

## **De la urgencia al síntoma**

### *Abstract*

El sufrimiento subjetivo actual está en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica. Ubicamos la clínica de la urgencia subjetiva como una respuesta al fenómeno de la generalización del trauma. El presente trabajo pretende establecer cuál es la relación entre la transferencia y la localización de los significantes determinantes para un sujeto, cómo se produce la salida de la situación traumática, y en qué coordenadas es posible pensar una subjetivación de la urgencia. La primera parte de este trabajo señala a este respecto diferencias y similitudes entre cuatro hospitales (uno brasileño, uno uruguayo, y dos argentinos). Se relaciona el contexto transferencial con el contexto subjetivo y con los distintos modos de finalización de la urgencia. Los resultados de la investigación permiten establecer una diferencia entre localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia y formular hipótesis acerca de los síntomas. Se analiza la función del síntoma como suplencia y como forma singular de gozar, al mismo tiempo que testimonio de lo que no marcha, índice de una dimensión traumática y de un goce imposible de reabsorber.

Palabras claves: urgencia – síntoma – transferencia – psicoanálisis aplicado

## De la urgencia al síntoma

**Autores:** Sotelo. Inés; Belaga, Guillermo; Moraga Patricia; Mendez, Paola; Maximiliano Alesanco; Marta Pagano; Torres, Jimenez, Mariana; Leserre, Lucas; Rojas, Alejandra y Santamaria Larisa.

### Introducción

El presente trabajo refleja parte de una investigación realizada en cuatro hospitales: el Hospital Central de San Isidro [HSI] (Buenos Aires, Argentina), el Hospital San Bernardo [HSB] (Salta, Argentina), el Hospital Maciel [HM] (Montevideo, Uruguay), y el Hospital das Clínicas [HC] (Belo Horizonte, Brasil) en los cuales se realizaron las entrevistas en urgencia para la toma de los protocolos, tanto en las guardias como en las admisiones no programadas.

En un marco conceptual y clínico psicoanalítico, debemos cernir el concepto de urgencia, que será uno de los ejes de nuestra investigación.

El objetivo de esta de esta investigación es interrogar la peculiaridad de la época y su relación con las presentaciones clínicas actuales. En éstas, el sufrimiento subjetivo se encuentra en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica, siendo la clínica de la urgencia subjetiva un correlato clínico y una respuesta al fenómeno de la generalización del trauma. (Belaga, 2005)

Por supuesto, una investigación que se rige por rasgos estadísticos (universales) excluirá necesariamente el detalle y lo singular. Pero este escrito también se propone *evaluar* los efectos de un psicoanálisis aplicado. Como dice Lacan, “lo curioso en todo esto es que el analista en los próximos años dependa de lo real y no lo contrario. El advenimiento de lo real no depende para nada del analista. Su misión es hacerle la contra. Al fin y al cabo, lo real puede muy bien desbocarse, sobre todo desde que tiene el apoyo del discurso científico” (*La tercera* 87). El porvenir del síntoma depende de lo real, por lo tanto del éxito del psicoanálisis. A éste se le pide que nos libere de lo real y del síntoma. Paradójicamente, pues, el psicoanálisis encuentra su garantía en la no extinción de lo real.

En este trabajo nos interesa establecer, en primer lugar, cuál es la relación entre la transferencia y la localización de los significantes determinantes para un sujeto, y además cómo se produce la salida de la situación traumática y bajo qué coordenadas es posible pensar una subjetivación de la urgencia.

Un dato llamativo es que en dos de estos hospitales, el HC y el HSI, hay una clara diferencia entre localizar acontecimientos vinculados a la aparición de la urgencia y formular hipótesis acerca de la causa de los síntomas. Por ejemplo, en el HC la mayoría de los sujetos localiza acontecimientos pero no formula hipótesis, y en el HSI la mayoría de los sujetos localiza acontecimientos con facilidad pero casi la mitad no formula hipótesis. Estos datos nos permiten establecer una diferencia entre localizar acontecimientos y formular una causa posible de los síntomas.

Más adelante nos ocuparemos de este problema. Por el momento, nos ocuparemos de las diferencias y similitudes en los resultados.

### Diferencias y similitudes

En la investigación se realizó una caracterización de la población que acude a la consulta en urgencia, trazando perfiles sociológicos, familiares, circunscribiendo las circunstancias que los llevaron a concurrir al hospital (perfiles transferenciales y subjetivos), estableciendo diagnósticos presuntivos (psicoanalíticos y según el CIE 10), así como también, las diferentes intervenciones que se produjeron en las consultas y el modo de resolución.

Para realizar esta lectura comparada nos ocuparemos del contexto transferencial y estudiaremos su relación con el contexto subjetivo y con los distintos modos de finalización de la urgencia.

En los datos obtenidos en el perfil transferencial, tomando la variable modo de llegar al hospital, es posible observar que se produce una diferencia significativa entre los porcentajes de los diferentes hospitales. Considerando indicadores de transferencia imaginaria las variables correspondientes a elección por confianza, ya sea en la institución, como en un profesional de la misma, tenemos los siguientes porcentajes:

HC 52%, HSI 43,5%, HM 12,5% y HS 3,65%.

De lo cual inferimos que en Belo Horizonte y San Isidro, hay un alto porcentaje de consultas en urgencia que se producen porque hay instalada una transferencia imaginaria, depositación de un saber en la institución. Mientras que en Montevideo y Salta, el porcentaje es menor, resultando la variable porque lo trajeron la de mayor porcentaje en ambos: HM 57,6% y HS 81,9%.

Si consideramos los modos de llegada al hospital como indicadores de la transferencia imaginaria, cabe preguntarse si ella tiene correlación con la posibilidad de localizar los significantes privilegiados que dan sentido a la “urgencia”.

En el perfil subjetivo, podemos verificar en los cuatro hospitales lo planteado en la investigación base. (Sotelo *et al.*)

En los distintos hospitales, cuando los pacientes son traídos, aumenta el porcentaje de quienes relatan con dificultad lo que ocurre. En conclusión, haber sido traído o no al hospital resulta ser determinante en cuanto al modo de relatar lo que ocurre. La posibilidad de localizar los acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia aumenta de manera notable cuando los pacientes eligen el hospital.

En cambio la mayoría de los pacientes de los cuatro hospitales no formula hipótesis acerca de la causa de los síntomas, y esto en forma relativamente independientemente del modo de llegar al hospital.

Nuestro interés, como dijimos, consiste en pensar la relación entre la transferencia y la subjetivación del acontecimiento traumático. La gran mayoría de los pacientes que localizan dichos acontecimientos son dados de alta. Inversamente sucede en el caso de la internación psiquiátrica.

Resumiendo lo dicho hasta aquí, podemos inferir una mayor facilidad en la localización de acontecimientos ligados a la urgencia en aquellos pacientes que llegan al hospital por elección –ya sea que ésta se deba a la confianza en la institución, a la derivación de otras instituciones, o a la confianza en un profesional. También podemos destacar una relación significativa entre la posibilidad de localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia y los modos de resolución de la misma. La mayor parte de quienes pueden localizar acontecimientos ligados a la urgencia son dados de alta o derivados a consultorios externos. Pero es preciso señalar que entre las instituciones nombradas hay diferencias que nos brindan la ocasión, en un próximo trabajo, de pensar las variantes en los modos de finalizar la urgencia en relación con lo subjetivo y con lo institucional. Creemos además que la formulación de hipótesis sobre la causa de los síntomas implica aislar un significativo privilegiado en el síntoma, aunque el goce permanezca opaco.

Si ahora consideramos el modo de resolución de la urgencia en el HSI, notaremos en primer lugar que la práctica de la derivación a consultorios externos resulta allí ampliamente dominante, mientras que la finalización por alta, por internación psiquiátrica en el hospital, y por traslado, constituyen prácticas harto esporádicas. Tal vez se puede interpretar la mayor derivación a consultorios externos, por un lado, con la consideración de la dimensión temporal tomada en cada caso, y por otra, con “una apuesta” a empujar, la localización sintomática. Retomando la investigación de base, el dispositivo será eficaz en la medida en que resuelva la consulta, trabajando la angustia del paciente, sin caer en la prisa que la urgencia presenta, sino posibilitando la emergencia de un sujeto o su implicación subjetiva.

El dispositivo ofrecido por el Servicio de Salud Mental del Hospital de San Isidro propone que la institución adapte sus reglas para alojar la urgencia que en la singularidad de cada caso se presenta como sufrimiento incomprensible e insoportable para quien lo padece, y al que no puede encontrarle sentido alguno. Por ello se recibe tanto en admisión como en guardia a pacientes que sin un turno previo establecido se acercan a la institución buscando resolver la situación que los aqueja. En la escucha se les permite desplegar la particularidad con que el acontecimiento traumático irrumpe en la vida, produciendo un fuera de sentido. La admisión es un proceso que intenta lograr en el encuentro entre paciente y terapeuta, algún ordenamiento que posibilita la resolución de la urgencia y el inicio de un tratamiento cuando éste fuera necesario. (Sotelo *et al.*)

### **Transferencia y síntoma. Subjetivación de la urgencia**

Retomemos ahora las preguntas planteadas en la introducción. ¿Cuál es la relación entre la transferencia y la localización de los significantes determinantes para un sujeto? ¿Cómo se produce la salida de la situación traumática, y en qué coordenadas es posible pensar una subjetivación de la urgencia?

Esto nos lleva a situarnos en la perspectiva del síntoma como solución singular a la no-relación entre el Uno y el Otro. Lacan señala, lo que el análisis descubre en el síntoma es que el síntoma no es llamado al Otro. El síntoma, en su naturaleza, es goce, no lo olviden, goce revestido. (*La Angustia*)

El síntoma-goce, en cuanto tal, no implica un llamado al Otro: es un funcionamiento cuyo uso puede encontrarse obstaculizado para el sujeto (la urgencia pone en evidencia este impasse), y por eso es necesario que lo que hay de *sinthome* en el síntoma, y que no entra en el dispositivo analítico, entre en transferencia.

Por una parte, hay que aislar el enunciado singular en el síntoma, el significante de la transferencia que, al articularse al significante cualquiera que encarna el analista, permite que el autismo del síntoma (sin transferencia) se abone al inconsciente, se abra a la vía del sentido. Es necesaria la interpretación que aísle y localice el elemento discursivo donde el sujeto podrá reconocer, al final, su ser de goce.

La operación analítica al inicio es una reducción, la localización de un significante enigmático. Aunque también conduce a una amplificación, la interpretación produce una reducción del sentido. Entonces, en un enunciado que es singular y no universal, se puede localizar y aislar un significante que nombra el ser del sujeto, como señala Miller

en *El hueso de un análisis*.

Una posible respuesta a la pregunta acerca de qué es lo que obstaculiza el uso del síntoma puede ser el exceso de un goce no regulado por el aparato del síntoma. Como señala Gorostiza, cuando el goce está regulado nos encontramos ante la identificación al síntoma previa al análisis.

El síntoma es la invención de una forma singular de gozar. Por un lado, implica un funcionamiento y un goce, pero por otro, es índice de lo que no marcha, índice de una dimensión traumática y de un goce imposible de reabsorber –goce del cual es testimonio precisamente el síntoma. En la pulsión, donde el sujeto es feliz, no hay un real imposible: todo es puro logro.

Como hemos visto en este trabajo, los sujetos que llegan a la consulta relatan lo que sucede. Sin embargo, el hecho de hablar no conduce a ningún lado si no hay un analista que se preste como “ayuda contra lo real”, para cernir el modo singular de gozar. Como señala Lacan, el inconsciente es que, en suma, uno habla porque nunca dice más que una sola cosa, salvo si se abre a dialogar con un psicoanalista que molesta su defensa.

El presente trabajo forma parte de la siguiente investigación UBACyT de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DEMANDA E INTERVENCIONES EN LA URGENCIA EN SALUD MENTAL. Hospital Central de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), Hospital San Bernardo de la Provincia de Salta (Argentina), Hospital Maciel de Montevideo (Uruguay) y Hospital das Clínicas de Belo Horizonte (Brasil).

Los integrantes del equipo de investigación son: Inés Sotelo (directora), Guillermo Belaga (codirector), Lucas Leserre, Raúl Solari, Marta Coronel, Miguel Marini, Jimena Jorge, Alejandra Rojas, Mariela Vigil, Valeria Mazzia, Julieta Emanuelli, Verónica Capurro, Ignacio Penecino, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Alejandra Cruz, Paola Méndez, María Fernanda Gamallo, Graciela Tustanoski y Vanesa Fazio (investigadores de apoyo).

Conexión de este proyecto con otros grupos de investigación del país y del extranjero: SALTA, ARGENTINA: Maximiliano Alesanco, Marta Pagano de Verde, Julio César Amado, Mariana Torres Jiménez, Andrea de Santis y Alicia Aráoz; MONTEVIDEO, URUGUAY: Ana Araujo; Micaela Bazzano; Yamila Birriel; Mercedes Couso; Adrian Curbelo; Laura Curbelo; Emiliana Epilogo; Pablo Fidacaro; Valeria Freitas; Julio Lindner; Ariel Montalbán; Eva Palleiro; Florencia Pardiñas; Rosanna Salvia; Paula Rodriguez; Vanessa Hodel.

. BRASIL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS y HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: Lucíola Freitas de Macêdo, Jorge Antônio Pimenta Filho, Carolina Leal Ferreira Simões, Larissa Figueredo Gomes, Raquel Nogueira Duarte.

## **Bibliografía**

Lacan, Jacques. *La angustia*. Buenos Aires: Paidós, 2004.

Lacan, Jacques. “La Tercera”. *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial, 1988, p. 87.

Lacan, Jacques. *El sinthome*. Buenos Aires: Paidós, 2005.

Lacan, Jacques. *L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre* (inédito).

Miller, Jacques-Alain. *El hueso de un análisis*. Buenos Aires: Tres Haches, 1998.

Miller, Jacques-Alain. *El partenaire síntoma*. Buenos Aires: Paidós, 2008.

Gorostiza, Leonardo. *Incidencias de la última enseñanza de Lacan*. Buenos Aires: Paidós, 2007

·  
Belaga, Guillermo. Sotelo, María Inés (comp.). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2005.

Sotelo, María Inés. *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2007.

Sotelo, María Inés y Otros. *Revista de Investigaciones*. Facultad de Psicología. UBA.