



El borramiento del sujeto y su incansable retorno: Lugares, sujetos, cuerpos y discursos en los Servicios 'de Guardia' donde se encuentran el Psicoanálisis y la Medicina General.

Autorxs	Contacto	DNI
Nombre y Apellido	dirección@email.com	123456789
Agustín Castellanos	agu.castellanos@gmail.com	30494997
Cintia Altamirano Raminger	csaltamiranoraminger@gmail.com	31682644

Eje: Abordaje de la Salud Mental

Palabras clave: Servicios Médicos de Urgencia; Territorio vital; Medicina General; Psicoanálisis; Etnografía

Resumen:

Desde la experiencia clínica de la Psicología y la Medicina General, se observa que muchxs de lxs pacientes que ingresaban a la guardia del hospital, reingresaban al poco tiempo en las mismas condiciones. ¿Qué lugares se ofrecen para el sujeto en los escenarios terapéuticos 'de guardia' en el hospital Municipal de Pinamar durante los meses de mayo a septiembre del 2024? Declaramos como objetivo general conocer los lugares que existen y se ofrecen para el sujeto en dichos escenarios terapéuticos. Así mismo, que los análisis y los resultados posteriores de esta investigación logren llegar a los equipos de Salud del Municipio, para que juntos podamos repensar nuestras prácticas y quehaceres profesionales. Para ello realizamos esta investigación cualitativa sincrónica de perspectiva etnográfica/etnometodológica, con jornadas recurrentes en turnos diurnos y nocturnos en dicho servicio. Encontramos dos lugares posibles: no lugar para el sujeto, entendido como lugar que deshabilita la dimensión absolutamente singular de las personas que requieren de cuidados; y lugar que promueve y reconoce al sujeto. Un encuentro paciente, una escucha ofrecida, una pregunta en clave de conocer a la persona que trae su sufrimiento al escenario "de guardia". ¿Quién escucha? ¿Quiénes participan de ese lugar posible? Posible ya no sólo para el sujeto, sino los sujetos. Hay dos disciplinas que emergen desde reconocerse insuficientes pero posibles frente al sufrimiento del otrx. La Medicina General y el Psicoanálisis: ambas se encuentran como esos lugares posibles con quien sufre desde las palabras, los silencios, la escucha.



Trabajo completo: INTRODUCCIÓN

Este trabajo se propone investigar en torno a qué lugares son ofrecidos a la subjetividad de las personas padecientes que requieren de cuidados en los escenarios de guardia del Hospital Comunitario de Pinamar.

Desde la experiencia clínica de la Psicología y la Medicina General, en rol etnográfico situado, se observa que muchxs de lxs pacientes que ingresaban a la guardia del hospital, al poco tiempo reingresaban en las mismas condiciones. Esto despertó la curiosidad psicoanalítica y nos llevó a formular algunas preguntas acerca de esta escena de retorno, que se daba con frecuencia y la cual parecía haber sido naturalizada por los profesionales de la guardia del hospital: ¿Qué retorna de estos pacientes? ¿Por qué vuelven por lo mismo? ¿Qué es eso mismo que retorna? ¿Sería el sujeto que busca inscribirse donde se le fue negado el lugar de escucha y reconocimiento? ¿Es posible la cura sin este lugar? Con estos interrogantes y algunos otros que iban surgiendo a medida que nos disponíamos al rol de investigadorxs, emerge la siguiente pregunta problema de investigación:

¿Qué lugares se ofrecen para el sujeto en los escenarios terapéuticos 'de guardia' en el hospital Municipal de Pinamar durante los meses de mayo a septiembre del 2024?

Declaramos como objetivo general conocer los lugares que existen y se ofrecen para el sujeto en los escenarios terapéuticos -de guardia- en el Hospital de Pinamar. Así mismo, que los análisis y los resultados posteriores de esta investigación logren llegar a los equipos de Salud del Municipio de Pinamar, para que juntos podamos repensar nuestras prácticas y quehaceres profesionales. Como objetivos específicos, el de intentar recuperar la dimensión y el valor de la palabra en los escenarios -de guardia- del Hospital de Pinamar, así como también tomar en consideración la importancia que tiene poder brindar un lugar de escucha y reconocimiento a las infinitas formas de transitar y manifestar padecimientos. No todo es lo mismo cuando alguien escucha.

CONTEXTO DE ESTUDIO. Generalidades: Pinamar es un partido de la costa atlántica argentina, ubicado al sureste de la provincia de Buenos Aires conformado por las localidades de Pinamar, Ostende, Valeria del Mar, Cariló y Montecarlo. La población de Pinamar, con alrededor de 45.000 habitantes, crece exponencialmente año a año, ubicándose en cuarto lugar entre los 135 municipios con mayor variación relativa (56,3%) de población (Censo 2022). En la última década, el Sistema de Salud Municipal creció de tres a seis efectores (un hospital comunitario y cinco CAPS), y de una planta de menos de cien trabajadores a más de trescientos. En este contexto, hacia el año 2019 inicia en Valeria del Mar la Residencia de Medicina General y para 2022, pasa a constituirse el Programa de Residencias Integradas interdisciplinarias en salud (en adelante, PRIn), incorporándose las Residencias de Trabajo Social y de Psicología Clínica. En la actualidad el PRIn se conforma



de 15 residentes, dos jefas, tres coordinadoras docentes disciplinarias, dos tutores y una coordinadora general. Desde el ingreso de lxs últimxs ingresantes, se afianza el proceso de vinculación como profesionales, trabajadores, residentes y migrantes. Los movimientos del PRIn parecieran representar la historia situada de Pinamar y el principio rector de la Ley de correspondencia universal... como es arriba es abajo, como es adentro es afuera.

Dentro del contexto de estudio, el campo de investigación: Los servicios ambulatorios y de internación de la guardia de adultxs del Hospital Comunitario de Pinamar, cuentan con equipos de guardia activa –es decir, en presencia física dentro de las instalaciones del hospital- las 24hs, los 366 días de la semana, que están compuestos por tres médicxs de adultxs y dos médicxs de infantes para atención general de las personas que llegan por sus medios al servicio de Emergencias/Urgencias y también asisten a las salidas del servicio de ambulancias SAME ; el mencionado equipo se integra también por unx médicx de cuidados críticos –UTI-, dos empleadxs de maestranza, entre tres a cinco enfermerxs, dos camillerxs y dos administrativxs. Se cuenta, también, con guardias pasivas (las 24 hs del día) de Psicología, Ginecología, Obstetricia, Traumatología, Neurocirugía, Imágenes y Cirugía General. El espacio físico de la guardia está dividido en diferentes sectores: al ingresar un paciente a la guardia, lo primero que se hace es un triage en donde el personal de enfermería determina el nivel de necesidad que tiene esa persona para ser atendida. Se categoriza la urgencia por colores, (rojo) atención inmediata, (naranja) 10-15 minutos, (amarillo) 60 minutos, (verde) 2 horas, (azul) hasta 4 horas. Se traducen, se miden, se cuantifican los cuerpos, se vuelven signos en colores y números. El dolor, ahora, un protocolo. Siguiendo por el pasillo principal de la guardia, si uno dobla a la izquierda del mismo se encuentra una pequeña cocina (que huele más a medicamentos que a alimentos) y si se sigue, una imponente puerta que indica que ahí se encuentra la unidad de cuidados intensivos, “la UTI” como suelen nombrarla. El clima que se respira en la guardia es siempre de alerta, de espera hacia a lo incierto, también existen momentos de risa y humor negro. Un humor que viene a exorcizar la angustia, a transformarla de alguna manera, a digerirla cuando se vuelve insoportable.

En varias oportunidades me encontré envuelto en conversaciones de las cuales nunca hubiese deseado participar y creo que las personas que estaban ahí, tampoco. De a poco, entendí que son un modo posible de sobrevivir a situaciones vinculadas con la muerte, que muchas veces se tornan indescifrables, no simbolizables y el humor viene a devolverles cierto brillo en la oscuridad de esa línea delgada que hay entre la vida y la muerte. ¿Qué es un grito? ¿Tiene destinatario? Recorro los pasillos de la guardia, me aferro a mi cuaderno de notas de campo. Camino como si formara parte del equipo, pero es solamente un semblante que me permite transitar como investigador, me lo apropio. Voy de un lado al otro, no me quedo demasiado en ninguna parte. Observo, saco fotos, me detengo en las expresiones de los pacientes internados, algunos me inspiran ser parte de una espera compartida, pero sobre todo, incierta. Siempre a la espera, como demorados, divididos en el hueco entre que el sentido es, y deja de serlo. “Si cierro los ojos y los vuelvo a abrir ¿desaparecerán?”, pensaba. Sangre, fluidos, tubos y jeringas que se introducen en los agujeros de los cuerpos y a veces en agujeros que antes no estaban en los cuerpos. Oigo gritos, no les encuentro dirección a un otro, sino más bien al sinsentido, al encuentro con el vacío. ¿Quién se ofrece como destinatario? ¿Quién hace del grito una demanda? [Nota de campo 10]



MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA: La proposición conceptual en estudio hace referencia a los lugares posibles para el sujeto, entonces: ¿a qué lugares y a qué sujetos hace referencia?

Lugares: entendiendo al concepto de lugar como el espacio de confianza en donde el otro se pueda reconocer como otro, lugar en donde se aloje y se reconoce lo distinto como distinto. Lugar donde el diagnóstico no se superpone ni intenta ser homólogo con el ser. Lugar en donde pueda existir la posibilidad de que el sujeto tome la palabra en torno a su padecimiento subjetivo.

Sujeto: Entendiendo al sujeto como una hipótesis. La misma se basa en la suposición que en lo que alguien dice; dice otras cosas además. Es decir, un sujeto que se encuentra dividido en lo que dice y en lo que cree que dice:

(...) "Mi hipótesis es que el individuo afectado por el inconsciente es el mismo que hace lo que llamo sujeto del significante. Lo enuncio con la fórmula mínima de que un significante representa un sujeto para otro significante. (...) Decir que hay sujeto no es sino decir que hay hipótesis" (Lacan, 1972-1973, p. 171).

Un sujeto que padece, que está en un entre de eso que dice que sufre y lo que sufre en tanto ser hablante, deseante, evanescente, que de ofrecerle un lugar para reconocerlo automáticamente se corre un riesgo inesperado: el de la palabra. El sujeto como otro, otro distinto de uno.

Por su parte, la Real Academia Española expresa que la palabra 'sujeto' deriva del latín *subjectus* como poner debajo, someter. Y entre sus acepciones figura como adjetivo 'que está sujetado' o como sentido filosófico de 1- 'soporte de las vivencias, sensaciones y representaciones del ser individual' o 2- 'ser del cual se predica o enuncia algo'. Por lo tanto, partiendo de los significados que literalmente se ofrecen a la palabra sujeto, puede vislumbrarse un algo (ser) que soporta sometimiento por otro que lo habilita a ser. En este sentido, la filosofía postmarxista nos ofrece una definición diferente donde el ingrediente principal es la historización y contextualización de ese ser (Negri, 1992).

Lacan, Hipócrates y las corrientes democráticas confluyen en las lecturas y discursos de la disciplina Medicina General hacia las nociones de sujeto, donde los afectos conforman la fuerza propulsora del deseo como parte fundante del sujeto que cuida y es cuidado (Altamirano Raminger 2019).

Siendo el objetivo central de la investigación conocer los lugares posibles para el sujeto, remitimos ahora a los discursos en los que se soportan estos lugares que se ofrecen. Es interesante pensar a los discursos como formas de establecer lugares dentro del lazo social. ¿Con qué discurso se encuentran las personas que acuden a la guardia? La vía del determinismo lineal, sustentada en un diagnóstico médico, no deja de actuar como un discurso que se presenta como canción tranquilizadora, adormecedora, al decir de Lacan en



el Seminario 10 (1962-63). Podríamos proponer que el discurso médico hegemónico sería una forma de expresión de este discurso adormecedor y que, cuando se presenta algo disruptivo, se realiza una interconsulta con el servicio de salud mental, lugar designado de forma establecida como el lugar para alojar lo disruptivo. El psicoanálisis se aleja de la vía del determinismo, proponiendo la hiancia causal: en suma, sólo hay causa de lo que cojea (Lacan, 1963-64). El psicoanálisis es, como tal, desde sus inicios hasta la actualidad, disruptivo, subversivo. No es este un rasgo negativo, en efecto, es desde allí desde donde opera, actuando en el borde, haciendo de límite al avasallamiento del discurso imperante. Ahora bien, ¿Qué noción del cuerpo construyen ambos discursos y cuales son consecuencias en sus prácticas? Existe una marcada diferencia entre la noción del cuerpo desde la mirada médica hegemónica y la escucha desde el psicoanálisis (“lectura” para la Medicina General).

Retomando la pregunta acerca de los discursos que soportan los lugares posibles para el sujeto, también existen aquellos que reconocen y promueven cierta emergencia del mismo, y que, paradójicamente provienen de la medicina, pero de una medicina otra: en la provincia de Buenos Aires se reconoce normativa y funcionalmente desde 1985 la Especialidad Medicina General, definiendo por programa de formación de posgrado a lxs profesionales enmarcados en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud que asisten integral, personalizada y continuamente a las personas, su grupo familiar y la comunidad toda. Se lo significa como un médicx con alta capacidad resolutive, capacitadx para comprender otras realidades sociales y sanitarias donde asume la tarea de promover y proteger la salud y su derecho a la misma .

ESTRATEGIA METODOLÓGICA: Trabajo de investigación cualitativa sincrónica de perspectiva etnográfica/etnometodológica , en escenarios de producción de cuidado “de guardia” en pasillos, consultorios y salas de internación del Hospital Comunitario Municipal. Se lograron 9 jornadas de observación cualitativas endógenas (Spradley 1980) , durante tres semanas donde se recurrieron a los mismos turnos de 12hs -dos nocturnos de 20 a 8hs, uno en noche de semana y otro en noche de fin de semana-. La idea de recurrencia a los mismos turnos con los mismos equipos de trabajadores adhiere al principio de familiarización con el escenario para disminuir las respuestas y/o comportamientos aducibles a la deseabilidad social . De dichas jornadas se obtuvieron 40 páginas del diario de campo donde se registraron escenas, diálogos, reflexiones, sensaciones, pensamientos, anécdotas, inquietudes y todas las posibilidades de eventos registrables por parte del investigador en campo. Cada página fue codificada y agrupada por categorías según la vinculación temática y discursiva a las dimensiones posibles para la variable en estudio. La relectura de las notas del diario de campo, la selección, la comparación constante, la



reflexividad como principio ético y posicionamiento político-metodológico en la intención de descubrir, develar y dotar de sentidos las prácticas como los significados que estas prácticas significan para quienes las vivencian. Para las observaciones se utilizó el formulario de consentimiento verbal recomendado por Family Health International, el informe Belmont y la declaración de Helsinki. Se realizaron las notas correspondientes al Comité de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del municipio de Pinamar, obteniendo los permisos y supervisiones necesarias para lograr la presente investigación.

RESULTADOS: a continuación describiremos lo que definimos como no lugar para el sujeto, entendido como lugar que deshabilita la dimensión absolutamente singular de las personas que requieren de cuidados en los escenarios terapéuticos de guardia del hospital de Pinamar:

Una médica de guardia comenta que se formó con la idea de que los pacientes no tienen nombre y son un “número de cama con un diagnóstico”. Se refiere a las personas que acuden a la guardia por cuestiones relacionadas a salud mental como “los psiquiátricos”, al respecto de estos dice que no tienen nada que hacer una vez que son clínicamente evaluados. Cree que se internan para llamar la atención y que hay cada vez “más locos” dando vueltas. En línea similar durante la guardia de día, un enfermero habla sobre los pacientes que acuden a la guardia afectados por consumos de sustancias, refiere sentir que estos no toman en serio su función profesional: “el otro día vino un pibe joven que había consumido cocaína (no era la primera vez), lo internaron, vino la psicóloga de guardia a verlo, después vino la psiquiatra, ¡no tiene criterio de internación! ¡lo que debería hacer es tomar su medicación! (refiriéndose a su plan farmacológico). Además refiere que al paciente poco le importa la situación y lo único que quiere es empolvarse la nariz y que no le “rompan las bolas”. Termina reflexionando: ¿Qué vas a hacer con pacientes así que no tiene voluntad de cambio? Parece que te boludean.” Una médica comenta que los pacientes de salud mental deberían estar agrupados porque requieren de un “trato especial”.

Un médico de guardia comenta que es más fácil hacerle una placa radiográfica a un paciente que explicarle lo que le está sucediendo y dice “¿Sabes la cantidad de placas que hago por día?!”. En este sentido, ante la pregunta del por qué se utiliza tanta cantidad de intervenciones con suero a los pacientes, otro médico contesta que es por el componente “placebo”, y que colocar el suero le da mayor importancia a la intervención médica, por ser más “invasiva”. Así también, médicos de guardia comentan que acuden a la guardia pacientes que han mantenido peleas con sus parejas, y al respecto comentan que lo hacen llorando y para explicar la escena hacen gestos corporales –como una persona débil mental, banalizando el sufrimiento, burlando- Su intervención se basa en proveerles calmantes y darles palmadas en sus hombros acompañadas de los dichos: “bueno, bueno, ya va a pasar”. Refieren que mucho más no pueden hacer.

Una enfermera comenta que desde la post pandemia hubo mayor cantidad de ingresos de pacientes de “salud mental”, según dice un %70 más y que la mayoría son reingresos. Se pregunta si tendrá que ver con el seguimiento que se realiza una vez otorgado el alta.

Respecto a los pacientes de “salud mental” algunos de los médicos de guardia cuentan que realizan siempre el mismo procedimiento: aplican el triple esquema farmacológico. “los tripleteamos, mucho más no podemos hacer”, dicen. Además, comentan que consideran que cuentan con pocos recursos para tratar a los pacientes de salud mental.

En una de las guardias nocturnas, un médico (con varias horas de guardia acumuladas) comenta que su trabajo consiste en que “le rompan las pelotas”, dice que en cualquier momento alguien puede venir a pedirle algo, y que se siente obligado a dar siempre una respuesta a ese pedido, no pudiendo hacer otra cosa. Respecto a la guardia la nombra como “una bestia insaciable” y que los usuarios hacen uso y abuso de la misma. A las consultas que son leves y que no son para guardia, las denomina las “boluconsultas”. Comenta que la gente viene en busca de respuestas y que “mala o buena, suficiente o insuficiente” siempre alguna respuesta se les brinda. Así mismo, dice que la gente es consciente de esto y que por eso viene por cualquier cosa. Mientras, enfermeros hablan acerca de la muerte. Dicen que la muerte los rodea y los acompaña día a día, a pesar de ello, cuentan que llega una instancia en que se les vuelve algo natural: “nosotros vivimos todo el tiempo la muerte, llega un momento que decimos y bue... se murió”.

Continuaremos con los fragmentos que retoman la definición de lugar como espacio en



donde se promueve y se reconoce al sujeto:

Son aproximadamente las 21:30, acude a la guardia un hombre de 40 años por síntomas relacionados a mareos y sensación de ahogo. El informe del triage de enfermería indica que su presión arterial se encuentra en valores altos. La médica generalista le pregunta al paciente cómo se siente y él contesta que siente como si lo estuviesen “ahorcando”. Se le indaga sobre este sentimiento, se le pregunta desde cuándo aparece y si esto pudiera estar relacionado con algo que le estuviese ocurriendo en su vida actual. Comenta que se siente presionado porque las ganancias en su negocio ya no son las que eran, además que este último tiempo descuidó su salud. Dejó de hacer boxeo (actividad que disfrutaba) y subió notablemente de peso. Comenta que se siente solo en el trabajo de mantener a su familia y que este último tiempo al mirarse al espejo se ve reflejado en la imagen de su padre, ex dueño de la empresa de neumáticos en la que ahora está a cargo. Refiere que se ve muy parecido, que él a su edad empezó a tener estos problemas y luego se fue deteriorando “me da mucho miedo terminar igual que él”, dice. Se le entrega la medicación para bajar su presión arterial y luego se le sugiere iniciar un espacio terapéutico para trabajar en las cuestiones que fue desplegando a lo largo de la consulta. Guardia de fin de semana, son las 21:00 del día sábado. Una chica de 20 años refiere sentirse muy angustiada y haber sufrido un desmayo en su trabajo cerca del mediodía. Además cuenta que durante la semana tuvo sensaciones angustiosas de pérdida de referencia subjetiva que denomina como “ataques de pánico”. El examen médico arroja valores normales en general. En una larga entrevista que duró aproximadamente 50 minutos, la médica generalista de guardia indaga sobre cuestiones relacionadas a la historia de vida de la paciente. Surge que la paciente es oriunda de otra provincia y que hace muy poco que vino a vivir a Pinamar. No cuenta con redes afectivas de contención, tanto así que su hermana, quien hace muy poco estaba viviendo con ella, tuvo que volver a Tucumán. Se hace hincapié en que necesita un espacio terapéutico de contención y acompañamiento. Por último se le ofrece poder regresar si volviera a sentirse así: “podes venir cuando quieras”, le dice la médica generalista al despedirla del consultorio.

Un señor de 68 años que permanece en observación en la guardia sufriendo de fuertes dolores estomacales. Cuenta que hace muy poco su médica generalista le comunicó que tiene cáncer. Emocionado y entre lágrimas comenta que si no fuese por esta médica hubiese “bajado los brazos”. Se refiere a ella con gran agradecimiento y cariño: “la vocación que tiene es inmensa, me da mucha fuerza para seguir”. Refiere que aunque cree que el hospital se viene abajo, algunos de sus profesionales “lo dan todo” por sus pacientes.

DISCUSIONES

- La urgencia sin lugar para el sujeto

Reflexionando acerca de algunas de las lógicas con las que se abordan las consultas en la guardia y el tipo de intervenciones descriptas que se realizan en las urgencias, nos quedan resonando por un lado los dichos de aquella médica en relación a su formación y por otro, las intervenciones que se realizan utilizando “el triple esquema farmacológico”. Ambas, tienen en común no tomar en cuenta al sujeto, no darle un lugar, sino más bien expulsarlo. La primera intenta reducir a categoría numérica la dimensión subjetiva de los pacientes, tiende a querer borrar las narrativas con las que se construyen los lugares que se habitan en el mundo. Y la segunda, a abolir las coordenadas del sujeto y a volver infinitamente lejana la posibilidad de que esa urgencia se vuelva propia, subjetiva. En ambos casos se produce una nueva ruptura del lazo social, lo cual resulta paradójico ya que la guardia debería funcionar como rearmado del tejido social, de las coordenadas del sujeto que se presenta como vacilante. A la caída de referencias simbólicas se le adhiere una respuesta que lo vuelve a expulsar: se resta el inconsciente, por lo tanto el goce y también la vertiente social del sufrimiento. El retorno es entonces, una protesta del deseo. ¿Es posible pensar una urgencia sin que esta se vuelva subjetiva? Volviendo a la idea de retorno, para que no se produzcan constantes reingresos en la guardia del hospital “puertas giratorias” es imprescindible que algo de lo que surgió como ajeno en la urgencia se subjetive. Algo debe transformarse para que no retorne siempre lo mismo, al mismo lugar. Las intervenciones que se realizan, antes detalladas, configuran un no lugar para el sujeto, son promotoras de incansables retornos a las guardias del hospital. El sujeto, lo indestructible.



- Los discursos que se encuentran: el lugar para el sujeto

Un encuentro paciente, una escucha ofrecida, una pregunta en clave de conocer a la persona que trae su sufrimiento al escenario “de guardia”. ¿Quién escucha? ¿Quiénes participan de ese lugar posible? Posible ya no sólo para el sujeto, sino los sujetos. Hay una disciplina que emerge desde reconocerse insuficiente pero posible frente al sufrimiento del otro, que también es el propio. La Medicina General, es antidisciplinaria y revolucionaria, encontrándose con el Psicoanálisis: ambas se encuentran con quien sufre desde las palabras, los silencios, la escucha que tiene por excusa a la entrevista. Galende (1990) explica que el “psicoanálisis tiende a reabrir interrogantes sobre las demandas, a enriquecer un pensamiento sobre ellas, a devolver al sujeto su propia palabra, su propio saber sobre el deseo y el dolor. Lo terapéutico para el psicoanálisis pasa por hacer posible una reducción del sufrimiento, sabiendo lo imposible de su eliminación”. En sintonía, la Medicina General trabaja en el seno de la comunidad donde la vida –y su sufrimiento- tienen existencia, por lo tanto comprende al sujeto in-escindido de su dolor, lo lee padeciente pero capaz de recuperar las redes que lo sostengan y acompañen al buen vivir. Desde la recuperación de los trayectos históricos situados en el propio municipio de Pinamar: “Nuestro acercamiento al mundo generalista, entonces, trae consigo muchos desafíos, entre ellos, uno de los que más nos acompaña en el día a día residencial, es el dar a conocer a nuestra comunidad e incluso al equipo de salud, qué es la medicina general. ¡Y qué desafío! Nos resulta muy complejo transmitir una definición acabada y estanca, ya que, hay tantas definiciones como médicos generalistas. Pero hagamos el intento... Si partimos del conocimiento de la existencia de un otro; una persona con una historia, una familia, que vive en una comunidad bajo un contexto sociocultural, en un momento histórico determinado, que es protagonista y corresponsable de su salud. Un otro con sus saberes, sus inquietudes, sus dolencias, con su completitud y complejidad: ¿Por qué insistimos desde el sistema en dar una respuesta biologicista y fragmentada, desconociendo cómo otros factores tienen influencia en su Salud?”

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS: Del número al nombre propio; De la clínica de la mirada a la clínica de la escucha.

Cada época incide en las formas de padecimiento y en la presentación de los síntomas.

Teniendo en cuenta la ruptura del lazo social que caracteriza la época actual y la consecuencia que trae esto en cuanto a la pérdida de referencias simbólicas del sujeto, es de gran importancia que las intervenciones que se realicen en la guardia de un hospital público –referente institucional del sistema sanitario de todo el municipio- estén orientadas a favorecer la emergencia de un sujeto que pueda nombrar y apropiarse del sufrimiento que motivó su entrada a la consulta. La guardia tiene y debe funcionar alojando (en el sentido de hacer un lugar al sujeto). De otra manera se convertirá en puerta giratoria para incansables retornos y sujetos a la deriva.

Por otro lado, a modo de recordar las orientaciones que planteaba Lacan a los médicos en el siglo pasado, algo de lo que puede (en el sentido de la potencia) poner en cuestión el lugar reproductivo de lógicas hegemónicas que habitan el discurso imperante, es la



posibilidad de hacer algo distinto con la demanda impuesta: entrevistarla, leerla, es decir, poder ir más allá de la misma. Esto podría favorecer la recuperación del lugar extraviado, borrado del sujeto del médico, que al perderse expulsa los lugares posibles para quien – como él- padece. Si los encuentros salen del molde que sólo habilita a la existencia de cuerpos que duelen, y se reencarnan a los cuerpos que son habitados por sujetos de la palabra –del médico y del paciente- podrían encontrarse discursos encarnados de personas capaces de reducir el sufrimiento. Personas capaces de cuidar-se. Es este sitio en donde reside la potencia de un necesario proceso de resubjetivización.

A partir de la profundización de los resultados obtenidos y analizados en esta investigación, realizaremos encuentros de reflexión sobre los lugares que existen actualmente, donde los trabajadores de salud del hospital puedan verse, sentirse, escucharse y reconocerse como otros.

Desde los encuentros y reconocimientos del Psicoanálisis y la Medicina General, proponemos escribir cooperativamente un nuevo saber- hacer “hacer con lo que está”, que habilite al mundo posible donde quepa el Buen Vivir.

Bibliografía:

- Aliano, N et. Al, Piovani, J y Muniz Terra, L. compiladores (2018) ¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social. Ed: Biblos; Buenos Aires: CLACSO. ISBN 978-987-691-642-4, Segunda parte. Discusiones sobre la reflexividad en la perspectiva biográfica, etnográfica y en los métodos mixtos. Reflexividad en el proceso de investigación social: entre el diseño y la práctica, pág. 75.
- Altamirano Raminger et. Al (2012) ¿Qué pretende usted de mí? Relato de experiencia en gestión. XXVIII Congreso Nacional e Internacional de Medicina General y Equipos de Salud, Tucumán, Noviembre 2012.
- Altamirano Raminger, C. (2019) ¿Desiguales en la Inaccessibilidad? Identidades del Ser Generalista. Aproximación cualitativa a los elementos identitarios vinculados a la Especialidad Medicina General como fenómeno de una Identidad Colectiva en escenarios –socialmente desiguales- complejos para la accesibilidad a los servicios de salud. Capítulo 1, páginas 23 a 44 del libro “La Clínica y la gestión de la Medicina General: el trabajo clínico y la gestión en situaciones de dificultad” Juan Hermann y Dario Montenegro compiladores. 2019. Ed. Nuevos Tiempos, Colección Salud Comunitaria. ISBN 978-987-1399-76-5
- Altamirano Raminger, C (2023) Síntesis crítica 1: evaluación del curso ‘Abordaje cualitativo y sus técnicas de investigación’ para la Maestría CLACSO-UTE. Material disponible a docentes en plataforma virtual, no publicado. La fuente sobre la cual fue realizada la síntesis crítica es el libro: Guber, R (2001) La etnografía, método, campo y reflexividad. Grupo Editorial, Norma, Bogotá. ISBN 958-04-6154-6 Etnología 2. Antropología social – Investigaciones I. Tít. II. Serie 305.8 cd 20 ed.
- Archenti, Marradi y Piovani (2010) La observación en Metodología de las Ciencias Sociales. Cap 10, pp 167-178, 2ª Ed. Buenos Aires.
- Boggiano Viera, F et al (2021) De las huellas al faro. Relato de Experiencia, premiado en IX Congreso Provincial de Medicina General AMGBA. Mar de Ajó.
- Galende, E [1990] Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica, Editorial Paidós, Bs. As., p22.
- Guber, Rosana (2005). El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo



de campo. Barcelona: Paidós. Pág. 100

Lacan, J. (1972-1973). El Seminario. Libro 20: Aun. Paidós, Buenos aires, 2008.

Lacan, J. (1960). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI, 2008, pp.755-787.

Lacan, J (1962-1963). El seminario 10. La Angustia. Buenos Aires: Paidós, 1999.

Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En intervenciones y textos I. Buenos Aires: Manantial.

Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidades de la Nación Argentina (2021) "(Re) Nombrar"

Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/generos/renombrar-guia-comunic-con-persp-de-genero>

Muñoz, M. (2022). Sujeto - El nombre de un problema teórico. En Actas publicadas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata.

https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.16183/ev.16183.pdf

Negri, T. (1992) Fin de siglo. Ed. Paidós ,Barcelona.

Restrepo, Eduardo (2018). Etnografía: alcances, técnicas y éticas. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pág. 19

Sy, A., Moglia, B., Aragunde, G., & Derossi, P. (2021) La urgencia bajo la lupa: una revisión de la producción científica sobre servicios de emergencia en hospitales desde la etnografía. *Cadernos De Saúde Pública*, 37(1), e00026120. <https://doi.org/10.1590/0102-311X0002612022>

Touraine, Alain, (2002) "A la búsqueda del sí mismo: diálogos sobre el sujeto" Muñoz, M. (2022).

Sujeto - El nombre de un problema teórico. En Actas publicadas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata.

https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.16183/ev.16183.pdf

Vaschetto, E. (2023). Psicoanálisis y medicina: Entre sufrimiento y satisfacción. Xoroi Edicions.

Werner J. (1993) Paideia. Los ideales de la cultura griega, 2ª. edición México: Fondo de cultura económica. Pág. 787