

“Fines del tratamiento en el Servicio de Salud Mental HIGA Dr. Oscar Alende”

Eje temático 1. Abordaje de la Salud Mental.

Autoras:

- Lic. Aciar, Rocio Belen. rociobelenaciar@gmail.com
- Lic. Landsiedel, Noelia. noelandsiedel@gmail.com
- Lic. Martin Gabella, Micaela. micaelamartingab@gmail.com
- Lic. Sahagun, Giselle. gisellesahagun@gmail.com

Residentes de Psicología Clínica del Servicio Salud Mental HIGA Dr. Oscar Alende Cohorte 2023-2024.

Resumen:

Elegimos en este escrito compartir los interrogantes que nos atraviesan como Residentes de Psicología Clínica respecto al fin de los tratamientos analíticos en el Servicio de Salud Mental del HIGA, teniendo en cuenta la intersección entre Psicoanálisis y Salud Mental. Para ello será necesario dar cuenta en principio de cómo acceden los usuarios a tratamiento en nuestro servicio y en este punto destacamos la guardia y la internación como las principales puertas de entrada al mismo. Luego daremos lugar a la reflexión acerca de los modos en que se puede dar un cierre a los tratamientos y los obstáculos que se nos presentan allí teniendo en cuenta la particularidad de las presentaciones clínicas y la situación social de los pacientes con los que trabajamos. Nos centraremos principalmente en aquellos cierres que pensamos como novedosos y que articulan con espacios grupales creados en la institución como modos de salida al lazo social.

Palabras clave: Fines de tratamiento - Psicoanálisis - Internación - Residentes - Salud Mental

Fines de tratamiento en el Servicio de Salud Mental HIGA

“La diferencia entre salud nerviosa y neurosis se circunscribe, pues, a lo práctico, y se define por el resultado, a saber, si le ha quedado a la persona en medida suficiente la capacidad de gozar y de producir”

Freud.

Pensando en el tema que nos reúne en esta Jornada, “entradas y salidas en los tratamientos”, elegimos en esta oportunidad compartir los interrogantes que nos atraviesan con respecto al fin de los mismos. Para ello será necesario dar cuenta de cómo ingresan los usuarios a nuestro servicio, dando lugar luego a la reflexión acerca de las posibles salidas y los obstáculos que se nos presentan allí. Nos centraremos principalmente en las salidas que, a diferencia de las ya existentes y conocidas por nosotros, pensamos como novedosas y que pondremos en consideración en este escrito.

La particularidad de la atención en nuestro servicio

Se trata de un servicio que se encuentra dentro de un Hospital de Agudos y que cuenta con dispositivos de guardia, internación y consultorio externo, entre otros. Podría decirse que, generalmente, la puerta de entrada de los usuarios es a través de la guardia, dispositivo al que llegan por alguna urgencia, siendo la internación el lugar desde el cual se abriría la posibilidad de iniciar un tratamiento. Cabe destacar que al momento la admisión se encuentra cerrada: efecto de la dificultad para responder a la creciente demanda, sumado al gran volumen de pacientes que se encuentra en atención por consultorio externo del hospital, hace ya varios años. Siendo el producto en su mayoría de derivaciones internas que históricamente se han producido al egreso de profesionales del servicio. En este contexto lo que resulta como final de tratamiento suele darse cuando un paciente de consultorio externo discontinúa el tratamiento; cuando se articula a otras instituciones, siendo la novedad la derivación a otros dispositivo grupal o talleres lúdicos dentro del servicio.

Desde el abordaje que nos compete como agentes de Salud Mental, será el “riesgo cierto e inminente” de dicha urgencia el criterio que nos orientará para determinar la internación involuntaria. Sin embargo, para pensar el inicio de un tratamiento no basta con tal determinación. Habrá que, en principio, poder subjetivar algo de dicha urgencia en quien padece. Proponemos aquí comenzar a diferenciar los efectos terapéuticos de los efectos analíticos, distinguiendo ambos dispositivos, aunque sin perder de vista que los mismos pueden amalgamarse.

Oswaldo Delgado (2008) menciona que los efectos terapéuticos, y los efectos analíticos responden a diferentes campos epistémicos. El primero tiene como partenaire a la medicina o más ampliamente al campo “Psi”; el segundo, a la ética. Agrega que el efecto terapéutico es un desván donde hay de todo, una melange residual, tiene múltiples sentidos. El efecto analítico, en cambio, es una división del sujeto, como efecto de la puesta en función del deseo del analista.

¿Qué buscamos como efectores de salud en una institución pública, propiamente médica? ¿Pueden advenir por añadidura efectos analíticos? ¿Es esa nuestra búsqueda particular? ¿Apelamos necesaria y excluyentemente a la división subjetiva? Estos interrogantes se desprenden de la práctica cotidiana y de la anticipación de lo que nos encontramos al momento de pensar en los fines del tratamiento. Dentro de los múltiples sentidos que pueden adquirir los efectos terapéuticos en nuestra institución, recortamos aquellos que apuntan a poder ubicar las coordenadas subjetivas que al momento de la urgencia se desdibujaron para el sujeto, sin necesidad de que esto se produzca solamente en el encuentro con el analista. En esta pérdida de coordenadas los dispositivos grupales se ofrecen por ejemplo como espacios donde se puede tener una posición más activa en relación a los otros y consigo mismo.

Continuidad o fin del tratamiento en el hospital

Una vez que “cesa el riesgo cierto e inminente”, estarían dadas las condiciones para continuar el tratamiento de forma ambulatoria por consultorio externo. Sin embargo, continuamos interrogándonos qué sostenemos en cada uno de los “tratamientos” y cuáles son allí los efectos en quien padece.

¿Desde qué lugar se sostiene el tratamiento? ¿En qué lugar queda el propio fantasma neurótico, en donde el analizante queda en posición de objeto

que sostiene la imagen / identidad del analista y la institución? Siendo que ello estaría a contrapelo del discurso analítico, que promueve que el analista se coloque en posición de semblante de objeto causa de deseo para promover que el analizante ponga a hablar los significantes que le han dejado marca.

Asimismo, marca la impotencia propia del analista en poder hacer algo en ese espacio terapéutico. Hipotetizamos que este efecto fantasmagórico que se pone en juego tiene que ver con el entrecruzamiento de discursos (médico, analítico) en la institución.

¿Cómo corrernos de esa impotencia?

El fin del tratamiento en el hospital, no incluye necesariamente una pretensión de fin de análisis. Dejando en claro con esto la necesidad de establecer algunos parámetros para pensar posibles cierres. Compartiremos a continuación una viñeta que da cuenta de este pasaje.

M. es una señora de 65 años de edad que se acerca al servicio de salud mental, solicitando en recepción poder hablar conmigo. Para ese momento me encontraba retirándome, pues consideraba finalizada mi jornada laboral. Es en el contexto de la sala de espera que me intercepta y, casi con tono de desesperación exclama: "Usted es P. mi hija lo estuvo buscando por Internet, en el listado de PAMI, en redes, y no pudimos dar, la verdad es que estoy muy mal, ya no sé qué más hacer. Y me acuerdo que usted, hace un tiempo, creo que el año pasado logró decirme cosas en la Guardia que a mí me dejaron pensando". Adelantándose a lo que estaba figurándome, y ya pronto a decirlo, comenta que tiene un turno sacado para ver a una psicóloga (había mencionado que buscó exhaustivamente en el listado de PAMI, por lo que ya tenía preparado indicarle que procure buscar un espacio de acuerdo a su obra social). Mochila y campera en mano, desenmascarado mi cansancio, y frente a no encontrar una respuesta mejor (no se me hubiese ocurrido otra cosa), le digo que si le parece bien venga a verme al día siguiente, tenía un hueco en mi agenda y algo de toda esa desesperación podría (o no) encontrar algún cause y quizá algún alivio.

Con absoluta puntualidad y sin ningún contratiempo se presenta al otro día. Una vez ubicados en el consultorio le comunico que "soy todo oídos", sin dejar de mencionarle que lo que sea que vaya a suceder no se trataría de un tratamiento. Ella tenía un turno, que a modo de emplazamiento temporal

circunscribía su decir a los límites establecidos por dicha situación. La libertad de mi parte de pseudo-tomarla como paciente se debía por un lado al turno vislumbrado en el horizonte, y al modo urgente en el que se presentó ante mí. Comentó que desde hacía un tiempo (desde su jubilación) habría comenzado a enfermarse más y más seguido, habría dejado de fumar y parecía que, en vez de mejorar, todo habría empeorado. Para colmo sentía que habría desperdiciado gran parte de su vida y el fin de la misma resultaba inminente. Comenzó el despliegue de su relato vital: Con riqueza en su vocabulario, parecía ubicar perfectamente determinados elementos históricos que habrían sido sino responsables, al menos cómplices en su padecimiento actual. Historia de desamores, desamparos y abusos. Abundante discurso espontáneo que indicaban que ella sabía a lo que venía. Las semanas se sucedieron una tras otra. Ella infalible en su “adeherencia” y puntualidad. Sesiones largas, donde se escuchaba a sí misma, se repreguntaba y sacaba sus propias conclusiones. Desde el descubrimiento de ciertas figuras primarias de amor (de algún lado habría “sacado” ese amor que tenía para ofrecer) que habrían quedado fuera de consideración, hasta el replanteo de ciertas actividades que realizaba por puro automatismo. Si bien el descontento con su destino era objetivable y la amargura que experimentaba era un hecho, el relato sobresalía por la ausencia de angustia. Ausencia de angustia que no excluía la urgencia con la cual se presentó en un primer momento. Pequeñas devoluciones y construcciones en relación a su decir eran bien recibidas, lo que empujaba a nuevas asociaciones que, al finalizar las sesiones despertaban cierto alivio. Alivio de ser escuchada y de poder recibir algo más. Lo cierto es que faltando muy poco para el inicio de su consulta pautada con anterioridad, ella, si bien en menor medida, aún continuaba experimentando cierta urgencia. Comenta que realiza un montón de actividades: Tai-Chi, Danza, se dedica a cuidar de sus plantas, pero con una característica, no disfruta de las mismas. No logra conectar con ese tiempo dedicado a sí misma. Me refiere que de alguna forma tiene que hacer de todo porque le queda poco tiempo, ya está vieja. Perdió mucho tiempo de su vida tomando malas decisiones, y que si no hace nada, la muerte la va a encontrar. Mi respuesta ante esta frase tan contundente fue decirle que es muy exigente consigo misma, se obliga a hacer de forma casi compulsiva, que de esa forma pareciera que se encuentra destinada a hacer hasta morir, y que si no hace se muere, por lo que

se encontraría de esta forma en una encrucijada, una encerrona. Un tener que hacer para no encontrarse con un vacío. Acto seguido decido preguntarle “vos hacés y hacés, o en su defecto tenés que hacer, pero vos, ¿qué deseas? Es en ese momento que por primera vez se angustia, llora desconsoladamente. Casi como si fuese el encastre de un rompecabezas (al menos esa fue mi impresión), exclamé: “¡es ahí! Es con eso que tenés que ir la semana que viene a tu sesión, Todo esto que me comentaste, espero sirva como una especie de precalentamiento” Marcando que a partir de la pregunta por su deseo aparece una señal de angustia, hipotetizo que algo de la urgencia puede comenzar a subjetivarse.

“Siento que como que se me cae la ficha con vos” Del mismo modo que la ficha se cae, yo también tengo que caer, para que ella pueda acudir a su turno.

Como venimos proponiendo a lo largo de este escrito este pequeño recorte nos permite pensar en el cierre de un pasaje por el hospital que sin embargo abre posibilidades (el inicio de un análisis propiamente dicho, darle entidad a su angustia, abrir la pregunta por el propio Deseo, etc.).

Sin caer en la “cultura de las derivaciones” como práctica instituida endogámica, donde es el residente que históricamente recibe a esos pacientes cronificados.

El recorte elegido nos invita a pensar otro tipo de práctica, y poder llevarla a la acción está siendo posible debido a la coyuntura institucional que se corresponde con un cambio de posicionamiento ético. Si desde la Ley de Salud Mental venimos pensando y trabajando en la duración de las internaciones, entendiendo hoy que estas deben ser lo más breves posibles, ¿por qué no preguntarnos por la duración de los tratamientos ambulatorios?

Sin protocolizar ni dejar de lado el caso a caso, proponemos un tiempo para poder concluir con ese sujeto, lo que lo lleva hacia otros dispositivos y nos permite pensar a nosotros que hay un más allá del consultorio externo en el hospital.

Si la internación necesariamente implica una entrada y una salida, ¿cuál sería la salida del consultorio sin caer en la lógica de las derivaciones mencionadas al comienzo? Siendo un hospital de segundo nivel de atención,

propiciar las salidas generaría lugar para nuevas entradas de quien se encuentre en un momento agudo.

Para corrernos de la lógica hospitalocéntrica sin sentirnos expulsivos a la hora de pensar un cierre, nos encontramos con la dificultad de tener que responder a las demandas institucionales y del otro víctima. (De la Aldea). Encontrarnos a pensar sobre el sentido de nuestra práctica nos permite corrernos de la lógica mortificante, pensarnos y pensar a los pacientes más allá de la demanda institucional

El mundo en el que vivimos tiene en general una estructura mortificante y las realidades institucionales en las que convivimos adoptan una estructura de encierro que se presentan como sin salida (Murillo, 2016).

Sin embargo, destacamos aquellas que posibiliten la salida al lazo social...

Bibliografía

De la Aldea, E., & Lewkowicz, I. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud Recuperado de <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica>.

Delgado, O. (2002). Efectos terapéuticos, efectos analíticos. O. Delgado (Comp.), Clínica y contemporaneidad, 21-25.

Freud, S. (1917). Conferencia XXVIII Terapia Analítica. vol XVI

Freud, S. (1919). Los caminos de la terapia analítica. Obras completas, 3.

Murillo, M. (2016). El concepto de fin de análisis y el problema de la puerta. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 16(1), 1-2.