

La Dignidad de la Angustia

Mariela Fittipaldi

En el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) nos encontramos en el último tiempo con numerosas emergencias de personas jóvenes que presentan autolesiones. El arribo a la atención generalmente es por salud mental o por enfermería.

Esta forma de acceso al sistema de salud en los CAPS definirá en la mayor de las veces la forma de representar lo demandado, como también el tiempo de atención. Así, la primera pregunta sobre esa realidad es si hay un síntoma, y por lo tanto, un sujeto o una herida cortante (abierta-en el mejor de los casos-) posible de suturar.

Consideramos que la articulación entre estos dos servicios, no solo posibilita la puesta en marcha de un cruce de discursos que ofrecen un marco de cuidado y atención a la persona, sino también en la singularidad de estas presentaciones, representan un lazo entre los desafíos clínicos y un problema sanitario actual en tanto nos confronta con acontecimiento característico de una población de edades cada vez más tempranas.

Consideramos que las autolesiones son indicadores de padecimiento mental y por lo tanto se inscribe una pregunta en relación a los efectos de violencia sociales, institucionales, históricos y subjetivos que los determina.

Pensar en términos conceptuales que le son propios a determinados discursos, nos acompaña en el hacer cotidiano, define nuestros principios éticos y resignifica nuestra experiencia.

Nos proponemos de esta manera, poner a dialogar la experiencia en las intervenciones desde un abordaje y una perspectiva de la vulnerabilidad que representan un acceso a un decir de esa persona (decir de esa conducta o acto de autolesión), y en donde, como propósito, se inscribe la garantía de un acceso como sujeto digno y de derechos. Entendiendo la dignidad como expresiones de libertad y autonomía.

Durante las entrevistas que se inscriben en virtud de acompañar la situación de autolesiones surgen en muchos casos, después de un tiempo de disponibilidad para la escucha, elementos de angustia en la persona.

La angustia, noción que convoca a lo sufriente –lugar de afecto- de una persona, y que por estructura viene del Otro, es un concepto que en estos tiempos está interceptado por la ansiedad, lo depresivo, “lo bajón”, la decepción, el estar mal, la totalización de un discurso de buen y óptimo funcionamiento, renegando cualquier falla, que nos pueda hacer singulares.

No obstante, si bien todos estos términos “se usan para lo mismo”, pretendemos en este relato, inscribir la diferencia conceptual y práctica que ni más ni menos garantizan el advenimiento de un sujeto y con ello sus derechos: sujeto de derechos.

El término angustia nos dice el diccionario, designa el lugar donde se encuentran las líneas de circulación, se trate de vías férreas o líneas de comunicación en general. En consecuencia, la angustia es materialmente el sitio donde se entrecruzan las líneas y mallas de una red.

Desde el CAPS el Área de Enfermería y Salud Mental, hemos constituido un ida y vuelta inscripto en personas que llegan con autolesiones por ambos servicios y en el cruce de discursos e intervenciones confluyen en ir más allá de lo que “muestra la persona” en su cuerpo. Cabe aclarar que, en la mayoría de los casos, más que lo muestra lo oculta, siendo esta su forma de hacerlo ver a Otro.

Las autolesiones entendidas como actos de daño a sí mismo, a través de cortes en la piel, quemaduras con elementos como cigarrillo o “tatuajes caseros”, denuncian no solo padecimiento de la persona sino aspectos impronunciables, no dichos de esa persona que pueden considerarse cambiar el dolor subjetivo por el dolor físico y que devienen en violencia hacia sí mismo.

Por esto nos interesa no tanto detenernos en los fundamentos y diferencia de los actos de autolesión, como así también la diferencia que podría constituir la edad poblacional de tal acto, sino más bien la angustia que subyace en ellos, y donde la persona no es provista del marco necesario para que dicha angustia advenga, tenga lugar, tenga un sitio de circulación como se mencionó más arriba y se corra “la desdicha” de reproducir el círculo de violencia que ocasiona el padecimiento.

En el servicio de Enfermería se realizan diferentes actividades, entre ellas muchas curaciones de las cuales muchas corresponden a pacientes que no solo presentan una lesión, sino que se visualiza una gran angustia en ellos al momento de asistir a la cura; esto se puede observar ya que el profesional establece una comunicación desde la observación, interrogación y obviamente desde la empatía al realizar dicha cura que muchas veces son autolesiones.

Al realizar la cura y la citación a veces diaria del seguimiento de la cura se puede llegar a un diálogo diferente con la persona, quien encuentran muchas veces la contención a su angustia de esta manera. Allí enfermería puede acceder y hacer de puente con los profesionales de salud mental comunicándoles alguna percepción de lo que se ha podido charlar durante las curaciones.

Un ejemplo muy común y recurrente también se da cuando una usuaria asiste a la toma de presión arterial muchas veces sus valores están completamente alterados, al hablar con el paciente y preguntarle sobre sus hábitos, sus patologías y medicación que pudiese tomar, se encuentra con que está todo normal es ahí donde uno debe ampliar las preguntas las cuales en ocasiones, terminan siendo situaciones de angustia por motivos personales, familiares, laborales entre otros. Es ahí que se encuentra la razón real de sus

valores alterados, cuando acuden especialmente ya con lesiones aparte de referirlos o sugerirles una interconsulta con el servicio de salud mental, también se trata de darles una previa educación sobre cuidados de las lesiones y su cuerpo lo que muchas veces favorablemente tiene una gran aceptación por parte de quien va a curarse.

Ahora bien, recordemos lo que Freud nos ha enseñado sobre la angustia. La angustia señal es un indicador para el yo de que algún peligro interno o externo se aproxima y también lo es de la repetición de un trauma.

Desde aquí consideramos que es clave recitar a la persona tantas veces que la persona lo requiera, garantizando que en esa repetición aparezca la diferencia de su hacer con el síntoma.

Al término de esta reconstitución encontramos la función del Otro en la angustia. La angustia oculta un saber tan infalible como ciego: ella es “lo que no engaña”.

La apuesta a un encuentro donde no se sabe que va a pasar, es una apertura a un espacio, a un sostenimiento y soporte de ese Otro que padece.

En el servicio de Psicología, el encuentro con ese vacío ha posibilitado que en varias situaciones el decir del sujeto emergió cuando al mostrar los cortes, quemaduras, “feteadas de la piel”, en principio se hayan derivado a enfermería para tratarlas desde la curación y evitar riesgo de infección.

Este real, hace que el cuidado sea íntegro, y que ese daño físico que constituye la autolesión, tenga un lugar como tal, más allá de lo subjetivo.

Aquí encontramos una real integración en tanto definir la pregunta entre o actuar demás, atropellando derechos hasta el de decisión y libertad, algo así entre el principio de no maleficencia y beneficencia.

Más recitar y menos recetar (destinos de la angustia)

La angustia será la garantía de un sujeto del afecto, a-afectado por el padecimiento, que desde intervenciones interdisciplinarias y basadas en la dinámica social brindan las condiciones para devenir de la palabra en ese acto, conducta o síntoma de autolesiones en el cuerpo.

Esta dimensión emergió en las posibilidades de re-citar a las personas ya sea por enfermería o por salud mental, en tanto la frecuencia colabora con la contención, integración del padecimiento de la persona al sistema de salud y habilitar distintos espacios para multiplicar las posibilidades de pertenencia de la persona al CAPS.

Un relato de la persona que esté atravesado por lo real, de posibles infecciones, sangrados, diagnósticos que “no cierran”, otorga una dimensión de cuidado y riesgo más allá y más acá del acto.

Las presentaciones de personas con autolesiones en APS se inscriben dentro del grupo de las violencias ya sea por segregación, social y representan un fenómeno multicausal, complejo y psicosocial.

El cruce y consensos de abordajes interdisciplinarios permitirán el pasaje de lo clínico singular (del propio sufrimiento) a la configuración de un problema sanitario desde el esfuerzo de decisiones políticas para definir programas de guardias, por ejemplo en APS que incluyan profesionales de la salud mental (distintos a los psiquiatras)

Se pone en contexto determinadas urgencias que, si bien ante riesgo cierto e inminente de deberá pedir intervención a servicio de Hospital, en la atención primaria en el CAPS se ha creado una forma de trabajo en donde se trabaja “más allá de lo evidente”, donde desde la concepción de la teoría de la vulnerabilidad se piensa a un sujeto que padece y que va más allá de aspectos categoriales de los diagnósticos.

Por esto se piensan en los aspectos graduales en la posibilidad de cierta dinámica en relación al tiempo -no interpretaciones del cuadro “estáticas”. Dar(nos)tiempo.

Nos encontramos que en este marco de ofrecimiento la clave estuvo en re-citar a la persona, en donde esa intervención era más que un “vuelva al CAPS”; era la posibilitar de repetir, de mostrar su sufrimiento con Otro que estaba dispuesto a escucharlo, por lo que se disminuyó notablemente las derivaciones a psiquiatría, y se afianzó el lazo con el CAPS.

Recitar, es quizás también romper con la monotonía de lo rutinario, es romper con algo del tiempo de la institución y no dejar la frecuencia para instancias privadas de atención.

En este caso consideramos que la palabra, el tiempo y la escucha serán guardianes del decir de la persona, y por tanto de que emerja la angustia en tanto digna de un sujeto de derechos que padece.

Encontrar huecos, hallar el estilo propio de lo que no funciona, militar la causa de la salud pública cada día.

Referencias bibliográficas:

Alemán, J.(2021). “Ideología. Nosotras en la época. La época en nosotros”. Ned Ediciones
Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas (Vol. 20, pp. 71-164).
Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Lacan, J. (2007). El seminario 10: La angustia. Paidós.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). GUÍA DE ATENCIÓN DE
CRISIS Y URGENCIAS EN HOSPITALES GENERALES DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES. Recuperado de

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/08/GUIA-DE-ATENCION-EN->

[LA-CRISIS-Y-URGENCIAS-EN-HOSPITALES-GENERALES-DE-LA-PROVINCIA-DE-BUENOS-AIRES.pdf](#).

Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. *La Esquina del Sur*, mayo 2004. Disponible en:
http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf