertura y de cierre. En los momentos de cierre, la música emplea recursos para operar (intervenir) sobre la expectativa del oyente, en particular, para generar en él una sensación de continuidad o de finalización del discurso. Uno de los recursos más importantes que se emplean, para tal fin, son las cadencias.

Las cadencias que generan suspenso se denominan suspensivas y las que dan al oyente la sensación de conclusión se denominan conclusivas.

En una escala musical, los acordes que la conforman reciben denominaciones, a las que se llama *“grados”*. El quinto (V) grado tiene función dominante y el primero (I) es la tónica o fundamental. El acorde de tónica, es el que

da vigor a la pieza o unidad musical y genera en el oyente una sensación de resolución. El acorde dominante, en cambio, genera tensión. Esa tensión “*pide*” ser resuelta y, cuando se resuelve mediante el pasaje al acorde de tónica, hablamos de cadencia conclusiva.

La cadencia suspensiva termina en el acorde de dominante. Este recurso permite generar en el oyente una sensación de suspenso o tensión que queda sin resolver.

La interpretación del analista, como alusión, debe intervenir en el discurso del sujeto a la manera de un acorde dominante, procurando generar alguna tensión, que el trabajo del paciente, a partir de su elaboración, pueda resolver. Como la teoría freudiana de los “*vasos comunicantes*” (Freud, S, 2010 [1950 [1895]]), la intervención debe apelar a un significante que convoque a otro significante.

Teoría de la investidura: cadencia y ley de asociación

Una de las primeras hipótesis de Freud, la hipótesis de la defensa, se basa, según Strachey (Freud, S; 1999 [1894], *Apéndice*), en “*supuestos más generales*”, entre los que ubica a la denominada “*teoría de la investidura*”.

La teoría de la investidura aparece explicitada en el penúltimo párrafo de “*Las neuropsicosis de defensa*” (Freud, S; 1999 [1894]) y Freud la llama “*hipótesis auxiliar*”. Según esta hipótesis, se puede distinguir en las funciones psíquicas algo del orden de una cantidad (“*monto de afecto, suma de excitación*”) que aumenta, disminuye, se desplaza. Esta cantidad, que no se puede medir, “*se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones*” (Freud, S; 1999 [1894]; p. 61) psíquicas. Es decir, que las representaciones psíquicas pueden o no encontrarse investidas por esa cantidad. Strachey señala, como sinónimos de “*invertir*”, los verbos “*ocupar*” y “*llenar*” y lo relaciona con el neologismo “*catectizar*”.

Con este supuesto básico se explica la operatoria de la represión, como defensa, que opera separando de su monto de afecto concomitante a una representación intolerable. Dicho divorcio permite que la representación “*desinvertida*” se debilite, se olvide, se reprima, pase al inconsciente. Esto constituye un éxito. Sin embargo, el destino del monto de afecto representará el fracaso de la represión. En efecto, la defensa fracasa, porque no se puede finiquitar la cantidad perturbante. Esta cantidad desplazable “*corresponde a la pulsión en la medida en que esta se ha desasido de la representación*” (Freud, S; 2010 [1915]; p. 147).

Así, el aparato psíquico, como un sistema de huellas mnémicas, conforma una cadena. Cuando una representación se inscribe en el psiquismo como un recuerdo, lo hará en relación con otras representaciones. Las relaciones entre representaciones se establecen según la ley de asociación. Por ejemplo, las representaciones se asocian por simultaneidad. Como lo explica en “*Proyecto de una psicología*”, con el caso del hambre. Cuando la tensión producida por el hambre desemboca en el berreo del niño, como descarga motora, si hay otro que acude al “*llamado*” y lleva a cabo la acción específica (proveer alimento), se instaura lo que Freud denominó “*la primera vivencia mítica de satisfacción*”. Consecuentemente, se produce la inscripción en el psiquismo de la huella mnémica de la descarga. Entre esta representación y la representación

del auxilio de otro se produce una “*facilitación*”. Entonces, en adelante “*con el re a floramiento del estado de esfuerzo o deseo, la investidura traspasa sobre los dos recuerdos y los anima*” (Freud, S, 2010 [1950 [1895]]; p. 364).

Este supuesto es base de la doctrina de la “*abreacción*” y da lugar a la clínica de la “*asociación libre*” o “*cura por la palabra*”.

Desde esta perspectiva, la interpretación analítica, atenta a la cadencia con que se despliega el discurso del sujeto y en consonancia con la “*extraña temporalidad*” del inconsciente (Lacan, J; 2007 [1964]; p. 33), deberá expresarse como una alusión que convoque, por asociación, los representantes en que se articula aquello que es del orden del sentido y, también, del sinsentido.

### Conclusiones

Considerando los resultados de las investigaciones mencionadas, se podría sostener la eficacia de los tratamientos orientados por la lógica de la interpretación psicoanalítica, que conducen a subjetivar el padecimiento del sujeto, en la clínica de la urgencia de la neurosis. En ellos la táctica de la interpretación y su cadencia, en la neurosis, orienta la intervención desde la palabra y desde la ética del silencio.

Para el profesional, el momento de la urgencia adquiere, entonces, las características de un acontecimiento, que puede marcar un antes y un después en la vida del sujeto, en tanto aquello que aparece como ajeno al sujeto, el sufrimiento, el síntoma y su causa, se encarnan. Allí en los casos de neurosis, la interpretación puede propiciar, como una cadencia conclusiva, la resolución de la urgencia, pero, al mismo tiempo, como una cadencia suspensiva, favorecerá la constitución de ese espacio como preliminar a un posterior tratamiento.

Esta intervención del analista, ya sea a través de la palabra o del recurso del silencio, en la clínica de la urgencia de la neurosis, posibilitará que aquello que se presenta como ajeno al sujeto, la crisis, pueda subjetivarse e inaugurar un nuevo tiempo.

Si llamamos urgencia subjetiva a la que aparece en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto, quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, la misma se dará por concluida cuando el sujeto haya podido establecer una hipótesis provisoria de la causa de su padecimiento.

La música permite ilustrar cómo, aún cuando no se pueda hablar de psicoanálisis en sentido estricto, la intervención del analista debe ser acorde a la extraña temporalidad del inconsciente. Así, la intervención del analista en consonancia con la lógica del discurso del sujeto, apunta a alojar su sufrimiento, más allá de la urgencia por resolver. Por último, enfatizamos que para revertir aquello que aparece como una debilidad del dispositivo actual donde la conclusión se anticipa, es necesario hacer lugar a la propuesta de un dispositivo en el que el decir se pueda desplegar a lo largo de las entrevistas que sean necesarias para que se produzca un movimiento de subjetivación de la urgencia, alcanzando así su conclusión.



## ANEXO

Tabla nº 1

%	Diagnóstico Psicoanalítico Presuntivo
neurosis	79.3%
psicosis	17.8%
perversión	1.0%
n/s	2.0%

Tabla nº 2

%	Diagnósticos
F10-F19 trastornos mentales debidos al consumo de sustancias	6.9%
F20- F20.9 esquizofrenias	7.7%
F30-F39 trastorno del humor (afectivos)	20.8%
F40-F49 trastornos neuróticos, 2º a situaciones estresantes (ansiedad)	35.9%
F60-F69 trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto.	15.5%
Otros	11.8%
n/s	1.3%

Tabla nº 3

%	¿Relata lo que ocurre?
no	3.2%
si	95.2%
otros	.4%
n/s	1.1%

Tabla nº 4

%	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?
no	11.9%
si	87.0%
otros	.1%
n/s	1.0%

Tabla nº 5

%	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?
no	29.3%
si	69.3%
otros	.1%
n/s	1.3%

Tabla nº 6

%	modo de resolución de la urgencia
internación psiquiátrica	16.7%
deriva para tratamiento	59.4%
fallecimiento	1.4%
fuga	3.6%
alta	15.0%
otros	1.5%
n/s	2.4%

Tabla nº 7

%	¿Requirió medicación psiquiátrica?
no	63.3%
sí	33.1%
n/s	3.6%

Tabla nº 8

¿En cuántas entrevistas se resolvió la urgencia?	Hospital			
	San Isidro	Salta	Montevideo	Brasil
1		98.5%	96.9%	90.3%
2 a 5	92.2%			
6 a 10	5.8%			
más de 10	1.3%			
n/s	.6%	1.5%	3.1%	9.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla nº 9

%	Satisfacción del paciente
No	14.0%
Si	62.0%
N/S	24.0%

## BIBLIOGRAFÍA

- AA. VV.: "La Urgencia. El Psicoanalista en la Práctica Hospitalaria. Grupo de investigación y asistencia sobre la urgencia"; Ed. Ricardo Vergara; Buenos Aires; 1987.
- Baudini, S. (2005) "La urgencia y el tiempo"; en "Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista"; Ed. JCE; Buenos Aires; 2009.
- Belaga, G.C.: "La urgencia generalizada"; Ed. Grama; Buenos Aires; 2004.
- Belaga, G.C.: "La urgencia generalizada 2"; Ed. Grama; Buenos Aires; 2005.
- Bruno, M.: "Cadencias"; Artículo preparado para la Cátedra de Elementos Técnicos I de la Escuela de Música Popular de Avellaneda; 2007.
- Cottet, S. *et al.*: "Las entrevistas preliminares. Mesa redonda"; en "Acto e interpretación"; Ed. Manantial; Buenos Aires; 1993.
- Delgado, O.: "La subversión freudiana y sus consecuencias"; Ed. JVE; Buenos Aires; 2005.
- Freud, S. (1950 [1895]) "Proyecto de psicología"; en "Obras Completas"; vol. I; Ed. Amorrortu; Buenos Aires; 2010.
- Freud, S. (1894) "Las neuropsicosis de defensa"; "Obras Completas"; vol. III; Ed. Amorrortu; Buenos Aires; 1999.
- Freud, S. (1915) "La represión"; "Obras completas"; Ed. Amorrortu; vol. XIV; Buenos Aires; 2010.
- Freud, S. (1916-1917) "23ª Conferencia: Los caminos de la formación del síntoma"; en "Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)"; "Obras completas"; vol. XVI; Ed. Amorrortu; Buenos Aires; 2009.
- Freud, S. (1940 [1938]); "Esquema del psicoanálisis"; "Obras completas"; Ed. Amorrortu; vol. XXIII; Buenos Aires; 2010.
- Gorostiza, L.: "Prólogo"; en "Clínica de la urgencia"; Ed. JCE; Buenos Aires; 2007.
- Graglia, A.: "Urgencia y ética (algunas preguntas)"; en "Ponerse en guardia"; Práctica Profesional Clínica de la Urgencia; Centro de Estudiantes; Facultad de Psicología; U.B.A; Buenos Aires; 1998.
- Lacan, J. (1945) "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma."; en Escritos 1; Ed. Siglo Veintiuno; Buenos Aires; 2012.
- Lacan, J. (1953) "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis"; en Escritos 1; Ed. Siglo Veintiuno; Buenos Aires; 2012.
- Lacan, J. (1958) "La dirección de la cura y los principios de su poder"; en Escritos 2; Ed. Siglo Veintiuno; Buenos Aires; 2012.
- Lacan, J. (1964) "El Seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis"; Ed. Paidós; Bs. As; 2007.
- Mazzia, V. *et al.*: "Intervenciones del psicoanalista acordes a una ética del silencio"; Congreso U.B.A; 2012.
- Mazzuca, M. (2004) "Transferencia e interpretación en psicoanálisis"; en "el Sigma.com"; (<http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/transferencia-e-interpretacion-en-el-psicoanalisis/4684>).
- Miller, J-A.: "Donc. La lógica de la cura. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller"; Ed. Paidós; Buenos Aires; 2011.
- Miller, J-A.: "Los signos del goce. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller"; Ed. Paidós; Buenos Aires; 2011a.
- Naparstek, F. (2005) "La urgencia sexual de la actualidad"; en "Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista"; Ed. JCE; Buenos Aires; 2009.
- Sotelo, I.: "Clínica de la urgencia"; Ed. JCE; Buenos Aires; 2007.
- Sotelo, I.C. (2005) "Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista"; Ed. JCE; Buenos Aires; 2009.
- Sotelo, I. *et al.*: "Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro". Revista de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Año 13 - N° 2; 2008.
- Sotelo, I., *et al.* (2011) "Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del Mercosur ". Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología - UBA, XVIII. ISSN: 0329-5885.
- Sotelo, I., *et al.*: Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público. Buenos Aires. Proyecto de investigación UBACyT. Facultad de Psicología - UBA. 2010-2012.
- Sotelo, I., *et al.*: Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos. Buenos Aires. Proyecto de investigación UBACyT. Facultad de Psicología - UBA. 2012-2015.
- Sotelo, I., *et al.*: "Conclusiones sobre la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del MERCOSUR", en Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires. Facultad de Psicología - UBA. 2013.
- Sotelo, M.I. (2012) Aportes del Psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas. Tesis de Doctorado. (Director: P. Fridman). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Fecha de recepción: 4 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 3 de septiembre de 2013