

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Informe Final de Pasantía Académica
en el Programa de Emergencia del
Hospital Público de Autogestión San
Bernardo, Ciudad de Salta Capital.
Clínica de la Urgencia.**

Alumno: Emanuel Alejandro Bosco

Director: Humberto Eusebio Pineda

Año 2019

Autoridades académicas de la Universidad:

Gran Canciller: S. E.R. Mons. Mario Antonio Cagnello Arzobispo de Salta

Rector: Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrectora Académica: Mg. Constanza Diedrich

Autoridades académicas de la Facultad de Artes y Ciencias:

Decano de la Facultad de Artes y Ciencias: Lic. María Dolores Medina Bouquet

Secretaria Académica: Abg. Adriana Iburguren

**Autoridades académicas del Departamento y Carrera de Lic. en
Psicología**

Jefa del Departamento de Psicología: Lic. Sonia Edith Guijarro Cardenas

Índice

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
LA PROPUESTA DE LA PASANTÍA ACADÉMICA	5
OBJETIVOS DE LA PASANTÍA ACADÉMICA	5
<i>Objetivo general:</i>	5
<i>Objetivos específicos:</i>	5
CONSECUENCIAS ÉTICAS DE LA PASANTÍA ACADÉMICA	6
ACTIVIDADES Y TAREAS DESARROLLADAS	7
MARCO TEÓRICO DE LA PASANTÍA ACADÉMICA	8
CAPÍTULO I: LA ÉPOCA	9
<i>Época y discurso</i>	9
<i>Amo Hipermoderno</i>	14
CAPÍTULO II: PSICOANÁLISIS APLICADO	27
<i>Psicoanálisis y Psicoterapia</i>	27
<i>Psicoanálisis puro, Psicoanálisis aplicado</i>	33
<i>El Psicoanálisis y la Institución Hospitalaria</i>	37
CAPÍTULO III: LA URGENCIA.....	56
<i>Angustia, Acting out y Pasaje al acto en la Urgencia</i>	77
<i>El Psicoanálisis en la Urgencia</i>	105
<i>Tratamiento de la Urgencia</i>	113
MARCO INSTITUCIONAL	136
CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	137
MISIÓN	138
BENEFICIARIOS	139
ORGANIGRAMA	139
SECTORES INSTITUCIONALES.....	141
ASPECTO DINÁMICO DEL SERVICIO DE JEFATURA DE GUARDIA DEPENDIENTE DEL PROGRAMA DE EMERGENCIA.	148
FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA, VINCULACIÓN CON EL PROGRAMA DE EMERGENCIA	151
RELATO DE LA EXPERIENCIA DE LA PASANTÍA ACADÉMICA	156

LA PRÁCTICA DE UNA PAUSA EN LA URGENCIA	157
<i>El inicio</i>	157
<i>El dispositivo analítico en el Servicio de Jefatura de Guardia</i>	162
<i>La continuación de un tratamiento de la urgencia</i>	171
Caso G: “¿Cómo se siente cuando te terminan?”	177
Viñetas de la entrevista clínica con G en el Servicio de Jefatura de Guardia	177
Viñetas de las entrevistas clínicas con G en consultorio externo perteneciente al Servicio de Psiquiatría y Psicología	182
LA OPORTUNIDAD DE FORMACIÓN EN LA URGENCIA	199
<i>Ateneo I: La demanda y el pedido de interconsulta.</i>	199
<i>Ateneo II: Tema: “Capítulo 1. El oso polar y la ballena. Apuestas de la plasticidad.”</i>	200
<i>Ateneo III: Tema: “Capítulo 2. Diego y Haydn. Percepción y memorias.”; y “Capítulo 3. La inhibición a orillas del lago Trasimeno. Destino de la percepción.”</i>	200
<i>Ateneo IV: Tema: La estafa del psicoanálisis.</i>	201
<i>Ateneo V: Presentación de un caso de urgencia. Viñetas del Caso T: “Un demonio que me entra en ese momento”</i>	202
Viñetas de la entrevista clínica con T en el Servicio de Jefatura de Guardia	202
Análisis de las entrevistas clínicas con T en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología.....	213
LA CONVERSACIÓN CON LA MEDICINA	216
CONCLUSIONES	225
ALGUNAS PREGUNTAS	233
BIBLIOGRAFÍA.....	237
ANEXO.....	248
ENTREVISTAS CON INFORMANTES CLAVES	249
ENTREVISTAS CLÍNICAS DE LOS CASOS PRESENTADOS	251
<i>Caso G: “¿Cómo se siente cuando te terminan?”</i>	251
Entrevista clínica con G, en el Servicio de Jefatura de Guardia	251
Entrevistas clínicas con G, en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología.....	254
<i>Caso T: “Un demonio que me entra en ese momento”</i>	279
Entrevista clínica con T en el Servicio de Jefatura de Guardia	279
Entrevista clínica con la madre de T.....	286
Entrevistas clínicas con T en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología	287
ENTREVISTAS CLÍNICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE JEFATURA DE GUARDIA	299
<i>Paciente J.</i>	299
<i>Paciente: M.</i>	302
Abordaje interdisciplinar entre el analista practicante y el psiquiatra	302
Entrevista clínica con la madre de M	307
<i>Paciente H</i>	309

<i>Paciente S</i>	312
<i>Paciente O</i>	315
<i>Paciente L</i>	321
Diálogo entre el analista practicante y el psiquiatra	324
Entrevista clínica con el padre de L	325
<i>Paciente X</i>	329
<i>Paciente B</i>	334
ENTREVISTAS CLÍNICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE JEFATURA DE GUARDIA Y EN CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	338
<i>Paciente C</i>	338
Entrevistas clínicas en el Servicio de Jefatura de Guardia.....	338
Entrevista clínica con la madre de C.....	339
Entrevista clínica con C.....	342
Entrevistas clínicas con C en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología	348
<i>Paciente R</i>	360
Entrevistas clínicas en el Servicio de Jefatura de Guardia.....	360
Entrevista clínica con R en el Servicio de Jefatura de Guardia	360
Diálogo entre el analista practicante y el psiquiatra	363
Entrevista clínica con el esposo	364
Entrevista clínica con la madre	364
Entrevistas clínicas en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología	365
<i>Paciente A</i>	383
Entrevista clínica con A en el Servicio de Jefatura de Guardia.	383
Entrevistas clínicas con A en la sala de internación de mujeres del Programa de Traumatología.	386
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	417
PLANILLA DE ASISTENCIA	418
INFORME DEL DIRECTOR	419
HOJA DE EVALUACIÓN.....	420

Resumen

El presente informe, en calidad de trabajo final de grado de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, refleja la articulación realizada por el pasante entre los conceptos fundamentales del psicoanálisis, su posición ética y la observación de la práctica clínica de los casos de urgencia que fueron asistidos por el analista practicante, en el Servicio de Jefatura de Guardia dependiente del Programa de Emergencia del Hospital Público de Autogestión San Bernardo.

Palabras claves: Pasantía académica, clínica de la urgencia, Hospital Público de Autogestión San Bernardo, analista practicante.

Abstract

The present report, as the final degree work of the degree in Psychology at the Universidad Católica de Salta, reflects the articulation made by the intern between the fundamental concepts of psychoanalysis, their ethical position and the observation of the clinical practice of emergency cases that were assisted by the practicing analyst, in the Head of the Guard Service dependent on the Emergency Program of the Hospital Público de Autogestión San Bernardo.

Key words: Academic internship, emergency clinic, Hospital Público de Autogestión San Bernardo, practicing analyst.

Introducción

Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, se interesó en realizar investigaciones relacionadas con fenómenos corporales patológicos que no presentaban una causa orgánica y, buscó abordarlos desde la clínica empleando el método de la asociación libre para lograr la curación de los mismos. De esta manera, fue construyendo la teoría psicoanalítica cuyo objeto de estudio es el Inconsciente. Su principal preocupación fue la de poder dar respuesta a aquellos fenómenos patológicos que se presentaban en sus pacientes, cuya causa atribuía a la represión de algún contenido desagradable para el yo del sujeto. Además, es importante destacar que las manifestaciones clínicas tratadas por él, tenían una fuerte impronta de las características de su época, la época Victoriana: la represión de cuestiones relacionadas con la sexualidad, la moralidad, la vergüenza, la prohibición, el “no decir” sobre temas tabúes, e instituciones fuertemente verticalistas.

Por su parte, Jaques Lacan, psicoanalista freudiano francés, realizó aportes muy valiosos a dicha teoría. Su innovación radicó en incluir al sujeto en la estructura del lenguaje, postular que el Inconsciente está estructurado como lenguaje, acuñar el término de “goce” para dar cuenta de aquellos fenómenos patológicos relacionados con un modo singular del sujeto de dar respuesta a la castración del Otro, como por ejemplo, un síntoma, un delirio, entre otros arreglos subjetivos; y proponer una clínica orientada por lo real. De esta manera, rechaza la idea de un tratamiento universal, y recordándonos la clínica freudiana, hace hincapié en el caso por caso.

En la actualidad, nuestra época se caracteriza por la caída de los ideales y de las garantías institucionales, la falta de coordenadas simbólicas, la desregulación del consumo, y un malestar generalizado producto del empuje al goce ilimitado. Si en la modernidad, Freud (2011a) tuvo que arreglárselas con fenómenos relacionados con “El malestar en la cultura” y la represión, en la hiper-modernidad, donde podríamos hablar de un hiper-malestar, los desafíos clínicos, que tienen a la urgencia como protagonista, se relacionan con fenómenos que dan cuenta de la desorientación subjetiva: la falla del mecanismo de represión, la imposibilidad de tramitar la angustia desde lo simbólico, identificaciones inestables, la satisfacción inmediata sin ningún tipo de renuncia, el empuje al goce desenfrenado, y el imperativo súper-yoico de consumo ilimitado de los objetos producidos por la ciencia y ofrecidos por el mercado.

Estas cuestiones dieron lugar a la necesidad de dar respuestas desde el Psicoanálisis Aplicado, y desde una clínica de la urgencia, a las nuevas patologías de la época, como ser el pasaje al acto, acting out, ataque de pánico, toxicomanías, entre otras. Entonces, el

psicoanálisis aplicado a la terapéutica del síntoma, permitiría el alivio sintomático por medio de una escucha que dé lugar a la subjetivación del mismo y, a su vez, propicie la rectificación de la posición del sujeto con respecto a su padecer y su responsabilidad en juego.

En el presente, el psicoanálisis aplicado a la terapéutica da respuestas a cuestiones sociales que amenazan al Discurso del Amo, en el que se inscriben la psicoterapia y la medicina, como ser la intoxicación, intentos de suicidio, anorexia, bulimia, violencia, etc. Con lo cual, en el sector público, una de las instituciones donde el Psicoanálisis Aplicado tiene mayor oportunidad de “responder” a la demanda de tratamiento clínico de la población es el hospital.

En la provincia de Salta, el Hospital Público de Autogestión San Bernardo ofrece el Servicio de Psiquiatría y Psicología a la población local, provincias y países vecinos, tanto en sus consultorios externos, como en el Servicio de Jefatura de Guardia a cargo del Programa de Emergencia. A través de dicho Programa, y desde el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, se ofrece tratamiento clínico a aquellos casos de urgencia que se presentan en la guardia del hospital.

En nuestros días, la urgencia, respuesta del sujeto a la falta de garantías y referencias del Otro, se hace presente a partir de situaciones traumáticas que desbordan los recursos simbólicos de quienes las padecen, precipitándose a un momento de actuación inmediato que puede costarles la vida.

Por lo antes expuesto, considero que la labor llevada a cabo por el analista practicante, en relación al tratamiento y asistencia clínica de las urgencias, es una de las actividades que más lo invitan a cumplir con la propuesta de Lacan (2009a) de estar a la altura de las subjetividades de la época. Con lo cual, el hospital resulta ser el sitio más propicio para poner en juego los conceptos psicoanalíticos, articulándolos con la práctica hospitalaria.

Teniendo en cuenta que me encuentro llegando al final de la formación de grado en la carrera de Licenciatura en Psicología, en donde me apropie de conocimientos sobre el Psicoanálisis relacionados con el área de la Psicología Clínica; la realización de la pasantía académica, en el Programa de Emergencia del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, me ofreció la oportunidad de observar la forma en que se aplica el psicoanálisis a la terapéutica en la institución hospitalaria, en los casos de urgencia. Además, me permitió articular los conceptos teóricos lacanianos y freudianos que versan sobre la clínica de la urgencia con la práctica clínica psicoanalítica que se llevó a cabo en

el Servicio de Jefatura de Guardia; y a su vez, adquirir experiencia clínica en relación al abordaje de la urgencia cuyo fin es la subjetivación de la misma.

La propuesta de la Pasantía Académica

Objetivos de la Pasantía Académica

Objetivo general:

Efectuar, desde la experiencia clínica, una articulación entre los conceptos fundamentales del psicoanálisis, su posición ética y las intervenciones que se realizan dentro de la atención y tratamiento de la urgencia en el Programa de Emergencia del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, de la provincia de Salta.

Objetivos específicos:

- Incorporar conocimientos con respecto a la urgencia, su expresión como malestar de la época y su modalidad de presentación en el Programa de Emergencia del Hospital Público de Autogestión San Bernardo.
- Adquirir experiencia clínica en relación al abordaje de la urgencia, en el Programa de Emergencia del Hospital Público de Autogestión San Bernardo.
- Aproximarse a una mirada clínica basada en la ética del Psicoanálisis y el lugar del discurso psicoanalítico aplicado al ámbito hospitalario y en un espacio de actuación interdisciplinario.

Consecuencias éticas de la pasantía académica

La Pasantía Académica se rigió por los principios éticos establecidos en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013):

- Respeto por la dignidad de la persona humana, buscando asumir el deber de respetar, garantizar y promover los Derechos Humanos.

- Confidencialidad de la información que se obtenga a través de la práctica profesional.

- Asegurar la integridad y bienestar de los pacientes, no caer en el error de discriminarlos o rotularlos.

- Asumir una actitud de compromiso con la profesión y la ciencia.

Estos principios fueron aplicados para la información que obtuvo el pasante a partir de la observación de los pacientes entrevistados por el practicante en psicoanálisis.

Además, los pacientes fueron informados con anterioridad por el practicante en psicoanálisis acerca de la presencia del pasante, como observador no participante, en las entrevistas clínicas, pudiendo negarse a ello. En caso de haber estado de acuerdo, firmaron un consentimiento informado cuyo modelo figura en el Anexo.

Las observaciones que se realizaron, en el marco de la pasantía, en presencia del practicante en psicoanálisis, no provocaron daño físico ni psicológico alguno ya que el pasante no realizó ninguna intervención.

Actividades y tareas desarrolladas

Dado que el objetivo de la presente pasantía académica consistió en la adquisición de competencias teórico/prácticas en el área clínica de la Psicología, a continuación se presenta una división de las actividades que se desarrollaron de manera simultánea, en el Programa de Emergencia y sectores afines.

Momento de Inmersión en el Programa de Emergencia

-Estudio de conceptos psicoanalíticos relacionados con la urgencia, la urgencia subjetiva y su abordaje clínico.

-Conocimiento del funcionamiento del Programa de Emergencia, del Servicio de Jefatura de Guardia dependiente del mismo, y del Servicio de Psiquiatría y Psicología que funciona como auxiliar de dicho Programa.

-Entrevistas con informantes claves que asisten casos de urgencia en el Servicio de Jefatura de Guardia: Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología, y practicante en psicoanálisis perteneciente a dicho servicio.

-No se realizaron lecturas de proyectos de trabajos sobre la urgencia, porque no se encontraron trabajos sobre dicha temática.

Momento de Observación

-Observación no participante de entrevistas clínicas sobre casos de urgencia, llevadas a cabo por el practicante en psicoanálisis, en el Servicio de Jefatura de Guardia.

-Participación como oyente de ateneos clínicos del Servicio de Psiquiatría y Psicología. Participación como disertante en un ateneo de dicho servicio.

-No se participó en reuniones interdisciplinarias dentro del Servicio de Jefatura de Guardia dependiente del Programa de Emergencia.

Momento de Evaluación

-Análisis desde la perspectiva clínica psicoanalítica de las entrevistas presenciadas, bajo la supervisión del director de la pasantía.

-Sistematización de la información recabada.

-Elaboración de dos presentaciones de casos, asistidos en el Servicio de Jefatura de Guardia, efectuando una articulación entre la práctica clínica y la teoría psicoanalítica.

-Exposición de un tema teórico: “Urgencia, urgencia subjetiva y violencia de género”, en un ateneo realizado en la Oficina Hospitalaria de Violencia Contra la Mujer.

-Presentación de una síntesis sobre la experiencia de formación realizada, en la clínica de la urgencia, desde la teoría psicoanalítica.

MARCO TEÓRICO DE LA PASANTÍA ACADÉMICA

Capítulo I: La época

Época y discurso

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues ¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? (Lacan, 2009a, p. 308).

Considerando la advertencia de Lacan, al abordar la temática propuesta en esta pasantía será de suma importancia considerar la influencia de la subjetividad de la época, en la que vivimos, sobre aquellos fenómenos clínicos de nuestro interés.

La clínica psicoanalítica es la del sujeto que habla, es decir, que se constituye en el campo del lenguaje y la cultura. Ésta no es para el psicoanálisis un tema secundario de interés sino el referente esencial para dar cuenta de la constitución del sujeto... (Gerber, 2005, p.9).

Por lo tanto, cualquier temática de interés clínico estará atravesada por la época en que la misma se presenta, puesto que ésta establece una serie de patrones, coordenadas, características, idiosincrasia, cosmovisión, etc. que inciden en el modo en que los sujetos interactúan y a su vez, tienen consecuencia en la aparición de nuevos síntomas sociales.

En relación a esto, Cazenave (1999a) menciona: “Caracterizar al sujeto contemporáneo, a los lugares que toman los hombres, mujeres y niños en el discurso del Amo moderno, es de capital importancia para abordar la clínica contemporánea.” (p. 11-12).

Como se puede notar, hablar de la época nos conduce necesariamente a hablar del discurso imperante en la misma, es decir, el modo en que los hablantes llevan a cabo sus prácticas de goce y establecen un lazo social con el Otro. Al respecto, en su conferencia de Milán de 1972, Lacan (2013) destaca: “El discurso ¿qué es? Es lo que, en el orden.. en la disposición de lo que puede producirse por la existencia del lenguaje, tiene la función de lazo social.” (p. 15).

También, Cazenave (1999a) refiriéndose al discurso menciona: “...éste es el que regula y determina los lugares y lazos entre los sujetos y el goce. Es el discurso el que los enlaza en una colectividad, situándolos a cada uno en un lugar particular.” (p. 8).

Así también, considerar la subjetividad de nuestra época, nos remite a establecer diferencias con otros momentos de la historia, donde se ejercían otras prácticas de goce. A los fines del presente capítulo, se tendrá en cuenta la época Victoriana, en donde reinaba el discurso del amo, para establecer una comparación con la época actual.

Para lograr este propósito, se hace indispensable observar que entiende Freud (2011a) por Cultura:

... el término <<cultura>> designa la suma de las producciones e instituciones que distancian nuestra vida de la de nuestros antecesores animales y que sirven a dos fines: proteger al hombre contra la Naturaleza y regular las relaciones de los hombres entre sí. (p. 3033).

En este sentido se podría equiparar la noción de cultura freudiana con el concepto de discurso adoptado por el psicoanálisis lacaniano. Además, se puede observar cómo Freud ve en la cultura, aquello que permitiría, mediante sus instituciones, ya sea la familia o la escuela, entre otras, regular el goce animal, sociabilizarlo, permitiendo la convivencia entre los hombres.

Entonces, “El discurso tiene por tanto efectos de significación y por otro es un modo de tratamiento de goce.” (Cazenave, 1999a, p. 8), con lo cual, se podría considerar que los seres hablantes pueden recurrir al discurso imperante de su época para tramitar el goce, interactuar entre sí, llegar a consensos y poder dar sentido a aquellos acontecimientos que se les presentan, como así también, obtener respuestas y garantías por parte de las instituciones que sostienen ese discurso. Esto se traduciría en un tratamiento del goce, por el orden simbólico proporcionado por los significantes amos que otorgarían sentido y orientación a los sujetos en relación a su modo de satisfacción pulsional.

En relación al tratamiento de lo pulsional, y refiriéndose al mito de la horda primordial de Freud, Gerber (2005) menciona:

... en el origen de la cultura hay un imposible. Este imposible es el fundamento pues alude a un estado anterior a la cultura en el que hay Uno -el padre- para quien ninguna prohibición tiene vigencia. El padre encarna así un goce no limitado por la castración, ese goce cuya pérdida irremediable está en la base de la cultura. (p. 16-17).

Para Freud (2011b):

...el padre primitivo impedía a sus hijos la satisfacción de sus tendencias sexuales directas; les imponía la abstinencia y, por consiguiente, a título de derivación, el establecimiento de lazos afectivos que los ligaban a él en primer lugar, y luego los unos a los otros. (p. 2597).

Por su parte, en relación a este mito, en el seminario XVII, Lacan (2008a) señala:

... en el enunciado del mito de *Tótem y Tabú*, el mito freudiano es la equivalencia del padre muerto y el goce. Esto es lo que podemos calificar con el término de operador estructural.

Aquí, el mito se trasciende, al enunciar a título de lo real – ya que es en esto en lo que Freud insiste – que aquello ocurrió realmente, que eso es lo real, que el padre muerto

tiene la salvaguarda del goce y que de ahí partió la prohibición del goce, de ahí procede.

Que el padre muerto sea el goce es algo que se nos presenta como el signo de lo imposible mismo. (p. 130-131).

Se puede ver entonces, como a nivel cultural, el Padre opera estructuralmente en el psiquismo de los hablantes impidiendo que el goce sea completo. Es decir, establece una regulación simbólica del goce en base a un ideal que permite agrupar a los sujetos, y orientarlos en relación a lo pulsional.

Estas cuestiones que tienen que ver con la imposibilidad de un goce todo, se relacionan con un rasgo característico de la época victoriana: la renuncia a la satisfacción sexual completa y con ella, el tratamiento del goce desde lo simbólico.

En relación a esto, Freud (2011a) en “El malestar en la cultura” señala:

... es forzoso reconocer la medida en que la cultura reposa sobre la renuncia a las satisfacciones instintuales: hasta qué punto su condición previa radica precisamente en la insatisfacción (¿por supresión, represión o algún otro proceso?) de instintos poderosos. Esta *frustración cultural* rige el vasto dominio de las relaciones sociales entre los seres humanos... (p. 3038).

A partir de estas cuestiones planteadas por Freud, se puede inferir que, en las diferentes épocas, las cuestiones que producen cierto malestar se relacionan con el tratamiento de lo pulsional, ya sea que se inhiba o exacerbe.

En relación a esto, y en base a las consideraciones de Miller, Aseef (2013) menciona un aspecto central que conecta a todas las épocas:

... el núcleo pulsional del síntoma, lo que refiere a la búsqueda de una satisfacción que nunca se alcanza, no se modifica con las épocas, la pulsión nunca se satisface, el goce completo jamás se consigue, solo se lo bordea a través de lo que en psicoanálisis se llama objeto *a*. (p. 40).

Si bien Freud (2011c) menciona “... los síntomas neuróticos poseen un sentido que los enlaza estrechamente a la vida íntima de los enfermos.” (p. 2290), es decir, como un mensaje a descifrar dirigido al Otro, por otra parte, señala: “... el síntoma reproducirá entonces, en una forma cualquiera, la infantil satisfacción libidinosa...” (Freud, 2011d, p. 2350). En base a esto, se puede observar la existencia de un núcleo de satisfacción pulsional que estaría fuera de la regulación significativa, es decir, que no se deja captar por lo simbólico, “el sin sentido” que no se modifica con las épocas.

Entonces, “Podemos pensar desde esta perspectiva que los discursos que se despliegan a lo largo de la historia tratan ese goce que, en tanto indomable, siempre retorna produciendo malestar.” (Cazenave, 2010, p. 42).

Por otra parte, otra cuestión estructural que se presenta como malestar en todas las épocas, y que tiene una relación directa con la satisfacción pulsional, es el Súper yo como imperativo de goce.

En relación a este malestar en la cultura, Gerber (2005) destaca:

... tiene un carácter estructural, es inherente a la cultura misma y está en la base de todas las grandezas y miserias de los hombres porque no es causado solamente por la imposibilidad de satisfacción para el deseo: paradójicamente es a la vez consecuencia de la imposibilidad de mantener eternamente la insatisfacción, es decir, de no poder dejar de gozar para cumplir así con la exigencia obscena y feroz de lo que Freud llamó el superyó. (p. 10).

En la época de Freud, ese malestar era producto de un imperativo superyoico relacionado con la represión del deseo sexual que luego podría terminar retornando, por ejemplo, como síntomas histéricos.

Sabemos que Freud en sus escritos denunciaba el síntoma de su época, la moral victoriana, que ya venía en declive, por cierto, pero que aún conservaba en las sociedades europeas el valor a la renuncia de goce, la represión, la abstinencia sexual, la moral del trabajo. (Assef, 2013, p. 81).

Sin embargo, se puede observar cómo a partir de las coordenadas impuestas por la época victoriana (represión, abstinencia sexual, etc.) y desde su vertiente simbólica, el síntoma permitía cierta regulación de la satisfacción pulsional.

Entonces, el tratamiento del goce mediante el discurso imperante era posible, ya que la prohibición funcionaba como obstáculo que frenaba el encuentro del sujeto con el objeto a. Este encuentro se producía indirectamente pero regulado desde el orden simbólico, por lo que el sujeto se enfrentaba a un goce no todo, fálico, que podía verse reflejado en esos síntomas.

En cambio, en la actualidad, se puede ver ese malestar en la cultura como resultado de un Súper Yo que envía a gozar, es decir, de una satisfacción inmediata de la pulsión de muerte, y de la caída del significante Nombre del Padre.

Al respecto, considerando la perspectiva de Lipovetsky sobre la época, Assef (2013) destaca la característica principal de la misma:

... el debilitamiento del poder regulador de las instituciones colectivas y la autonomización correlativa de los actores que a su vez eran reguladores de la familia, la religión, los partidos políticos, la cultura de clases, etcétera, por lo que el individuo aparece cada vez más desolado, móvil y fluido, y socialmente independiente. (p. 81).

En ambas épocas, la modernidad y la hipermodernidad, existe alguna clase de discurso que regula, o no, el goce y tiene consecuencias en las prácticas sociales que se desarrollan en los diferentes ámbitos. Por eso, Cazenave (2010), recordando la enseñanza

de Lacan, señala: "... lo real del sexo y muerte ocuparán el lugar de lo imposible de escribir, en torno al cual se articulan los discursos." (p. 42). Lo cual no quita mérito al hecho de que los discursos intenten formalizar algo de eso que no puede ser nombrado.

Además, este intento institucional de regular lo máximo posible, desde lo simbólico, aquella parte del goce animal no perdida, tiene sus razones:

El lazo social no proviene de un instinto natural sino que es efecto de la moderación de una agresividad que está instalada en el corazón mismo del deseo humano y que es mucho más que la simple reacción de defensa propia del individuo en peligro. (Gerber, 2005, p. 20).

De no ser envuelto formalmente lo pulsional por normas, costumbres, ideales, leyes, etc. desembocaría en una lucha imaginaria, desenfrenada, entre pares, produciéndose actos violentos, accidentes, muertes, violaciones, etc. Y aunque de todas maneras estas cuestiones sociales ocurren, en general, los discursos buscan la forma de aplacarlas.

Sin embargo, como practicantes del psicoanálisis estamos advertidos por Lacan (2008b):

Del discurso, sin embargo, está claro que no hay nada más candente que lo que se refiere al goce.

El discurso se aproxima a él sin cesar, porque en él se origina. Y lo turba cada vez que trata de volver a ese origen. Así es como se opone a cualquier apaciguamiento. (p. 74).

Lo interesante es que mientras en la modernidad, el discurso del Amo ofrecía un tratamiento del goce por medio de Instituciones verticalistas, ideales, represión, tabúes, etc.; en nuestra época, el discurso capitalista provoca todo lo contrario: un empuje al goce y una ruptura del lazo social.

La época también contribuye con su inseguridad y violencia a la caída de la idea de un mundo confiable. Los ideales modernos están representados en la eficacia, la utilidad y la búsqueda de felicidad y por ello ante la imposibilidad de cumplir con las expectativas creadas, surge el sentimiento de desamparo como resultado de la falta una ley que regule la relación con el semejante. El Otro se muestra inconsistente desapareciendo en su función de regulador del goce. (Antón, Coronel & Leserre, 2006, p. 197).

Con lo cual, en algunos casos, el síntoma social puede llegar a quedar desnudo de su revestimiento simbólico, manifestándose un goce insoportable que desborda y precipita al sujeto a la acción.

Amo Hipermoderno

A los fines del presente capítulo, sólo se desarrollará el discurso del amo para luego pasar a considerar el discurso capitalista (o hipermoderno), estableciendo diferencias entre ambos y aproximándonos al modo en que inciden en la vida de los seres hablantes, en sus prácticas de goce.

En su seminario XVII, Lacan formaliza cuatro discursos, cuatro formas de establecer un lazo social que se definen a partir del lugar de dominio que ocupa un determinado elemento o algoritmo en la posición de agente.

Decir *la dominante* quiere decir exactamente con qué designo al fin y al cabo, para distinguirlas, cada una de las estructuras de estos discursos, con nombres distintos, del universitario, del amo, de la histérica y del analista, según las distintas posiciones de estos términos radicales. Digamos que, a falta de poder dar enseguida a este término otro valor, llamo dominante a lo que me sirve para nombrar estos discursos. (Lacan, 2008c, p. 45).

En relación a los cuatro elementos que componen todos los discursos, Lacan (2008d, p. 97) señala: “Ahora escribiré con todas las letras las funciones propias del discurso, tal como las he enunciado.

Significante amo	⇒	saber
sujeto	⇒	goce”

Según Evans (2007, p. 73) “Lacan representa cada uno de estos cuatro discursos por un algoritmo; cada algoritmo contiene los cuatro siguientes símbolos algebraicos:

S_1 = el significante amo
 S_2 = el saber (*le savoir*)
 $\$$ = el sujeto
 a = plus de goce”

A su vez, es importante destacar que:

... estas funciones propias del discurso pueden hallar distintos emplazamientos. Esto es lo que define su rotación por esos cuatro lugares, que aquí no ven ustedes designados por letras, sino tan sólo por lo que esta vez llamo arriba, a la izquierda, abajo y a la derecha. (Lacan, 2008d, p. 97).

Con lo cual, los diferentes lugares que pueden ocupar los elementos mencionados se pueden observar en el esquema que dibuja Lacan (2008e, p. 182), en su Seminario XVII:

agente	>	trabajo
verdad		producción

En relación a estos lugares, Sotelo (2006) menciona:

Los lugares son: el del agente que comanda el discurso, el del otro a quien se dirige, el de la Verdad, debajo de la barra, siempre dicha a medias, y el lugar de la producción, lo que aparece como producto o resto de ese discurso.

Estos lugares serán alternativamente ocupados por el S_1 , S_2 , el $\$$ y el objeto a . (p. 99).

A su vez, se pueden establecer relaciones entre: el agente y el trabajo, y entre la verdad y la producción. Las mismas nos permitirán interpretar mejor los discursos que se desarrollarán en este capítulo.

En relación al agente y el trabajo Lacan (2008e) menciona:

La primera línea implica una relación que está indicada aquí con una flecha y que se define siempre como imposible. En el discurso del amo, por ejemplo, es en efecto imposible que haya un amo que haga funcionar su mundo. Hacer trabajar a la gente es más cansado todavía que trabajar uno mismo, si hubiera que hacerlo verdaderamente. El amo no lo hace nunca. Hace un signo, el significante amo, y todos a correr. Es preciso partir de esto, que es totalmente imposible. Es algo que se palpa cada día. (p. 188).

Por otra parte, con respecto a la relación de “impotencia” entre la verdad y la producción, Lacan (2008e) destaca:

Sin embargo, en el nivel de esta segunda línea, no hay flecha alguna. Y no sólo no hay comunicación, sino que hay algo que obtura.

¿Qué es esto que obtura? Es lo que resulta del trabajo. (...) se llama la producción.

Sean cuales sean los signos, los significantes amo que vengan a inscribirse en el lugar del agente, la producción no tiene, en ningún caso, relación alguna con la verdad. (p. 188).

Además, en relación a estos lugares estructurales de cualquier discurso, en un intento de clarificar estas ideas, Chemama (1996) señala:

... es posible, en especial, en un primer tiempo, hacer circular, por «cuartos de vuelta» sucesivos, los cuatro términos $\$, S_1, S_2, a$, por los cuatro lugares: verdad, agente, otro, producción. Ello sin romper el orden que liga a S_1 y S_2 , términos constitutivos del orden significante, lo que hace que el sujeto $\$$ esté separado del objeto a . Se tendrá por lo tanto:

$$\begin{array}{cc} \underline{S_1} & \underline{S_2} \\ \$ & a \end{array} \qquad \begin{array}{cc} \underline{S_2} & \underline{a} \\ S_1 & \$ \end{array}$$

$$\begin{array}{cc} \underline{\$} & \underline{S_1} \\ a & S_2 \end{array} \qquad \begin{array}{cc} \underline{a} & \underline{\$} \\ S_2 & S_1 \end{array}$$

El valor dado a cada una de estas escrituras puede ser establecido a partir de lo que desempeña el papel de agente. Así, la presencia, en ese lugar, de S_1 , califica al «discurso del amo»; la de S_2 , el saber, permite definir un «discurso de la universidad»; la de $\$,$ el sujeto, el «discurso de la histórica»; por último, la de a , el «discurso del psicoanalista» (p. 113).

También, Lacan (2008f) señala: "... la referencia de un discurso es lo que manifiesta querer dominar. Con esto basta para clasificarlo en el parentesco del discurso del amo." (p. 73). En el caso del discurso Amo, se busca dominar al esclavo que posee el saber; en el discurso Universitario, ejercer el dominio sobre el goce; en el discurso Histérico, dominar y hacer tambalear al Amo, y en el discurso del analista, al sujeto dividido.

Cabe destacar que en estos cuatro discursos es posible el lazo social con el Otro, la regulación fálica del goce, ya que el sujeto está separado del objeto a. En cambio, esta situación no se verifica en el discurso capitalista, lo cual indicaría de entrada que el lazo con el Otro está perdido.

La fórmula del discurso del amo es la siguiente (Sotelo, 2006, p. 100):

$$\frac{S_1}{\$} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

En el discurso del Amo, el S1 puesto en el lugar de agente, vendría a regular, por medio de los ideales, normas y costumbres, a las prácticas de goce de los seres hablantes, de modo tal que la cosa funcione, que todo marche como debe ser.

S₁ es, digamos, para ir deprisa, el significante, la función de significante en que se apoya la esencia del amo. Por otra parte, tal vez recuerden algo en lo que insistí varias veces el año pasado: el campo que corresponde al esclavo, es el saber, S₂. (Lacan, 2008g, p. 19).

Por eso, en cuanto al discurso del amo, Assef (2013) destaca: "...cuyo mérito es, por un lado, operar una simplificación y una formalización de la realidad, y por otro, difundir modelos de conducta coherente, bajo la autoridad de instancias habilitadas y reconocidas para ello." (p. 81). Es decir que, a partir del mismo, los sujetos podían interpretar la realidad, orientarse, y conducirse bajo Instituciones que promovían determinadas prácticas de goce, a condición de la renuncia a un goce completo.

El amo quiere el Bien de todos, no el deseo, y porque quiere el Bien se presenta como su portador para ofrecerlo a quienes cedan; a ofrecerlo bajo la modalidad del amor del padre igual para todos. El amor del padre es el Bien Supremo que los hijos pueden obtener a cambio de nada saber del deseo causado por la imposibilidad de existencia de ese Bien. Así, en el lugar de la pérdida, del objeto perdido que causa el deseo, el grupo va a colocar y mantener un amo cuyo amor será estimado como el tesoro más precioso a obtener. El ideal del yo encarnado por el objeto-conductor es aquello que en la masa viene a ocupar el lugar de un objeto esencialmente perdido para desmentir así el carácter irremediable de la pérdida. (Gerber, 2005, p. 28).

Freud (2011e) ya había señalado lo anterior cuando hablaba en relación a la psicología de las masas:

... la fórmula de la constitución libidinosa de una masa, por lo menos de aquella que hasta ahora venimos examinando, o sea de la masa que posee un caudillo (...) *Tal masa primaria es una reunión de individuos que han reemplazado su ideal del <<yo>> por un mismo objeto, a consecuencia de lo cual se ha establecido entre ellos una general y recíproca identificación del <<yo>>*. (p. 2592).

Es decir, mediante el ideal que se ubica en el lugar del agente en el discurso del amo, se establecían lazos sociales que tendían a reunir a los sujetos bajo dicho ideal. Esto da cuenta de que eran representados por un significante amo ante el Otro social, y de esta manera, el caudillo, encarnado por las instituciones, determinaba las prácticas de goce permitidas, señalando las prohibidas, volviendo al goce no todo, generando un resto, ordenando los goces y haciendo que el sistema social funcione.

Lacan ubica al discurso del amo como propio del inconsciente, el S_1 está en el lugar del poder, comanda el trabajo del saber y genera como resto, como producto del discurso, el objeto a , que funciona como plus de goce. Aclaremos que en este discurso el sujeto está barrado, dividido, no solo porque hay una parte de sí mismo que él no conoce ni maneja, o sea el inconsciente, sino que por la misma operación de entrada del animal humano al orden del lenguaje, ha perdido algo, el lenguaje mata la cosa, la animalidad, algo se pierde, es un resto que cae de la operación del lenguaje, el objeto a . (Assef, 2013, p. 85-86).

Se ve con claridad, como la operación de castración simbólica se hace presente, efectuando una pérdida de goce, sociabilizándolo. Esto ocurre gracias a "... la violencia que el símbolo ejerce sobre lo real y que tiene por efecto abrir la dimensión de una falta en el campo de lo representable." (Gerber, 2005, p. 16). En palabras de Lacan (2008d): "... al emitirse hacia los medios del goce que son lo que se llama el saber, el significante amo no sólo induce sino que determina la castración." (p. 93). Pero, ese resto que funciona como plus de goce o goce a recuperar, también puede hacerlo, en un dispositivo analítico, como causa de deseo. Lo cual posibilita el acceso a la verdad inconsciente del sujeto.

En relación a la fórmula que representa el discurso del amo, en su Seminario XVII, Lacan (2008g) menciona:

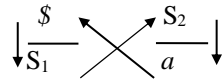
Esta fórmula dice que en el preciso instante en que interviene S_1 en el campo ya constituido por los otros significantes en la medida que se articulan ya entre ellos como tales, al intervenir sobre otro, sobre otro sistema, surge esto, $\$$, que es lo que hemos llamado el sujeto en tanto dividido.

Finalmente, hemos acentuado desde siempre que de este trayecto surge algo que se define como una pérdida. Esto es lo que designa la letra que se lee como el objeto a . (p. 13).

En cambio, en la hipermodernidad, el discurso capitalista "... representa una desviación, perversión del discurso del Amo, ya que fracasa en su función de refrenar el

goce.” (Cazenave, 1999a, p. 10), y, además, empuja al sujeto a gozar de los bienes de consumo al punto de consumirse en dicho acto, es decir, conduce al sujeto a una satisfacción pulsional desenfrenada. Con lo cual, no sería un discurso que promueva el lazo con el Otro.

De este modo, el esquema de dicho discurso sería el siguiente:



... un discurso en el que el sujeto se encuentra a la vez sujeto a su objeto y en posición de semblante, es decir, en posición de creerse no sujetado a nada, amo de las palabras y de las cosas. Aquí la alienación se redobla con un desconocimiento radical. (Chemama, 1996, p. 114).

Es decir, este sujeto se “sostiene” por medio de un mandato de goce, consumiendo aquellos objetos que prometen la felicidad y borrar su falta estructural. De esta manera, el conocimiento sobre la castración simbólica se oculta tras un goce mortífero, impulsado por frases que aluden al disfrute del momento, la fugacidad, lo ilimitado, a la provocación, etc. a las cuales se identifica, pero al tratarse de identificaciones lábiles y fugaces, también provocan angustia.

Además, hay una relación imposible entre el Sujeto y el saber, por la posición en la que está el sujeto (en el lugar de agente), de no relación con el S2 (lugar del saber, de los significantes), se dificulta el acceso a lo simbólico, a preguntarse por el deseo del Otro.

... el discurso capitalista a través del imperativo a recuperar siempre un poco más de goce, intenta siempre conseguir un plus, recuperar la pérdida que sutura la división subjetiva. Este movimiento destruye el lazo social, condición del discurso, porque para efectuarse no requiere pasar por el Otro y así, produce una desregularización de goce por la falta de barrera entre el sujeto dividido y el objeto *a*. De este modo, el sujeto quedaría fuera del efecto de la castración y bajo la primacía superyoica que empuja a gozar cada vez más: es decir, consumir cada vez más. (Assef, 2013, p.86).

Como se puede observar, nuestra época no está guiada por una renuncia a la satisfacción pulsional, ni mucho menos se basa en la represión, sino todo lo contrario.

... es uno de los rasgos principales del discurso corriente de nuestros días prometer a todos la satisfacción de todos los deseos, con la única condición de poner un precio, de borrar la diferencia entre el objeto del deseo y el objeto del consumo. (Chemama, 1996, p. 113).

Hoy estamos lidiando con una mutación que nos habría hecho pasar de una economía organizada por la represión a una economía organizada por la exhibición de goce. (Coelho dos Santos, 2016)¹.

Entonces, mientras que en el discurso del Amo “La doble barra // representa la castración, que implica que la apropiación del goce está obstaculizada al sujeto. El goce perdido funciona en falta como causa del deseo. El goce excluído es el goce todo.” (Cazenave, 1999a, p. 8); en el discurso capitalista, se puede observar una “... relación sin obstáculos entre el sujeto y el objeto-de-goce, también resulta que en el discurso capitalista la experiencia del inconsciente se vuelve imposible.” (Belaga, 2015, p. 23).

También, recordando la relación de impotencia que existe entre la verdad y la producción, se puede observar, en el discurso del amo, como se da esta impotencia entre el sujeto y el goce que ocupan esos lugares. Lo cual estaría indicando que la apropiación del goce todo no es posible, y habría una regulación fálica.

Esa situación cambia completamente en el discurso capitalista, donde se produce una permutación del Sujeto por el S1, quedando el primero en el lugar de Agente y el segundo en el lugar de la verdad, velando al inconsciente por medio de un mandato de goce consumista. Al respecto, en su conferencia de Milán de 1972, Lacan (2013) destaca:

... porque el discurso capitalista es ahí, ustedes lo ven..(*indica la fórmula*) una pequeña inversión simplemente entre el S 1 y el S.... que es el sujeto... es suficiente para que esto marche sobre ruedas, no puede marchar mejor, pero justamente marcha demasiado rápido, se consuma, se consuma tan bien que se consume. (p. 13).

De esta forma, ya no habría un significante que regulara el goce, es decir, en el encuentro entre el sujeto y el objeto a, no operaría la castración simbólica.

Además, haciendo referencia a Lacan, Assef (2013) señala:

Construye así la noción de discurso capitalista en el que escribe como significante amo al sujeto barrado mismo. Sostiene que, de hecho, ya no habría más significante amo que la propia vacuidad del sujeto, su autorreferencia, y la única consigna en este discurso es la invitación a que todos gocen de los objetos que se ofrecen. (p. 85).

Esta cuestión del imperativo de goce fue descripta por Lacan (2008h) en el discurso universitario:

Es imposible dejar de obedecer esa orden que está ahí, en el lugar que constituye la verdad de la ciencia – *Sigue. Adelante. Sigue sabiendo cada vez más.*

¹ Cohelo Dos Santos (2016, p. 567). Hoje estamos lidando com uma mutação que nos teria feito passar de uma economia organizada pelo recalque a uma economia organizada pela exibição de gozo.

Precisamente por este signo, porque el signo del amo ocupa ese lugar, toda pregunta por la verdad resulta, hablando con propiedad, aplastada (...) el S₁ de la orden *Sigue sabiendo...* (p. 110).

Con lo anterior, se vuelve evidente que, en el discurso universitario, en el lugar de la verdad, el S₁ se configura como un imperativo relacionado con el saber. Siguiendo esta lógica, en el discurso capitalista se deja en evidencia que el mandato del Súper Yo hipermoderno, bajo la forma de S₁ en el lugar de la verdad, promueve e invita a gozar a los sujetos de los objetos producidos por la ciencia, al punto de anular la posibilidad de una pregunta por su deseo y suturar ilusoriamente la división subjetiva.

Ante la caída de ideales y referentes que lo orienten, y teniendo a su disposición los objetos del mercado, el sujeto se ve a sí mismo completo, despojado de la falta constitutiva que lo vuelve un sujeto deseante, y cae en una posición de objeto del mercado, encarnando el lugar de resto. Por eso, se puede pensar en una coexistencia y triunfo de la unión entre la ciencia y el capitalismo, el triunfo del saber.

Es un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica, donde el padre moderno es un padre que no puede asegurar la distribución del goce de manera conveniente, las familias ya no cuentan con el Otro de la Ley de antaño, la sociedad actual dejó de vivir bajo ese mito... que implica que ya no haya nada que constituya una barrera, que esté en la posición de lo prohibido, que lo prohibido sea difícil, que resulte contradictorio con el movimiento del no-todo. Algo se desarrolla sin encontrar límites, por ejemplo el consumo, pero también la precariedad del sujeto, el miedo. (Belaga, 2006, p. 13).

Además, cabe agregar una aclaración que realiza Lacan (2008h) en relación con el discurso universitario y que es plausible de ser extrapolada al discurso del amo: “No crean que el amo está todavía ahí. Lo que permanece es la orden, el imperativo categórico *Sigue sabiendo*. Ya no hace falta que haya nadie ahí.” (p. 111).

Con esto queda claro que no debemos caer en el error de creer que, en el discurso capitalista, el Significante Amo estaría sosteniendo al sujeto y regulándolo en su práctica de goce. En realidad, ya no hay un S₁ que organice o regule lo pulsional, sino un mandato a gozar consumiendo los objetos producidos por la ciencia.

En efecto, como en todos los otros cuadraditos o esquemas de cuatro patas, siempre es éste de aquí, el de arriba a la derecha, el que trabaja, y para hacer surgir la verdad, ya que éste es el sentido del trabajo. El que ocupa este lugar en el discurso del amo es el esclavo, en el discurso de la ciencia es el *a* estudiante (Lacan, 2008h, p. 110).

Y en el caso del discurso capitalista, el S₂, el saber, está en el lugar del trabajo, con lo cual se puede pensar como este saber de la ciencia permite la producción de una serie de objetos que le sirven al sujeto para cumplir la orden del S₁, gozar consumiéndolos.

Por lo tanto, la propuesta del discurso capitalista es la de que el sujeto se relacione con su objeto de goce, de modo tal que tienda a perderse a sí mismo, en un consumo sin frenos del cual termina siendo objeto. Así, para este discurso, los humanos terminan convirtiéndose en objetos que consumen y a su vez, son consumidos por las empresas en las que trabajan. Trabajan para consumir, y si dejan de consumir, son reciclados para el consumo de otros, y en última instancia desechados.

También, es importante considerar el modo en que pasamos de un discurso a otro, y su principal causa: “... lo que se produce en el paso del discurso del amo antiguo hasta el del amo moderno, que llamamos capitalista, es una modificación en el lugar del saber.” (Lacan, 2008i, p. 32).

Esto significa –en el matema lacaniano– el pasaje del discurso del amo al discurso universitario, donde la autoridad no se funda en el ideal, en un significante amo, como en la masa freudiana, sino en un saber totalizante donde toda pregunta por la verdad de la enunciación inconsciente es aplastada. (Assef, 2013, p. 82).

“... al poner S_2 , en el discurso del amo, en el lugar del esclavo, y al ponerlo luego, en el discurso del amo modernizado, en el lugar del amo–, no se trata del mismo saber.”(Lacan, 2008i, p. 36), ya que no es lo mismo un saber que permita que las cosas marchen y que esté en función de la regulación, desde lo simbólico, de las prácticas de goce; que un saber productor de objetos de goce.

Por ello, en relación al discurso de la Ciencia al servicio del capitalismo, Belaga & Sotelo (2009) dicen:

Este discurso dominante tiene un poder universalizante, y se expresa en la pluralización de los significantes identificatorios, es decir con sujetos sin referencia y compelidos a construirse “autónómicamente”, vinculados a una proliferación de objetos técnicos que inducen modos de gozar “autoeróticos”. (p. 32).

Con lo cual, se vuelve evidente como la oferta del mercado posibilita y promueve un nuevo modo de relación entre los hablantes, basado en prácticas de goce mortíferas sin regulación, donde “... el saber ya no obedece al amo, sino que el sujeto dividido es quien se ubica en el lugar de agente rechazando la castración, la determinación inconsciente, posibilitando la recuperación de goce, la reapropiación permanente del objeto *a*.” (Assef, 2013, p. 86).

Es notorio como, incluso en esta apropiación permanente del objeto *a*, los restos de estas prácticas de goce desregulado son reciclados y aprovechados por el sistema, como por ejemplo, el “paco”, droga que se fabrica a partir de los restos de otros tóxicos. Como se aprecia, estamos en presencia de un imperativo consumista universal que atraviesa

todas las clases sociales, recordando que incluso en los estratos más bajos se puede gozar consumiendo los restos.

Pareciera existir una cultura donde la inmediatez de la satisfacción es la que ordena las relaciones entre los hablantes, orientándolos al consumo desenfrenado de objetos que hagan esto posible.

El saber de la ciencia ha producido todo tipo de objetos que son ofrecidos por el mercado como objetos plus de gozar uniformizados. En tanto el saber de la ciencia es un saber sin Amo, el goce ya no se ordena por la discriminación simbólica del Ideal sino por estos objetos.

Los objetos de la ciencia gadgetizados por el mercado forman parte de nuestra vida cotidiana promoviendo un goce autista. (Cazenave, 1999a, p. 10).

Como se puede observar, “En el discurso capitalista, tal como Lacan lo pensó, el saber (S_2) trabaja en la producción de objetos plus de goce, es un saber sin amo, sin S_1 que comande...” (Assef, 2013, p. 86). Con lo cual, los sujetos pueden responder con objetos a su falta estructural, a las preguntas relacionadas con la angustia de existir, lo que les permite ocultar momentáneamente la dimensión del inconsciente.

Sin embargo, se produce un movimiento paradójico, ya que el objeto gadget que en principio velaría la castración, en el caso de su eventual pérdida o desaparición, haría caer al sujeto en la dimensión de la angustia, extraviado y sin los significantes que le permitan sostenerse y dar sentido a dicho acontecimiento.

... en la actualidad, no hay un significante Amo que comande u ordene el goce del sujeto, pues éste se orienta por el objeto de la ciencia: el *gadget*, que no es un objeto causa de deseo, sino un objeto que tapa la castración. (Motellano, 2017, p. 34).

Entonces, hoy tenemos un sujeto que se encuentra en un estado de fragilidad y con mayor predisposición para caer en un goce de consumo mortífero, circular y sin límites. Además, esto es facilitado por los objetos ofertados en el mercado que tienden a suturar la falta constitutiva y a borrar la singularidad, dándole una referencia efímera y débil. Es decir, este discurso perverso establece un modo de práctica de goce sin regulación fálica, que tiende al desenfreno, mediante un vínculo directo entre sujeto y objeto, y anula la posibilidad de preguntarse por el deseo del Otro.

Como se puede notar, “... los S_1 , los significantes amo, que en la época de Freud hacían que las cosas marcharan, que reprimían, que prohibían el goce, ya no tienen la misma consistencia.” (Belaga, 2015, p. 28). Es decir, la consistencia de los significantes amo, que otorgaban cierta orientación al sujeto, desaparece ante la caída de los ideales producto de la falta de credibilidad en las instituciones sociales.

En relación a esto, Cazenave (1999a) menciona: “La Posmodernidad representa una caída de los ideales de la modernidad al comprobarse las consecuencias del discurso de la ciencia y del capitalismo sobre el sujeto y los lazos sociales.” (p. 10). Entonces, nos encontramos con sujetos que se encuentran a la deriva, desorientados, desestabilizados y en una situación de fragilidad e incertidumbre.

Una consecuencia de la caída de los ideales de la modernidad se hace patente en la tendencia a un goce autista que tiende a reforzar la característica de la época hipermoderna, la individualidad. De este modo, se deja a solas al sujeto en el encuentro con eso que suele desbordarlo, alejándolo de la relación humana con un otro semejante. Esto último ocurre independientemente de que la práctica de goce sea llevada a cabo en la privacidad o dentro de un grupo, ya que la misma sólo da lugar a la relación del sujeto, de su cuerpo de goce, con el objeto. A su vez, se observa una ruptura del lazo social con el Otro, al gozar sin él.

... lo que sucede con la caída del Otro es que si ya no hay un discurso que organice la comunidad de los sujetos, estos, como explica Laurent, se mantienen unidos por síntomas. Por síntomas significa que eso que enlaza a los sujetos contemporáneos es el modo de gozar, ya no los ideales, ni las ideas, ni las causas, ni el deseo, sino el goce, el goce en tanto régimen de la civilización hipermoderna; es el objeto lo que prima sobre el Ideal. (Assef, 2013, p. 84).

Entonces, en la hipermodernidad, se producen intentos de aglutinaciones de sujetos que comparten una misma práctica de goce, y se encuentran orientados por la misma. Pero, al estar parados sobre identidades frágiles, por efecto de la ausencia de un S1 que los ordene y colective, estas comunidades de goce compartido tienden a disgregarse con facilidad.

Por ello, en relación a las consecuencias del discurso capitalista, Alemán (citado en Belaga, 2015) señala:

... la del sujeto siempre expuesto a un goce fuera del lazo amoroso, y su vínculo sería con el objeto fetiche en las marcas del consumo, en los ciclos de anorexia y bulimia, en las distintas servidumbres que aparecen en relación a objetos de goces, técnicas o de otro tipo, que reúnen un mismo golpe falta y exceso a la vez. (p. 23).

Lo anterior también es señalado por Assef (2013):

... la caída del Otro trae como consecuencia la pluralización de los S₁ (significantes amos), pero a su vez existe otro efecto: sin la regulación del Otro, el sujeto queda más bien a merced del plus de gozar, del empuje a gozar, que se asimila al empuje a consumir. (p. 88).

Por otra parte, mientras que, en la modernidad, Freud (2011a) planteaba que la posibilidad de alcanzar la felicidad estaba perdida de entrada debido a: “... las tres fuentes

del humano sufrimiento: la supremacía de la Naturaleza, la caducidad de nuestro propio cuerpo y la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el Estado y la sociedad.” (p.3031); en la hiper-modernidad, el discurso capitalista genera la ilusión de alcanzar la felicidad equiparándola con la posesión de objetos de consumo que taparían ingenuamente la falta constitutiva del ser hablante; “... cotidianamente verificamos cómo la felicidad es una de las promesas imperativas de la época.” (Belaga & Sotelo, 2009, p. 32).

Además, los sujetos se ven influenciados por una nueva ética utilitarista:

... ética que promueve un empuje a la felicidad entendida en un sentido homeostático de aumentar el placer y disminuir el dolor. El deber moral y la obligación social de evitar todo motivo de tristeza y malestar empuja a que esté mal visto mostrarse triste, por lo que se exige la apariencia de sentirse siempre feliz. (Cazenave, 2010, p. 40).

Todas estas cuestiones planteadas traen aparejadas la aparición de nuevas patologías, propias de la época. El síntoma social actual, relacionado con fenómenos de angustia, se produce en relación a la falta de consistencia de un referente que permita al sujeto alienarse a un sentido para interpretar la realidad y tramitar el goce desde lo simbólico.

El modelo socio-cultural propio de la post-modernidad... está tiñendo las consultas de los pacientes que atendemos a diario en los distintos efectores de salud. Nuevas formas de sufrimiento (y algunas no tan nuevas) como la anorexia, la bulimia, la desnutrición, las adicciones tóxicas, las psicósomáticas, como así también distintas formas de violencia como el maltrato, la delincuencia, el suicidio y hasta los accidentes de tránsito, podrían ser leídos como teniendo el estatuto de respuestas patológicas a este modelo. (Coll, 1998, p. 89).

En estos casos, se puede notar la ausencia de la pérdida, y la imposibilidad del sujeto de representarse por un S1 en relación al Otro, con lo cual el goce, al no poder ser regulado fálicamente, lo desborda.

La pérdida es indispensable pues conjunta el riesgo que se correría con una posible "ganancia": la disolución del mundo simbólico por el acceso al goce in-mundo, al goce que debe permanecer como exterior, que configura los límites. La proximidad del objeto in-mundo determina el desencadenamiento de la señal de angustia, efecto específico de una insuficiencia, una incompletud: la incompletud del mundo, es decir, la incompletud del significante para representar *todo* el goce, causa del peligro de desbordamiento de las barreras significantes por el excedente de goce que ellas deben mantener a distancia. (Gerber, 2005, p. 30).

Entonces, frente a esta situación de ausencia de instituciones sólidas, de ideales que orienten y contengan el goce, los sujetos buscan de algún modo ampararse, aunque este amparo resulte frágil y momentáneo.

Por efecto del nuevo discurso hegemónico del capitalismo global, se pasó a refugiarse en identificaciones más inestables, mas “débiles”, como consecuencia de que en este discurso el \$ está en posición de agente, lo que implica que el significante amo lejos de presentar una totalización, se encuentra fragmentario, discontinuo... nada se organiza por mucho tiempo. (Belaga, 2015, p. 25).

En relación a esto, Assef (2013) articulando a Miller con Lipovetsky, señala:

... frente a la caída del amo, surgen pequeñas comunidades organizadas en torno a pequeños amos, que se concentran y se articulan en torno a una práctica común, a una creencia o condición particular, que repliegan sus lazos entre ellos mismos y dogmatizan sus ideas. (p. 83).

Por esta inconsistencia marcada por el discurso capitalista imperante en nuestra época, desde la clínica psicoanalítica nos vemos enfrentados a dar nuevas respuestas, sin perder la orientación por lo real, a las nuevas patologías que se presentan en calidad de urgencia.

Las presentaciones clínicas van tomando las formas sintomáticas de la época; el sufrimiento humano estructurado como un mensaje, como dice Eric Laurent, la letra viva pero donde las modalidades más frecuentes son el *acting out*, el pasaje al acto, las adicciones, anorexias, ruptura de los lazos, clínica de los tiempos del Otro que no existe, clínica de los desamarrados, de los inclasificables... (Sotelo, 2007, p. 146).

Por su parte, Coll (1998) considera que estas nuevas formas de sufrimiento, de urgencia, están asociadas con “el nuevo malestar en la cultura” de la época actual en donde:

... el empuje de la tecnología como expresión de la eficacia y la inmediatez a través de la TV, la computadora y la realidad virtual... operan rompiendo el vínculo entre los semejantes, creando una rotura de lazos sociales, un vacío, que lleva a muchas personas a una agonía existencial que se suele traducir en estados depresivos y a veces melancólicos, en los cuales la vida se torna indiferente y en el peor de los casos insoportable. (p.89).

En ellas, las identificaciones han tambaleado y dejaron al sujeto solo con un exceso de goce, en una relación mortífera, donde el objeto que en principio prometía brindarle cierta seguridad no conseguida a nivel de lo simbólico, termina conduciéndolo a un estado de desesperación y precipitación.

... se comprueba que estos “imaginarios de seguridad” fracasan irrumpiendo lo no programado como trauma. Es el momento en que el sujeto se ve enfrentado a su

precariedad más íntima, y demanda efectos terapéuticos que le den un sentido a ese agujero en su discurso singular. (Belaga, 2015, p. 25).

Capítulo II: Psicoanálisis Aplicado

En principio vamos a distinguir el Psicoanálisis de las psicoterapias y definir lo que sería el Psicoanálisis aplicado a la terapéutica, diferenciándolo del Psicoanálisis puro, para luego pensar qué lugar puede ocupar el Psicoanálisis aplicado en la institución hospitalaria. Así también, identificar qué condiciones son necesarias para que sea posible la existencia del mismo en dicho ámbito, para finalmente, hacer algunas consideraciones acerca de los tiempos con que trabaja el Psicoanálisis y cómo debe arreglárselas el practicante en psicoanálisis en su hacer, para articular estos tiempos con los tiempos institucionales.

Psicoanálisis y Psicoterapia.

Miller (2001) considera que no poder establecer una diferencia entre Psicoanálisis puro y Psicoanálisis aplicado conduce a dificultades de tipo prácticas. Lo cual puede llevar a "... esbozar falsas soluciones." (p.2). Además, recalca que mas allá de las diferencias que existan entre ambos tipos de Psicoanálisis, lo realmente importante es que "... el psicoanálisis aplicado a la terapéutica siga siendo psicoanálisis..." (p.2), con lo cual hace hincapié en poder diferenciar el Psicoanálisis (ya sea puro o aplicado) de la Psicoterapia.

En el mismo texto, Miller (2001) dice que una de las posibles respuestas a esas dificultades sería el grafo del deseo. Además, comenta que la psicoterapia se ubica en el piso inferior del grafo, en donde el psicoterapeuta, a partir de mostrarse como un terapeuta omnipotente y completo, hace consistir al Otro del lenguaje, emplea la vía de la palabra para corregir las identificaciones patológicas que sostienen el síntoma del paciente, y presta su Yo como modelo identificadorio "sano".

Precisamente en esto último se diferencia la psicoterapia con el Psicoanálisis que va más allá del primer piso del grafo del deseo, accediendo al piso superior.

Al respecto, Attie (2002) señala:

Mientras que en la psicoterapia nos quedamos en el piso inferior del grafo, donde la cuestión del goce no se plantea, y la inconsistencia del Otro menos todavía. En un psicoanálisis, "el Otro" que funciona es aquel que reenvía al sujeto a sus propios significantes. (p. 4).

También, Miller (2001) menciona que es a partir del deseo del analista, es decir, de mostrarse como no todo, como Otro barrado, que se puede acceder al nivel superior, al nivel de lo pulsional, a la cuestión relacionada con el goce.

Con respecto al goce, en su Seminario XX, Lacan (2008j) señala: “El goce es lo que no sirve para nada.” (p. 11). Y luego, agrega “Nada obliga a nadie a gozar, salvo el superyó. El superyó es el imperativo del goce: ¡Goza!” (p. 11). Si entendemos a “la muerte” como un significante que como tal no tiene sentido, no significa nada, podríamos pensar al goce como algo ciertamente inútil que va en contra del sentido, si se quiere sentido común, ya que se podría suponer que ningún ser vivo busca su muerte.

Sin embargo, posicionándonos en una perspectiva que tiene en cuenta el goce del ser hablante por el sólo hecho de hablar “*Allí donde eso habla, goza, y no sabe nada*” (Lacan, 2008k, p. 127), es inevitable que el ser humano goce, con lo cual habría una tendencia que lo impulsa a encontrarse con la muerte, el dolor, la enfermedad, etc. Por ello, Lacan (2008g), en su Seminario XVII, señala: “... el camino hacia la muerte no es nada más que lo que llamamos el goce.” (p. 17).

Entonces, es posible pensar el goce planteado por Lacan como el “más allá del principio del placer” freudiano en donde “El principio del placer parece hallarse al servicio de los instintos de muerte...” (Freud, 2011f, p. 2541). Al respecto, Freud (2011f) señala “La afirmación del carácter *regresivo* de los instintos reposa ciertamente en material observado: en los hechos de la obsesión de repetición.” (p. 2539). Entre ellos, menciona que se encuentran: los sueños de los enfermos de Neurosis traumática, las neurosis de guerra, el juego infantil del fort da y la neurosis de transferencia. En estos hechos, valiéndose de la compulsión a la repetición y del principio del placer, la pulsión de muerte busca regresar al organismo a su estado anterior inanimado.

Por su parte, Lacan (2008g) destaca: “Sin duda, esta tendencia a volver a lo inanimado se hace presente en la experiencia analítica, que es una experiencia de discurso.” (p. 17).

Considerando lo expuesto, como practicantes del psicoanálisis, es imposible quedarnos en el piso de la identificación tratando de resolver cuestiones que van más allá del Edipo e implican al sujeto en su máxima singularidad, en su satisfacción pulsional (otro nombre que podemos asignar al goce), en su cuerpo.

Además, cabe destacar que en el seminario XX, Lacan (2008j) menciona “Que todo gira en torno al goce fálico, de ello da fe la experiencia analítica, y precisamente porque la mujer se define con una posición que señalé como el *no todo* en lo que respecta al goce fálico.” (p. 15). Con lo cual, podemos considerar que el goce puede ser fálico (regulado por el significante), pero no todo goce es fálico. También, a partir de esa falta en el Otro, nos encontramos con que hay un goce Otro; “... el goce del Otro, del cuerpo del Otro,

sólo lo promueve la infinitud.” (p. 15), es decir, hay un goce femenino que tiende al infinito. Por lo tanto, el analista buscaría mostrarse como Otro inconsistente, evitando la identificación y permitiendo al analizado llegar al segundo piso, para que logre un saber hacer sobre lo real, su goce.

Entonces, en cuanto al deseo del analista como lo que posibilita el acceso al piso superior del grafo del deseo, podemos entenderlo, por un lado, como un modo de dirigir la cura y por el otro, como lo opuesto a la identificación.

En relación al deseo del analista como modo de dirigir la cura, Evans (2007) refiriéndose al deseo del analista, menciona que en la cura la tarea del analista es hacer que su deseo sea una incógnita para su paciente. De esta manera, y bajo transferencia, el analizante puede preguntarse en relación al deseo del Otro y, por lo tanto, en relación a su propio deseo.

En cuanto al deseo del analista como lo opuesto a la identificación, en su Seminario XI, Lacan (2010a) dice:

Es posible atravesar el plano de la identificación, por medio de la separación del sujeto en la experiencia, porque el deseo del analista, que sigue siendo una *X*, no tiende a la identificación sino en el sentido exactamente contrario. Así, se lleva la experiencia del sujeto al plano en el cual puede presentificarse, de la realidad del inconsciente, la pulsión. (p. 282).

De esta manera, Lacan apunta a llevar la cura analítica a una dimensión superior, en donde, bajo transferencia, pueda hacerse presente lo pulsional del sujeto en cuestión, su verdad.

Por su parte, Chemama (1996) señala:

Se puede plantear que el analista no actúa en función de un ideal, sea cual fuere: por ejemplo, a partir de una representación del hombre que la neurosis, la psicosis o la perversión vendrían a corromper y que se trataría de recuperar. Tampoco actúa a partir de lo que sería una hipotética pulsión de curar... (p. 96-97).

Esta última cuestión fue planteada por Freud (2011g) al decir que, dentro del tratamiento analítico, “... debemos ser tolerantes con las flaquezas del enfermo y satisfacernos con haber devuelto a un individuo (...) una parte de su capacidad funcional y de goce. La ambición pedagógica es tan inadecuada como la terapéutica.” (p. 1659).

Retomando la cuestión de las dificultades que se presentan a la hora de diferenciar el Psicoanálisis de la psicoterapia, otra respuesta que da Miller (2001) es que “... la psicoterapia se inscribe en el discurso del amo.” (p. 7).

El discurso AMO es el discurso básico del que derivan los otros tres. La posición dominante es ocupada por el significante amo (S_1), que representa al sujeto (\$) para

otro significante o, más precisamente, para todos los otros significantes (S_2); no obstante, en esta operación significante hay siempre un excedente, el OBJETO *a*. La idea es que todos los intentos de totalización están condenados al fracaso. (Evans, 2007, p. 74).

Entonces, la psicoterapia trabaja en nombre del Discurso del Amo y, posicionada desde ahí, busca llenar de significantes al paciente para tapar su división subjetiva, trabajando y potenciando las partes sanas del yo, sin permitirle cuestionarse sobre su síntoma. Esto ocurre así ya que la psicoterapia sigue una lógica estructural planteada por este discurso:

Lo que queda es ciertamente, en efecto, la esencia del amo, es decir, que no sabe lo que quiere.

He aquí lo que constituye la verdadera estructura del discurso del amo, aunque éste no lo sepa, lo que suele suceder, porque de otro modo no sería un amo. El esclavo lo sabe, y ésta es su función como esclavo. Por eso la cosa funciona, puesto que sea como sea todo esto ha funcionado durante bastante tiempo. (Lacan, 2008i, p.32).

Además, en su seminario XVII, en relación al amo, Lacan (2008g) se interroga:

¿Tiene el deseo de saber? Un verdadero amo, esto es algo que por lo general hemos visto hasta épocas recientes, y cada vez se ve menos, no desea saber nada en absoluto, lo que desea un verdadero amo es que la cosa marche. (p. 22).

Por su parte, en relación al discurso del Amo encarnado por la medicina, Sotelo (2006) señala:

Es un discurso que pone en relación un significante S_1 que representará al sujeto dividido frente a otro significante S_2 ; de esta operatoria, se produce, o se pierde, el objeto que para la medicina será la enfermedad. Este discurso oculta en el lugar de la Verdad –que no puede ser dicha del todo–, al sujeto en su división, al sujeto atravesado por el deseo y el goce, al sujeto que ha perdido su organismo para tener un cuerpo. (p. 100).

Entonces, para la psicoterapia no sería indispensable que el paciente sepa sobre su singular forma de relacionarse con lo pulsional, sino que llegue a adaptarse a lo social y se vuelva un activo productivo para el sistema. Por lo tanto, “... se trata de arrebatar al esclavo su función respecto del saber.” (Lacan, 2008g, p. 21), lo cual trae aparejado cierto riesgo si consideramos que “El saber es lo que hace que la vida se detenga en un cierto límite frente al goce.” (Lacan, 2008g, p. 17). Como vemos, el saber se constituye en lo que le permitiría al sujeto frenar o regular su goce.

Sin embargo, en el caso de la psicoterapia, el saber oculta la división constitutiva del sujeto, la verdad singular del mismo. Así, se busca adaptarlo a su rol social para que sea productivo y siguiendo la lógica de este discurso, todo marche bien. “Es así como una

vez desaparecidos los síntomas, por lo menos en su insoportable manifestación excesiva, la lectura desde este discurso es que se ha alcanzado la cura y los tratamientos concluyen. Las cosas marchan...” (Sotelo, 2006, p. 101).

Entonces, en relación al discurso del amo, Miller (2001) establece que al ser éste conforme al inconsciente, la psicoterapia funcionaría otorgando o restituyendo una identificación que le permitiera al paciente volver a ocupar un lugar establecido de antemano por la sociedad, y funcionar de manera productiva, sin considerar su fantasma.

Por lo tanto, siguiendo la idea que propone Miller, la psicoterapia no consideraría la forma singular de gozar del paciente, de dar respuesta a la castración del Otro. Esto es que se agota a nivel de la identificación, se queda en interpretaciones relacionadas con el Complejo de Edipo, sin poder vislumbrar un horizonte más lejano que permita al hablante arreglárselas con su goce, su singularidad, de lo que sólo él es responsable.

Como tercera respuesta que permite acentuar la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia, Miller (2001) comenta que lo propio de ésta última, a diferencia del psicoanálisis, es basar su accionar terapéutico en la vertiente del sentido, de la interpretación. También, Miller (2001) afirma que si bien Lacan en su primera enseñanza hace hincapié en “... el sentido como efecto del significante...” (p. 8), como por ejemplo, el sentido de los síntomas como mensaje dirigido al Otro; luego, como buen freudiano, le quita importancia, para dirigir su atención a otra cuestión que está más allá del sentido.

Esta cuestión ya había sido descubierta por Freud (2011h), y señalada por él en “La interpretación de los sueños” como el ombligo del sueño, es decir, aquello que no es interpretable:

En los sueños mejor interpretados solemos vernos obligados a dejar en tinieblas determinado punto, pues advertimos que constituye un foco de convergencia de las ideas latentes, un nudo imposible de desatar, pero que por lo demás no ha aportado otros elementos al contenido manifiesto. Esto es entonces lo que podemos considerar como el ombligo del sueño, o sea el punto por el que se halla ligado a lo desconocido. (p. 666).

Por consiguiente, en relación a la última enseñanza de Lacan, Miller (2001) destaca: “Esta consiste en una elaboración del psicoanálisis en su diferencia con la psicoterapia y en tanto que psicoanálisis fuera de sentido.” (p. 9). Entonces, el Psicoanálisis como tal, es fuera de sentido, puesto que, si nos quedamos atrapados en el laberinto de la significación, ya sea desde la metáfora o la metonimia, al poder agregar siempre un significante en más que de un nuevo significado al S1, estaríamos cayendo en una operación que tiende constantemente a dar un significado a lo que dice el paciente, pero

sin ningún efecto terapéutico que toque lo real. Por ello, Miller (2001) recordándonos a Lacan señala que éste propone un Psicoanálisis que deja de lado el punto de capitón, el sentido, para basarse en el Nudo Borromeo.

Psicoanálisis puro, Psicoanálisis aplicado.

En el “Acta de fundación de la Escuela Francesa de psicoanálisis”, Lacan (2012a) distingue tres secciones relacionadas con la aplicación del psicoanálisis. La primera es una “SECCIÓN DE PSICOANÁLISIS PURO, o sea, praxis y doctrina del psicoanálisis propiamente dicho, el cual es y no es otra cosa (...) que el psicoanálisis didáctico.” (p. 248), sería el psicoanálisis que estudia al psicoanálisis. La segunda, es una “SECCIÓN DE PSICOANÁLISIS APLICADO, lo que quiere decir de terapéutica y de clínica médica.” (p. 249), es decir, una vertiente práctica donde el psicoanálisis es aplicado a la terapéutica en diferentes instituciones. Por último, distingue una “SECCIÓN DE RECENSIÓN DEL CAMPO FREUDIANO” (p. 250), la cual “... asegurará primero la reseña y la censura crítica de todo lo que ofrecen en este campo las publicaciones que se pretenden autorizadas en él.” (p. 250). En este último caso, se ligaría el psicoanálisis con cuestiones sociales, como por ejemplo el estudio del malestar actual de la época, entre otras cuestiones y la publicación de los mismos.

En relación a estas tres secciones, Brodsky (citada en Ribeiro de Castro, 2005), señala:

... desde los años 80, han sido considerados tres puntos de aplicación del psicoanálisis:
 a) Psicoanálisis puro –explorado en cuanto al trabajo en la dirección del pase; b) Sección de psicoanálisis aplicado –dedicado a la práctica dentro y fuera de los consultorios; y c) Conexiones –refleja la política, el lugar del psicoanálisis en la sociedad. (p. 2).

Retomando la cuestión de la diferenciación entre Psicoanálisis puro y aplicado, Miller (2001) señala que la última enseñanza de Lacan referida a un psicoanálisis fuera del sentido, marcaría una diferencia tajante con la psicoterapia y a su vez, anularía o dejaría sin sentido las diferencias que se establecen entre ambas clases de Psicoanálisis. Sin embargo, a fines prácticos, las mismas serán desarrolladas sin perder de vista que en realidad, en ambos casos, se trataría de seguir una lógica orientada por lo pulsional donde no todo es interpretable.

Al respecto Miller (2001) señala:

... resulta valioso que la experiencia psicoanalítica se rija por una lógica del más allá. Es así, por otra parte, en el psicoanálisis: más allá del principio del placer, más allá del Otro hacia S(/A), más allá de la demanda y de la identificación hacia el deseo. (p. 12).

Además, Miller (2001) menciona que la diferencia entre psicoanálisis puro y aplicado radica en la cuestión del pase analítico y el atravesamiento del fantasma en relación al primero; y del síntoma y su curación, en relación al segundo.

En relación a estas cuestiones, Attié (2002) señala:

Otro intento de distinguir el psicoanálisis puro del psicoanálisis aplicado consiste en apoyarse en el binario síntoma-fantasma.

Del lado del síntoma se espera un cierto bienestar, un cierto alivio, una forma cualquiera de cura, incluso si el riesgo es que no dure demasiado. (p. 4).

Es decir, que el psicoanálisis aplicado sería una terapéutica del síntoma que conduciría a generar cierto alivio en el sujeto sufriente. Si bien le permitiría al sujeto rectificar su posición con respecto a su padecer y su responsabilidad en juego, lo cual es bastante, no llegaría más allá, al punto de permitirle un arreglo pulsional diferente, más vivificante, relacionado con el saber hacer.

Los efectos terapéuticos, objetivos de un psicoanálisis aplicado, indican también su término; en el psicoanálisis puro, los efectos terapéuticos pueden convertirse en el punto decisivo de un análisis. (Lutterbach Holck, 2008)².

Ribeiro de Castro (2005), distingue: “Así, el psicoanálisis puro implica una reflexión sobre el psicoanálisis, independientemente de dónde se lo practica y, por esa razón, le cabe bien a los AE. El psicoanálisis aplicado es la terapéutica.” (p. 2). Además, destaca la contribución que realiza el psicoanálisis aplicado en tanto:

... enseña al psicoanálisis puro, a través de viñetas clínicas y de relatos de trabajos efectivos en instituciones ligadas al poder público, sea en hospitales, en Institutos de infancia y juventud, con niños o con psicóticos, más allá de aquellos en torno de los nuevos síntomas contemporáneos. (p. 2).

De esta manera, se enriquecería la posibilidad de reflexionar y articular, desde un psicoanálisis puro, la teoría psicoanalítica con la práctica del psicoanálisis aplicado llevada a cabo tanto en el ámbito privado como en el público, evidenciando la efectividad del mismo en el tratamiento terapéutico de los síntomas.

En relación a la diferencia entre psicoanálisis puro y aplicado, Vappereau (citado en Agüero, 2017), dice:

... una neurosis se cura en las entrevistas preliminares si se sabe lo que se hace, por supuesto. Claro, la que puede tomar mucho tiempo en curarse es la neurosis de transferencia. Para ésta hace falta que un análisis llegue a su fin. (p. 23).

En un intento por definir el psicoanálisis puro, Miller (2001) dice: “... es el psicoanálisis en tanto que lleva al pase del sujeto. Es el psicoanálisis que se concluye con el pase.” (p. 15).

A diferencia del anterior, Miller (2001) señala:

²Lutterbach Holck (2008, parr.26). Os efeitos terapêuticos, objetivos de uma psicanálise aplicada, indicam também seu termo; na psicanálise pura, os efeitos terapêuticos podem se tornar o ponto decisivo de uma análise.

El psicoanálisis aplicado es el que concierne al síntoma, es el psicoanálisis en tanto que aplicado al síntoma. (...) Hay algo que se llama la curación y que podría ser en efecto el nombre de la salida en esta vertiente. (p. 15).

En relación al psicoanálisis aplicado, Montellano (2017a) menciona:

La noción de ‘aplicar’ (que viene de *applicare*, del latín) implica arrimar, destinar un empleo, o poner en ejecución, en este caso, los conceptos psicoanalíticos y esto supone que los mismos sean aplicados en dispositivos variables para procurar que los efectos de la operación analítica encuentren cierta práctica pública. (p. 27).

Entonces, lo que se busca con la aplicación del psicoanálisis a la terapéutica es “... la rectificación subjetiva que se alcanza en las entrevistas preliminares, que implica un alivio subjetivo importante para los sujetos.” (Agüero, 2017, p. 23).

Por lo tanto, se puede establecer que “La división entre los dos psicoanálisis, el puro y el aplicado, se basa en la diferencia entre el síntoma y el fantasma, en la noción de un más allá del síntoma donde se encuentra el fantasma.” (Miller, 2001, p. 15).

Asimismo, Miller (2001) indica que el psicoanálisis aplicado al síntoma, a lo terapéutico, busca el alivio de éste, pero en sí, el hacer analítico sobre el síntoma no necesariamente termina ahí, pudiendo ir un poco más allá, donde entraría en juego el psicoanálisis puro que permitiría el atravesamiento del fantasma cuyo testimonio estaría dado por el pase.

Al respecto, Attie (2002) menciona: “Es más allá del síntoma, con el fantasma, que podemos situar al psicoanálisis puro, que supone un atravesamiento del fantasma, y el pase. Sostenemos aquí un criterio aparentemente sólido confirmado por la experiencia.” (p. 4).

Para concluir con esta diferenciación, quizás como una característica a destacar, Attie (2002) indica:

En el límite extremo, la distinción entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado no reside en otro lugar que en la posición del analizante respecto de su síntoma y de su fantasma, así como en la posición del analista, es decir, y esto engloba toda su formación, en lo que ha operado para él como deseo del analista. En suma, no hay criterios previos para definir el psicoanálisis puro o el psicoanálisis aplicado a la terapéutica: es al fin de cada cura que el analista podrá decir cuál es el tipo de psicoanálisis que ha sido puesto en juego. (p. 7).

En el transcurso del tratamiento clínico, puede ocurrir que el analizado decida que con el alivio sintomático es suficiente para terminar con el mismo o desee ir más allá. Entonces, habiendo realizado un recorrido sobre la historia edípica del paciente, entran en escena cuestiones que tienen que ver con lo pulsional, permitiendo la aparición de preguntas relacionadas con el goce Otro. Aquí, entra en cuestión la ética del psicoanálisis

en relación a esta lógica del más allá. Con respecto a ella, en su Seminario de ética, Lacan (2007a) señala: “La cuestión ética, en la medida en que la posición de Freud nos permite progresar en ella, se articula a partir de una orientación de la ubicación del hombre en relación con lo real.” (p. 21).

Además, en este seminario, Lacan (2007a) señala aquellos ideales que, si no se consideran, podrían desviar al practicante del psicoanálisis de su ética y de la dirección de la cura. “El primero es el ideal del amor humano.” (p. 17). En relación a este ideal señala: “Es el ideal del amor genital –amor que se supone modela por sí solo una relación de objeto satisfactoria –amor médico diría si quisiera acentuar en sentido cómico el tono de esta ideología...” (p. 17). Es evidente que ir en contra de este ideal supone una renuncia a la idea de una forma universal de sexualidad y dejar de lado la idea de querer modelar al paciente bajo un “noble” sentimiento y desde una normativa universal, para que se adapte al medio social.

“Segundo ideal, que es también cabalmente llamativo en la experiencia analítica –lo llamaré el ideal de la autenticidad.” (Lacan, 2007a, p. 18).

En relación a este ideal, Lacan (2007a) destaca:

La autenticidad se nos propone no sólo como camino, etapa, escala de progreso. Es también verdaderamente cierta norma del producto acabado, algo deseable, por lo tanto, un valor. Es un ideal, pero en base al que nos vemos llevados a plantear normas clínicas muy finas. (p. 19).

El practicante en psicoanálisis debe estar atento para no caer en el error de guiarse por la ilusión de que el proceso terapéutico desemboque en un producto acabado, normalizado, sin fallas, sin restos, es decir “... cierto tipo de carácter y de personalidad, acerca del cual no puede decirse que esté mal adaptado ni que falle en ninguna de las normas exigibles de la relación social...” (Lacan, 2007a, p. 19). Es decir, evitar tomar la autenticidad en relación a parámetros sociales, sin considerar lo realmente auténtico y singular del sujeto: su goce.

Por último, en relación al tercer ideal, Lacan (2007a) señala: “...–el ideal de no-dependencia o, más exactamente, una suerte de profilaxis de la dependencia.” (p. 19), en la que se buscaría enseñar o educar al paciente para que aprenda hábitos que le permitan lograr cierta autonomía y prescindir del terapeuta, con el riesgo de una posible recaída, ya que la pulsión no aprende, con lo que volvería a restablecerse la dependencia.

El Psicoanálisis y la Institución Hospitalaria

El psicoanálisis aplicado a la terapéutica en la institución Hospitalaria no es un asunto sencillo. Como veremos, requiere que los practicantes del psicoanálisis pongan su cuerpo y deseo de analizar orientado por la lógica del no-todo, propuesta por Lacan, muy diferente al ideal de salud pública de dar una respuesta generalizada para todos. Además, exige que puedan lograr una articulación con las normas, tiempos y exigencias hospitalarias que les permita llevar adelante su práctica.

Belaga (2015) señala que en la actualidad las instituciones públicas y privadas son aquellas que se encargan de cubrir las carencias producidas por un declive de la familia y de la imagen paterna, con lo cual vendrían a ocupar la función de otorgar un significado y orientación a los individuos que asisten a ellas, mediante el uso de clasificaciones, reglas y el establecimiento de un sentimiento de pertenencia a una comunidad, vía la identificación.

Por otro lado, es importante pensar a la institución en plural, es decir, como instituciones que acogen de uno u otro modo al sujeto que sufre, y no sólo en calidad de formales o verticalistas. “Se entiende así, que para el sujeto abandonado estará también la institución de la calle para recibirlo. Siempre se va con la institución, si no es la familia, puede ser la banda, la calle...” (Belaga, 2015, p. 39).

Entonces, se puede entender la función de la Institución como una operación de alienación en la que el sujeto puede alojarse en el Otro social, y a partir de ello, obtener cierta identidad y sentido que le permitan sostener su existencia de un modo menos solitario. “...una institución funciona muchas veces como ‘Nombre del Padre’. El hospital u otro servicio de salud aparece como una garantía del Otro frente a la inconsistencia del sujeto, una garantía simbólica del Nombre del Padre.” (Montellano, 2017a, p. 29).

Como podemos ver, los cambios que se producen en las instituciones implican, necesariamente, un cambio en la posición del analista con respecto a los nuevos fenómenos culturales que se presentan y sus formas de abordaje. Por ello, Laurent (2000) con respecto a ello destaca:

Los analistas tienen que pasar de la posición del analista como especialista de la des-identificación a la del analista ciudadano. ... Hay que pasar del analista encerrado en su reserva, crítico, a un analista que participa, un analista sensible a las formas de segregación, un analista capaz de entender cuál fue su función y cuál le corresponde ahora. (p. 2).

Pese a estas nuevas formas de institución, según Belaga (2015) aún “... se pueden encontrar instituciones que han tomado el modelo totémico, o el de “Psicología de las

masas y análisis del yo” de Freud. Son las que siguen el modelo de la Iglesia, del Ejército, regidas bajo un ideal común...” (p. 40).

En palabras de Freud (2011i):

En la Iglesia (...) y en el Ejército reina, cualesquiera que sean sus diferencias en otros aspectos, una misma ilusión: la ilusión de la presencia visible o invisible de un jefe (Cristo, en la Iglesia católica, y el general en jefe, en el Ejército), que ama con igual amor a todos los miembros de la colectividad. (p. 2578).

Con lo cual, un rasgo característico de estas instituciones sería el de regirse por normativas de carácter universal. Por ello, Laurent (2000) advierte:

Esta particularidad es olvidada en el Ejército, en el Partido, en la Iglesia, en la Sociedad analítica, en la salud mental, en todas partes. Es preciso recordar que no hay que quitarle a uno su particularidad para mezclarlo con todos en lo universal, por algún humanitarismo o por cualquier otra motivación. (p. 3).

El hospital, como institución de salud pública, también tiende a un ideal común que es el de restablecer o devolver al enfermo la salud que ha perdido por diferentes causas. “... el hospital, puesto al servicio de que las cosas marchen, responde en su concepción y en su estructura a atender a la escala universal instaurada por la ciencia, el derecho a la salud.” (Pujó, 1993a, p. 3). Es decir, busca dar una respuesta universal, basada en el discurso hegemónico médico, a la demanda de salud de las clases sociales menos favorecidas que acuden al mismo, ya que no tienen la posibilidad de elegir.

En relación al hospital público, Agüero (2017) destaca:

... es un ámbito donde lo menos que podemos decir es que circulan diversos discursos y diversas demandas que, más allá de las diferencias entre ellas, tienen el referente común de ‘lo médico’, lo estrictamente asistencial... sigue habiendo una marcada hegemonía del discurso médico que pone en primerísimo término la eficacia en la intervención. (p. 14).

Según lo anterior, se vuelve evidente que el hecho de hacer existir el psicoanálisis en el hospital, donde se impone la inmediatez y eficacia de la intervención, no es tarea fácil e implica cierta transformación de la posición del analista descrita por Laurent (2000):

... el analista útil, ciudadano, es alguien que evalúa las prácticas y también acepta ser evaluado, pero ser evaluado sin temor, sin un respeto temeroso, cauteloso, ante los prejuicios de la Ciencia. Cuando les vienen a decir con arrogancia que la práctica analítica no es útil o no es eficaz, porque tal tipo de terapia cognitivista es supuestamente más útil, los analistas tienen que demostrar lo contrario con su experiencia, y no es muy difícil. No hay que pensar que eso es algo estafalario y del otro mundo. Cada vez que hay ataques de este tipo contra el psicoanálisis, es perfectamente posible mostrar una experiencia que demuestra lo contrario. (p. 5).

Entonces, basándose en el discurso del amo, el hospital encarna la función de hacer que las cuestiones relativas a la salud de la población funcionen sin fallas, es decir, que todo marche bien: los médicos curen y den solución a la demanda de los enfermos, y se pueda responder con un medicamento o intervención quirúrgica para devolver el estado de bienestar en el que se encontraban los pacientes antes de enfermarse. “La práctica en el hospital descansa sobre la base de una concepción de salud como bienestar cuya línea directriz –la curación– se concibe como la restauración de una armonía, un equilibrio perdido.” (Abelof, Cerdeira, Diamand & Margottini, 1993, p. 11).

Para que lo anterior sea posible, el hospital se maneja con una serie de reglas, formalidades y cuestiones burocráticas relacionadas con la atención de los pacientes: turnos, historias clínicas, pedidos de interconsulta, etc.

Al respecto, Agüero (2017) menciona:

... hay cuestiones de índole administrativa que hacen, por ejemplo, a lo acotado de los tiempos de tratamiento, a las características edilicias que a veces no coinciden con lo mínimo esperado para recibir a una persona sufriendo, con el tiempo de duración de las sesiones, con las modalidades de registro, las formas de pago de los honorarios, los diversos tipos de historias clínicas e incluso, con el tipo de relaciones que se establecen entre los profesionales que practican el psicoanálisis y los otros profesionales que trabajan en el hospital. A todas ellas debemos sumar las exigencias de eficiencia y eficacia cada vez más presentes en el discurso de las ciencias. (p. 14).

Además de estas formalidades, existe otro tipo de regla propia de las instituciones de salud que es una regla universal. La misma establece una serie de clasificaciones de las enfermedades y un tratamiento clínico para las mismas. Esta regla busca regular e instalar un modo de asistencia planificada de antemano para todos los casos.

Frente a esta situación, se vuelve imprescindible recordar que:

La regla no es independiente de una práctica regular de la misma. No está en el cielo de las reglas y la práctica por otro lado. Esto quiere decir además: no hay regla sin infracción a las reglas; o aún, no hay regla sin una práctica viviente de la interpretación de las reglas. (Laurent, 2000, p. 7).

Además, frente a este ideal de lograr una atención para todos, Laurent (2000) nos recuerda que Lacan “Opone la falsa universalidad de la regla a lo que es ley para cada uno, es decir, lo particular de la falla.” (p. 8). Por ello, como practicantes de psicoanálisis, debemos tener presente esta indicación para poder operar sin perder de vista la propia regla del sujeto que demanda atención, y sin entrar en contradicción con la institución. “Esta orientación es fundamental en el trabajo institucional, donde la dimensión

humanitaria arrasa muchas veces con la dimensión del sujeto del que se ocupa el psicoanálisis, aquél atravesado por el deseo y el goce.” (Sotelo, 2007, p. 43).

Una alternativa propuesta por Montellano (2017a) sería la de “... saber hacer un uso de la regla y no un desprecio por la misma.” (p. 30). Es decir, poder adecuarnos a las exigencias y normativas propias del hospital, pero a su vez, en relación al tratamiento clínico que brindamos, poder ofrecer una forma de análisis diferente para cada caso. Así, permitimos al sujeto correrse de ese universal avasallante, para dar lugar a un saber sobre su propia regla singular, una ley que esta fuera del para todos.

Al respecto, Laurent (2000), menciona:

En este sentido, el analista, más que un lugar vacío, es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. El analista, más allá de las pasiones narcisistas de las diferencias, tiene que ayudar, pero con otros, sin pensar que es el único que está en esa posición. Así, con otros, ha de ayudar a impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal, ya sea humanista o antihumanista, se olvide la particularidad de cada uno. (p. 3).

Es por ello que “Mientras que las instituciones de la cultura se suscriben al Bien Supremo Universal, el psicoanálisis opera y apuesta a una particular forma en la que la verdad del goce de un sujeto toma cuerpo por la vía del discurso...” (Montellano, 2017a, p. 31).

Ante estas cuestiones planteadas, Lacan en su intervención en “Psicoanálisis y medicina” de 1966 (Citado en Bauzá & Muñoz, 2018) destaca la singularidad de la posición que ocupa el Psicoanalista en relación a la medicina:

... la posición que puede ocupar el psicoanalista, es que actualmente es la única desde donde el médico puede mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquel que tiene que responder a una demanda de saber, aunque sólo se pueda hacerlo llevando al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda. Si el inconsciente es lo que es, no una cosa monótona sino, en cambio, una cerradura lo más precisa posible, cuyo manejo no es otro que abrirla de forma inversa [al revés] con una clave [llave] (*clé*), lo que está más allá de una cifra, esta abertura sólo puede servir al sujeto en su demanda de saber. (p. 18).

Con esto último, se instalaría la transferencia en donde el paciente le supone un saber al analista, dando lugar a la posibilidad de que esa demanda de curación se convierta en una pregunta dirigida a éste. De este modo, en el transcurso del tratamiento, el sujeto podrá responder a la misma y a su vez adquirir un saber sobre su inconsciente.

Por otra parte, es preciso considerar a Laurent (2000) cuando señala: “... la ley no conduce al ideal sino a lo real. Olvidémoslo y seremos conducidos a una variante del amor universal tan pernicioso en sus efectos como su primera versión: el ideal científico.”

(p. 7). Por consiguiente, si se pretende dar una respuesta universal basada en una ley que aúna los diferentes goces en uno solo y los trata como si fueran todos iguales, sin considerar sus particularidades, los sujetos podrían caer en la dimensión mortífera del goce que encierra esta ley.

“La hipótesis del psicoanálisis aborda no sólo las relaciones de la identificación y la regla social, sino también el que, entre líneas, la regla satisface la pulsión. Esta hipótesis tiene por nombre la teoría del Superyó.” (Laurent, 2000, p. 7-8).

Al respecto, Montellano (2017a) destaca: “... por ello, su ética se presenta como una lucha contra el ideal, acompañada por un uso y no por un desprecio de la regla.” (p. 30).

Con lo cual, podemos comprender que, en realidad, desde el psicoanálisis no vamos contra las reglas, sino que sabemos que las mismas pueden constituirse para el sujeto en un imperativo de goce, del cual hay que estar advertidos.

Esta cuestión es importante considerar en nuestra escucha clínica, para dirigir la cura hacia el lado opuesto de aquello que pueda resultar perjudicial para dicho sujeto. Como, por ejemplo, el hecho de que sea incluido en una categoría de cierta enfermedad mental que no considere su singularidad.

De esta manera, para luchar contra el imperio del Superyó y la falsa ideología de la causalidad, queremos instituciones en el campo de la salud mental y de la medicina que den lugar a la particularidad y que desconfíen de ser tomados en masa por identificación. (Laurent, 2000, p. 8).

Esto resulta de vital importancia a la hora de considerar que por medio de nuestra práctica podemos hacer agujero a esa dimensión simbólica de la regla que se constituye como un mandato de goce del sufriente. De este modo, evitamos que quede aplastada su subjetividad y pueda aparecer algo del orden de su deseo, de manera que si la pulsión se satisface sea en relación al orden de lo vivificante y no de lo mortífero.

En tanto las leyes y normas de las instituciones son los parámetros universales que reflejan los valores de la cultura (un ‘para todos’), la práctica del psicoanálisis se dirige a producir un uso singular de la norma, uso que se sostiene en la legitimación que hace uno por uno de ella. (Montellano, 2017a, p. 30-31).

Para que esto último sea efectivo, será necesario poder dar lugar al sujeto para que tome uso de la palabra y exprese su malestar, recordando la propuesta de Laurent (2000): “La hipótesis freudiana del inconsciente implica que la particularidad no se alcanza solamente respetando los derechos de la persona, lo que es una cuestión previa necesaria, sino dejando hablar al sujeto...” (p. 8). Ya que de nada sirve que la institución de salud pública reconozca al paciente como sujeto de derechos, con derecho a la salud, si no le brinda la posibilidad de hacerse presente mediante la expresión de su palabra. Por ello,

por medio de su escucha e intervenciones clínicas, el practicante en psicoanálisis permite al sujeto que hable, emerja su verdad inconsciente en relación a lo que le sucede, rectifique su posición subjetiva, y así alcance efectos terapéuticos.

Este modo de ‘hacer institución’ se caracteriza por un estilo de respuesta y un modo de presencia que alivia al sujeto del hecho de tener que defenderse, pudiendo encontrar la pacificación necesaria para encontrar una solución personal a la problemática de goce. (Montellano, 2017a, p. 37-38).

En este escenario, donde el hospital sigue una lógica capitalista en relación a la eficacia del tratamiento universal sanitario que se ofrece al enfermo y a su vez, se basa en el discurso del amo en cuanto busca adaptarlo nuevamente a la sociedad productiva; cabe preguntarse por el lugar que puede ocupar el psicoanálisis, cuando como vimos: “... el objetivo del psicoanálisis es instaurar en la institución una particularidad contra el ideal.” (Belaga, 2015, p. 40). Con esto, no se trataría de imponer un modo de operar a otros profesionales sino más bien, de ofrecer una respuesta diferente a la demanda de quien sufre.

Al respecto Agüero (2015) señala:

Lo que hace a la particularidad del discurso analítico es que si bien el analista -más aún en el hospital-, es convocado al mismo lugar a donde es convocado a responder el médico, es al lugar de aquel al que se le supone un saber. La diferencia del analista está en el tipo de respuesta que puede dar... (p. 22).

Como se puede observar, ambos son convocados desde el saber, pero mientras que el médico se queda ahí y busca brindar un tratamiento universal para responder a la demanda del enfermo, el analista tiende a un saber hacer con lo que se le supone.

Cabe aclarar que no se trata de que el médico ocupe el lugar del psicoanalista, ni viceversa, sino más bien, de diferenciar sus prácticas y ver qué beneficios terapéuticos se ponen en juego para los pacientes al hacer existir el psicoanálisis en el hospital.

En relación a estas cuestiones, en su intervención en “Psicoanálisis y medicina” de 1966, Lacan (citado en Bauzá & Muñoz, 2018) nos revela una cuestión que merece ser tenida muy presente para poder diferenciar la respuesta que da un médico de la que da un analista:

Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Pone al médico a prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté completamente aferrado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo; en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado

en su enfermedad. [En definitiva, el médico se interesa por la demanda del enfermo o se limita a responder a sus prejuicios en relación con las especies mórbidas sin consideración por el sujeto de la enfermedad. (p. 13).

Mientras que el médico no conoce de estas cuestiones o las niega, los analistas están advertidos de entrada de “...la llamada *reacción terapéutica negativa*.” (Freud, 2011j, p. 2722) de los pacientes, que puede desarrollarse en medio de la cura. Con lo cual, no buscan como el médico la remoción inmediata de los síntomas, sino que la dirección de la cura se orienta por lo real. Es decir, se busca que el sujeto pueda cambiar su posición subjetiva en relación a su condición de enfermo, y con ello, el alivio sintomático se daría por añadidura.

La dolencia puede estar dirigida al médico, pero lo que el médico no sabe es que no es seguro que el deseo sea de curación. El médico se encuentra con un cuerpo atravesado por un goce que, contrariamente a lo pensado por él, no busca necesariamente “el bien”. Ante este fenómeno, generalmente el médico se desentiende de esta demanda, porque debe abordar la dolencia desde una técnica y una teoría que desconoce esa dimensión de goce que habita el cuerpo. (Coll, 1998, p. 90).

Al actuar de esta forma, el médico da una solución inmediata al enfermo, preserva su estatus científico, y permite la verificación de la eficacia de los medicamentos o intervenciones quirúrgicas. A su vez, con esto permite a la medicina conservar su hegemonía en relación a la salud en general, sin considerar la dimensión propia del sujeto que sufre, su cuerpo de goce.

Con respecto a esto, se puede apreciar lo que Lacan (citado en Bauzá & Muñoz, 2018) nos recuerda: “... *la significación de la demanda, dimensión donde se ejerce propiamente hablando la función médica...*” (p. 14), es distinta de la respuesta que brinda el analista ya que éste conoce “... *la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo.*”(p. 14), con lo cual, un sujeto que está enfermo y demanda su curación puede en realidad desear que esto no ocurra e incluso oponerse a la misma de manera inconsciente.

Esto último, sólo puede entenderse de manera estructural, si se comprende lo que señala Lacan (citado en Bauzá & Muñoz, 2018):

... hay un deseo porque hay inconsciente, es decir lenguaje que escapa al sujeto en su estructura y sus efectos, y hay siempre al nivel del lenguaje algo que está más allá de la consciencia, y es allí donde puede situarse la función del deseo. (p. 16).

Con lo antes mencionado, se observa cómo se va configurando, dentro del hospital, el espacio para que el psicoanálisis pueda atender aquellas cuestiones que deja de lado la medicina, cuestiones que van más allá de la demanda del enfermo y del organismo y

tienen que ver con el cuerpo. Al respecto, Lacan (citado en Bauzá & Muñoz, 2018) participa diciendo: “*Este cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo.*”(p. 14).

Para comprender esta cuestión, es necesario entender que el significante se introduce en el organismo y le da un cuerpo al sujeto. En relación a esto, recordando a Lacan, Recalcati (2013) menciona:

... el cuerpo-organismo incorpora el cuerpo simbólico del lenguaje. Esta incorporación opera la alienación significante a la cual está obligado el ser hablante, y su efecto más importante es la producción del *cuerpo pulsional*: el cuerpo natural está obligado a perder su unidad y a dejar paso al cuerpo pulsional, o sea, a un cuerpo fragmentado, desnaturalizado, constituido como localizaciones múltiples de goce... (p. 68).

De esta forma, se puede llegar a la comprensión de aquello que menciona Soler (s.f.), recordando la enseñanza de Lacan, “... no se nace con un cuerpo, el cuerpo no es primario en tanto lo viviente no es el cuerpo (...) Debemos distinguir entre el organismo, lo viviente, y aquello a lo que se denomina cuerpo.” (p. 2).

Por su parte Lacan (2012b), en Radiofonía, menciona:

Vuelvo en primer lugar al cuerpo de lo simbólico, que hay que entender como fuera de toda metáfora. Prueba de ello es que nada sino él aísla el cuerpo a tomar en sentido ingenuo, es decir, aquel del que el ser que se sostiene en él no sabe que es el lenguaje el que se le concede, hasta el punto de que él no sería aquí, a falta de poder hablar de este.

El primer cuerpo hace al segundo, al incorporarse en él. (p. 431).

Este cuerpo pulsional no es el organismo al que se dirige el saber médico ante la demanda del enfermo, sino que “Dicho en otras palabras, ese cuerpo al que llaman suyo es un obsequio del lenguaje.” (Soler, s.f., p. 3).

Ante esta cuestión de un cuerpo de goce, en su intervención, Lacan (citado en Bauzá & Muñoz, 2018) nos recuerda que “... la dimensión ética es aquella que se extiende en la dirección del goce.” (p. 16). Por lo tanto, en relación a nuestra práctica referida a la aplicación del psicoanálisis a la terapéutica, al intervenir, Lacan (citado en Bauzá & Muñoz, 2018) menciona: “Tenemos pues dos puntos de referencia: en primer lugar, la demanda del enfermo; segundo, el goce del cuerpo. Ambos confinan, en cierto modo, en esa dimensión ética...” (p. 16).

En relación al primer punto de referencia, como analistas debemos tener una escucha atenta para poder detectar aquello que se les escapa a los médicos: el deseo o temática que se articula a la demanda del enfermo que da cuenta de su historia edípica y

su verdad inconsciente. Esto nos acercaría a la dimensión propia del sujeto, su modalidad de goce puesta en juego en el síntoma.

En relación al segundo punto de referencia, Soler (s.f.) destaca lo siguiente:

... del cuerpo y de su goce, lo único abordable mediante el psicoanálisis, en tanto se habla, es este objeto que nosotros podemos llamar real. Real, pero no porque tenga la materialidad de un cuerpo, de una extensión -no tiene ninguna-, es real precisamente, según la definición de Lacan, en la medida en que no puede ser aprehendido por el significante. (p. 7).

Entonces, como reflexión sobre la propuesta inicial de Belaga, de hacer existir el psicoanálisis en el hospital, y considerando la dimensión propia del sujeto, resulta oportuno permitirnos tener la visión a futuro de instituciones que respeten y consideren lo singular del goce puesto en juego en cada síntoma.

Querer instituciones particulares no es querer un dominio reservado más, una nueva segregación, es querer que en cada espacio constituido por las nuevas determinaciones institucionales estemos dispuestos a orientarnos, en las cuestiones referentes al sufrimiento psíquico, por la existencia de la cadena inconsciente, marca de la falla propia de cada uno, y no por la identificación común. (Laurent, 2000, p. 8).

Por otro lado, dentro del hospital existe un tema no menor que es la cuestión de los tiempos y el pago de honorarios, ya que tienen influencia en el modo de intervención que deben poner en juego los practicantes del psicoanálisis para poder llevar adelante el tratamiento clínico.

Al respecto, Abelof et al. (1993), mencionan:

Dos coordenadas se imponen: la gratuidad de la atención y la búsqueda de la eficacia inmediata. Esta última implica la introducción de una cuestión temporal que promueve el logro de resoluciones rápidas que permitan aquel ideal de felicidad para la mayoría. (p. 11).

Esto demuestra que los tiempos institucionales estarían programados en función de una cuestión cronológica que responde al discurso del amo, en donde se busca anular al sujeto del inconsciente mediante medicamentos o el aprendizaje de hábitos. En ese sentido, tampoco importaría considerar la gratuidad del tratamiento como impedimento para la cura.

Sin embargo, la desventaja que produce un tratamiento gratuito para el enfermo ya fue mencionado por Freud (2011k) en la *Iniciación del Tratamiento*:

La ausencia de la compensación que supone el pago de honorarios al médico se hace sentir penosamente al enfermo; la relación entre ambos pierde todo carácter real y el paciente queda privado de uno de los motivos principales para atender a la terminación de la cura. (p. 1667).

Entonces, cabe preguntarse cómo hacer en el hospital para poner en marcha la práctica del psicoanálisis aplicado a la terapéutica si nos encontramos con estos dos obstáculos: la gratuidad del tratamiento que se opone a la “Cesión de goce vehiculizado, entre otras cosas, a través del pago.” (Abelof et al., 1993, p. 11) y un tiempo que no se corresponde con el tiempo lógico del inconsciente:

... cuyo tiempo es el de la retroacción significativa en su eficacia. Sujeto dividido entre el saber y la verdad, metaforizado en S1 y localizado entre S1 y S2, cuya temporalidad es la pura escansión entendida como puntuación, que en tanto almohadillado, produce una nueva significación. (Abelof et al., 1993, p. 11).

Para poder entender la lógica del tiempo con el que se maneja el inconsciente, es importante tener en cuenta que “... los acontecimientos presentes afectan *a posteriori* a los pasados, puesto que el pasado sólo existe en la psique como un conjunto de recuerdos constantemente reelaborados y reinterpretados a la luz de la experiencia presente.” (Montellano, 2017b, p. 66).

De esta cuestión se aprovecha el analista para poder realizar un movimiento que introduzca un nuevo tiempo que permita la elaboración de un acontecimiento pasado, con la posibilidad de que adquiera un nuevo significado para el sujeto y que tenga efectos terapéuticos.

Entonces, “... coexisten un tiempo lógico para un análisis y un tiempo cronológico para la institución hospitalaria.” (Abelof et al., 1993, p. 12), en donde el tiempo para el análisis será uno diferente según el sujeto del que se trate, siguiendo la lógica del no-todo, mientras que el tiempo institucional intentará barrer con la singularidad, imponiendo un tiempo normativo, el mismo para todos los enfermos.

Al respecto Montellano (2017b) advierte: “En las instituciones de salud hay ciertas condiciones vinculadas a la exigencia de brevedad, como lo es la condición de gratuidad en la que el trabajo terapéutico se desarrolla.” (p. 69). Sin embargo, se debe tener presente que “Ni la inmediatez ni la demora son parámetros. El único parámetro posible es el tiempo del sujeto y el único apremio es la lógica subjetiva en juego.”(Montellano, 2017b, p. 64).

Esto último es así por la sencilla razón de que los tiempos que realmente están en juego son los del sujeto y sólo teniendo como punto de referencia al mismo, será posible determinar el modo de abordaje del tiempo que sea más conveniente para él.

Además, “Plantear un tratamiento en términos de duración es un prejuicio sustancialista, como si hubiera una medida (...) real, durable, conforme a la cual el sujeto se adecúa.” (Wajnsztein, 1993, p. 38).

Es decir, “Hay que considerar la duración del ‘tiempo para comprender’ que el sujeto necesita para arribar a una modificación de su posición.” (Montellano, 2017b, p. 77). Por ello, es que el psicoanálisis va en contra de fijar de antemano un tiempo determinado con respecto a la duración de las sesiones y del tratamiento en sí, puesto que:

... fijar un estándar igual ‘para todos’ antes de que el sujeto se haya manifestado constituye una enajenación del sujeto. Además se alimenta la sugestión (pues el analista ‘sabría’ de antemano determinar el tiempo necesario para que la verdad del sujeto emerja). (Montellano, 2017b, p. 71).

Al respecto, Freud (2011k) señala que “En realidad, resulta imposible fijar de antemano la duración del tratamiento.” (p. 1664).

Como se puede apreciar, cada caso es único y el intentar forzarlo en un tratamiento con un tiempo fijado a priori sería olvidarnos que tratamos con sujetos, los cuales traen consigo una historia propia en la que establecieron una relación singular con el tiempo.

Por lo tanto, será necesario repensar estas coordenadas, tiempo y dinero, a fin de poder articularlas de modo satisfactorio con el tratamiento y poder valernos de ellas.

Por su parte, Evans (2007) menciona que El tiempo lógico al que hacemos referencia fue desarrollado por Lacan en 1945, en su artículo “El tiempo lógico”. Además, destaca que: “... el tiempo lógico tiene una estructura tripartita, cuyos tres momentos son: 1) el instante de la mirada; 2) el tiempo para comprender; 3) el momento de concluir.” (p. 188). Además, en estos tiempos se puede observar “...una lógica intersubjetiva basada en una tensión entre aguardar y precipitarse, entre la vacilación y la urgencia.” (p. 188).

En cada uno de estos momentos, el sujeto pone en juego una acción diferente que da cuenta, a su vez, de una posición subjetiva distinta frente a un mismo acontecimiento.

Por otra parte, en la dirección de la cura, el empleo que haga el analista de este tiempo lógico, permitirá al sujeto resignificar hechos traumáticos, posicionándose desde otro lugar frente a los mismos. En relación a esto, Evans (2007) señala “La idea lacaniana del tiempo lógico no sólo es un ejercicio de lógica; tiene también consecuencias prácticas para la cura.” (p. 188). Por ello, un desarrollo más específico de esta idea del tiempo será retomado en el apartado sobre la urgencia.

En relación a la estructuración del tiempo lógico y el cambio de posición subjetiva que implica, Montellano (2017b) señala:

... es una modulación temporal de la acción de la estructura en la constitución del sujeto, pues el ‘quien soy’ es introducido por el Otro y el tiempo en el que está ese sujeto no es el mismo en el que estará cuando diga ‘este soy yo’, pues habrá pasado ya por un proceso lógico... (p. 62).

Se puede ver como esta modulación o escansión del tiempo responde a una lógica de subjetivación en la que podemos encontrar diferentes posiciones del mismo sujeto en relación a un acontecimiento. Al respecto, Montellano (2017b) plantea lo siguiente:

... el modo en que el sujeto se construye y se revela en el decurso temporal, pasando de su posición de 'sujeto impersonal' (que corresponde al instante de la mirada), por el 'sujeto indefinido recíproco' (tiempo para comprender) hasta el 'aserto subjetivo' (momento de concluir). Es decir, si el tiempo es experimentado de diferente modo por el sujeto en cada uno de los tres momentos de este proceso lógico es porque produce efectos que llevan a la modificación de la posición subjetiva. (p. 62-63).

Esto es de vital importancia para la clínica, ya que nos permite como practicantes del psicoanálisis, al encarnar el lugar del Otro barrado, efectuar cortes en el tiempo que tengan consecuencias en la posición que el sujeto asume frente a su malestar, permitiéndole asumir una posición diferente en la que se responsabilice de lo que dice.

Pero, para que esto suceda, será labor del analista realizar algún movimiento que posibilite la apertura a un tiempo subjetivo, la apertura del inconsciente, que permita la emergencia del sujeto: "El suspenso de las respuestas del Otro, y la espera de un sujeto a advenir, aquí radica por lo tanto la eficacia analítica." (Racki, 1993, p. 17).

Frente al interrogante planteado sobre cómo sería posible hacer existir el psicoanálisis en relación a la disyunción planteada entre los tiempos lógicos e institucionales, Racki (1993) menciona:

... el analizante se irá confrontando con una elección: el tiempo del Otro o el del sujeto; y cada vez que hay un paréntesis en el tiempo del Otro, surgirá la espera angustiante, tiempo específico del análisis, ¿y quién duda que hay angustia en el consultorio hospitalario? (p. 18).

Si la angustia es el tiempo específico del análisis, será necesario que el analista pueda valerse de la posibilidad de efectuar un corte en el tiempo cronológico, para "... producir una precipitación subjetiva." (Racki, 1993, p. 18). Con esto, se podría articular tranquilamente los tiempos institucionales con los del análisis, sabiendo que "...siempre en el corte estará la apuesta a que un efecto subjetivo advenga" (Racki, 1993, p. 18) y con ello, será posible desplegar el psicoanálisis aplicado, en la institución hospitalaria. Al respecto, Montellano (2017b) señala:

Del tiempo, lo que al psicoanálisis le interesa es su modulación. Se trata de subrayar la importancia que tiene el manejo del tiempo en la dirección de la cura, pues allí reside, sobre todo, la posibilidad de incidir sobre la resolución rítmica del inconsciente y sobre la emergencia del deseo, que se ha 'atascado' en la repetición sintomática. (p. 59).

También, en relación al manejo del tiempo lógico, lo que podrá orientarnos en nuestra práctica analítica será el poder:

... ubicar la dimensión temporal del análisis y donde radica su eficacia: la angustia, que decíamos es el único afecto que no engaña, puede ser útil para evitar el engaño de que queden confundidos duración del tratamiento institucional y tiempo analítico... (Racki, 1993, p. 18).

Con esto, vemos la diferencia marcada entre el tiempo cronológico institucional que demanda efectos terapéuticos rápidos, y el tiempo lógico de un análisis que posibilita la emergencia del sujeto y la posibilidad, vía la angustia, de que éste pueda preguntarse sobre su malestar.

Además, cabe destacar que el tiempo lógico con el cual se llega a intervenir en el tratamiento está exento de los tiempos impuestos por la sociedad, si bien se maneja en ellos, no debe guiarse por ellos:

... entre el tiempo de la repetición y el tiempo para concluir, se juega un análisis y esto no está definido por el calendario, pues implica momentos de escansión, cortes de sesión e intervenciones que, muchas veces, van en contra del sentido. (Montellano, 2017b, p. 65).

De lo contrario, estaríamos tratando de encajar al sujeto que se encuentra en tratamiento, y al tratamiento en sí, en los tiempos establecidos a priori por el Otro social, sin considerar el tiempo lógico que requiere cada sujeto. Esto podría poner en peligro la dirección de la cura, puesto que nos desviaríamos de la orientación ética propuesta por Lacan mencionada anteriormente.

Al respecto, Montellano (2017b) indica: "... los tiempos del Otro igualmente existen y ejercen su efecto (vacaciones, fines de año, etc. ya son, de por sí, medios universales de estandarización) de manera que no debemos hacer depender nuestra intervención de ello." (p. 72).

Por otra parte, en relación al tiempo cronológico esperable desde una normativa hospitalaria, Montellano (2017b) destaca

La brevedad no es incompatible con nuestra orientación, sino que, para el psicoanálisis, el manejo del tiempo no está subordinado a la ambición terapéutica, a lo rápido, como lo pretenden las orientaciones que 'prometen' en un par de sesiones la remoción de los síntomas sin mediación subjetiva, eludiendo el saber y la responsabilidad subjetiva... (p. 69).

A partir de esto, podemos apreciar como la práctica psicoanalítica no se dirige a la eliminación del síntoma bajo el eslogan de la brevedad, sino que busca que se produzca un trabajo en donde el sujeto pueda tomar las riendas de lo que le ocurre y hacerle frente desde otro lugar que le genere cierto alivio sintomático.

Entonces, en la institución hospitalaria, el psicoanálisis aplicado a la terapéutica no estaría a priori en contra de la brevedad, sino, más bien, de la precipitación institucional de no considerar los tiempos del sujeto. Por ello, que un tratamiento sea breve o prolongado dependerá del tiempo lógico que necesita el sujeto para asumir una nueva posición subjetiva frente a su goce y para esto, hay que ponerlo a trabajar en su discurso.

En relación a la finalización del tratamiento, es importante escuchar la advertencia que realiza Freud (2011), en *Análisis terminable e interminable*, "... una vez que el analista ha fijado el límite de tiempo, no puede prolongarlo; de otro modo, el paciente perdería la fe en él." (p. 3341). Esto podría tener consecuencias a nivel transferencial y despertar ciertos reproches por parte del paciente que podría ubicarse en una posición persecutoria con respecto a los motivos del alargue del tratamiento.

Por ello, se debe tener presente lo siguiente:

... no se sabe de antemano cuándo concluye un tratamiento, pero existe una necesidad de no demorar la conclusión posible. Ese momento de concluir (...) se vincula más a la oportunidad, más que a la prisa. Es por ello que, muchas veces un analista puede llegar a tener una intervención afortunada en un tiempo breve. (Montellano, 2017b, p. 73).

Es importante señalar que la oportunidad proviene de lo que el sujeto dice, es decir, de aquel material inconsciente que pone en juego en el análisis. A partir del mismo, será labor del analista poder determinar el momento más conveniente para intervenir y lograr efectos terapéuticos.

En relación a esto, Brodsky (1999) menciona:

Hay un refrán que dice: "a la ocasión la pintan calva"; es un refrán que está representado en un bonito cuadro, donde no es tan cierto que a la ocasión la pinten calva. La ocasión pasa corriendo, en el cuadro que la representa, y tiene un pelo, es una calva que tiene un pelo y el que está ahí tiene la ocasión de agarrarla porque tiene un pelo. Si, efectivamente, fuera totalmente calva, no habría de dónde agarrarla. Tiene un solo pelo y uno la agarra de ahí... o pasó.

Es la experiencia cotidiana del psicoanalista -que a la ocasión la pintan calva-: si no habla en el momento justo, pasó el momento, y aunque después intervenga, no tiene el mismo efecto. (p. 5).

Por otra parte, con respecto a la gratuidad del tratamiento en el hospital público y las dificultades que ello implica en cuanto al empleo que realiza el analista del pago de la sesión como modo de hacer ceder al sujeto algo de su goce, Montellano (2017b) advierte otro inconveniente: "La gratuidad ubica al sujeto en una posición de gratitud, que fácilmente puede desplazarse hacia la envidia y la agresividad. La noción freudiana de 'reacción terapéutica negativa' resume esa problemática." (p. 70).

En relación a la reacción terapéutica negativa, Freud (2011j) señala:

Hay personas que se conducen muy singularmente en el tratamiento psicoanalítico. Cuando les damos esperanzas y nos mostramos satisfechos de la marcha del tratamiento, se muestran descontentas y empeoran marcadamente (...) Cada una de las soluciones parciales que habría de traer consigo un alivio o una desaparición temporal de los síntomas provoca, por el contrario, en estos sujetos una intensificación momentánea de la enfermedad, y durante el tratamiento empeoran en lugar de mejorar. Muestran, pues, la llamada *reacción terapéutica negativa*. (p. 2722).

Como se puede observar, la imposibilidad de hacer ceder su goce vía el pago de la sesión traería aparejado ciertas complicaciones en el tratamiento, puesto que, además del aumento de los síntomas, existiría un factor de otro orden puesto en juego. Al respecto, Freud (2011j) señala que en estos casos de reacción terapéutica negativa "... se trata de un factor de orden moral, de un sentimiento de culpabilidad, que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo que la misma significa." (p. 2722).

Entonces, la intensificación del sentimiento de culpabilidad podría hacer que el enfermo buscara, vía la agresión hacia el practicante en psicoanálisis, obtener algún castigo por parte del sector de seguridad de la institución hospitalaria, por ejemplo una sanción que le confirme su posición de víctima frente a su enfermedad. Con esto, no sólo su actitud se opondría a la cura, sino también, encontraría una satisfacción pulsional en su malestar.

Por otra parte, Pujó (1993a) cuestiona: "La cuestión del tiempo y la del dinero, que proponemos tratar separadamente, tienden no obstante a conjugarse en la reflexión institucional. E incluso a homologarse: *¿el tiempo es dinero?*." (p. 4).

Este interrogante abre la posibilidad de responder realizando una sustitución entre ambas variables que permitiría operar en el inconsciente, y considerar al tiempo como representante de un valor, el dinero. De esta forma, se puede pensar que se podría hacer ceder al sujeto algo de su goce mediante estrategias que consideren al tiempo en cuestiones relativas a la pérdida. Sin embargo, esta homologación, pensada desde un punto de vista institucional, corresponde a una visión capitalista sobre el tiempo.

También, en relación al tiempo de las ciencias clásicas que atraviesa el discurso médico, Orellano (1993) menciona:

... a partir del Siglo XIV, la instauración de la sociedad burguesa marca el pasaje de un mundo invariable a un mundo en crisis (pasaje de la antigüedad a la modernidad); pasaje de un tiempo eterno al tiempo datado del reloj y el cronómetro, donde la extracción de plusvalía hace del tiempo un valor de cambio ("*el tiempo es oro*")... (p. 29).

Así, para el capitalismo, el tiempo cobra un valor de intercambio que le permite estar al mismo nivel que el dinero. Por lo tanto, desde esta lógica capitalista, hacerle perder tiempo a un sujeto se traduciría en hacerle perder dinero, tomando a este sujeto en relación a un contexto social productivo capitalista donde se pagan las horas trabajadas. “Hay por otra parte, una cierta equivalencia entre la dedicación, la hora, los minutos comprometidos en cierto trabajo, y lo que se presume su retribución razonable, la descomposición del salario en unidades temporales de medición...” (Pujó, 1993b, p. 41).

Entonces, desde esta lógica capitalista basada en horas trabajadas/horas pagadas, se puede pensar que, si la Institución brindara un tratamiento en el menor tiempo posible, esto compensaría su gratuidad.

Sin embargo, si consideramos, como mencionamos antes, la posición de gratitud del sujeto que se hace atender en el hospital público, podemos ver como ésta puede tomar “... la forma de agresiones físicas o verbales hacia los terapeutas por parte de pacientes o padres, a los cuales estos entregaron su ‘tiempo/esfuerzo’ en tratamientos individuales que venían llevándose de manera ‘comprometida’...” (Montellano, 2017b, p. 70). Con lo cual, vemos la falla de la lógica de un discurso que tiende a igualar el dinero con el tiempo, sin considerar aquellos aspectos que tienen que ver con el tiempo lógico con el que se maneja en la sesión.

Debe quedar claro que el analista emplea el tiempo lógico para dirigir la cura, a partir de las escansiones que realiza, y no como un modo de pago efectuado por el paciente.

Además, en relación a la cuestión del tiempo que se pone en juego desde el psicoanálisis en la institución de salud pública, es importante tener presente lo que destaca Montellano (2017b):

... ni la variabilidad caprichosa ni la estandarización mecanizada aseguran que el acto del analista tenga lugar, para lo cual es necesario un tiempo de despliegue discursivo que podrá ser breve o prolongado, pero nunca determinado *a priori* por norma general. (p. 72).

Como pudimos apreciar, el psicoanálisis aplicado a la terapéutica del síntoma que se lleva a cabo en la práctica hospitalaria, no es algo que esté garantizado o promovido a nivel Institucional. Incluso se ponen en juego variables como el tiempo y la gratuidad del tratamiento que pueden volverse contraproducentes para la dirección de la cura.

Por ello, Belaga (2015) menciona que es necesario hacer que exista:

... la “solución Lacan” no se establece desde un lugar, sino, más bien, parte de hacer existir el psicoanálisis por medio de una lógica (necesario, imposible, posible,

contingente) como vía de acceso a un real. Poniendo el énfasis en que el psicoanálisis es un discurso totalmente centrado en un “no hay”, en un real sin ley. (p. 14).

Además, Belaga (2015) dice “Es así, desde esta vertiente libidinal definida uno por uno, como apostamos a la construcción de una “comunidad clínica” en el hospital.” (p. 15). Es decir, se apuesta a la posibilidad de que en el hospital exista una comunidad clínica que se oriente en su práctica por la singularidad de cada caso, pudiendo alojar a cada sujeto sin eliminar su modo único de arreglárselas con la castración. De manera tal que el sujeto pueda sostenerse en el discurso del Otro, en este caso el hospital como garante, y a su vez, preservar el sentido e identidad que le brinda su singular historia. Por ello, a modo de abordaje terapéutico, Belaga (2015) propone seguir una lógica del par alienación-separación.

... alienación y separación operan en simultaneidad: alienación en la medida en que el sujeto ha de pasar por los significantes del Otro, no hay sujeto sin Otro, no hay autofundación subjetiva; y *simultáneamente*, el sujeto no es ninguno de esos significantes del Otro. Es decir: el sujeto no es sin los significantes del Otro (alienación), a la vez que no es ningún significante del Otro (separación). (Muñoz, 2011, p.557).

En su seminario XI, Lacan (2010b) señala que la alienación es “...la primera operación esencial que funda al sujeto.” (p. 218) y, además, menciona:

La alienación consiste en ese *vel* que condena -si la palabra *condenar* no suscita objeciones, la retomo -al sujeto a sólo aparecer en esa división que he articulado lo suficiente, según creo, al decir que si aparece de un lado como sentido producido por el significante, del otro aparece como *afanisis*. (p. 218).

Muñoz (2011) nos permite una mejor comprensión de esta cuestión: “Por otra parte, la alienación plantea... una elección obligada entre el ser y el sentido, elección consistente en saber que alguien se propone retener una cosa a sabiendas de que pierde la otra irremediamente.” (p.557).

En relación a esta afanisis, Berkoff, (1999) señala:

... el sujeto cae bajo la marca del S1, a partir de allí hay un déficit del ser, ha habido una elección.

Se ha tenido que elegir entre el ser y el sentido. Al elegir por el sentido el sujeto queda mortificado por el significante. (p. 57).

Además, Berkoff (1999) agrega: “La alienación reside en la división del sujeto.” (p. 58), lo cual “... implica que el sujeto aparece por un lado como sentido y por otro lado desaparece bajo ese mismo sentido, se afanisa” (p.58), es decir, desaparece.

Por ello, en relación a la Alienación como operación analítica que se lleva a cabo en la institución hospitalaria, Belaga (2015) señala:

... se intenta un buen uso de la alienación, de los escasos significantes amos, para que el sujeto construya una relación de respeto hacia esa lengua pública que encarna el hospital, y que al mismo tiempo, este se vuelva un instrumento donde se reenvía a la propia historia, a la lengua privada de cada uno, para permitir otra subjetivación de la vida. (p. 27).

Como practicantes del psicoanálisis debemos permitir que el sujeto pueda encontrar un lugar en el Otro, encarnado por el hospital, que le permita dar cierto sentido a aquello que le pasa, y hallar cierta consistencia al ser alojado por nosotros como representantes de dicha institución, permitiéndole volver a sentir cierta sensación de seguridad y confianza perdidas ante un Otro social, llámese Estado o familia, que no le garantiza el acceso a recursos (simbólicos y materiales) y condiciones laborales estables.

Obteniéndose en estos casos un saldo terapéutico que proporciona un capitonado en un momento de indeterminación subjetiva. Así, estos efectos del S_1 de la operación de alienación se conecta con la función del hospital público como garantía, inscripto en el Otro social. (Belaga, 2015, p. 32).

A partir de esto, los practicantes de psicoanálisis pueden seguir una lógica en la cura tendiente a efectuar alguna intervención clínica que implique al sujeto en su propia historia y le permita dar un sentido singular a eso que le ocurre.

Por otra parte, con respecto a la operación de separación, Berkoff (1999) menciona: “En la separación se trata del Otro como deseante. Se trata de la relación del sujeto con el intervalo que hay entre ese S_1 y el S_2 , se trata de la relación del sujeto con A barrado.” (p. 58).

A partir de esta falta en el Otro, es que el sujeto puede alojarse en él mismo, al tiempo que se pregunta por el lugar que puede llegar a ocupar en el deseo de ese Otro. Por ello, en relación a esta operación, Lacan (citado en Berkoff, 1999) señala: “... el sujeto viene a encontrar en el deseo del Otro la equivalencia de lo que él es como sujeto del Inconsciente” (p. 59).

Refiriéndose a la operación de separación, en su seminario XI, Lacan (2010b) menciona: “Esta operación lleva a su término la circularidad de la relación del sujeto con el Otro, pero en ella se demuestra una torsión esencial.” (p. 221). Esta torsión consistiría en la posibilidad que tiene el sujeto por preguntarse por el deseo del Otro y poder ofrecer una respuesta fantasmática que le permita subjetivarse en relación a su deseo.

El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso. En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se puede detectar en ellos radicalmente *-me dice eso, pero ¿qué quiere?* (Lacan, 2010b, p. 222).

Por ello, recordando a Lacan en relación a la operación de separación, Belaga (2015) menciona: "...correspondía a esta opacidad del deseo del Otro, y a la inscripción del objeto *a*." (p. 32).

Al respecto, Muñoz (2011) señala:

Esta operación implica la separación de la cadena significativa S_1-S_2 , que acarrea una pérdida de goce, inscripción de una pérdida llamada objeto *a* que no hace otra cosa que nombrar un vacío. Consecuentemente, esa pérdida que es el objeto *a* devendrá causa. Momento lógico de constitución del deseo como deseo del Otro puesto que se produce en la articulación del sujeto con el intervalo en la cadena significativa del Otro donde Lacan localiza el enigma de su deseo. De allí la producción del *a* como resto, perdido. En este sentido, la separación implica la entrada de la estructura del deseo como deseo del Otro... (p.558).

Con respecto a estas cuestiones planteadas, se puede pensar que pasar a esta instancia en la cura, permitiría al sujeto poder enmarcar su goce, es decir, lograr un saber hacer con esos restos que quedan luego de pasar por un análisis, en donde se fueron cayendo las identificaciones relacionadas con su historia Edípica.

Al respecto, Belaga (2015) dice: "...entra en juego la separación, que sería encontrar en la repetición simbólica, no solo una identificación, sino una nominación. Ingresando, así, en la noción de *sinthome*, que implica la conjunción de una nominación creacionista y un goce." (p. 33). Es decir, que en esta operación se trataría de buscar que el sujeto pudiera llegar a saber hacer con lo pulsional irreductible al orden simbólico.

Capítulo III: La Urgencia

“Por lo menos ahora podemos contentarnos con que mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalista para responder a ciertas urgencias subjetivas...” (Lacan, 2009b, p. 229).

La cuestión que plantea Lacan nos permite pensar que, a partir de su enseñanza con respecto al psicoanálisis puro y el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, se hace necesario que los psicoanalistas puedan dar desde su praxis una respuesta a los nuevos síntomas modernos que consideramos como urgencias. Se buscará aplicar el psicoanálisis para lograr efectos terapéuticos en relación a aquello que se presenta como del orden de lo imposible de soportar, para un sujeto que padece el desamparo simbólico frente a un real angustiante.

Por ello, para comenzar con la temática de la urgencia, en primera instancia se hace necesario poder especificar los actores sociales que intervienen en la demanda de su atención, sean estos los sujetos que llegan al hospital en posición de objeto ante cierta eventualidad que ha producido un quiebre en su vida, o la demanda de curación efectuada por instituciones escolares, judiciales, familiares, etc. A partir de esto, podremos abordar de lleno la urgencia como trauma, localizando en ella la cuestión del goce puesto en juego, la angustia, los tiempos lógicos que intervienen, y sus manifestaciones sintomáticas. Finalmente, se desarrollará el modo de intervención que se efectúa ante una urgencia para hacer que vire a una urgencia subjetiva, considerando la singularidad de cada caso y la posibilidad de aproximarnos a la estructura de quien consulta.

Para contextualizar la temática propuesta, es importante destacar: “El concepto de urgencia generalizada es solidario de la época del Otro que no existe. Eso permite una extensión que ubica la urgencia no solo como un problema clínico individual sino como una respuesta a un discurso.” (Baudini, 2007, parr.16).

Con esto podemos pensar que las coordenadas que la época impone desde un discurso capitalista, influyen en la aparición de los nuevos síntomas contemporáneos. En los mismos, se verifica el estado de urgencia en el que se encuentran los sujetos por la falta de un S1 que regule su goce, es decir, que le permita tramitar la angustia.

Por esta razón, para la clínica es valioso considerar que el actor social que demanda asistencia en una institución de salud pública no es cualquier persona. Por lo general, “Al hospital público, a las instituciones llegan personas golpeadas: desocupación, desarraigo, marginalidad, desmembramiento familiar; manifestando el dolor, el sufrimiento insoportable como signos de lo que no anda.” (Sotelo, 2007, p. 22). Con esto, se puede

ver que en la mayoría de los casos, estas personas no llegan en calidad de sujeto, sino en la de ser hablados por un Otro social que los deja en condición de resto.

A su vez, es importante destacar la forma en que se presentan los casos de urgencia en el hospital:

Los servicios de urgencia atienden con mayor frecuencia patologías tales como crisis de ansiedad, pánico, angustia, conducta violenta y riesgo de suicidio, a las que habría que añadir todas las relacionadas con la ingesta de tóxicos.

La angustia traumática –ese afecto que no engaña–, es uno de los motivos más frecuentes de consulta en la urgencia. La variedad de elementos somáticos –síntomas respiratorios, cardiovasculares, digestivos, neuromusculares– y psíquicos –inquietud, perplejidad, desaliento, terror, duda–, configuran un cuadro, una escena en la que el sujeto pierde su anclaje y se sitúa en el borde de un abismo experimentando el vértigo entre la fascinación y la amenaza. (Belaga & Sotelo, 2009, p. 34-35).

Por su parte, Antón et al. (2006) mencionan:

Existe una heterogénea e imprecisa presentación clínica de los sujetos en la urgencia que va desde la alucinación tormentosa en “el momento fecundo” a un desborde de angustia en las crisis neuróticas pasando por la presencia de riesgo de vida (intoxicaciones, violencia, etc.) para sí o para terceros. Generalmente nos encontramos con alguien que sufre, alguien para quien la estabilidad de la vida cotidiana se ha roto, que ya no puede valerse por si mismo y ha perdido su autonomía frente a un acontecimiento que irrumpe y excede sus posibilidades de elaboración. Esta ruptura se manifiesta en la urgencia. (p.193).

Esta primera aproximación conceptual a la definición de urgencia nos permite considerarla como un hecho o acontecimiento que produce un corte, un quiebre en la existencia del sujeto que no vuelve a ser el mismo. Además, cabe destacar que, en este acontecimiento, el sujeto se presenta desarmado de los recursos o respuestas que hasta el momento le permitían arreglárselas con la castración del Otro.

En cierto momento, que no siempre coincide con hechos objetivamente graves, se produce la ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría; se rompe el equilibrio que sostenía las relaciones con los otros, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares, con los pensamientos y hasta con el propio cuerpo.

Esta ruptura podemos ubicarla como urgencia que requiere intervención profesional. Así, el sujeto, la familia, la escuela o el juez, solicitan, indican o acompañan para que el estado por la vía del hospital público trabaje para el retorno al bienestar. (Sotelo, 2007, p. 22).

Como se puede ver, por lo general, en la urgencia, los sujetos que padecen son traídos por otros que demandan su atención, con lo cual la dimensión del sujeto queda anulada.

Por su parte, Belaga (2006) explica este fenómeno de ruptura que vemos en la urgencia:

... si existe la consulta de urgencia frente al acontecimiento, es porque previamente algo “resistía bien”, existía una subjetividad organizada en un imaginario firme que permitía funcionar sin sobresaltos, hacer lazo social, e incluso lograr que se pueda no consultar, o “no tener urgencias”. Imaginario que mediaba hasta ese momento satisfactoriamente sobre la disyunción entre el goce (del cuerpo propio) y el Otro, sobre la disyunción entre el hombre y la mujer. A esta construcción (...) se la describe como un “imaginario de seguridad”. (p. 16).

Entonces, la consulta por una urgencia se da frente a la caída de este imaginario de seguridad, en donde lo que sostenía al sujeto eran cuestiones ligadas a: la imagen, la lógica del tener y la identificación con ciertos grupos que comparten determinadas prácticas de goce. Llegado el momento del acontecimiento traumático, estas identidades débiles no logran servir de sostén y, frente a la falla del tejido simbólico y la incapacidad de usar la represión, los sujetos caen en una angustia que los invade.

Por su parte, Sotelo (2007) señala:

La urgencia da cuenta siempre de algo del orden la ruptura, por eso es importante localizar qué es lo que ha quebrado esa homeostasis; por qué si esa familia, por qué si ese sujeto funcionaba más o menos bien en su vida, con sus problemas, con sus dificultades, con su adicción, con su síntoma, a partir de cierto momento no logra sostenerse solo. (p. 26).

Recordando a Freud, Naparstek (2008) explica esta cuestión de la ruptura mediante el uso del término de “muleta” relacionado con un intento del sujeto por paliar el malestar estructural, pero que termina volviéndose en su contra, resultando en un desenganche con el Otro: “... si el recurso que utiliza el sujeto lo pensamos como una muleta debemos decir que, en algún momento, su funcionamiento de suplencia se ve claramente alterado.” (p. 24-25).

De este modo, la urgencia respondería a una lógica en donde aquello que en principio permitía cierto arreglo al sujeto, termina conduciéndolo a un quiebre en donde esa solución que había encontrado se torna ineficaz frente a lo traumático.

Entonces, podríamos pensar que este acontecimiento que precipita al sujeto a llegar a un estado de urgencia, es un hecho que corresponde a:

... un tiempo irreversible. Lo pasado no puede devenir contrario de lo que fue, es necesario. (...) Las marcas que se inscriben en el inconsciente se producen por un encuentro contingente, pero una vez inscriptas devienen necesarias y no es posible cambiarlas. (Cazenave, 1999b, p. 38).

Entonces, este acontecimiento es un hecho que afecta al sujeto puesto que “El sujeto es tiempo.” (Cazenave, 1999b, p. 37). No se trata del mismo sujeto antes y después; por lo que la urgencia podría ser pensada como un acontecimiento que deviene “necesario” pero, al inscribirse en el inconsciente, es posible de ser resignificado operando desde un tiempo lógico.

A su vez, Belaga (2015), señala que la urgencia consiste en “... la ruptura de una homeostasis, de un bienestar, la disyunción sorpresiva del sentido y el goce. Algo se rompe y sobrepasa los límites, es el momento en que se realiza la confluencia del goce y el sufrimiento.” (p. 30).

Por ello, en relación a la urgencia, “... podemos decir aquello que en el discurso del amo es lo que no anda, lo que el discurso no logra constreñir, aquello que tiene algo muy singular para cada uno.” (Seldes, 2006, p. 34). Como vimos, para este discurso, las cosas andan cuando de algún modo se logra, por un lado, tapan la división subjetiva, sin hacerse preguntas en relación al inconsciente, y por otro, cuando se produce un resto, es decir, el goce se regula de alguna manera. El problema es cuando esto no ocurre así.

En nuestra época, el discurso capitalista imperante no ofrece al sujeto la posibilidad de regular su goce, sino todo lo contrario.

Este momento de la civilización, la civilización hipermoderna, hace que el sujeto llegue a nosotros en su desamparo, un desamparo que hace de él, en el mejor de los casos un asalariado angustiado. Viene suspendido en la cadena significativa, con un efecto de perplejidad frente al hecho que hoy generalizadamente, también, se llama trauma. (Baudini, 2007, párr. 27).

Entonces, frente a un acontecimiento que al sujeto le suscite angustia, no hay un significativo que ponga un freno a la invasión del goce, no hay algo del orden simbólico que lo comande. De esta manera, el sujeto queda invadido de lo pulsional sin poder ligarlo a ninguna representación. Es así que se encuentra ante una urgencia.

A su vez, Campolongo (citado en Sotelo, 2007) menciona: “La urgencia generalizada habla de un traumatismo tanto a nivel de lo colectivo como en el singular, donde encontramos la impotencia del discurso a la hora de leer el acontecimiento.” (p. 23). Se podría pensar que no hay palabras que alcancen para poder leer o comprender lo real, lo que queda por fuera del registro simbólico.

Además, como vimos, la impotencia del discurso capitalista radica justamente en el hecho de no poder sociabilizar el goce, es decir, regularlo a nivel simbólico, con lo cual no se establece un lazo social entre los sujetos y sus prácticas de goce. Entonces, el

acontecimiento que un sujeto vivencia como traumático, correspondería a una fractura social de la función esencial del discurso, que el discurso capitalista no cumple.

“Nos encontramos, entonces, ante una sociedad donde el trauma se ha generalizado. Una sociedad donde los sujetos, desorientados y angustiados (pues parece ser que el Otro no existe), acaban topándose con la urgencia subjetiva...” (Sola Gil, 2016, párr. 6).

La ciencia y la tecnología se ofrecen como herramientas que permiten al capitalismo generar una falsa promesa de completud basada en una lógica del tener y del empuje del consumo, que se estructuran como imperativos a seguir por los sujetos a los que “aúna” este discurso.

Sin embargo, como toda ilusión que genera el capitalismo, la lógica del tener y el consumo de objetos no pueden constituirse en bases sólidas que sostengan al sujeto ante la adversidad. Esto es así, puesto que lo que ampara al sujeto de las vicisitudes de la vida son sus recursos simbólicos y la posibilidad de hacer un lazo con el Otro que le permita regular su goce mortífero. Por lo tanto, en un intento de controlar todo y prometer cierta estabilidad futura en relación a los acontecimientos de la vida, el discurso de la ciencia y del capitalismo fallan al no considerar la dimensión constitutiva del sujeto: la falta.

A pesar de todos los objetos que intenten hacer de tapón de la castración constitutiva, llegado un determinado momento en donde el sujeto pierda sus objetos de goce, se enfrente a una eventual pérdida o a una situación insoportable, se hará presente la dimensión de la falta y con ella la angustia concomitante enfrentando al sujeto a lo traumático de lo que no puede ser programado.

En relación a esto, y a la generalización del trauma, Laurent (2002) menciona:

A medida que la ciencia avanza en su descripción de cada una de nuestras determinaciones objetivas, desde la programación genética hasta la programación del medio circundante, pasando por el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles, la ciencia hace existir una causalidad programada. El mundo, más que un reloj, aparece como un programa de computadora. Es nuestra manera actual de leer el libro de Dios. A medida que solo esta causalidad es recibida, surge el escándalo del trauma que, él, escapa a toda programación. A medida que nos beneficiamos de una mejor descripción científica del mundo, es que toman consistencia el síndrome de stress post-traumático, ligado a la irrupción de una causa no programable, y la tendencia a describir el mundo a partir del trauma. Todo lo que no es programable deviene trauma. (p. 2).

Como vemos, cuanto mayor es la programación que ofrece la ciencia, cuanta mayor sensación de seguridad promete, mayor será la vivencia del acontecimiento no programado como traumático ya que “... el encuentro con algo que no está en el cálculo

desestabiliza...” (García, 2005, p.37). En esta contingencia se observa como la irrupción de lo real escapa a toda programación, puesto que es de otro orden.

De esta manera, en la ciudad donde reina el vacío, donde los sujetos se encuentran funcionando sin punto de capitón, impera un sistema en el cual la Ciencia –como decíamos– al situarse como discurso verdadero... Hace existir una causalidad programada, y a partir de su supuesta consistencia discursiva surge el concepto de trauma como todo lo ligado a la irrupción de una causa no programable. El trauma es la manifestación del fracaso de cualquier programa universal. (Belaga & Sotelo, 2009, p. 32).

Así, los sujetos que viven en la ilusión de un bienestar asegurado por el control que la ciencia ejerce en sus vidas, frente a un acontecimiento que se presenta como real, se hallan en un estado de emergencia y desamparo. “... se trata de un acontecimiento que altera una regulación y no puede explicarse.” (García, 2005, p.11).

El trauma se caracteriza por sorprender al sujeto, dejándolo sin palabras y con una sensación de extrañeza ante lo vivido, produciéndole una herida como consecuencia de un impacto sobre su cuerpo o de la palabra de un otro que es vivida como injuria. (Antón et al., 2006, p. 197).

Esta cuestión de la sorpresa es planteada por García (2005) al establecer una comparación entre el trauma psicoanalítico y el trauma abordado por la medicina:

El trauma psicoanalítico, a diferencia del médico, no se refiere a la violencia del acontecimiento; el factor que Sigmund Freud subraya es la sorpresa. Quiere decir que lo traumático del acontecimiento está ligado a la sorpresa de que eso ocurra. (p.7).

A partir de las definiciones que hemos encontrado, podríamos pensar la urgencia como un trauma, es decir, como una cuestión “...ligada a la contingencia de un encuentro.” (García, 2005, p.7)

Todo trauma lo es en la medida en que se encuentra algo insoportable, innombrable en el otro, momento en el cual el sujeto se fractura. La experiencia traumática se sostiene en esta experiencia del mal encuentro que actualiza una “escena originaria” de desencuentro. (Antón et al., 2006, p. 177).

Vemos como en el trauma se produce un encuentro con un real, el sujeto se topa con algo que no puede ser simbolizado, que lo deja sin palabras y lo precipita a la acción. Por ello la idea de trauma se liga a la de urgencia, momento en que el sujeto no puede representarse por otro significante y es invadido por la angustia.

Para poder conceptualizar adecuadamente el trauma, es necesario marcar una diferencia con la medicina, “...despejar un equívoco: para el psicoanálisis el acontecimiento no tiene que ser necesariamente terrible para ser traumático.” (García, 2005, p.7). Por lo tanto, un accidente catastrófico no necesariamente tiene que devenir

traumático, no ocurre un hecho accidental en la vida cotidiana de una persona y ya de por sí pasa a ser considerado como un trauma por la misma.

En relación a esto, Briole (citado por Antón et al., 2006) menciona:

... no todos los encuentros con lo real son traumatizantes, sino que para que se convierta en traumatizante el encuentro tiene que estar signado por un despertar de lo real, es decir, un real que el fantasma no logra velar. Este real no velado deja al sujeto en la incapacidad de decir algo, tiene un efecto de sorpresa en el sujeto y es por esto que no se puede prever, ni hacer una profilaxis... Esta sorpresa es lo que convierte al acontecimiento para cada sujeto en singular... (p.190)

Al respecto García (2005) señala: “Ese encuentro, que no estaba determinado, es traumático.”(p.32), hablamos entonces de la posibilidad de que ocurra algo, se produzca un mal encuentro, posibilidad que el sujeto no esperaba, que no había previsto, no estaba en sus planes salirse de su realidad que lo sostenía como sujeto y le permitía cierta estabilidad en su cotidiano quehacer.

Es importante destacar la relación que hay entre el trauma y lo siniestro. Al respecto, García (2005) da una conceptualización del trauma basada en el concepto de lo siniestro: “... el trauma no es algo extraño que se enquistas, sino algo familiar que se ha vuelto extraño en el encuentro con un acontecimiento exterior.” (p.11), Considerando lo siniestro como “...la 'inquietante familiaridad' porque, justamente, lo inquietante no es lo que tiene de extraño sino lo que tiene de familiar. Que exista algo extraño no tiene por qué ser inquietante pero, si está familiarmente ligado, eso es inquietante.” (García, 2005, p.11)

Con respecto a lo siniestro, Freud (2011m) menciona “... lo *unheimlich* es lo que otrora fue *heimisch*, lo hogareño, lo familiar desde mucho tiempo atrás.” (p. 2500).

Entonces, desde el psicoanálisis, el trauma sería considerado como lo siniestro en tanto algo que era familiar para un sujeto, en el encuentro con un acontecimiento actual, se vuelve traumático.

Por su parte, en su seminario XI, recordándonos el sueño comentado por Freud, Lacan (2010c) destaca lo fundamental que hay en un trauma, considerando al mismo como un encuentro fallido entre la realidad y lo siniestro, esa inquietante familiaridad:

¿Qué encuentro puede haber ahora con ese ser inerte para siempre -aun cuando lo devoran las llamas-a no ser precisamente este encuentro que sucede precisamente en el momento en que las llamas por accidente, como por azar, vienen a unirse a él? ¿Dónde está, en este sueño, la realidad? -sí no es en que se repite algo, en suma más fatal, con ayuda de la realidad-de una realidad en la que, quien estaba encargado de velar el cuerpo, sigue durmiendo, aun cuando el padre llega después de haberse despertado.

Así el encuentro, siempre fallido, se dio entre el sueño y el despertar...

...el sueño no es sólo una fantasía que colma un anhelo.

Y no es que en el sueño se afirme que el hijo aún vive. Sino que el niño muerto que toma a su padre por el brazo, visión atroz, designa un más allá que se hace oír en el sueño. Sólo un rito, un acto siempre repetido, puede conmemorar este encuentro inmemorable pues nadie puede decir qué es la muerte de un niño -salvo el padre en tanto padre-es decir, ningún ser consciente.

El despertar nos muestra el despuntar de la consciencia del sujeto en la representación de lo sucedido: ¡enojoso accidente de la realidad, ante el cual sólo queda buscar remediarlo! ¿Pero qué era ese accidente? ...en ese mundo sumido en el sueño, sólo su voz se hizo oír: *Padre, ¿acaso no ves que ardo?* La frase misma es una tea -por sí sola prende fuego a lo que toca, y no vemos lo que quema, porque la llama nos encandila ante el hecho de que el fuego alcanza lo Unterlegt, lo Untertragen, lo real. (p. 66-67)

En palabras de Freud (2011h):

Entre los sueños que me han sido comunicados por otras personas se encuentra uno que reclama ahora especialmente nuestra atención.

... un individuo había pasado varios días, sin un instante de reposo, a la cabecera del lecho de su hijo, gravemente enfermo. Muerto el niño, se acostó el padre en la habitación contigua a aquella en la que se hallaba el cadáver y dejó abierta la puerta, por la que penetraba el resplandor de los cirios. Un anciano, amigo suyo, quedó velando el cadáver. Después de algunas horas de reposo soñó que su hijo se acercaba a la cama en que se hallaba, le tocaba en el brazo y le murmuraba al oído, en tono de amargo reproche: <<Padre, ¿no ves que estoy ardiendo?>> A estas palabras despierta sobresaltado, observa un gran resplandor que ilumina la habitación vecina, corre a ella, encuentra dormido al anciano que velaba el cadáver de su hijo y ve que uno de los cirios ha caído sobre el ataúd y ha prendido fuego a una manga de la mortaja. (p.656).

El encuentro que podemos ver en este relato se da entre la llama de fuego hecha de fantasía, hecha de aquellas palabras que pronuncia el niño en el sueño de su padre, y aquello que dicha fantasía alcanza, lo real; el fuego quema una manga de la mortaja del ataúd en el que estaba el niño muerto que se encontraba siendo velado en la habitación contigua a la habitación donde dormía su padre. Con esto podemos ver como "... lo siniestro se da, frecuente y fácilmente, cuando se desvanecen los límites entre fantasía y realidad; cuando lo que habíamos tenido por fantástico aparece ante nosotros como real..." (Freud, 2011m, p.2500), convirtiéndose este mal encuentro o accidente en un trauma.

Para lograr comprender este mal encuentro, accidente, o choque entre un acontecimiento de la realidad y la fantasía (el sueño del padre), que sólo a partir de entonces deviene algo del orden de lo traumático, es preciso considerar el concepto de lo real.

No tiene nada que ver con la realidad, *lograr esa identidad de percepción*, dice Lacan, eso es lo real. Ahora bien, ese real traumático ¿cómo aparece en la vida de alguien? ...la noción de real es algo complicado, porque no lo defino como siendo algo del orden de la percepción, sino como un punto de anulación donde ésta, como percepción del mundo exterior, no se sostiene. Esa identidad de percepción, a su vez, es una descarga... (García, 2005, p.46)

Al respecto, En su seminario 11, Lacan (2010c) menciona:

... la tyche, tomada como les dije la vez pasada del vocabulario de Aristóteles en su investigación de la causa. La hemos traducido por el encuentro con lo real. Lo real está más allá del automaton, del retorno, del regreso, de la insistencia de los signos, a que nos somete el principio del placer. Lo real es eso que yace siempre tras el automaton... (p.62)

Se produce entonces, en el ejemplo del sueño, y en cualquier trauma, una equivalencia entre las representaciones del sueño (la fantasía, lo simbólico) y la percepción de la realidad, en donde encontramos una nueva conceptualización.

... el trauma es real... una repetición que no se ajusta a la cadena significante... ese real es la identidad de percepción y esta, a su vez, es una descarga y... el origen de este sistema de descarga son las satisfacciones... está implícito lo real del goce como no subsumible en la realidad guiada por el principio del placer. (García, 2005, p.47)

Al respecto, en su seminario XI, Lacan (2010c) señala:

No sólo la realidad, el golpe, el knocking, de un ruido hecho para que vuelva a lo real sino algo que traduce, en su sueño precisamente, la casi identidad de lo que está pasando, la realidad misma de una vela que se ha caído y que está prendiendo fuego al lecho en que reposa su hijo. (p.65)

Por otra parte, es importante destacar que el trauma se produce a partir de una resignificación entre dos momentos, donde el segundo actúa de manera retroactivamente resignificando al primero.

Sigmund Freud coloca el trauma entre un primer y un segundo tiempo; el primero está ubicado en la infancia, el segundo en la pubertad. De esta manera, precisamente, será ese segundo tiempo, actuando sobre el primero, lo que producirá un efecto traumático... aquello que podía pasar como algo sin valor empieza, retroactivamente, a cambiar de sentido. (García, 2005, p.16).

En palabras de Freud (2011d):

La importancia de los sucesos infantiles resulta disminuida por el hecho de que la libido no retorna a ellos, en su movimiento regresivo, sino después de haber sido expulsada de sus posiciones más avanzadas. Ante esta circunstancia, la conclusión que parece imponerse es la de que los sucesos infantiles no han tenido en la época en que se produjeron significación alguna y sólo regresivamente han llegado a adquirirla. (p.2349).

De esta manera, se pone en evidencia como un suceso de la infancia que desde el sentido común podría ser considerado como traumático, en sí mismo no lo es, puesto que, desde la clínica psicoanalítica, para que adquiriera el valor de trauma es necesario que dicho acontecimiento sea resignificado por un segundo tiempo, en donde el encuentro con otro suceso le otorgaría otra significación. "... no son los sucesos mismos los que actúan traumáticamente, sino su *recuerdo*, emergente cuando el individuo ha llegado ya a la madurez sexual." (Freud, 2011n, p.287)

Además, Freud (2011n) destaca:

... el efecto póstumo del trauma sexual infantil. La <<represión>> del recuerdo de una experiencia sexual penosa de los años de la madurez sólo es alcanzada por personas en las que tal experiencia pueda activar la acción de un trauma infantil (p.288)

Es decir, que un acontecimiento de la infancia será resignificado en la calidad de traumático, recién en el encuentro con un real sexual posterior al mismo, en la madurez o pubertad. Recordando el otro nombre que le podemos dar al trauma, esto es lo siniestro, podemos relacionar esta resignificación de un acontecimiento infantil con aquello que menciona Freud (2011m) "... *lo siniestro en las vivencias se da cuando complejos infantiles reprimidos son reanimados por una impresión exterior, o cuando convicciones primitivas superadas parecen hallar una nueva confirmación.*" (p.2503)

Para Freud hay un primer tiempo donde un acontecimiento no tiene ningún valor, y un segundo tiempo donde efectivamente lo adquiere. ¿Por qué ocurre esto? Porque algo del mundo exterior va a ligarse con algo de la pulsión en el encuentro de un acontecimiento exterior con un acontecimiento pulsional. Por ejemplo, si alguien tiene ciertas fantasías sádicas y se encuentra, de pronto, con un accidente brutal, en el que hay sangre y gente muerta, para Freud, la sorpresa de ese encuentro, entre una fantasía y un acontecimiento externo, al anudarse, produciría un trauma. (García, 2005, p.17)

Lacan toma el caso del encuentro fallido que se produce a partir del sueño del padre en el que su hijo le dice "<<Padre, ¿no ves que estoy ardiendo?>>" (Freud, 2011h, p.656) con la realidad (el incendio de la habitación donde velaban a su hijo), para dar cuenta del trauma.

En este ejemplo, se puede apreciar, dos momentos que permitirían que las dos series, la fantasía (el sueño) y el acontecimiento de la realidad se encuentren, y entonces, la fantasía sea resignificada por dicho acontecimiento, obteniendo un resultado traumático.

Ahora tenemos que detectar el lugar de lo real, que va del trauma al fantasma -en tanto que el fantasma nunca es sino la pantalla que disimula algo absolutamente primero, determinante en la función de la repetición-... Por lo demás, esto es algo que explica

para nosotros la ambigüedad de la función del despertar y, a la vez, de la función de lo real en ese despertar. Lo real puede representarse por el accidente, el ruidito, ese poco-de-realidad que da fe de que no soñamos. Pero, por otro lado, esa realidad no es poca cosa, pues nos despierta la otra realidad escondida tras la falta de lo que hace las veces de representación -el Trieb, nos dice Freud.

¡Cuidado!, aún no hemos dicho qué cosa es el Trieb -y si, por falta de representación, no está ahí, de qué Trieb se trata -tal vez tengamos que considerar que sólo es Trieb por venir.

El despertar, ¿cómo no ver que tiene un doble sentido?, ¿que el despertar que nos vuelve a situar en una realidad constituida y representada cumple un servicio doble?

Lo real hay que buscarlo más allá del sueño -en lo que el sueño ha recubierto, envuelto, escondido, tras la falta de representación... (Lacan, 2010c, p.68)

Entonces, el valor de lo traumático se produciría en el momento en que la fantasía, en donde la libido es ligada a ciertos objetos produciendo una satisfacción y revistiendo lo real como ocurre en el caso de los neuróticos cuando "...pierden su relación con la realidad, y, sin embargo... no han roto su relación erótica con las personas y las cosas. La conservan en su fantasía; esto es, han sustituido los objetos reales por otros imaginarios..." (Freud, 2011ñ, p.2017-2018), es tocada por la realidad de un accidente, un encuentro con una contingencia. Esto produciría un trauma, ya que, al resinificarse una fantasía, o el fantasma de un sujeto, por un acontecimiento de la realidad, dicha fantasía perdería su función de poder velar lo real, al momento que es desgarrada por dicho real. En el caso del sueño, lo que el sueño recubría era lo real de la muerte del hijo que no tiene representación a nivel social.

En relación a estas cuestiones, García (2005) menciona:

...están aquellos que creen que el trauma es un acontecimiento exterior, y los que dicen que es un producto del fantasma. Pero ocurre que... no hay fantasma sin trauma, sin acontecimiento que lo despierte o, como diría Jacques Lacan, sin encuentro. (p.33)

Ante la pérdida del marco fantasmático, se produciría el encuentro con lo pulsional desregulado, volviéndose un mal encuentro para el sujeto puesto que de antemano no habría mucho que hacer con eso que produce angustia.

Con lo cual, la representación (lo simbólico, hecho de fantasía) que anudaba la pulsión se desengancharía de la misma, dejando flotante el afecto, y el cuerpo comenzaría a producir una serie de excitaciones resultado de la ruptura de las defensas del aparato anímico.

A partir de las cuestiones planteadas, se hace necesario considerar las diferentes conceptualizaciones del trauma desde las tópicas de Freud:

Tenemos entonces una tónica que es la primera elaboración del aparato psíquico: inconsciente, preconsciente, consciente. Luego, la llamada segunda tónica: *ello, yo, superyó*, además de *yo ideal e ideal del yo*, y una tercera, la tónica económica, donde Sigmund Freud ubica las hipótesis de carga y descarga (García, 2005, p.12)

De cada una de estas tónicas podemos encontrar diferentes definiciones sobre el trauma que se añan en el sujeto, en tanto dejan al descubierto la singularidad del mismo, su historia y recursos simbólicos, en relación al encuentro con lo real.

Desde la primera tónica, "... donde Freud hace referencia a lo que está ligado y desligado." (García, 2005, p.13). El trauma puede ser considerado en relación a ese afecto que no puede ligarse a una representación.

...una representación y un afecto que debían estar ligados no lo están, es eso lo que provoca un efecto traumático. Es una idea tónica en el sentido de que, para Freud, en el inconsciente, no hay ligazón entre representaciones y afectos sino... flujos. (García, 2005, p. 34).

Freud (2011o) considera que las situaciones traumáticas son aquellas en donde se puede verificar "... el reconocimiento de nuestro desamparo, de nuestro desamparo material en el caso del peligro real y de nuestro desamparo psíquico en el caso del peligro instintivo." (p. 2879).

Este desamparo psíquico se vuelve evidente en la imposibilidad por parte del sujeto de anudar, desde el orden simbólico, aquello traumático. Con lo cual, debe vérselas con lo que lo angustia sufriendo una experiencia real en la que no cuenta con el amparo de la represión, es decir, no puede hacer un síntoma que vele lo angustioso de la castración del Otro.

... si el sujeto "sabría hacer" ya con lo traumático como proceso, en tanto algo que *no cesa*, si supiera hacer con lo real que irrumpe, con lo contingente, encontraría otra respuesta que no fuera el padecimiento de sus urgencias subjetivas... (Belaga, 2006, p. 16).

Con lo cual, el trauma sería en términos de urgencia, la ruptura de la cadena simbólica, en donde el sujeto no puede representarse por un significante para otro significante, no puede ligar la invasión pulsional con una representación que le permita dar sentido a aquello que no lo tiene.

Desde la segunda tónica, tónica narcisista, en donde se hace necesario considerar el ideal del Yo y el Yo ideal, el trauma se presenta como:

...una herida. Freud utiliza una palabra alemana... *kränkung* quiere decir agravio, ultraje, pero también herida, tiene ambos sentidos, aludiendo tanto a una herida moral como física. Por ejemplo, si a alguien le pegan una bofetada en un baile, como podía

ocurrir en aquella época, en la Viena de Sigmund Freud, eso se convierte en un ultraje social o, como diríamos nosotros, en una herida narcisista. (García, 2005, p.12)

Es decir que se produce un encuentro entre el yo ideal considerado como aquel al que "... se consagra el amor ególatra de que en la niñez era objeto el yo verdadero. El narcicismo aparece desplazado sobre este nuevo yo ideal, adornado, como el infantil, con todas las perfecciones." (Freud, 2011ñ, p.2028), yo ideal pensado como "La imaginaria perfección narcisista..." (Bazzano, 2003, p.66)."; y el ideal del yo que "...tiene, además de su parte individual, su parte social: es también el ideal común de una familia, de una clase o una nación." (Freud, 2011ñ, p.2033); con lo cual "...el ideal del yo se instituye mediado por el orden de la cultura, Otro simbólico que pone condiciones al narcicismo." (Bazzano, 2003, p.67)". En este mal encuentro, la discrepancia entre ambos, produce una herida en el narcicismo del sujeto, es decir una herida en el yo ideal, volviéndose así traumática.

Con respecto a esto, García (2005) distingue:

...Lacan diferencia *yo ideal* de *ideal del yo* diciendo, precisamente, que el *yo ideal* es la imagen de perfección que cada uno tiene de sí y, el *ideal del yo*, un valor social... la propia imagen no es independiente de una imagen social colectiva. El *yo ideal*... se elabora en la vida familiar, especialmente con la madre; la otra imagen, *ideal del yo*, requiere, para ser elaborada, de una separación de la vida familiar y de la correspondiente entrada en la vida social. El tema se ve muy bien... entre la escuela y la familia. La familia considera que el hijo tiene un valor más alto y la escuela no... Se trata, entonces, de un pasaje entre el *yo ideal*, familiar, amoroso, donde está implicado el valor del niño para su madre, y un *ideal del yo* que tiene exigencias diferentes. Ese *ideal del yo*, Freud lo lee en el imperativo kantiano. (García, 2005, p.14).

Al respecto, Bazzano (2003) introduce una explicación de este pasaje del yo ideal al ideal del yo, relacionada con los tiempos del Edipo:

El yo ideal es efecto de ser todo para el otro, con lo que se garantiza la incondicionalidad del su amor ya que no habrá nadie que pueda superarlo. El yo ideal excluye al tercero. Cuando ese tercero comienza a perfilarse se inicia el segundo tiempo edípico en el que el padre priva a la madre del objeto fálico, es decir que la separa del objeto de su deseo.

Al ser cuestionado el objeto del deseo de la madre por la interdicción paterna, el círculo del deseo materno no se cierra sobre el niño. Aquí se pone de manifiesto la castración de la madre pero todavía no la del niño; para que se instaure en él debe darse el tercer tiempo edípico que es el que posibilita el pasaje del yo ideal al ideal del yo. (p.65)

Si bien Podemos pensar entonces que cuando "...las tendencias instintivas libidinosas... entran en conflicto con las representaciones éticas y culturales del individuo." (Freud, 2011ñ, p.2028), en la creación de un yo ideal el hombre puede realizar "... la sustitución del perdido narcicismo de su niñez, en el cual era él mismo su propio ideal." (Freud, 2011ñ, p.2028); a veces ocurre que, pese a esta sustitución, el sujeto puede verse enfrentado a responder a las exigencias sociales a modo de imperativo que van en contra del yo ideal.

Ilustrando estas cuestiones, García (2005) destaca:

Ahora, cuando el ideal social pide al sujeto ponerse en fila respecto de un bien social, le pide que renuncie a ese bienestar. Por ejemplo, si mañana hay una guerra, y convocan al frente a todos aquellos que tienen determinada edad, está prohibido decir... "No puedo dejar de ver a mi novia porque la quiero mucho". Se supone que uno tiene que subordinar el bienestar personal a ese bien, y Sigmund Freud llamaba *yo ideal* a ese bienestar personal, a la relación placentero amorosa que el niño tiene con sus padres, como juguete erótico, y llamaba *ideal del yo* a esa exigencia social. Por la negativa, llamaba *superyó* a la imposición y, por la positiva, *ideal del yo* a la aspiración, a sabiendas de que lo que es una aspiración para uno puede ser una imposición para otro. Son dos caras de la misma moneda: puedo aspirar a ser un héroe de guerra, o puedo decir que tengo que ir a la guerra porque me imponen que cumpla con ese deber. Entre ambos ideales, en ese pasaje, Freud utiliza la palabra *Kränkung*, que tiene el sentido de una ofensa, pero también de un agravio, de un ultraje. (García, 2005, p.14-15).

Entonces, podríamos pensar lo traumático con respecto a las heridas que deja cualquier guerra a los soldados que participan en la misma, una herida no sólo en su cuerpo, como ocurre muchas veces, sino también a nivel moral, en tanto herida que fractura, rompe, amputa, su narcicismo, su imagen de perfección:

Exigencias extraordinarias, sacrificio incondicional de intereses personales en pro del bien común, transferencia del amor propio hacia ideales patrióticos revelan cierto perjuicio, afección narcisista. "Herida narcisista" entre el ideal del yo como exigencia social librada en la trinchera y el yo ideal de la retaguardia; o bien, entre la idealización de ser "héroe de la guerra" y el "deber de ir a la guerra" a modo de mandato superyoico. Hendidura a nivel de la segunda tópica freudiana... herida al amor propio. (Pérez, 2014, parr.8)

Se puede considerar que, en las heridas físicas provocadas por una guerra, o accidente, se traducen en una herida narcisista o trauma porque comprometen la imagen de completud (yo ideal) que se constituyó en un eje imaginario en relación al otro materno quien "Originariamente... aparece para el niño como la que al poder *rehusar eternamente* también *lo puede literalmente todo*." (Bazzano, 2003, p.61). Sin embargo, es importante

considerar que “Lo que amamos en el narcisismo es ilusoria completud. Ese yo desconoce ser el resultado de otro, su modelo. Pero también es ilusorio el modelo porque la madre es ya ser deseante, incompleto...” (Bazzano, 2003, p.65). Y aunque esta imagen del yo ideal sea ilusoria, podemos pensar que en cierto punto le permite desconocer la castración del Otro. Con lo cual, cuando el sujeto se encuentra con un real, por ejemplo, cuando le ocurre un accidente que deja heridas en su cuerpo, éste resignifica la imagen de perfección y completud del yo ideal, se cae esta ilusión de perfección, deviniendo fallada, traumática.

Desde la tercera tópica freudiana, García (2005) señala “A nivel de la tópica económica el trauma es una excitación excesiva...” (García, 2005, p.12).

Al respecto, Freud (2011p) menciona:

... el término <<traumático>> no posee sino un tal sentido económico, pues lo utilizamos para designar aquellos sucesos que, aportando a la vida psíquica, en brevísimos instantes, un enorme incremento de energía, hacen imposible la supresión o asimilación de la misma por los medios normales y provocan de este modo duraderas perturbaciones del aprovechamiento de la energía. (p.2294).

Teniendo en cuenta lo señalado por Freud (2011f) en relación a que “... las tendencias del aparato anímico es la de conservar lo más baja posible o por lo menos, constante la cantidad de excitación en él existente.” (p. 2508); se puede pensar a la urgencia como un fracaso por parte del aparato psíquico en su función de mantener un equilibrio, dominando aquellos impulsos que provienen tanto del interior como del exterior del mismo.

Con lo cual, lo traumático se hace posible de pensar en términos de lo que excede las defensas del aparato psíquico, es decir que “...en términos de excitación, por ejemplo, un exceso de excitación podría resultar traumático.” (García, 2005, p. 33).

Además, se hace indispensable considerar que “... el impulso a elaborar psíquicamente algo impresionante, consiguiendo de este modo su total dominio, puede llegar a manifestarse primariamente y con independencia del principio del placer.” (Freud, 2011f, p. 2513). Con lo cual, en las experiencias de repetición que señala Freud en “Más allá del principio del placer”, y en las manifestaciones de la urgencia como intentos de suicidio, intoxicación, pasajes al acto, etc. habría “... *una tendencia propia de lo orgánico vivo a la reconstrucción de un estado anterior...*” (Freud, 2011f, p. 2525), es decir, un intento fallido por dominar las excitaciones y a su vez, una tendencia a ir más allá del placer, al encuentro precipitado con la muerte.

En relación a esto, Laurent (2002) nos recuerda:

... después de la Primera Guerra mundial, es que Freud dio un sentido nuevo a los accidentes traumáticos y a las patologías que les sucedían. Hace de estos casos entonces, un ejemplo del fracaso del principio del placer y uno de los fundamentos de la hipótesis de la pulsión de muerte. El síndrome traumático de guerra, ya sea su definición psicoanalítica o no, está caracterizado por un núcleo constante: Durante largos períodos y sin ningún remedio, sueños repetitivos que reproducen la escena traumática provocan despertares angustiosos. (p. 2-3).

También, Antón et al. (2006), recordando a Freud, señalan:

En estas circunstancias, se topa con la pulsión de muerte, momento en el que la situación traumática no puede ser tratada bajo las normas del principio del placer en su capacidad de ligar las magnitudes de estímulo en el psiquismo. La ruptura de la barrera protectora deja al descubierto lo que irrumpe por fuera de la cadena de representación psíquica. (p. 198).

A partir de esto, se puede pensar que en la urgencia falla el principio del placer y se produce una ruptura de la homeostasis que estaría relacionada con una imposibilidad de "...ligar psíquicamente las cantidades de excitación invasoras y procurar su descarga." (Freud, 2011f, p. 2521). Por ello, podemos considerar a la experiencia traumática como "...el resultado de una extensa rotura de la protección contra las excitaciones." (Freud, 2011f, p. 2522), provenientes tanto del exterior como del interior. Una ruptura en donde lo pulsional, que insiste y se repite, no logra ligarse a ninguna representación del orden simbólico que permita un mejor arreglo por parte del sujeto frente a lo real.

La imposibilidad de ligar estas excitaciones con una representación, se traduce en lo que desde el psicoanálisis lacaniano se señala como el goce que no se deja atrapar por el significante y que invade al sujeto. Con lo cual, este goce no estaría regulado por el orden simbólico y el riesgo que se presenta para el sujeto es el de verse desorientado frente a este real, precipitándose a concluir en un acto que procure su descarga, incluso a costa de su vida, sin haber logrado comprender lo que le pasaba.

A partir de estas consideraciones, es importante tener presente el señalamiento que realiza García (2005):

... no es posible pensar el trauma como un hecho exterior, en el cual alguien no estaría implicado. Está implicada la imagen que tiene de sí como un cierto equilibrio libidinal, económico o, como dice Freud, una particular manera de ligar y desligar los afectos a ciertos discursos. Todo esto trasciende a idea del trauma como un acontecimiento externo. (p. 15-16).

Con respecto a las cuestiones relacionadas con la imagen, podemos pensar que a partir de un acontecimiento que resulta traumático para el sujeto, aquellas identificaciones frágiles que lo venían sosteniendo ya no pueden hacerlo, y entonces, la imagen del yo

ideal se hiere, no resiste a lo real, con lo cual habría una pérdida de sentido a nivel del lazo con los otros.

También, en relación a los accidentes donde puede haber algún tipo de secuela en el organismo ya sea a nivel fisiológico o estructural como amputaciones, parálisis, etc. la imagen del cuerpo y su completud se ven afectadas, se produce una herida en la imagen narcisista de completud que tiene el sujeto, esto es, en su yo ideal. Con lo cual la urgencia puede ser considerada a partir de una herida narcisista.

En cuanto a la economía psíquica, la urgencia como trauma excede las posibilidades de que el sujeto pueda armonizar su aparato psíquico por medio de una descarga que no sea el acting out o el pasaje al acto, y con ello la posibilidad de llegar a un nivel de descarga absoluto.

Con relación a la posibilidad de ligar los afectos a las representaciones, la urgencia desarma al sujeto de sus recursos simbólicos, dificultando la posibilidad de dar respuesta a lo traumático por medio de la ligazón de la pulsión de muerte con alguna representación.

Además de estas consideraciones en relación al trauma, es necesario establecer una diferencia para distinguir cuál es el trauma que se presenta en la urgencia. Al respecto, Stiglitz (2006) destaca: "... hay lo traumático contingente, lo imprevisto como los accidentes, las catástrofes (aclaremos que no en el sentido de catástrofe natural, sino de catástrofe subjetiva), las pérdidas, todo lo no calculado por el sujeto; y hay lo traumático por estructura..." (p. 86).

Por estructura consideramos a aquello que se presenta como una falla desde un orden simbólico. Hay una falta en el Otro del lenguaje que es estructural. Todo sujeto está atravesado por esa falta que lo constituye y hace que deba ser representado por un significante para otro significante, puesto que su ser está perdido.

Con respecto al trauma como proceso en donde el tratamiento va mas allá del sentido buscando reinventar al Otro, en su artículo "el revés del trauma", Laurent (2002) menciona:

Las relaciones del Otro y del sujeto pueden ser también tomadas al revés. Hay simbólico en lo real, es la estructura del lenguaje, la existencia del lenguaje en el cual está tomado el niño, el baño de lenguaje en el cual cae. Es este sentido, es el lenguaje que es real o, al menos, el lenguaje como parásito fuera de sentido del viviente. (p. 5).

Con esto, pensaríamos lo traumático como un proceso en el cual el sujeto se constituye y en el que se puede observar que la estructura del lenguaje está agujereada por lo real, lo cual sería constitutivo del psiquismo humano. Castración del Otro que permitiría al sujeto ubicarse en una estructura como respuesta o defensa ante la misma.

A propósito de lo anterior, Chemama (1996) dice:

Si queremos conservar verdaderamente la idea de un trauma, sería más justo decir que el sujeto, en tanto tal, sufre en efecto un trauma: un trauma constitutivo, que es la existencia misma del lenguaje, puesto que, desde que habla, no tiene un acceso directo al objeto de su deseo, debe comprometerse en la demanda y se ve reducido finalmente a hacer pasar su goce a través del lenguaje mismo. (p. 444).

Por otra parte, en relación a lo traumático contingente, podríamos considerarlo en base a lo mencionado por Laurent (2002) en “El revés del trauma”, como aquello que no puede ser programado, como aquello que sorprende al sujeto y lo deja sin recursos simbólicos para elaborarlo.

Si bien hay sorpresa, digamos que quien tiene un trauma también tiene la extrañeza de ese trauma, si no fuera así tendría la evidencia y podría decir: “Es un trauma por esto y aquello...” pero, en general, las personas no tienen una explicación. (García, 2005, p.8)

Vemos como el trauma como acontecimiento rebalsa las posibilidades de significación o sentido que se puede dar a un mal encuentro, y es así que los sujetos no pueden dar cuenta fácilmente de lo sucedido.

A su vez, en relación a las dos vertientes del trauma, Belaga (2006) menciona:

... un trauma como proceso, ligado a ese real sin ley, no programable, y otro como acontecimiento.

... hay un trauma como acontecimiento, que es la figura de la contingencia, es la figura de la irrupción de lo real sobre las representaciones simbólicas que tenía ese sujeto hasta ese momento. Algo irrumpe y es lo que se llama usualmente la angustia más generalizada, la angustia traumática.

En la mayoría de las veces, el modelo de la urgencia responde a este trauma-acontecimiento. (p. 15-16).

Por lo tanto, se considerará a la urgencia como un trauma acontecimiento, algo del orden de la contingencia, en donde el mal encuentro entre la fantasía y lo real produce un exceso de excitación que invade al sujeto en forma de angustia traumática.

Si consideramos que “La realidad está en *souffrance*, está ahí sosteniendo, como puede, la relación con lo real.” (García, 2005, p.44), y además que “Estas fantasías poseen, pues, una realidad *psíquica* en contraste con la realidad *material*, y poco a poco vamos llegando a comprender que *en el mundo de las neurosis la realidad que desempeña el papel predominante es la realidad psíquica.*” (Freud, 2011d, p.2352-2353); entonces, el encuentro con lo real produciría la ruptura de la cadena significativa haciendo que el sujeto no pueda representarse por un significante para otro significante, y entonces, pierda

la posibilidad de dar sentido a ese real traumático, con lo cual no pueda continuar sosteniéndose en su realidad fantasmática como sujeto.

Con respecto al trauma como acontecimiento, en donde el tratamiento sería por la vía del sentido, Laurent (2002) menciona:

En un primer sentido, entonces, el trauma es un agujero en el interior de lo simbólico. Lo simbólico es acá planteado como el sistema de las *Vorstellungen* a través de las cuales el sujeto quiere reencontrar la presencia de un real. Lo simbólico incluye el síntoma en su envoltura formal y también lo que no llega a hacer síntoma, este punto de real que queda exterior a una representación simbólica, ya sea síntoma o fantasma inconsciente. Permite figurar lo real en “exclusión interna a lo simbólico”. ... Este punto de real, imposible de reabsorber en lo simbólico, es la angustia entendida en un sentido generalizado que incluye la angustia traumática. (p. 5).

En este caso, podemos ver que el trauma como acontecimiento se relaciona con ese resto que no se deja apresar por el significante y, por lo tanto, al manifestarse en un suceso como una situación traumática, tiene efectos en el cuerpo: la angustia.

En la conferencia que dio en el Hospital de Ste. Anne, Lacan (citado en Sotelo, 2007) menciona: “La urgencia es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte” (p. 25). Como veremos, lo imposible de soportar es la angustia ante un acontecimiento que desnuda al sujeto de sus recursos simbólicos y que tiene gran influencia en su cuerpo. Entonces, “La situación de urgencia se desencadena cuando un sujeto se encuentra ante la imposibilidad de dar algún sentido a algo, algo que es el encuentro con un real que no se deja significar.” (Sassaroli, 2009, p. 107).

Al respecto, San Miguel (2009) señala:

La urgencia se define como una situación donde al sujeto ya nada divierte. Es lo imposible de soportar, la emergencia del objeto. En la urgencia irrumpe un goce traumático que conmueve su realidad, el sujeto apela al saber. La presentación de la angustia como urgencia es muy frecuente... (p. 61).

Esta conmoción, producto de la angustia desligada de toda representación, vuelve insoportable la situación que vivencia el sujeto en relación al acontecimiento traumático. Entonces, buscará la forma más rápida de desembarazarse de la angustia.

En relación a esto, Sotelo (2007) destaca “En las urgencias lo imposible de soportar es el quedar inmerso en la repetición de lo mismo donde la dimensión del sujeto aparece totalmente arrasada.” (p.25).

Precisamente, la repetición de lo mismo es el nombre que da Freud (2011f), en “Más allá del principio del placer”, a la pulsión de muerte. Con lo cual, aquello que vuelve insoportable la situación que el sujeto vivencia es la imposibilidad de lograr una

homeostasis frente a eso que irrumpe de repente. Es decir, el no poder ligar la pulsión de muerte a una representación que permita que el goce se regule desde lo simbólico.

Por su parte, Baudini (2007) dice: “1) La urgencia es la ruptura abrupta de la cadena significativa” (parr. 19), y entonces, nos encontramos con “Un sujeto en que el sentido queda suspendido, donde lo real irrumpe sin el ordenamiento que proveían en otra época las Identificaciones estables, al Otro, al Padre, a la ley.” (Baudini, 2007, parr. 29).

Podemos pensar que, en ese momento, los hechos que irrumpen producen un quiebre en la cadena significativa con lo cual hay una imposibilidad de que sean incluidos en la misma, y entonces, el sujeto no puede representarse ante un significativo para otro significativo, saliendo así de escena. Por lo que será necesario posibilitar que el sujeto hable, para que pueda inscribir eso que se rehúsa al orden simbólico, es decir, vía la palabra pueda lograr una historización en la cadena significativa de la experiencia traumática. De esta manera, podrá encontrar cierta pacificación y darle sentido a eso que, a falta de un tiempo de comprender, se volvió un real imposible de soportar.

En relación a esto, Seldes (2006) señala:

La otra gran definición de la que partimos es pensar la urgencia subjetiva como ruptura de la cadena significativa, ya que si el significativo no se articula el sujeto no puede representarse. Lo cual implica para el sujeto un efecto de mortificación, y cuando esto ocurre el sujeto apela a los recursos que el lenguaje le facilita, el *acting out* o el pasaje al acto. (p. 34-35).

Entonces, al no poder representarse por un significativo para otro significativo, podríamos pensar que el sujeto desaparece, y lo que aparece en su cuenta es su ser de goce, un goce que, al no ser atrapado por el significativo, lo perturba y precipita a actuar sin medir consecuencia alguna.

El momento de la urgencia subjetiva se presenta entonces como la ruptura de una continuidad y el establecimiento de una discontinuidad. Urgencia subjetiva, entendiendo por ésta la dimensión de ruptura en relación con la palabra: estallido, exceso que irrumpe en la escena que sostiene al sujeto en el mundo y provoca el quiebre discursivo. Siguiendo esta línea, la urgencia se presenta en la dimensión del *agieren* freudiano, del actuar en lugar del decir con palabras. (Rodrigo, 2006, p. 147).

Con esto, se vuelve evidente que en los casos de urgencia no hay posibilidad, por parte del sujeto, de elaborar desde el orden simbólico la pérdida que representa la experiencia traumática, quedando reducido a objeto o desecho del Otro.

En la urgencia el sujeto, prisionero del goce, queda circunscripto al circuito de la necesidad, a merced del Otro; aparece como fuera de discurso, discurso en el que es necesario reinstalarlo a través de la escucha dando lugar a la palabra. (Allamprese, 2006, p. 159).

Como veremos más adelante, la forma más propicia de que el sujeto pueda volver a escena es introduciendo un tiempo para comprender, en el que pueda hablar y dirigirse a la figura del analista que ocupa el lugar del Otro. Esto le permitirá hacer pasar ese goce pulsional por el orden simbólico, logrando restituir el sentido. Ya que en la urgencia se trata de "... *“el momento donde nada pudo ser dicho hasta ahora...”* y donde la demanda tiene una expresión caótica y absoluta.” (Blinder, 2006, p. 139).

Es como si el enfrentarse a una determinada situación pusiera en tela de juicio ese tejido o ficción inventada por el sujeto para interpretar la realidad y darle un sentido. Aquí, pareciera que el fantasma falla en su función de velar la castración, es decir, lograr "... una articulación significativa fantasmática que permite dominar el goce por vía de una relación con un objeto.” (Miller, 2007, p. 25); y el encuentro con lo traumático deviene inevitable. Por lo tanto, la ruptura con lo simbólico dejaría al sujeto en una situación de desesperación y desamparo, que lo llevaría a sentirse invadido, en su cuerpo, por un exceso de goce imposible de tramitar desde el orden significante. Además, los actos tendientes a la descarga de dicho afecto podrían traducirse en una especie de grito que demanda el auxilio del Otro para su pacificación.

En base a lo expuesto en relación a la urgencia, y teniendo en cuenta que la angustia se constituye en un factor esencial que conduce al sujeto a esfumarse, se puede afirmar lo siguiente:

La angustia es un modo frecuente en que se presenta la urgencia.

Por un lado la urgencia del sujeto que, apremiado por este afecto que no le permite equívocos, pide solución. Por otro lado, cuando emerge la angustia es un modo privilegiado de pensar la urgencia subjetiva, justamente allí donde el sujeto ha quedado eclipsado por la presentificación de un real que lo deja sin referencias. (San Miguel, 2009, p. 55).

Al tomar la angustia como un modo en que se manifiesta la urgencia, llegamos al punto nodal en donde se puede verificar lo traumático en la manifestación de dicho afecto. Es decir, aquello imposible de soportar, el real ante el cual el sujeto queda desvalido, desbordado, encontrándose en una urgencia donde tiende a desaparecer y reclama desesperado el amparo del Otro, "... porque se ha enfrentado a algo que no puede representar... El sujeto estaba desprevenido y por esa “falta de preparación” debe vérselas con el exceso de realidad.” (Antón et al., 2006, p. 177).

Angustia, Acting out y Pasaje al acto en la Urgencia

No se puede hablar de urgencia sin establecer una relación entre ésta y la angustia, puesto que como veremos, en toda urgencia se hace presente la dimensión de la angustia ante el deseo del Otro.

Al respecto, Sola Gil (2016) señala:

... podríamos considerar que en una situación de urgencia, hay un quiebre del discurso, se desborda la palabra. ¿Qué relación se establece entonces entre la Urgencia y la Angustia? Igual que las palabras están colapsadas, también lo está el deseo del Otro. Lo que sucede, es que no se puede expresar con palabras lo que le ocurre al sujeto en ese estado, un estado que escapa de cualquier significante; hasta que no se reconozca el deseo del sujeto, no se podrá nombrar. (parr. 12).

Esto ocurre cuando la situación que se presenta como contingente es de tal magnitud que el fantasma, o cualquier recurso simbólico, no alcanza para velar ese agujero. Entonces, en muchos casos, en un intento por elaborar la angustia, el sujeto se precipita al acto quedando reducido a resto.

Si frente al deseo del Otro, el sujeto no cuenta con un significante que permita metaforizarlo o interpretarlo, esto es que le permita al sujeto decir “el Otro me quiere...” o “quiere de mi...”, se produce como respuesta a este deseo oscuro, a la falta del Otro, un sentimiento de angustia que apresura al sujeto a actuar para descargar dicho afecto. Con lo cual, “...es posible pensar la angustia como ese momento en que alguien queda sin respuesta frente a una situación...” (García, 2005, p.23).

En las jornadas de trabajo preparatorias para el Tercer Encuentro Internacional del Campo Freudiano, Miller (2007) menciona:

¿Qué es lo que angustia? Una fórmula de Lacan, muy cómoda, nos responde que lo que angustia es el deseo del Otro. Entonces el fantasma se puede ubicar como lo que cubre la angustia suscitada por ese deseo del Otro. (p. 23).

Por su parte, Larsen (1998) esclarece esta cuestión:

¿Por qué la aproximación del deseo de Otro es vivida por el sujeto como peligrosa? Lo que despierta la angustia del sujeto (la que Freud llama traumática, no la angustia señal que es sentida a nivel del yo), lo que hace aparecer la vivencia de lo siniestro es la posibilidad de que el sujeto sienta que queda ubicado en la posición de objeto del deseo del Otro y, por lo tanto, exiliado de su subjetividad. (p.130)

En su seminario X, Lacan (2007b) menciona:

... ¿cuándo surge la angustia? La angustia surge cuando un mecanismo hace aparecer algo en el lugar que llamaré, para hacerme entender, natural, a saber, el lugar (- Φ), que corresponde, en el lado derecho, al lugar que ocupa, en el lado izquierdo, el a del objeto del deseo.

... el artículo de Freud sobre lo *Unheimlichkeit* (...) es el eslabón indispensable para abordar la cuestión de la angustia.

Lo *unheimlich* es lo que surge en el lugar donde debería estar el *menosphi*. De donde todo parte, en efecto, es de la castración imaginaria, porque no hay imagen de la falta y con razón. Cuando algo surge ahí, lo que ocurre, si puedo expresarme así, es que la falta viene a faltar. (P. 52).

Eso que aparece en el lugar de la falta es el objeto *a*, produciendo angustia en el sujeto, ya que falta precisamente lo que le permite acceder a la dimensión del deseo.

La angustia es el nombre de ese exceso, un goce desplazado, cuyo objeto no se presenta en las vías de la interpretación, de la máscara, del engaño, del síntoma que son las vías del deseo. (Coelho dos Santos, 2001)³.

En relación a esto, Lacan (2007c) destaca:

Como les indiqué, la presencia en cuestión es la del *a*, el objeto en la función que cumple en el fantasma.

En este lugar de la falta en el que algo puede aparecer, puse la última vez, y entre paréntesis, el signo (- φ). Les indica a ustedes que aquí se perfila una relación con la reserva libidinal, o sea, con algo que no se proyecta, no se invierte en el plano de la imagen especular (...) del narcisismo primario, de lo que llaman autoerotismo, de un goce autista.

Como les indiqué la última vez, lo que de pronto puede hacerse notar en el lugar designado aquí con (- φ) es la angustia, la angustia de castración, en su relación con el Otro. (p. 55).

Por lo general, ese *a* es una ficción construida por el sujeto para responder a lo que es para el Otro, y de esta forma lograr calmar su angustia. “Pasa, tanto en la histeria como en la obsesión, el tratar de manejar el fantasma de manera que el Otro aparezca como completo.” (Miller, 2007, p. 37).

Pero cuando ese *a* no falta, sino que se hace presente, enfrenta al sujeto con lo que Freud denomina lo siniestro, surgiendo así la angustia traumática.

La presencia del objeto *a* en ese lugar donde debería estar la falta, confronta al sujeto con aquello que es para el Otro, un resto. De este modo, surge un estado afectivo angustiante puesto que: “Al exigir ser reconocido, allí donde soy reconocido, no soy reconocido sino como objeto.” (Lacan, 2007d, p. 33), quedando aplastada la dimensión del sujeto, del deseo, de lo vivificante.

³Coelho dos Santos (2001, p. 107). Angústia é o nome desse excesso, um gozo deslocalizado, cujo objeto não se apresenta nas vias da interpretação, da máscara, do engano, do sintoma que são as vias do desejo.

Entonces, para poder comprender mejor la angustia desde el psicoanálisis, es necesario considerar las teorías de Freud en relación a la misma.

Recordando lo que dice Freud en *Inhibición, síntoma y angustia*, San Miguel (2009) destaca:

Propone dos situaciones diferentes ligadas a la angustia: la situación traumática, asociada al desvalimiento vivenciado, y la situación de peligro como expectativa y repetición amenguada del trauma, donde el yo es activo, a diferencia de la anterior, y con la señal, pone en juego sus mecanismos defensivos.

A la angustia señal la ubica como angustia de castración, es un proceso del yo y sostiene la tesis del yo como almacén de la angustia. La angustia automática responde a procesos que se producen en el ello, y que pueden dar lugar a una señal en el yo cuando implican un “peligro”. (p. 57).

Cabe destacar que, en *Lo siniestro*, Freud (2011m) hace alusión a la primera teoría sobre la angustia: “... todo *afecto* de un impulso emocional, cualquiera que sea su naturaleza, es *convertido por la represión en angustia* (...) lo angustioso, es algo reprimido que retorna. Esta forma de la angustia sería precisamente lo siniestro...” (p. 2498).

Por lo tanto, la represión permitiría al yo defenderse de un contenido desagradable para la conciencia, transformando el afecto en angustia.

...el yo sigue en su defensa, tanto contra peligros exteriores como interiores, un mismo camino. Ante un peligro exterior emprende el ser orgánico un intento de fuga (...) La represión equivale a tal intento de fuga. El yo retrae la carga (preconsciente) de la representación instintiva que de reprimir se trata y la utiliza para la génesis de displacer (de angustia). (...) el yo es la verdadera sede de la angustia... (Freud, 2011o, p. 2836-2837).

En relación a esto que provoca angustia, haciendo referencia a “Lo Siniestro”, Schussler (2009) señala:

Un objeto aparece allí donde normalmente debería estar ausente y extraído, para permitir que la realidad se constituya.

Objeto extraño que altera la realidad, y su aparición produce un efecto de desorientación y angustia.

Son nombrados como restos del cuerpo, perdidos, caídos de las zonas erógenas: pecho, heces, voz, mirada, pueden presentarse con su carga pulsional, produciendo angustia de variada intensidad o pueden tener un valor erógeno positivo, erotizando la imagen del Otro (lunar, marca o defecto físico, etc.). (p. 65).

Al respecto de la presencia del objeto a como lo que produce angustia, Lacan (2007c) dice:

En *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud nos dice, o parece decirnos, que la angustia es la reacción-señal ante la pérdida de un objeto. (...) Ahora bien (...) la angustia no es la señal de una falta, sino de algo que es preciso concebir en un nivel redoblado como la carencia del apoyo que aporta la falta.

¿No saben ustedes que no es la nostalgia del seno materno lo que engendra la angustia, sino su inminencia? Lo que provoca la angustia es lo que nos anuncia, nos permite entrever, que volvemos al regazo. (...) Lo más angustiante que hay para el niño se produce, precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, y ésta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta, cuando tiene a la madre siempre encima, en especial limpiándole el culo, modelo de la demanda, de la demanda que no puede desfallecer.

No se trata de pérdida del objeto, sino de la presencia de lo siguiente – los objetos, eso es algo que no falta.

Siempre se trata del eso no falta. (63-64).

Con lo cual, lo que menciona Freud en relación a la angustia ante la castración, la pérdida de objeto o la falta, se podría entender desde el psicoanálisis lacaniano como la posibilidad de que falte la falta del objeto a, y entonces, el sujeto no podría armar una estructura de ficción que le permita soportar la angustia ante lo que es para el Otro. Por lo tanto, la angustia sería un estado afectivo que surge ante la presencia del objeto a, puesto que esto enfrenta al sujeto con su propia pérdida en su dimensión de ser.

Volviendo al texto de Freud, se puede observar como ante una situación que pone a prueba los recursos psíquicos del sujeto para defenderse, su yo reprime y transforma el afecto en angustia, pero ¿para qué le sirve esto? La respuesta de Freud (2011f) sería: “La angustia constituye un estado semejante a la expectación del peligro y preparación para el mismo, aunque nos sea desconocido.” (p. 2510). Es decir, que el yo generaría angustia por medio de la represión para prepararse ante un peligro que le resulta amenazador. Con lo cual, en un intento por definir la angustia, podríamos decir que “... la angustia es una reacción al peligro de la pérdida del objeto.” (Freud, 2011o, p. 2881)

... iniciamos una nueva concepción de la angustia. Si hasta ahora la veníamos considerando como una señal afectiva del peligro, se nos muestra en este punto, dada la frecuencia, que se trata del peligro de la castración; nos parece como una reacción a una pérdida o una separación. (Freud, 2011o, p. 2859).

Con respecto a la segunda teoría de la angustia freudiana, relacionada con la fobia, Freud (2011o) menciona: “La angustia causa aquí la represión...” (p. 2846). Además, señala “...la angustia sentida en las fobias es una angustia del yo, y nace en él en vez de nacer de la represión, la provoca.” (p. 2847). Con esto, podemos apreciar que se produce un giro en relación a la etiología de la angustia, y nos queda mucho más claro la función

que tendría, esto es: causar la represión para que el yo pueda defenderse del peligro que supone lo pulsional. En relación a esto, Miller (2007) dice “La fobia, así considerada, es un medio elemental de cubrir la angustia, y sabemos cómo: a través de un miedo.” (p.23).

Para aclarar esta cuestión, Freud (2011o) menciona: “... en cuanto el yo reconoce el peligro de castración da la señal de angustia e inhibe, por medio de la instancia del placer-displacer y en forma que aún no conocemos, el amenazador proceso de carga en el *ello*.” (p. 2856).

Además, es importante considerar lo que destaca San Miguel (2009) en relación a los dos modos en que se presenta la angustia para Freud:

... la señal de angustia, frente al peligro de castración, como motor de la represión y que conlleva la elaboración del síntoma y la angustia automática o traumática ligada al “trauma del nacimiento” donde lo que aparece en primer plano son los síntomas físicos, cardíacos y respiratorios más frecuentemente.

... Freud aclara que, en el nacimiento, la castración es de la madre, no del niño, ya que es “enteramente narcisista”. Angustia activada por la castración en el Otro primordial en tanto el desamparo es lo propio de la constitución del “cachorro humano”. (p. 58).

Con lo cual, se puede ver que la angustia que se pone en juego en la urgencia es la angustia automática o traumática (trauma del nacimiento), ya que el sujeto no está en condiciones de reprimir, con lo cual la angustia frente a lo real se expresa de otra manera, como, por ejemplo, la aceleración de los latidos del corazón, de la respiración, etc.

Entonces, la angustia traumática ligada al trauma del nacimiento, nos permite considerar lo traumático como una experiencia que nos atraviesa a todos en tanto somos sujetos del lenguaje, desde que nacemos en este mundo simbólico entendido desde la dimensión de la pérdida que nos constituye.

En relación a esto, recordando a Freud, Laurent (2006) menciona:

... Freud reconduce todas sus concepciones energéticas a un momento de pérdida esencial. Hay desde el momento del nacimiento, ya inscrita, una pérdida fundamental, incluso en el caso del alumbramiento más feliz y más dulce. Y Freud osa decir que ahí está el modelo de todos los otros traumas. (p. 28).

Entonces, es importante destacar que, en ese momento de pérdida, “... la angustia nació como reacción a un estado de *peligro* y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado.” (Freud, 2011o, p.2860); es decir, “La primera experiencia angustiosa, por lo menos de los seres humanos, es el nacimiento, el cual supone, objetivamente, la separación de la madre.” (Freud, 2011o, 2859). Con lo cual se puede pensar que, en la urgencia, frente a los acontecimientos que son del orden de la pérdida, el sujeto, al no

poder reprimir, reviviría la angustia de nacimiento en donde queda como objeto de desecho del Otro.

A partir de estas consideraciones, el nacimiento se constituye en el modelo de otros traumas precisamente porque lo estructural a todo trauma sería la angustia frente a la castración del Otro, en donde se pone en juego: la dimensión de la pérdida, la preguntante angustiante ¿Qué soy para el Otro? y un estado de desamparo psíquico y material.

Entonces, es posible pensar a la urgencia como un acontecimiento que nos remite a la experiencia angustiosa y traumática del nacimiento desligada de todo tipo de representación y caracterizada por la descarga de las excitaciones mediante la acción motora como palpitations o aceleración de la respiración, u otros actos.

Así, en el acto del nacimiento, la invasión de los órganos respiratorios tiende muy verosímilmente a preparar la actividad pulmonar, y el aceleramiento de los latidos del corazón, a liberar de sustancias tóxicas la sangre. (...) cuando el individuo se ve en una nueva situación peligrosa, puede resultar inadecuado que responda a ella con el estado de angustia; esto es, con la reacción a un peligro pretérito. (Freud, 2011o, p. 2861).

Se ve con claridad que, tanto en el nacimiento como en una situación a posteriori que remita a este acontecimiento, la pulsión de muerte se revela para el sujeto sin posibilidad de ligazón, provocando un grado de excitación tal que lo desborda en sus recursos simbólicos (la represión), dejándolo en estado de desamparo.

A partir de estas consideraciones, podemos pensar que en los acontecimientos que remiten al trauma del nacimiento, "... la angustia es un modo de defensa contra lo imposible de soportar de lo real." (San Miguel, 2009, p. 60), considerando que "... el peligro real corresponde a un objeto exterior; y el peligro neurótico, a la exigencia de un instinto. En cuanto tal exigencia instintiva es algo real, puede también adscribirse a la angustia neurótica un fundamento real." (Freud, 2011o, p. 2880).

Al respecto, recordando a Freud en relación a las neurosis de angustia, San Miguel (2009) señala: "... los síntomas típicos de las neurosis de angustia: irritabilidad, expectativa angustiada, terrores nocturnos, insomnio, vértigo, perturbaciones digestivas, parestesias, alucinaciones y ataques de angustia." (p. 56), en los que "... no hay ninguna representación asociada a ellos, la angustia irrumpe a la conciencia sin representación que permita ligarla. Sus formas son: palpitations, taquicardia, asma, sudor, temblores, estremecimientos, etc." (p. 56).

En relación al ataque de angustia, presente en las neurosis de angustia, Freud (2011q) destaca:

Tal ataque puede consistir tan sólo en la sensación de angustia, no asociada a ninguna representación, o unida a la de la muerte o la locura (...) o enlazada a la perturbación de una o más funciones físicas, tales como la respiración, la circulación, la inervación vasomotora o la actividad glandular. (p. 185).

Se vuelve evidente que, en el caso de las situaciones traumáticas, la pulsión de muerte genera un grado tal de angustia, al punto de desbordar al sujeto en sus recursos simbólicos. Esto sucede así porque eso real o pulsional se presenta desenganchado de lo simbólico, y esta angustia que inunda al sujeto no le permite comprender lo que ocurre conduciéndolo aceleradamente a la actuación, para procurar su descarga. "... la angustia se basa en un incremento de la excitación, el cual crea, de un lado, el carácter displaciente, y por otro, busca aliviarse por medio de los indicados actos de descarga." (Freud, 2011o, p. 2860).

Entonces, estaríamos en presencia de una pulsión muda, sin representante en lo psíquico, que no permite al sujeto ligar las cargas, con lo cual las manifestaciones que podemos encontrar están fuera del orden de lo simbólico y reclaman su descarga mediante actos motores. Entonces, estaríamos en presencia de una urgencia.

... la situación peligrosa es la situación de desamparo reconocida, recordada y esperada. La angustia es la reacción primitiva al desamparo en el trauma, reacción que es luego reproducida, como señal de socorro, en la situación peligrosa. El *yo*, que ha experimentado pasivamente el trauma, repite ahora activamente una reproducción mitigada del mismo, con la esperanza de poder dirigir su curso. (Freud, 2011o, p. 2879).

Por su parte, Sola Gil (2016) define a la angustia como:

Un afecto que va en dirección a lo real, hacia aquello que no se puede representar. Con ello, debido al protagonismo de la incertidumbre en nuestra sociedad y del mismo modo que ocurre con el uso de la palabra en la urgencia: existe un rebasamiento de lo real. (parr. 18).

En nuestros días, en esta exigencia de lo pulsional, entra en juego el imperativo del súper yo en relación a cuestiones que tienen que ver con la inmediatez del consumo de objetos gadgets y la lógica del tener. Ante su imposibilidad o pérdida, se despierta en los sujetos una angustia que los invade, ya que la pérdida posiblemente los remite a lo que fueron para el Otro en el momento del nacimiento: un resto.

También, Freud (2011o) considera a esta angustia como una defensa que conduce a "... que el *yo* se defiende igualmente por medio de la reacción angustiosa contra el peligro instintivo y contra el peligro real exterior..." (p. 2880). Sin embargo, en la defensa contra lo pulsional, pueden surgir situaciones en donde falle la represión, y el sujeto se vea impelido a actuar para realizar la descarga que permita armonizar el aparato anímico.

El problema ocurre cuando esta descarga, fuera de lograr una homeostasis, va más allá de una armonización del aparato psíquico llegando a una descarga brutal y total, en donde encontramos la urgencia del sujeto, y que en el peor de los casos puede significar el estado de reposo absoluto: la muerte.

En la situación traumática, contra la cual estamos desamparados, coinciden el peligro exterior y el interior, el peligro real y la exigencia del instinto. Si el *yo* experimenta en el primer caso un dolor que se resiste a cesar, y en el segundo, un estancamiento de la necesidad instintiva que no puede hallar satisfacción, la situación económica es en ambos casos la misma y el desamparo motor halla su expresión en el desamparo psíquico. (Freud, 2011o, p. 2880).

Con lo cual queda claro que, en estos casos de situaciones traumáticas, de urgencia, en donde los sujetos están desamparados del Otro, los recursos psíquicos no son suficientes para elaborar lo que produce angustia, es decir, esa exigencia de satisfacción pulsional inmediata no fálica. De esta manera, no se puede lograr un dominio motor y el goce que invade al sujeto lo conduce a la realización de actos límites que tienden a encontrarse con la muerte o aproximarse a ella.

Al respecto, Garmendía (2006) señala:

La crisis de angustia, ese afecto que no engaña, es uno de los motivos más frecuentes de solicitud de la urgencia, el cortejo de elementos somáticos –síntomas respiratorios, cardiovasculares, digestivos, neuromusculares– y psíquicos –inquietud, perplejidad, desaliento, terror, duda–, configuran un cuadro, una escena en la que el sujeto pierde su anclaje y se sitúa en el borde de un abismo experimentando el vértigo entre la fascinación y la amenaza. (p. 47).

Por otra parte, San Miguel (2009) menciona lo siguiente:

En Lacan también podemos pensar dos efectos de la angustia, como afecto de la estructura como tal, en tanto incompleta y como vacilación del fantasma, cuando la defensa que éste constituye se desarticula, mostrando la falta en el Otro, imposible de representar. (p. 59).

En relación al primer efecto de la angustia, como afecto de la estructura, Lacan (2007e) menciona:

... el lugar que hemos designado en este pequeño esquema como el de la angustia, ocupado actualmente por el $(-\Phi)$, constituye un cierto vacío. Todo lo que se puede manifestar en este lugar nos desorienta, por así decir, en cuanto a la función estructurante de dicho vacío. (p. 68).

También, comprender la dimensión de la demanda, nos permitirá inducir el efecto de la angustia a nivel estructural, por ello, Lacan (2007e) señala:

... si bien la demanda está ciertamente estructurada por el significante, no debe ser tomada al pie de letra. Lo que el niño le pide a su madre está destinado a estructurar

para él la relación presencia-ausencia que demuestra el juego original del *Fort-Da*, que es un primer ejercicio de dominio. Hay siempre un cierto vacío que preservar, que no tiene nada que ver con el contenido, ni positivo ni negativo, de la demanda. Es de su colmamiento total de donde surge la perturbación en la que se manifiesta la angustia. (p. 77).

Aquí se puede observar como a nivel de la estructura del lenguaje, la angustia se presenta ante la demanda asfixiante del Otro, ante su presencia insistente que no da lugar a la falta. Con lo cual, lo angustiante, desde un punto de vista estructural, sería el hecho de que el sujeto sea tomado como objeto del Otro, o como resto del Otro, quedando oprimida la dimensión del deseo y con ella, su dimensión de sujeto.

Por otra parte, Lacan (2007f) destaca:

Lo que quiero decir con esto es que la primera cosa a plantear sobre la estructura de la angustia (...) es que la angustia está enmarcada.

Quienes escucharon mi intervención en las Jornadas provinciales consagradas al fantasma (...) pueden recordar la metáfora que empleé, la de un cuadro que viene a situarse en el marco de una ventana. Técnica absurda, sin duda, si se trata de ver mejor lo que hay en el cuadro, pero no se trata de esto. Cualquiera que sea el encanto de lo que está pintado en la tela, se trata de no ver lo que se ve por la ventana. (p. 85).

Entonces, desde un punto de vista estructural, la angustia estaría enmarcada por el fantasma, es decir, el objeto a del fantasma sería la ficción que construye el neurótico para revestir simbólicamente la angustia, y así desentenderse de ella. Porque si se ve por la ventana, vemos aquello que angustia, lo que Freud definió con el término de lo siniestro, la presencia del objeto a. En relación a esto Lacan (2007f) destaca:

... lo horrible, lo oscuro, lo inquietante, todo aquello con lo que traducimos, como podemos, en francés, el magistral *unheimlich* del alemán, se presenta a través de ventanillas. Es enmarcado como se sitúa el campo de la angustia. Aquí vuelven ustedes a encontrarse con aquello con lo que he introducido mi comentario, a saber, la relación de la escena con el mundo. (p. 86).

Es preciso que la escena del fantasma se mantenga, para que el sujeto no se golpee con la realidad del mundo, es decir, para que la realidad que construye vía el significante tenga sentido y se vuelva habitable.

Entonces, podemos concluir en que:

Hay angustia, cuando surge en este marco lo que ya estaba ahí, mucho más cerca, en la casa, *Heim*. Es el huésped, me dirán ustedes. En cierto sentido, sí, por supuesto, este huésped desconocido que aparece de forma inopinada tiene que ver, enteramente, con lo que se encuentra en lo *unheimlich*, pero designarlo así es insuficiente. (Lacan, 2007f, p. 86).

Es decir que, desde un punto de vista estructural, en cierto modo, la angustia está latente y recubierta por el objeto *a* del fantasma. Sin embargo, el verdadero objeto *a*, que no se deja domesticar por el significante, es lo que, en caso de que falle el fantasma, se hace presente provocando angustia. Así, lo estructural de la angustia radicaría en ser un afecto que se encuentra en la misma estructura del lenguaje, en la ficción que arma el neurótico para ver al Otro sin falta, velado por una invención que es el *a*.

Con respecto al segundo efecto de la angustia que menciona San Miguel, Lacan (2007c), en su Seminario X, en relación a lo siniestro, el fantasma y la angustia, señala:

... algo del orden del *a* aparece en un lugar que se encuentra encima de la imagen $i'(a)$ que les designo en la pizarra, lugar del *Heim* que es el lugar de aparición de la angustia. Este fantasma del que se sirve el neurótico y que organiza en el momento de usarlo, lo llamativo es que es lo que más le sirve para defenderse de la angustia, para recubrirla. (p. 60).

Entonces, esto nos permite pensar en la función del fantasma a partir del recubrimiento que hace de “lo siniestro”, para evitar la angustia. En relación a ello, recordando a Lacan, Miller (2007) menciona:

... algo propio del fantasma, la función de la belleza, de lo hermoso, es una función fantasmática esencial. (...) la función de la belleza es como la última barrera cuando un sujeto se acerca, en definitiva, al horror de su goce. Por eso, esa función de belleza del fantasma es también lo que impide atravesarlo... (p. 66).

Aquí se puede observar, como el fantasma tendría la función de velar lo real, y de esta forma el sujeto podría defenderse de aquello que le produce angustia. Sin embargo, es importante considerar que esta ficción que se arma el neurótico para responder a lo que es para el Otro no es del todo estable y ante acontecimientos traumáticos puede tambalear. “Es verdad, claro está, que la angustia misma aparece cuando hay un desfallecimiento de la cobertura fantasmática.” (Miller, 2007, p.23).

A su vez, Lacan (2007c) señala:

Este objeto *a* que el neurótico se hace ser en su fantasma no le pega ni con cola. Por eso, ciertamente, con su fantasma el neurótico nunca hace gran cosa. Eso consigue defenderlo de la angustia justamente en la medida en que es un *a* postizo. (p. 60-61).

Con lo cual, evidencia que llegado el momento en que se presentifique el *a* como tal, sin su revestimiento simbólico, la defensa contra la angustia se volvería ineficaz, teniendo que enfrentarse a lo que realmente es para el Otro, un objeto de desecho.

Entonces, en un intento por definir la angustia, Lacan (2007f) señala: “Lo que esperábamos, a fin de cuentas – y ésta es la verdadera sustancia de la angustia –, es ese *lo que no engaña*, lo fuera de duda.” (p. 87), haciendo referencia a que se trata de un

afecto que no engaña. Este afecto que no engaña se consagra como tal, en tanto el fantasma, engaño del neurótico en el que se reconoce como un objeto del Otro para recubrir la angustia, vacila y entonces, ya no hay más engaño, tan sólo lo real. Esa angustia no engaña porque descubre lo que estaba velado por el fantasma, que sí engaña y permite armar una mentira para hacer soportable la realidad.

En la época freudiana, los síntomas constituían una eficaz respuesta por parte del sujeto para tramitar la angustia que generaba la situación de peligro. Cabe destacar que esto era posibilitado por el discurso del amo que permitía el lazo social y hacia que el goce pudiera regularse desde lo simbólico. Entonces, frente a un acontecimiento que resultaba peligroso, ya sea que proviniera del exterior o del interior (pulsión de muerte), el yo del sujeto empleaba el mecanismo de la represión para defenderse. Así lo señalaba Freud (2011o):

... la angustia es la reacción a una situación peligrosa. El yo la elude ejecutando algo encaminado a evitar la situación o escapando a ella. Podríamos decir que los síntomas son creados (...) para evitar la *situación* peligrosa señalada por el desarrollo de angustia. Ahora bien, tal peligro era, en los casos hasta ahora examinados, la castración o algo derivado de ella. (p. 2858).

Para lograr una mejor comprensión en relación al síntoma, es importante considerar la definición que da Freud (2011o) en relación al mismo:

El síntoma sería, pues, un signo y un sustitutivo de una expectativa de satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de la represión. La represión parte del yo, que a veces por mandato del *súper-yo*, rehúsa agregarse a una carga instintiva iniciada en el *ello*. Por medio de la represión logra el yo impedirle que la idea, vehículo del impulso prohibido, alcance a ser consciente. (p. 2836).

Por lo tanto, el síntoma es un arreglo que se inventa el sujeto para poder lograr cierta estabilización frente a aquello que le causa angustia.

En relación a este arreglo del sujeto, y recordando la enseñanza de Lacan sobre los tres registros (Simbólico, Imaginario Y Real), Brodsky (1999) menciona:

... los tres registros no se mantienen unidos de por sí; necesitan ser entrelazados entre sí por un cuarto nudo (...) el síntoma es lo que mantiene unido esto (...) el síntoma es lo que soluciona eso (...) es la misma idea del síntoma como lo que aporta un equilibrio, el síntoma como lo que resuelve algo. (p. 44).

Al respecto, Lacan (citado en Laurent, 2002), menciona que: “El síntoma puede aparecer como un enunciado repetitivo sobre lo real (...). El sujeto no puede responder a lo real si no es haciendo un síntoma. El síntoma es la respuesta del sujeto a lo traumático de lo real”. (p. 5).

En la época freudiana, el síntoma era una defensa efectiva contra la angustia. En cambio, en la actualidad, se observa un fracaso del mecanismo de la represión y con ello un incremento de fenómenos relacionados con la no tramitación simbólica de la misma.

La declinación de la función paterna, específicamente del papel de la autoridad en dicha función, tiene como consecuencia subjetiva a la angustia.

El desfallecimiento del padre altera el mecanismo de la represión, como tramitación más eficaz para hacer con lo imposible, dando lugar al síntoma en tanto tramitación simbólica, mensaje, direccionalidad al Otro.

De este modo, las presentaciones de la clínica son frecuentemente neurosis en suspenso marcadas por la inhibición y la angustia como modos de suplencia frente al ocaso del Edipo.

Es la época de la urgencia generalizada ya que, frente al agujero en la estructura, el padre no responde como suplencia. (San Miguel, 2009, p. 61).

Debido a la falta de un S1 que ordene y organice a los sujetos en relación a sus goces ante una determinada situación que genera angustia, los sujetos ya no hacen síntomas, o por lo menos no en el sentido freudiano, sino que prevalece en ellos una tendencia a actuar como modo de respuesta a la castración del Otro.

Por ello, en relación a los síntomas contemporáneos, Trobas (2003a) destaca:

Primero, son síntomas solamente al tomar el término en su significación general; no lo son en el sentido freudiano (...) en el sentido que el síntoma es el resultado del mecanismo represión-retorno de lo reprimido.

Segundo punto: si examinamos la lista de dichos síntomas modernos, está claro que la mayoría tienen de una manera manifiesta o poco velada, una relación íntima con la angustia... (p.19).

En relación a esto, Rodrigo (2006) establece una comparación: "... si el síntoma viene a disfrazar lo que no puede ser soportado por el sujeto, la urgencia nos muestra lo insoportable sin mediaciones." (p. 147).

Entonces, en nuestros días, se puede establecer una relación entre la Urgencia y la angustia:

La angustia así se presenta como el caso paradigmático que define la urgencia, en tanto quiebre, ruptura. Real que se presentifica agujereando la escena y en ese sentido es, al mismo tiempo, salida y entrada.

Salida en tanto la angustia funciona como la última trinchera del sujeto, justamente allí donde no está, y entrada a la posibilidad de un entramado que le permita una posición diferente. (San Miguel, 2009, p. 60-61).

Como se pudo observar, los efectos del discurso del capitalismo nos enfrentan a nuevos desafíos clínicos, en donde el tratamiento vía el sentido y la interpretación no

alcanza y habrá que ir más allá orientados por lo real, para poder dar respuestas a la urgencia, es decir, a los nuevos síntomas contemporáneos.

A lo que el sujeto moderno nos confronta, en consecuencia, es a una clínica donde la actuación prevalece sobre el síntoma y a tratar de situar ciertas coordinadas estructurales que permitan dar cuenta de por qué un sujeto, más que hacer un síntoma, actúa. (Flórez & Gaviria, 2013, parr. 2).

Al respecto Belaga (2015) menciona:

Es que la angustia es una certeza que llama al acto, lo que implica fuera de discurso, la “automutilación del sujeto” como modo de concretar la separación del objeto real, del cuerpo libidinal. Es que, en tanto, la falta no falta, el objeto *a* se inscribe en lo real encarnado en el cuerpo, la irrupción de un goce en exceso hace que se deba perder alguna cosa. (p. 61).

Como vimos, esta cuestión del acto fue mencionada por Freud (2011o) al decir que la angustia produce un aumento de excitación displacentero, que el sujeto busca aliviar mediante su descarga en la realización de actos motores. Como se puede advertir, Freud pudo teorizar acerca de lo que la angustia es capaz de precipitar en un sujeto, su actuación.

Lacan (2007f) también señaló esto:

... toda actividad humana se desarrolla en la certeza, o incluso, que engendra certeza, o bien, de una forma general, que la referencia de la certeza es esencialmente la acción. Pues bien, sí, seguro. Y ello es precisamente lo que me permite introducir ahora que es quizás de la angustia de donde la acción toma prestada su certeza. Actuar es arrancarle a la angustia su certeza. Actuar es operar un transferencia de angustia. (p. 88).

Entonces, hay una certeza de un goce que invade al cuerpo y el actuar permitiría en cierta forma extraer algo de eso que se presentifica como completo, invasivo, embarazoso, para aliviarse.

Además, es importante destacar que la angustia como afecto es algo que se siente en el cuerpo y como ya hemos mencionado, un cuerpo es algo que goza de sí mismo. Por lo tanto, en la descarga de las excitaciones, el sujeto corre el riesgo de ir más allá del placer.

... corresponden a la angustia sensaciones físicas más precisas, que referimos a determinados órganos. (...) Estas sensaciones demuestran que en el proceso total de la angustia participan inervaciones motoras, o sea, procesos de descarga. Así, pues, el análisis del estado de angustia da los siguientes resultados: 1.º Un carácter displacentero específico; 2.º Actos de descarga; y 3.º Las percepciones de tales actos. (Freud, 2011o, p. 2859-2860).

En nuestra época, estos procesos de descarga nombrados por Freud se pueden apreciar en el pasaje al acto y en el acting out, donde el sujeto se abalanza a la acción

como respuesta frente a eso que lo angustia y que se vuelve traumático para él. En relación a esto, Flórez & Gaviria (2013) mencionan: "... bajo la forma del *pasaje al acto* o del *acting out*, el sujeto moderno se nos revela de manera muy frecuente, y muchas veces sin siquiera hacer demanda ante ello." (parr. 1).

Por su parte, Schussler (2009) señala: "Frente a la presencia del objeto *a*, la angustia puede transformarse en un acto, un pasaje al acto o un *acting out*, respuestas sintomáticas ante la presencia angustiante del *a*." (p. 66). Se constituyen en respuestas que intentan desesperadamente un hacer, un anudamiento sin elaboración simbólica de la presencia de ese objeto que se muestra invasiva. Es decir, que vacila el fantasma, no recubre ese *a*, y entonces, el sujeto ve aquello que no debería aparecer, sintiendo una terrible angustia.

Por otra parte, para poder precisar y entender mejor la cuestión del pasaje al acto y el *acting out*, es importante tener en cuenta una diferenciación que hace Lacan (2007g) en relación a dos registros:

... por una parte, el mundo, el lugar donde lo real se precipita y, por otra parte, la escena del Otro, donde el hombre como sujeto tiene que constituirse, ocupar su lugar como portador de la palabra, pero no puede ser su portador sino en una estructura que, por más verídica que se presente, es estructura de ficción. (p. 129).

En la escena, donde se pone en juego una relación entre el sujeto y el Otro, "... coinciden diversos deseos: aquel, del sujeto, que busca ser reconocido; aquel del Otro, que desea, en el sujeto y a través de él, otra cosa." (Martinez, 1998, p.125); pero la importancia de esta escena es que en ella "... el sujeto se constituye en el lugar del Otro. Para decirlo claro... escena inconciente en la cual ese sujeto es algo para alguien, objeto de un deseo, valor para una mascarada..." (Martinez, 1998, p.125).

Al respecto, Schussler (2009) destaca: "La escena es lo que se muestra, lo que se representa, lo que corresponde al sujeto. El mundo es la realidad escondida del deseo, la pulsión y el objeto *a*." (p. 67).

Con respecto a la escena, Martinez (1998) destaca:

La escena resulta ser, entonces, un cuadro inconciente que historiza al sujeto, esto es, que lo liga a un pasado de deseos y pasiones, dándole al mismo tiempo la posibilidad de saber quién es dentro de ella. Puede tratarse de la escena congelada de su vínculo edípico: una escena histórica y a la vez siempre actual, que colorea de sentido y de afecto cada hecho de la vida. (p.126)

Si consideramos al sujeto como aquello que "...se constituye como respuesta a lo que del Otro A lo condiciona de modo interpelante en tanto lo conmina a responder. Así, la posición subjetiva es el modo en que se responde a dicho condicionamiento del Otro." (Muñoz, 2011, p.559); entonces, el pasaje al acto sería "... una de las respuestas posibles

ante la acuciante exigencia que proviene de las condiciones que impone el Otro...” (Muñoz, 2011, p.559).

En relación al pasaje al acto, Lacan (2007g) toma el “dejar caer”, mencionado por Freud en el caso de la joven homosexual, para dar cuenta de la estructura del mismo:

Este *dejar caer* es el correlato esencial del pasaje al acto. Aún es necesario precisar desde qué lado es visto, este *dejar caer*. Es visto, precisamente, del lado del sujeto. Si ustedes quieren referirse a la fórmula del fantasma, el pasaje al acto está del lado del sujeto en tanto que éste aparece borrado al máximo por la barra. El momento del pasaje al acto es el del mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento. Es entonces cuando, desde allí donde se encuentra – a saber, desde el lugar de la escena en la que, como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto – se precipita y bascula fuera de la escena. (p. 128).

Como se puede observar, en este dejar caer, lo que se juega es la desaparición del sujeto, “El sujeto se mueve en dirección a evadirse de la escena.” (Lacan, 2007g, p. 129), y si cae fuera de la escena, entonces deja de ser un sujeto historizado, un sujeto con su ficción acerca de la realidad, y se encuentra con el mundo, es decir, el resto al cual se identifica.

¿A qué llamamos fuga en el sujeto, siempre puesto más o menos en posición infantil, que allí se lanza, sino a esa salida de escena, esa partida errática hacia el mundo puro donde el sujeto sale a buscar, a reencontrar, algo expulsado, rechazado, por doquier? Se hace mala sangre, como se suele decir y, por supuesto, vuelve, lo cual puede ser una oportunidad para él de darse aires. La partida es, ciertamente, el paso de la escena al mundo. (Lacan, 2007g, p. 129).

En relación a esto, Schussler (2009) menciona:

En la estructura del pasaje al acto, el dejar caer o dejarse caer es su correlato esencial: es un rechazo del Otro. El sujeto queda en una relación con el objeto, se identifica a él como resto excluido, queda borrado en estado de embarazo máximo y desaparece como tal, precipitándose fuera de la escena donde se sostenía como sujeto historizado. Es la salida errática al mundo puro en busca de algo excluido. (p. 69).

Con respecto a este “dejar caer” que se presenta en el pasaje al acto manifestado en la tentativa de suicidio por parte de la joven homosexual, Freud (2011r) dice:

La tentativa de suicidio tenía, como era de esperar, otros dos distintos aspectos, constituyendo un <<autocastigo>> y la realización de un deseo. En este último aspecto, significaba la realización de aquel deseo cuyo cumplimiento la había impulsado a la homosexualidad, o sea, el de tener un hijo de su padre, pues ahora <<iba abajo>> o <<paría>> (*sie kam nieder*) por causa de su padre. (p. 2555).

Entonces, este “iba abajo” o “paría”, puede considerarse como un “dejar caer” o dejarse caer, en donde el sujeto se desengancha o desprende del Otro y cae como su resto. Por lo tanto, expresaría un rechazo por parte del sujeto de la estructura del lenguaje. Con lo cual, en esta precipitación impulsiva, la satisfacción pulsional estaría desenganchada de cualquier representación.

Esto se puede observar con claridad en el relato de Freud (2011r) sobre este caso:

La muchacha paseaba una tarde con su amiga por un lugar y a una hora en los cuales no era difícil tropezar con el padre en su regreso de la oficina. Así sucedió, en efecto, y al cruzarse con ellas les dirigió el padre una mirada colérica. Momentos después se arrojaba la muchacha al foso por el que circulaba el tranvía. Su explicación de las causas inmediatas de su tentativa de suicidio nos parece admirable. Había confesado a la dama que el caballero que las había mirado tan airadamente era su padre (...) La señora, altamente disgustada, le había ordenado que se separase de ella en el acto (...) Desesperada ante la idea de haber perdido para siempre a la mujer amada, intentó quitarse la vida. (p. 2554).

Como se puede advertir en este ejemplo que da Freud, al ser inundado de un goce que lo sumerge en un estado de caos y desesperación, el sujeto tiende a desaparecer de la escena fantasmática. Lo que ocurre es que no puede historizar el acontecimiento del que se trata, incluyéndolo en la cadena significante. Entonces, pasa al acto atravesando el marco de su fantasma, quedando en relación directa con el objeto, identificándose con él y rechazando al Otro.

Al respecto, Muñoz (2011) comenta:

... enfatiza su modalidad de separación, como salida de la escena, abrupta precipitación fuera de la escena del Otro allí cuando el sujeto es reclamado a ocupar un lugar en ella, subrayando la exclusión fundamental que padece. Presa de una *dificultad* extrema para hacer frente a la escena que lo *embaraza*, el sujeto se identifica en forma absoluta a la causa de su deseo en tanto rechazada y se *separa* tajantemente (corte) del campo del Otro. La prescindencia de la mirada del Otro deviene separación radical de la escena del Otro, siendo el pasaje al acto suicida el paradigma de semejante separación. (558)

En relación a esta cuestión de quedar fuera de escena, Flórez & Gaviria (2013) mencionan el momento embarazoso que resulta para el sujeto:

Esto hace pensar en lo problemático que pueda ser para el sujeto cuando no encuentra esta estructura de ficción para asumir ciertos papeles en la vida, por lo que es arrojado fuera del fantasma, hacia lo real y responde de la única forma que puede: con el pasaje al acto. (parr. 8).

Entonces, si no existe un marco fantasmático que permita que la realidad-ficción que se inventa el sujeto sea soportable, éste sale de escena a través de una acción intempestiva, dejándose caer como resto del Otro.

Por otra parte, con respecto al papel que juega el objeto *a* en el pasaje al acto, Chemama explicando el pasaje al acto (1996) menciona:

... partiendo de este pasaje al acto, cuando un sujeto se confronta radicalmente con lo que es como objeto para el Otro, reacciona de un modo impulsivo, con una angustia incontrolada e incontrolable, identificándose con este objeto que es para el Otro y dejándose caer. En el pasaje al acto, es siempre del lado del sujeto donde se marca este «dejarse caer», esta evasión fuera de la escena de su fantasma, sin que pueda darse cuenta de ello. Para un sujeto, esto se produce cuando se confronta con el develamiento intempestivo del objeto *a* que es para el Otro, y ocurre siempre en el momento de un gran embarazo y de una emoción extrema, cuando, para él, toda simbolización se ha vuelto imposible. Se eyecta así ofreciéndose al Otro, lugar vacío del significante, como si ese Otro se encarnara para él imaginariamente y pudiera gozar de su muerte. El pasaje al acto es por consiguiente un actuar impulsivo inconsciente y no un acto. (p. 5).

Esta cuestión de “dejarse caer” estructural en el pasaje al acto, da cuenta de cómo se desprende el sujeto en calidad de resto del Otro, con la concomitante imposibilidad de elaboración simbólica del acontecimiento que lo lleva a identificarse con ese resto que cae. Esto nos recuerda al nacimiento, en donde la castración es de la madre y lo que “cae” de ella como resto es el sujeto, en un momento donde la apelación a lo representacional es imposible.

También, es posible considerar el pasaje al acto desde una dimensión temporal lógica. Al respecto, Sotelo (2007) señala:

En el pasaje al acto se anticipa la conclusión, cuando un sujeto se corta las venas, y concluye antes de comprender. En las patologías del acto en las cuales hay una conclusión anticipada, se pegan los tiempos, hay un instante de ver lo insoportable y hay una conclusión: tirarse por la ventana. (p. 34)

Con respecto a los tiempos lógicos que intervienen, se puede notar cómo, en el pasaje al acto, el sujeto se pasa por alto el tiempo para comprender, precipitándose al momento de concluir sin haber reflexionado, conmovido por lo que ha visto y con lo cual se ha identificado. Es decir, aquello que no tendría que haber visto si operara la represión, si el fantasma hubiese logrado velar ese real permitiendo una respuesta del lado del síntoma.

Por otra parte, Flórez & Gaviria (2013) mencionan que el pasaje al acto se “... sitúa como un *más allá del principio del placer*, está enteramente ligado a la pulsión de

muerte.” (parr. 4), esto es, ligado a “... *la necesidad de reconstituir un estado anterior.*” (Freud, 2011f, p. 2537), es decir, un estado inanimado.

Además, en relación a la pulsión de muerte, Freud (2011f) destaca que “... los instintos de muerte parecen efectuar silenciosamente su labor.” (p. 2541). Con lo cual podemos suponer que a diferencia del acting out, el pasaje al acto sería realizado de manera “silenciosa”, es decir, sin llamar la atención de Otro, sin estar ligado a nada del orden simbólico. Entonces, como en dicho acto la satisfacción pulsional se encuentra desenganchada de cualquier tipo de representación simbólica, es pura pulsión de muerte; al actuar, el sujeto corre el peligro de ir más allá de la vida.

Al respecto, Chemama (1996) señala:

El pasaje al acto se sitúa del lado de lo irrecuperable, de lo irreversible. Es siempre franqueamiento, traspaso de la escena, al encuentro de lo real, acción impulsiva cuya forma más típica es la defenestración. Es juego ciego y negación de sí; constituye la única posibilidad, puntual, para un sujeto, de inscribirse simbólicamente en lo real deshumanizante. Con frecuencia, es el rechazo de una elección conciente y aceptada entre la castración y la muerte. Es rebelión apasionada contra la ineludible división del sujeto. Es victoria de la pulsión de muerte, triunfo del odio y del sadismo. (p. 5).

Esta victoria de la pulsión de muerte radica en la caída del sujeto de la escena y su identificación con el objeto de desecho, ya que, al desengancharse de lo simbólico en la ejecución de actos motores, la pulsión de muerte es dirigida hacia él mismo o hacia otros, con los efectos de destrucción que implica la misma.

Entonces, al realizar un pasaje al acto, el sujeto sale impulsivamente de la escena fantasmática, desenganchado totalmente del Otro e identificándose con el resto.

Al respecto, Brodsky (citada en Sotelo, 2007), destaca: “El pasaje al acto, en cambio, se lo ubica en la opción <<Soy y no pienso>>, es decir rechazo absoluto del inconsciente, es decir no querer saber nada de él.” (p. 129).

En esta línea de pensamiento, Muñoz (2011) considera al pasaje al acto, este no querer saber nada del inconsciente, en términos de una separación radical con respecto al Otro. Al respecto destaca:

Si la alienación impone al sujeto una relación con la muerte, no real, sino con la muerte como significante, y la separación lo rescata al hacer de su falta la pérdida que causa el deseo del Otro, esa dimensión revitalizante del deseo del Otro es la que el pasaje al acto ataca virulentamente, no simbólicamente, sino *realmente*. Si hay una relación entre alienación y pasaje al acto es que este pasa a lo real la muerte significante: y lo hace por la vía de la separación absoluta -como la identificación indicada por Lacan- por la que el sujeto realmente encarna el objeto perdido, en ocasiones, irremediamente.

... si en la vacilación alienante entre el ser y el sentido el objeto permite la separación de la cadena pero estabiliza una relación del sujeto al a en el fantasma, el pasaje al acto es una separación pero absoluta en el sentido de que supone el quiebre del fantasma que ya no operará como pantalla del deseo del Otro. (p.559).

En relación a estas cuestiones, se puede considerar que el ser del sujeto está completamente relacionado con la pulsión de muerte, identificado con ese resto del Otro, con lo cual no hay posibilidad de querer saber nada en relación con el inconsciente, hay una desconexión absoluta con el Otro. Y si no existe la posibilidad de representarse por un significante para otro significante, se pierde el sentido, quedando el sujeto en el lugar de resto, rechazando la estructura del lenguaje. De tal forma que, en el pasaje al acto, inundado de impulsos, el sujeto se borra, no puede pensar.

Esta identificación con el objeto a puede ser pensada como:

... una alienación radical pero al objeto, no al significante. Aquí se distingue el ello del inconsciente estructurado como un lenguaje. Es decir que si el sujeto es del inconsciente, en algún sentido el objeto a y ciertas dimensiones determinantes de ese objeto se vinculan con el ello freudiano. El pasaje al acto es deviene así alienación en el ello, no en el significante, una alienación más allá del significante. (Muñoz, 2011, p.558).

Entonces, ante la angustia y la imposibilidad de hacer síntomas en relación a su fantasma que falló, el sujeto hace un pasaje al acto. Momento de concluir en el que se ha visto como un desecho del Otro, y se identificó con ese resto. Esto deja en evidencia que el pasaje al acto "... es un momento en el que el recurso al fantasma falla, deja de actuar como soporte, y el sujeto cae, identificándose a su ser de resto." (Flórez & Gaviria, 2013, parr. 12).

El pasaje al acto, nos muestra a nivel del sujeto su identificación al objeto, deyecto, perdido. Es decir, que el sujeto como objeto deyecto se cae de la escena, del fantasma. Ya no se dirige al Otro, ni lo convoca, ni busca su interpretación. El corte con el Otro es brutal, sin resto. El Otro pulverizado ya no ocupa su lugar en la ficción del fantasma. Implica un atravesamiento que desintegra al Otro y al sujeto. El pasaje al acto es paradigmático de la *realización* de ese *impasse* entre el sujeto y el Otro. (Muñoz et al., 2011, p.119-120)

Por otra parte, "El *acting out* es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo *acting out*, su orientación hacia el Otro, debe ser destacado." (Lacan, 2007g, p. 136).

Con lo cual, en el *acting out*, el sujeto no desaparece de la escena fantasmática, sino que monta una escena en la cual despliega una conducta tendiente a mostrar algo al Otro. Es decir, el sujeto entra en escena buscando llamar la atención del Otro, y lo que hace lo

hace en relación a éste; “... no hay caída de la escena para el sujeto, el sujeto está sostenido de la mano, pero es una escena que no lo representa, sino que presentifica el desconocimiento del lugar de objeto *a* como causa del deseo.” (Muñoz et al., 2011, p.115)

En relación a la cuestión demostrativa orientada al Otro, en el acting out, es importante considerar lo que Freud (2011r) menciona con respecto al caso de la joven homosexual: “De este modo cuidó muy bien de procurarse un encuentro con él, mostrándose públicamente con su amiga por las calles cercanas a la oficina del padre.” (p. 2553).

En este caso, se puede ver cómo el acting out llevado a cabo por el sujeto consiste en mostrarse con su amada públicamente para que su padre la vea, es decir, es un comportamiento dirigido a la mirada del Otro. Se ve el armado de una escena que se produce en determinado lugar y en relación a determinados actores sociales, pero direccionado a un Otro.

Entonces, se trataría de que el sujeto muestre en su comportamiento algo que llame la atención del Otro, para obtener su mirada; considerando que “Si el acting se da a ver, se dirige, podríamos decir, no a un oyente, lugar del analista... sino a un “vidente”, a un A espectador...” (Muñoz et al., 2011, p.114). Con lo cual, en este acting out, podemos reconocer una actuación dirigida al Otro, y por lo tanto en relación con lo simbólico.

Al respecto, Martínez (1998) señala:

Un mensaje visual, una suerte de publicidad que el sujeto despliega en la escena y que sólo puede ser comprendida por el Otro (en el caso de la joven homosexual, por el padre). Entre la escena originaria (edípica), de la cual la joven fue inicialmente arrojada, y la nueva saga con la cocotte, existe una transferencia de significación: una no se comprende sino es en relación a la otra. Esto explica la incompreensión del padre: él recibe el mensaje, arde de ira, pero no logra comprender. (p.126)

En relación a este caso, Lacan (2007g) sugiere que lo que se muestra en realidad es algo del orden de la falta:

Este niño, ella quiso tenerlo ciertamente en tanto que otra cosa distinta, y por otra parte esta cosa no se le escapa, gracias a Dios, a Freud. Quería ese niño en tanto que falo, o sea, tal como la doctrina lo enuncia de la forma más desarrollada en Freud, como sustituto, *ersatz*, de algo que cae de lleno en nuestra dialéctica del corte y de la falta, del (a) como caída, como faltante.

Es lo que le permite, tras fracasar en la realización de su deseo, realizarlo al mismo tiempo de otra y de la misma manera, como *erastés*. Se hace amante. En otros términos, se exige en aquello que ella no tiene, el falo, y para mostrar bien que lo tiene, lo da. Es, en efecto, una forma del todo demostrativa. Se comporta respecto a la

Dama, nos dice Freud, como un caballero que la sirve, como un hombre, como aquel que puede darle en sacrificio lo que tiene, su falo. (p. 137).

En el ejemplo que da Freud, de la joven homosexual, podemos ver lo siguiente: "... el sujeto que habla nos muestra una escena que lo incluye pero en la cual tiene un papel secundario.... Segundo, el sujeto es espectador de lo que exhibe..." (Trobas, 2003b, p.5). El papel secundario sería en relación al objeto que muestra, que destaca en su *acting out*.

En relación a esto, Schussler (2009) destaca:

El *acting out* es la puesta en escena de algo que se muestra y que el sujeto sin saberlo, lo señala. Se trata de un objeto irrepresentable, de la dimensión de la falta, del engaño, del fracaso. Está en relación a una verdad, pero la indica de manera indirecta. Pide interpretación pero el sujeto no está en condiciones de recibirla, ya que no está representado en lo que dice, habla en impersonal y desconoce que tenga un sentido (...). Aún estando en relación al inconsciente, no tiene estructura de metáfora, no se encuentra en relación al Otro del saber. (p. 67).

Entonces, en los casos de *acting out*, lo que se puede observar es un comportamiento inconsciente dirigido al Otro, algo que se muestra pero que no representa al sujeto, no es un síntoma, no es del orden de la metáfora, sino que está más bien del lado de la repetición pulsional ligada a un significante al cual ha quedado identificado el sujeto.

El *acting out* es esencialmente la demostración, la mostración, sin duda velada, pero no velada en sí. Sólo está velada para nosotros, como sujetos del *acting out*, en la medida en que eso habla, en la medida en que eso podría hacer verdad. Si no, por el contrario, es visible al máximo, y por ese mismo motivo, en un determinado registro es invisible, al mostrar su causa. Lo esencial de lo que es mostrado es aquel resto, su caída, lo que cae en este asunto.

Entre el sujeto \$, aquí Otrificado, por así decir, en su estructura de ficción, y el Otro, \mathcal{A} , no autenticable, nunca del todo autenticable, lo que surge es este resto, *a* (...). Éste es el rasgo que siempre encuentran ustedes en lo que es *acting out*. (Lacan, 2007g, p. 138).

Con respecto a esta cuestión de la "mostración" puesta de manifiesto en el *acting out*, Trobas (2003b) establece una relación con los tiempos lógicos:

El *acting out* traduce un rechazo del momento de concluir y de su apresuramiento angustiante. El sujeto rehusa que su "yo soy" pueda sostenerse del objeto causa de su deseo y prefiere volver hacia atrás, no al tiempo para comprender ya que el "yo pienso" de este tiempo es un tiempo que privilegia el cálculo simbólico más o menos infiltrado de elaboraciones imaginarias. En realidad, la mostración del *acting out* señala más bien que el sujeto vuelve al instante de ver, es decir a un tiempo de exposición que precede la comprensión que llama.

Dicho de una manera más trivial, el *acting out* significaría "hay que retomar el problema desde su inicio", una manera de apuntar también, como lo veremos, que

hubo un error en el modo de querer resolverlo. En esta perspectiva, no estaremos asombrados de notar una cierta ironía en numerosos acting out. (p.7)

Por otra parte, es importante considerar otra definición de Lacan (2007g) sobre acting Out:

... el *acting out*, por su parte, pues bien, es el esbozo de la transferencia. Es la transferencia salvaje. No hay necesidad de análisis, como ustedes se lo figuran, para que haya transferencia. Pero la transferencia sin análisis, es el *acting out*. El *acting out* sin análisis es la transferencia. (p. 139).

Para comprender mejor la definición dada por Lacan, se hace oportuno recordar lo que Freud (2011s) destaca en relación a la transferencia:

... la transferencia no es por sí misma más que una repetición y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado, pero no sólo sobre el médico, sino sobre todos los demás sectores de la situación presente. (...) Tampoco resulta difícil reconocer la participación en la resistencia. Cuanto más intensa es ésta, más ampliamente quedará sustituido el recuerdo por la acción (repetición). (p. 1685).

A partir de esto, podemos considerar que en el acting out habría una tendencia a establecer una transferencia salvaje en donde se repetiría en acto con alguna persona, aquellas representaciones reprimidas, pero que no tendría valor de metáfora o de formación del inconsciente. Con lo cual, se puede considerar al acting out como una repetición inconsciente de una representación reprimida, relacionada con la historia infantil del sujeto. Pero, para que puedan ser puestos en escena los contenidos reprimidos infantiles, el sujeto necesita de la presencia del Otro.

También, en relación a esta transferencia salvaje, Chemama (1996) señala:

El que actúa en un acting-out no habla en su nombre. No sabe que está mostrando, del mismo modo en que no puede reconocer el sentido de lo que devela. Es al otro al que se confía el cuidado de descifrar, de interpretar los guiones escénicos. Es el otro el que debe saber que callarse es metonímicamente un equivalente de morir. (p. 3-4).

Entonces, podemos ver cómo en el acting out, el sujeto realiza una puesta en escena sin ser consciente del porqué la lleva a cabo. Es una repetición de algo que no recuerda, de un pasado infantil.

Con respecto a esta imposibilidad de recordar que se observa en el acting out, Flórez & Gaviria (2013) manifiestan lo siguiente:

Un segundo elemento que encontramos en Freud y que es orientador, es el concepto de repetición. El *acting out* se relaciona con el concepto de repetición -repetición de lo reprimido-, donde el sujeto actúa aquello que por la represión de los significantes no puede recordar. Es decir, el *acting out* está del lado del sentido, del sentido reprimido; hay un significante enlazado al *acting out*. (parr. 5).

Con respecto a esta cuestión de la repetición de lo reprimido que se observa en el acting out, Freud (2011s) menciona: "... el analizado no *recuerda* nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo *vive de nuevo*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo *repite* sin saber, naturalmente, que lo repite." (p. 1684).

A partir de ello, podemos ver como en el acting out, la dimensión de lo simbólico se hace presente en relación a lo que el sujeto ha reprimido, una representación que retorna en la escena fantasmática, pero no como una formación del inconsciente (síntoma, lapsus, sueño, etc.), sino como una puesta en escena en relación al Otro. Es decir, el sujeto ejecuta de manera inconsciente una actuación dirigida a Otro para que éste la interprete, sin saber por qué razón hace lo que hace, en vez de recordar aquello que ha reprimido.

Esta acción... se presenta como una escena, con un carácter de argumento. Destaquemos la "*presentación*" en oposición a la "*representación*", ya que sorprende al sujeto por su extrañeza, por su insistencia, por su compulsión a efectuarla... y mediante esta escena que se da a ver, el sujeto exige una respuesta exacta. (Muñoz et al., 2011, p.114)

A partir de esto, podemos considerar que hay cierta extrañeza por parte del sujeto en relación a la precipitación de su actuación, es algo que hace para un Otro espectador, pero sin saber por qué lo hace.

Por su parte, para aclarar esto, Chemama (1996) menciona:

El acting-out es entonces una conducta sostenida por un sujeto y que se da a descifrar al otro a quien se dirige. Es una transferencia. Aunque el sujeto no muestre nada, algo se muestra, fuera de toda rememoración posible y de todo levantamiento de una represión.

El acting-out da a oír a otro, que se ha vuelto sordo. Es una demanda de simbolización exigida en una transferencia salvaje. (p. 3).

Por lo tanto, se puede considerar al acting out como una transferencia salvaje en la que se ponen en juego cuestiones que tienen que ver con la repetición y, además, "Si implica una exigencia de respuesta, y además exacta, podemos leer allí una especie de reclamo al A, una demanda." (Muñoz et al., 2011, p.114).

Con respecto a esto, Muñoz et al. (2011) destaca:

Entonces, si el *acting out* está en un contexto de palabra, en un contexto significativo, este significativo no está, en el acmé del *acting*, en condiciones de ligarse a otro significativo, y producir alguna significación... como mecanismo del *acting* a la Verwerfung de un significativo, no del nombre del padre, sino un significativo que tendrá la posibilidad de inscribirse, corregida la vicisitud transferencial que lo desencadenó. ...si el *acting* se presenta, es porque el A, no está en posición de representar, lo que requiere del encadenamiento significativo. Y retorna,

desencadenado en esta escena, que demanda al A, que se reubique. Reclama al A, por este abordaje en el seno de la realidad, por la no operatividad simbólica que dejaría como resto al objeto *a*, que en tanto caído, causa el deseo. Este “deseo desconocido” en su causa, el objeto *a*, se recubre imaginariamente y se da a ver. (p. 114-115).

Podemos pensar que, si el sujeto se halla identificado a un solo significante, coagulado o alienado al mismo, su demanda se dirige al Otro, solicitándole un S2 que le permita representarse por un significante para otro significante, operación en la que un resto se desprende, y así salir de la posición de objeto en la que se encuentra. Considerando que:

... el acting-out implica una vacilación fantasmática, una falla en la función de separación que el fantasma tendría que sostener entre el sujeto y el objeto, produciendo una confusión en la que el sujeto queda como absorbido por el objeto en su valor de goce. (Larsen, 1998, p.130).

Cabe destacar que esta demanda de interpretación dirigida al Otro, se da en un momento donde el sujeto no está en condiciones de simbolizar nada, “... si bien es un mensaje al Otro, incluso, se podría decir, un llamado a la interpretación, el problema es que no hay sujeto que pueda recibir la interpretación.” (Larsen, 1998, p.130), no puede comprender interpretaciones porque en sí, en el acting out, busca repetir lo olvidado. Además, en ese momento, se produjo la ruptura de la cadena significante, el sujeto no puede representarse por un significante para otro significante y además, ha pasado por alto el tiempo para comprender, regresando al instante de ver donde actúa en vez de recordar, para mitigar la angustia que el genera la castración del Otro, el no saber qué lugar ocupa en el Otro.

Entonces, en el acting out, la transferencia se toma como una repetición y no como amor al saber, puesto que, si bien es en relación al Otro, no se da bajo una transferencia establecida con un analista.

A su vez, Lacan (2007g) hace una diferencia entre síntoma y acting out que nos permite entender mejor, en éste último, la conducta del sujeto direccionada al Otro:

En su naturaleza, el síntoma no es como el *acting out*, que llama a la interpretación, puesto que – demasiado a menudo se lo olvida – lo que el análisis descubre en el síntoma es que el síntoma no es llamada al Otro, no es lo que muestra al Otro. El síntoma, en su naturaleza, es goce, no lo olviden, goce revestido, sin duda, *untergebliebene Befriedigung*, no los necesita a ustedes como el *acting out*, se basta a sí mismo. (p. 139).

Con lo cual, en el acting Out, la orientación hacia el Otro es una característica fundamental, ya que mediante su actuación el sujeto llama a la interpretación del Otro, y en esa acción hay una satisfacción pulsional que no está desligada del significante, sino

que se relaciona con el orden simbólico, con repetir una representación olvidada de un pasado infantil.

Entonces, “si el *acting* está ubicado en un contexto de palabra, implica a un A.” (Muñoz, 2001, p.114), con lo cual, el sujeto permanece en la escena fantasmática, desplegando su actuación para que ese Otro (A) la interprete. Al respecto, Miller (citado en Sotelo, 2005) dice: “...el *acting out* es una maniobra de sentido que supone el mantenimiento del Otro y se cumple en relación al S1. El *acting out* juega con el goce, pero respecto del sentido.” (p.158). Es decir que esta actuación en cierta forma estaría enmarcada dentro del orden simbólico, no sería puro goce, estaría del lado del sentido, aunque el sujeto lo desconozca.

Por su parte, Brodsky (citada en Sotelo (2007) señala:

El *acting out*, es ubicado por Lacan como esa opción rechazada que es el <<pienso y no soy>>, a la cual sólo se llega por la vía de la transferencia. Queda así el *acting out* ligado al inconsciente, como algo que dirá una verdad, que podrá ser interpretado y que no tiene nada que ver con un <<no pienso>>. (p. 129).

Vemos aquí el *acting out* como un paradigma de la urgencia, en donde se ve este desencanche de la cadena significante, y donde si bien el sujeto se identifica a un significante no puede hacerse representar por otro significante, con lo cual no logra efectos de significación para poder dar sentido a lo traumático.

Si bien hay sujeto que se dirige al Otro, el *acting out* nos muestra el cortocircuito en la imposibilidad del Otro de acoger, de escuchar cierta verdad del sujeto, respecto de su deseo. Desconociendo al objeto en su dimensión de causa de deseo, el sujeto se ve llevado a su mostración, a mostrar el objeto como causa. Pero con la particularidad de no hacerse representar por su escena. Queda escindido de la escena misma que produce. No se hace representar por ese significante. El sujeto separado de su cadena, realiza una escena en la cual no se hace representar como sujeto. (Muñoz et al., 2011, p.120)

Y si no se hace representar como sujeto, lo que hace es presentarse, en una actuación, como el objeto que se hace ser en su fantasma. Habría un guión dado por su marco fantasmático, contenidos infantiles, que el sujeto pondría en escena, mostrando al Otro la urgencia de ser restablecido por éste en un enganche significativo que le permita algún efecto de significación.

A partir de lo elaborado, se pueden establecer algunas diferencias entre pasaje al acto y *acting out*.

Recordando a Lacan, San Miguel (2009) menciona:

En ese punto se diferencia tanto del pasaje al acto como el *acting out*. Define al primero como la identificación absoluta del sujeto con el *a*, por lo tanto el sujeto se

precipita fuera de la escena. El *acting out*, en cambio, es algo en la conducta del sujeto que se muestra, mostración del objeto que soy, en pos de ser alojado en el Otro. Ambos son modos de evitar la angustia. (p. 59).

Entonces, en el *acting out*, el sujeto estaría apelando al Otro, en un estado de angustia que sólo le permite mostrarse ante él como aquel objeto que es en su fantasma, demandando ser alojado por el Otro como sujeto deseante, historizado. En cambio, en el pasaje al acto, al estar identificado al objeto, el sujeto atraviesa su fantasma y cae fuera del Otro, se aniquila.

Por su parte, Flórez & Gaviria (2013) distinguen lo siguiente:

... atravesar el fantasma en el *pasaje al acto* implica que toda la estructura del sujeto queda desarticulada, cayendo el sujeto de la escena fantasmática. El *pasaje al acto* supone entonces un atravesamiento salvaje y radical del fantasma. Por el contrario, el *acting out* se inscribe siempre en la lógica misma del fantasma. (parr. 9).

Con respecto a esta cuestión fantasmática como punto de diferenciación entre el *acting out* y el pasaje al acto, Muñoz (2011) destaca:

...la relación entre pasaje al acto y *acting out* se escribe a partir del fantasma: $a \diamond A$, en tanto el primero es la caída del Otro del sujeto en su valor de a (vector superior), mientras que el segundo es su mostración al Otro (vector inferior). Prosiguiendo con aquella propuesta, si el pasaje al acto resulta la caída del sujeto del Otro identificado al a y el *acting out* su mostración, este representa el tiempo de alienación en la constitución lógica del sujeto, mientras que el pasaje al acto el tiempo de la separación. (p.558)

Por su parte, Trobas (2003b) señala:

Lo que señalo con esta distinción son dos grados diferentes en la desestructuración subjetiva. En el *acting out* tenemos aún una inclusión de la última defensa del sujeto frente al objeto a al que el deseo del Otro confronta el sujeto, una inclusión, entonces, del fantasma fundamental. Al contrario, es esta defensa la que se disuelve en el pasaje al acto. (p.6)

De esta manera, en el *acting out*, en la cuestión de mostrarse, el sujeto realiza una actuación que se enmarca en la lógica del fantasma, emerge un real pero en relación al fantasma, con lo cual, dicha actuación estaría relacionada con algún punto de fijación de la pulsión en relación al objeto. Esto es así ya que “La famosa fórmula del fantasma de Lacan, $\$ \diamond a$... inscribe precisamente la relación del sujeto con el objeto.” (Miller, 2007, p.24). Por ejemplo, si se trata de una fijación de la libido en la fase oral, la acción que se pondría de manifiesto se relacionaría con la satisfacción de la pulsión oral: intoxicación medicamentosa, envenenamiento, ahorcamiento, etc. Esta acción se dirigiría a un Otro con el fin de que éste la interprete, y pueda dar al sujeto otro significante para que salga

de la posición de objeto alienado a un solo significante en la que se encuentra. Además, si consideramos que el guión de dicha actuación va a estar dado por contenidos infantiles reprimidos, la presencia del Otro es fundamental en aquello que se escenifica.

En cambio, en el pasaje al acto, cae el marco de referencia, el sujeto sale de la escena y se identifica con ese real que carece de velo significante, lanzándose en un acto sin sentido, sin relación al Otro, con lo cual estaría más del lado del síntoma en tanto goce puro que no necesita del Otro.

... en el *acting out*, en el que siempre hay un marco para ese mensaje que va dirigido al Otro. Es una identificación de un sujeto a un significante, donde se juega el ser y el goce, pero en relación al sentido sin perder en ningún momento la relación con el Otro. En el *pasaje al acto* lo que ocurre es que *el sujeto se identifica al objeto a produciéndose ahí una súbita relación del sujeto con lo que él es como objeto a, es decir al caer el sujeto del campo del Otro, identificándose con ese resto excluido de la operación cae*; es un corte radical con respecto a ese Otro. (Flórez & Gaviria, 2013, parr. 13).

Por otra parte, en los ejemplos que Lacan (2007g) toma de Freud, se pueden ver las diferencias que planteamos entre ambos tipos de actos:

En el caso de homosexualidad femenina, mientras que la tentativa de suicidio es un pasaje al acto, toda la aventura con la dama de dudosa reputación elevada a la función de objeto supremo es un *acting out*. Mientras que la bofetada de Dora es un pasaje al acto, todo su comportamiento paradójico con la pareja de los K., que Freud descubre enseguida con tanta perspicacia, es un *acting out*. (p. 136).

En el *acting out*, el sujeto siempre hace algo en relación al Otro, y se hace notar, como bien se ve en el caso de la joven homosexual al hacerse ver acompañada de su pareja, pero lo que se hace notar en realidad es el objeto a del fantasma. Es decir que, sin saberlo, el sujeto muestra un objeto al Otro, haciéndose presente del lado de la repetición pulsional a nivel significante. En cambio, como se puede observar, en el caso del pasaje al acto, la pulsión de muerte está del lado de lo real en relación al objeto, objeto ante el cual el sujeto termina identificándose. Se puede ver como el sujeto queda confrontado con el objeto, con lo cual, el sujeto queda reducido a desecho del Otro, el objeto del Otro confrontado con la mirada y con la voz del Otro.

Entonces, en cuanto a la dimensión de la repetición, en el *acting out* el sujeto repite en acto la representación olvidada, lo que no recuerda, es decir que el acto estaría ligado a una representación simbólica, relacionada con el Otro. “En cambio, el *pasaje al acto* está asociado a la pulsión de muerte, separado del eros. Hay en él una repetición, pero repetición pulsional mortífera.” (Flórez & Gaviria, 2013, parr. 5)

También, en este ejemplo de la joven homosexual podemos observar la siguiente diferencia:

Es la trama afectiva de la escena la que nos permite comprender el drama del individuo que se siente arrojado de ella. ... una joven adolescente se siente desplazada de su escena edípica infantil en el momento en que su padre da un nuevo hijo a su madre. Esto la lleva a realizar una conducta de cortejo hacia una dama de dudosa reputación, hecho que posee un claro sentido de desafío y agravio hacia el padre. Es una mirada de éste, al encontrarlas paseando del brazo por Viena, la que determinara el pasaje al acto... ella se deja caer (*niederkommt*), se arroja desde un puentecillo a las vías del ferrocarril subterráneo. (Martinez, 1998, p.125)

Por otra parte, partiendo de la angustia, Trobas (2003b) señala una diferencia:

Allí donde el pasaje al acto es una reacción de precipitación orientada hacia un real frente a una subida efectiva del afecto del objeto pulsional, el *acting out*, por su parte, es una reacción que anticipa suficientemente dicho afecto para movilizar, solicitar el registro imaginario e invertir la libido sobre objetos de alguna manera ya sublimados o que puedan estarlo. (P.7)

Como pudimos observar, en estos casos, “La urgencia no puede dejar de ser concebida como del orden del acto, en el sentido del *acting out* o del pasaje al acto. Del tiempo sin tiempo, del ser entregado al abismo de su propia deyección...” (Seldes, 2006, p. 35).

En donde podemos ver que mientras en el pasaje al acto, el sujeto pasa del instante de ver al momento de concluir sin hacer intervenir un tiempo para comprender, es decir, el razonamiento se obnubila por la angustia, afecto que lleva al sujeto a precipitarse en una acción desprendiéndose del Otro en calidad de objeto; en el *acting out*, el sujeto regresa a un instante de ver, sin haberse dado un tiempo para comprender aquello traumático, y monta una escena en la que solicita al Otro ser restituido en su dimensión de sujeto. En ambos casos, el riesgo que se presenta es el de la posibilidad del encuentro con la muerte.

El Psicoanálisis en la Urgencia

La clínica de la urgencia subjetiva implica un modo de realización del psicoanálisis aplicado a la terapéutica, que supone la inserción de la práctica analítica en un dispositivo que le es ajeno, que no está regido por su discurso sino por el de la medicina. (Sobel, 2009, p. 39).

Por lo tanto, hacer existir el psicoanálisis dentro del hospital en el Servicio de Jefatura de Guardia, es una labor que implica el poder dar cuenta de los efectos terapéuticos del mismo aplicado a los casos de urgencias que allí se presentan, sin perder de vista la orientación del tratamiento, teniendo como brújula el padecimiento del sujeto, alejándonos de las categorías universales que intentan anularlo.

En relación al tratamiento de la urgencia, Sotelo (2007) invita a considerar un punto muy importante a tener en cuenta en la práctica hospitalaria, desde el psicoanálisis:

En primer lugar intentamos ubicar *de quién* es esa urgencia, si proviene del paciente mismo, si viene de la familia, del juez, de la escuela, del policía que lo encontró deambulando por la calle. ¿Para *quién*, *ésta*, es una situación insoportable que hay que resolver?, *ésta* es una primera localización. (p. 25).

A partir de determinar para quién esa urgencia es algo insoportable, en el sentido de algo que desborda los límites de lo simbólico, de lo socialmente aceptable o tolerable, es que podremos ver cuál es la demanda que se pone en juego, y de qué actor social proviene, de manera que nuestra intervención será diferente si la demanda parte del paciente que si parte del juez o algún familiar. Entonces, será importante poder esclarecer:

... en qué sentido el sujeto habla en su propio nombre. El sujeto puede venir, por ejemplo, hablando en nombre de su pareja, en nombre de su familia, a quien atribuye el dicho de que sus síntomas ya no son soportables. (Miller, 2012, p.49).

Frente a estas cuestiones, Vaschetto (2006) señala:

... es preciso poder realizar una entrevista lo más exhaustiva posible intentando captar cuál es la demanda formulada por el paciente y cuál es la demanda de su entorno (los que traen al paciente o los que demandan al traer al que nombran paciente), el síntoma (lo disfuncional) que se presenta y el sentido posee para el que lo porta, y finalmente cuál es el grado en el que se ha perjudicado el lazo social. (p.167).

Por otro lado, cabe destacar lo que señala Baudini (2007):

En este punto ¿cómo situar la urgencia del sujeto?

En primer lugar no es una urgencia que se encuentra de entrada, por eso la urgencia subjetiva no es lo urgente de la emergencia, la urgencia subjetiva necesita tiempo, lo que hay primero es desconcierto y no se trata de recurrir a la nostalgia del tiempo que pasó sino estar muy cerca de la forma que toman los modos de goce. (parr. 46-47).

Como se puede ver, el sujeto llega con algo que le pasa ante lo que no se involucra, viene solo o lo traen, pero no ha pasado por un tiempo para comprender que le permita

responsabilizarse de eso e implicarse. Será necesario algún movimiento del analista para que esa urgencia que trae se vuelva su urgencia, una urgencia del sujeto. Y en esto, entra a jugar lo singular de cada sujeto, su modo de gozar, las respuestas que inventa ante lo traumático.

Se tratará de ubicar el punto de basta, como un punto de ruptura que pone en cuestión el lazo con los otros, la relación con quienes lo rodean, con su pareja, con sus amigos, con el trabajo, pero también con su propio cuerpo, con su propia capacidad para resolver situaciones. (Sotelo, 2007, p. 27).

Se trata de poder captar que es lo que produce el quiebre de esta homeostasis en el sujeto, es decir, eso que lo desborda y que va más allá de los recursos simbólicos con los que cuenta para enfrentar lo traumático.

Al respecto, Sotelo (2007), refiriéndose a Laurent con respecto al sufrimiento humano, expresa: "... éste está estructurado como un mensaje y es allí donde habrá que pescar al sujeto, en la subjetivación de la urgencia." (p.30)

Por ello, Sotelo (2006) sugiere que "Si bien la presentación clínica en las guardias es variada, trataremos de ubicar qué ocurre con el padecimiento de cada sujeto como lo que no divierte, como lo no diverso, como lo que se inscribe como repetición." (p.98).

Es que en la urgencia eso que no divierte da cuenta de lo más singular del sujeto. Y será a partir de ahí, que se podrá abrir un nuevo tiempo, un tiempo de pausa para escucharlo, para que aparezca el sujeto. En este caso, es oportuno tomar el consejo de Freud (2011g): "... no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo con una igual *atención flotante*." (p. 1654).

... si atendemos a quienes vienen padeciendo la urgencia según el Otro, por ejemplo un delirante tomado por la idea de persecución destructora, nuestra intervención debe apuntar en primer lugar a que se transforme en la urgencia del sujeto, la prisa por evaluar su responsabilidad en lo que le sucede. (Seldes, 2006, p. 38).

En cualquier urgencia que se presente, se hace necesario realizar un movimiento que implique al sujeto en lo que le pasó, para que tome protagonismo en dicho acontecimiento. De esta manera, eso que era urgente resolver para el juez, familia, policía, etc., se transforma en una urgencia para el sujeto en cuestión. Lo cual da un giro a la situación, permitiéndole al sujeto tomar protagonismo.

Sin embargo, hay que considerar que nuestra intervención sólo podrá ser posible de ser llevada a la práctica, si en caso de alteraciones fisiológicas, el sujeto ha sido visto y asistido por otros especialistas que le permitan su estabilización. Al respecto, Sotelo (2007) destaca algo que no debe pasarse por alto: "... si un caso es grave y el sujeto llega intoxicado, o herido por supuesto requiere de las maniobras médicas, de la sutura que

primero ponga a salvo su vida para luego escuchar de qué se trata” (p. 31). Con esto pone en evidencia la articulación que es necesaria realizar entre distintas disciplinas para lograr una adecuada asistencia clínica de la urgencia.

Por otra parte, si bien el psicoanálisis no trabaja en base a los conceptos de normal o anormal, sino que como vimos se orienta por lo real y el deseo del sujeto, a nivel de las instituciones sociales, Sotelo (2007) menciona:

Hay una vivencia de lo anormal de acuerdo con lo esperable o lo no esperable, con los propios ideales, con los valores del sujeto, de la familia, de la escuela, del juez y hasta del profesional.

Encontramos aquí un juicio normativo, sobre lo normal, lo anormal, lo bueno, lo malo, y en general en la consulta el pedido es que se vuelva a la norma. Desde la sociedad se reclama que todo vuelva a ser como antes, que esa señora que ahora está delirando vuelva a estar con los chicos... (p. 28).

Como se puede notar, por un lado, tenemos un hecho traumático, una urgencia, es decir, un acontecimiento que se vuelve traumático al conectarse con otro acontecimiento pasado de la vida del sujeto que en dicho momento no pudo ser elaborado y por otro lado, una demanda social de restitución de la “normalidad” de la que gozaba dicho sujeto antes de que se produjera la ruptura. Frente a esto se debe considerar las limitaciones de nuestra práctica en relación a una demanda del orden de lo imposible, desde el punto de vista lógico, en relación al tiempo del inconsciente.

Con respecto a esto, Seldes (2006), menciona:

No apuntamos a una vuelta atrás en el tiempo, a que todo se restituya al punto anterior a la emergencia de la crisis. Si vino, si no se pudo evitar, que de ella se saque algún provecho.

... de la travesía de lo que se trae como necesario y concluye como contingencia. (p. 36).

Frente a esta demanda de volver a la normalidad, Sotelo (2007) también señala: “En todo caso, la cuestión podría ser encontrar otra <<normalidad>>, digamos, una nueva forma, porque volver a ese estado perdido es un imposible.” (p. 29). No podemos más que alegar la imposibilidad de que algo vuelva a ser como antes, ya que frente a algo que pasó, acontecimiento que deviene necesario e imposible de modificar y que se inscribe en la cadena significativa, se marca un antes y un después en la historia del sujeto.

Con lo cual, más que devolverlo a su antigua normalidad, habrá que ser capaces de orientar el tratamiento clínico de manera tal que, a partir de la aceptación de dicho hecho traumático, el sujeto pueda reescribirlo de otro modo, otorgándole el sentido que no tuvo en el momento de la precipitación.

Reintroducir la dimensión subjetiva es ubicar escansiones, con escansiones. Hacer existir un sujeto es un mandamiento ético para el psicoanálisis, allí en donde el objeto presentifica al sufriente. ¡Demande!, sería entonces un nombre del efecto propio del deseo del analista... (Seldes, 2006, p. 35).

Por su parte, con respecto a la crisis de angustia en la que el sujeto llega a la urgencia, Garmendia (2006) menciona:

La crisis de angustia es como una demanda muda que se expresará en un lenguaje de signos incomprensibles que anhelan ser descifrados, de ahí la importancia de que la remisión de la crisis no arrastre consigo esta demanda anegando un decir en ciernes y condenando al sujeto a caminar por un pasillo seguro pero desvitalizado entre una y otra crisis. (p. 47-48).

Entonces, en este estado de desesperación, se puede ver cómo el sujeto busca un auxilio en un Otro que pueda descifrar aquellas excitaciones causadas por su angustia, al permitirle ponerlas en palabras.

Aquél que fue llevado a una guardia, con las urgencias de los otros, con los miedos y preocupaciones de los otros, con las palabras de los otros, puede comenzar a tomar la palabra, hablar que es hablar a otro, podrá ir otorgando una significación, variable, a los hechos y en el intento de definir su ser encontrará la falta en ser.

El analista se presta a la ficción de transformar el grito en llamado para luego abstenerse de sostener las insignias que dan consistencia al Otro. Esa experiencia inaugural que el encuentro con un analista lector de la urgencia posibilita, instituye la histerización del discurso... (Sotelo, 2006, p. 103).

Esta cuestión del grito que menciona Sotelo, nos recuerda a la primera experiencia de satisfacción descrita por Freud (2011h), en donde:

El niño hambriento grita y patalea; pero esto no modifica en nada su situación (...) La situación continuará siendo la misma hasta que por un medio cualquiera –en el caso del niño por un auxilio ajeno– se llega al conocimiento de la *experiencia de satisfacción*, que suprime la excitación interior. (p. 689).

Como se puede observar, el niño sufre una ruptura de su equilibrio frente a las excitaciones internas que le exigen una satisfacción de sus necesidades para lograr recuperar su homeostasis. Como se encuentra en una relación de dependencia absoluta y, a su vez, de desamparo, sólo le queda hacer uso del grito para esperar una respuesta de un Otro que pueda ofrecerle el objeto que satisfaga su necesidad.

... en este caso el pecho o la tetina, se basa en esto – un objeto real adquiere su función como parte del objeto de amor, adquiere su significación como simbólico, y la pulsión se dirige al objeto real como parte del objeto simbólico, el objeto se convierte como objeto real en una parte del objeto simbólico. (Lacan, 2008l, p. 177)

Es así que, en esta experiencia en donde la madre le ofrece un objeto que satisface su necesidad, no sólo se logra calmar las excitaciones del niño, sino que además, se produce un movimiento del orden simbólico que posibilita la dimensión de la falta.

Por su parte, en relación a este grito, Lacan (2008m) nos recuerda en su Seminario IV lo siguiente:

Como lo demuestra lo que Freud destaca en la manifestación del niño, el grito en cuestión no se toma como señal. Se trata del grito en la medida en que reclama una respuesta, que llama, diría yo, sobre un fondo de respuesta. El grito se produce en un estado de cosas en el cual no sólo el lenguaje ya está instituido para el niño, sino que éste nada en un medio de lenguaje y se apodera de sus primeras migajas, las articula, como par de alternancia. (p. 190).

A partir de esto, se puede deducir que ese grito del niño, grito que en la atención clínica de la urgencia debe ser transformado en llamado, no es un simple sonido sino que está inscripto en un orden social que le da otro matiz, se encuentra de entrada en un entretejido simbólico que lo sustenta, “Los gritos están ya virtualmente organizados en un sistema simbólico.” (Lacan, 2008m, p. 191).

Entonces, quien determinará qué es lo que ese grito quiere decir es el receptor, es decir el Otro encarnado por la madre o el cuidador. En el caso que menciona Freud, se puede ver como el niño demanda a la madre la satisfacción de una necesidad, pero para que esta demanda se constituya como tal, es necesario que la madre acuse recibo de ese grito, lo ponga en palabras, diga: “este niño quiere tal cosa”, “necesita tal otra”, etc. De esta forma, al igual que en las urgencias, ese grito se transforma en un llamado gracias a que Otro lo sanciona como tal, lo eleva al estatuto de lo simbólico, y permite descifrarlo.

Al respecto, Sotelo (2009) menciona: “La urgencia, que podemos entenderla como grito en tanto ficción lógica por fuera de la palabra, se transformará en llamado en tanto el analista constituido como Otro que acusa recibo sancione con su poder discrecional, aquello que escucha.” (p. 27).

Por ello, Lacan (2008m) destaca:

Si la llamada es fundamental, fundadora en el orden simbólico, es en la medida en que lo reclamado puede ser rehusado. La llamada es ya una introducción a la palabra completamente comprometida en el orden simbólico.

El don se manifiesta al llamar. La llamada se hace oír cuando el objeto no está. (p.184).

De esta manera, en la asistencia clínica de la urgencia, la presencia del analista encarnando el lugar del Otro, ofreciendo su escucha, le permitiría hablar al sujeto que llega “gritando” en un estado de angustia por el goce que lo desborda. De manera tal que

habría una pacificación, una pérdida de goce vía la palabra. “La entrada en contacto con un otro supuesto capaz de responder, produce alivio.” (Miller, 2012, p. 63).

Por su parte, San Miguel (2009) menciona el momento en que se debe transformar este grito en llamado:

El aparato psíquico es anegado por grandes volúmenes de estímulo: la tarea es dominar el estímulo, ligar en lo psíquico los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos después de su tramitación. En ese punto es que ofertamos como analistas un espacio de escucha, que encadene la palabra, pasando del grito al llamado, anudando goce y significante. (p. 57).

También, en relación a esto, Sotelo (2007) destaca que “La contingencia del encuentro con un analista a cargo de la guardia, posibilita que ese padecimiento tenga un lugar en el Otro, que aquello que se presenta como urgencia pase por el Otro, pase del grito al llamado.” (p. 114).

De esta forma, algo de ese sufrimiento se inscribe en el Otro vía la palabra, haciendo que eso difuso presentado en el grito vaya tomando la forma de un llamado dirigido al Otro. Esto permite cierta pacificación del goce y genera alivio sintomático.

Ante esto, Seldes (2006) recomienda que “... el psicoanalista se deje usar como lugar vacuolar en donde ese goce encuentre un espacio para su tramitación, es decir que se ofrezca como el destinatario de la urgencia.” (p. 36). Esto quiere decir que “El analista es, al mismo tiempo, el lugar vacío donde el sujeto es invitado a hablar —es el destinatario del discurso—...” (Miller, 2012, p. 62).

Por su parte, Blinder (2006) sugiere: “Frente a estas posibilidades de despliegue sintomático cabe hablar de un denominador común: *llevar la situación a un lugar primero donde se pueda hablar*, pero no hablar por hablar sino poner en palabras algo de lo que está pasando.” (p. 138).

También, Laurent (citado en Antón et al., 2006) menciona:

La crisis en la neurosis o el momento fecundo en las psicosis son momentos en los cuales de acuerdo a mi experiencia lo que se presenta no es tanto lo que los pacientes dicen, a veces dicen muy pocas cosas, algo del decir no se articula. Lo que se articula es un silencio, llanto o un grito, algo que es el silencio como la forma más profunda del hablar. En esos casos hay que construir la cadena significativa en la que ha habido una ruptura. En la urgencia hay que calcular de donde viene esa ruptura. Si no se tiene idea de las coordenadas de un sujeto no se puede calcular de donde cae este sujeto. (p. 193).

Sotelo (2006) esclarece esta cuestión al decir: “Llamado al Otro, el analista, que pueda descifrar el sentido oculto de ese síntoma; el síntoma entra así en una cadena; un

síntoma que quiere decir algo a interpretar.” (p. 111); con lo cual, se busca que se produzca, como dice Brodsky (citada en Sotelo, 2006): “Pasaje del síntoma como manifestación descriptiva en la urgencia, al síntoma como lo que quiere decir, para concluir con el síntoma que ya no quiere decir.” (p. 111).

Por otra parte, con respecto a la posición que debe asumir el practicante en psicoanálisis, en el tratamiento clínico de la urgencia, Seldes (2006) menciona:

... hay una ignorancia en juego por parte del analista que le dice que cada caso es un nuevo caso y que la mejor posición que se puede tener es la de la docta ignorancia. La función del Sujeto Supuesto Saber es siempre válida para cada uno... (p. 37).

En relación a esta posición, Miller (2012) dice:

... la ignorancia tiene una función operativa en la experiencia analítica. Se trata entonces, no de la ignorancia pura sino de ignorancia docta, de la ignorancia de alguien que sabe cosas, pero que voluntariamente ignora hasta cierto punto su saber para dar lugar a lo nuevo (...) La función operativa de la ignorancia es la misma que la de la transferencia, la misma que la de la constitución del Sujeto supuesto Saber. El Sujeto supuesto Saber no se constituye a partir del saber sino que se constituye a partir de la ignorancia. A partir de esa posición el analista puede decir, o hacer entender, que no sabemos con anterioridad lo que el paciente quiere decir, pero suponemos que quiere decir otra cosa. (p. 33).

Entonces, frente a un nuevo caso que no conoce, el analista debe aprovechar la suposición de saber para permitir al sujeto que hable, puesto que de su inconsciente no sabemos nada. Esta posición de no saber sobre el sujeto, nos permitirá localizarlo en su modo singular de gozar, con lo cual podremos armar mejor la estrategia a seguir.

Además, Miller (2012) destaca:

... en las entrevistas preliminares hay una función esencial del analista, la función del malentendido. (...) Por ejemplo, a través de la introducción de la pregunta: “Pero... ¿qué quiere decir usted con eso?. Solamente esta pregunta introduce la dimensión del Sujeto supuesto Saber porque, demostrando al paciente que no lo entendemos, a causa de cualquier simpatía, se introduce al sujeto en el hecho de que él mismo no se entiende. (p. 55-56).

Otro punto a considerar en el tratamiento de la urgencia es el de evitar hacer lo que hace la psicoterapia: “... intentar normalizar en el sentido del Ideal, los elementos que son intrínsecamente anormales, la verdad, el deseo, el goce.” (Seldes, 2006, p. 40), como así también, no hacer uso de la interpretación.

Hay que considerar que en la atención de las urgencias, el paciente no está en condiciones de recibir interpretaciones, por ello, Sotelo (2006) recomienda:

... el analista presente en la guardia o en la primera entrevista, deberá dejar en suspenso el instrumento privilegiado de la técnica analítica: la interpretación; no ha llegado aún

el momento de concluir ya que aún no ha sido convocado a ocupar el lugar de saber supuesto. (p. 102).

Por ello, en relación al hacer del psicoanalista en la urgencia, Blinder (2006) destaca:

... lo importante es la acción de aquellos convocados a intervenir en la urgencia. (...) Aún frente a lo dramático del llamado el convocado responde, con mayor o menor éxito responde. Recomponen imaginariamente en los urgidos cierta trama social, ciertos referentes donde se separa lo accesorio de lo trascendente, y ubica un posible camino de acción. Poco lugar queda para las interpretaciones brillantes y/o esperar una transferencia estable, más bien es un ofrecer el cuerpo y la escucha al bombardeo de la desesperación ofreciendo un punto de anclaje más firme y seguro. (p. 136).

O sea que, en la asistencia clínica de las urgencias, se desaconseja emplear la interpretación, y frente a ese estado de angustia en que se encuentra el sujeto, lo mejor será que el analista le ofrezca una escucha que le permita aliviarse y a su vez, se deje usar como punto de apoyo, como el lugar donde ese sujeto pueda ser alojado junto con su sufrimiento, para darle una tramitación simbólica a su goce.

A su vez, Freda (citado en Antón et al., 2006) advierte:

... en el estado de urgencia, no se trata tanto de comprender el porqué de la situación en la que el sujeto se encuentra, ya que la palabra interviene sobre la cosa cargada de goce, no tanto para elevarla a la categoría de entendimiento, sino a un significante que reenvía a otro significante. Es decir restituir la cadena significante a partir de la cual el sujeto podrá encontrar una definición del mismo que siempre será parcial. (p. 194).

Por lo tanto, de nada sirve interrogar a un paciente sobre la razón por la cual se desencadenó su crisis ya que como vimos, en nuestra época y ante la angustia, los recursos simbólicos no dan abasto. Lo mejor será permitirle, poco a poco, mediante nuestra escucha paciente, que vaya armando, restituyendo, reparando la ruptura de la cadena simbólica, dando lugar a que un significante se enganche con otro significante para que emerja el sujeto y salga de esa posición de objeto en la que llegó.

Al respecto, Seldes (citado en Sassaroli, 2009) destaca: “La intervención reclamada desde la urgencia opera a través de la palabra cuya verdadera función es separar más que comprender o explicar, separar goce de sentido.” (p. 108).

A partir de estas cuestiones, podemos llegar a la conclusión de que:

La urgencia se define por el apremio donde es necesario el hacer.

La emergencia está relacionada a lo que aparece, lo que emerge, con algo del orden de lo contingente.

Podríamos situar entonces la intervención analítica como un acto que se sitúa entre lo necesario de la urgencia y lo contingente de la emergencia.

Nuestra clínica entonces (...) opera como escansión entre el llamado y la respuesta.
(Allamprese, 2006, p. 159).

De esta forma, la intervención clínica del analista apuntará a abrir un tiempo, una pausa, en la que aquello que es del orden de lo necesario, el acontecimiento traumático, imposible de modificar puesto que se convierte en un hecho pretérito, devenga como algo del orden de lo contingente. Es decir, que eso que parece obra del destino, se inscriba en la cadena significativa como un suceso accidental en la vida del sujeto, ligado a algún sentido que pueda darle, pero del cual debe poder dar cuenta y a la vez, inventar un saber hacer con eso que le ha ocurrido, considerando su responsabilidad en juego. Con lo cual, se abren las posibilidades de lo que puede hacer ese sujeto en su futuro con el acontecimiento traumático, para elaborarlo de otra manera.

Por último, en el trabajo con las urgencias, hay que considerar: "... la gran recomendación, quizás la única, de que la atención sea dispensada por quienes estén de vuelta de su propia urgencia, en las vueltas dichas de su propio análisis..." (Seldes, 2006, p. 40).

De esta manera, podemos apreciar lo que Freud (2011g) sugiere:

... para poder practicar el psicoanálisis era condición indispensable haberse hecho analizar previamente por una persona perita ya en nuestra técnica. Todo aquel que piense seriamente en ejercer el análisis debe elegir este camino (...) Obrando así, no sólo se conseguirá antes y con menor esfuerzo el conocimiento deseado de los elementos ocultos de la propia personalidad, sino que se obtendrán directamente y por propia experiencia aquellas pruebas que no puede aportar el estudio de los libros ni la asistencia a cursos y conferencias. (p. 1657).

Lo cual sugiere, que aquellos que van a atender a pacientes en estado de urgencia, hayan pasado por un análisis en el cual pudieron localizar su propia urgencia y haber logrado un saber hacer con la misma.

Tratamiento de la Urgencia

... en el trabajo de la urgencia, en su comienzo, el paciente viene como sujeto expuesto en su singularidad, padeciendo de lo universal y quien lo recepciona apuesta al sentido, a la construcción del Otro. Así, ni bien se hace hablar, se produce una inscripción en el Otro, es la calma que encontramos al poco tiempo de iniciada incluso la primer entrevista. Es que ya el reconocimiento del otro produce un sentido. Sin embargo, el analista no apunta a cualquier sentido, apunta al sentido libidinal... (Belaga, 2006, p. 16).

En la atención de la urgencia, de lo que se trata es de posibilitar un encuentro entre el sujeto y el Otro. "Desde el primer momento en que recibimos a alguien, ponemos en funcionamiento la maquinaria que implica la escucha..." (Seldes, 2006, p. 39). O sea que,

como practicantes del psicoanálisis, al recibir a un paciente que se encuentra en un estado de urgencia, le ofrecemos nuestra escucha para que hable y comience a aliviarse. “El sujeto sufre, pero el hecho de hablar al analista lo hace colocarse un poco aparte, tomar distancia en relación con su sufrimiento, y eso, efectivamente, puede producir un alivio inmediato.” (Miller, 2012, p. 72).

En relación a esta escucha, Garmendia (2006) destaca: “La escucha en la urgencia puede orientar el caso hacia un posible tratamiento, puede introducir algún interrogante para el sujeto que le implique posteriormente en aquello que le ha sucedido.” (p. 44). Es decir, que la escucha que se ofrece no sólo estaría orientada a posibilitar cierta pacificación en el hablante, sino que también abriría las puertas a un tratamiento futuro.

Al respecto, Sotelo (2007) menciona: “En realidad, el encuentro con el analista podría cambiarle un poco la perspectiva y terminar queriendo saber y por eso comenzar un tratamiento.” (p. 29).

El trabajo propuesto en la urgencia subjetiva no es sino una exploración, una investigación clínica para rodear esos puntos en los cuales se encontró una certeza, en los cuales se produjo un desabrochamiento salvaje entre la cadena significativa y el goce pulsional. Una investigación que realizada en un lazo discursivo, permite que el sujeto capte la causa de esa ruptura y la ponga al trabajo. (Seldes, 2006, p. 41).

Lo anterior también es señalado por Sotelo (2009): “La invitación a construir un relato, a localizar la aparición de la urgencia y su relación con acontecimientos de la vida, posibilita comenzar a armar una trama, ligando S_1-S_2 , la urgencia comienza a hacerse propia.” (p. 27).

La urgencia generalizada sólo se torna urgencia subjetiva por intermedio de una intervención analítica, cuando, por medio de la escucha, es posible ubicarla en torno a algunos significantes extraídos del habla del sujeto. (Simões, 2011)⁴.

A partir de ofrecerle una escucha atenta al sujeto que viene en estado de urgencia, permitimos que al tomar la palabra también pueda tomar como propio aquello que dice, lo que cuenta, lo que le pasó y de esta manera, comienza a involucrarse en eso que en principio le era ajeno. “La estrategia transferencial será la de ofrecerse allí como Otro para que algo comience a ser dicho, aunque aún no estén dadas las coordenadas para el inicio de un análisis.” (Sotelo, 2009, p. 29).

⁴Simões (2011, p. 25). A urgência generalizada só se torna urgência subjetiva por intermédio de uma intervenção analítica, quando, por meio da escuta, é possível localizá-la em torno de alguns significantes extraídos da fala do sujeito.

De esta manera, se guiará la cura en dirección a que el sujeto pueda preguntarse algo sobre sí, sobre el acontecimiento ocurrido y cómo se relaciona con él, comenzando, luego, en el mejor de los casos, a estructurarse una demanda de su parte de saber a cerca de su goce puesto en juego.

Por ello, Belaga (2015) señala:

... frente a las presentaciones del trauma generalizado, o del “ataque de pánico” con su “miedo súbito a morir”, que dan cuenta de un agujero en el interior de lo simbólico, donde el cuerpo se presenta como lo imposible de soportar, un primer gesto terapéutico consiste en orientar al sujeto en sus dichos para que logre una “legibilidad” del S_1 , para que produzca el S_1 que ordene su palabra y su ex-sistencia. (p. 65-66).

Por su parte, Sassaroli (citada en Sassaroli 2009) destaca:

El psicoanalista intentará reducir ese hiato entre lo que vive el sujeto y lo que no puede significar, e intervendrá desde la ética del bien decir. Intentará reducir la tensión entre estos dos puntos que son el de una emergencia de goce que se impone y la ausencia de una palabra que permita anudar una significación. Habrá que poner palabras donde solo habita lo mudo de la pulsión. (p. 108).

Al respecto, Sotelo (2006) destaca:

El analista en urgencia, más allá que pueda ocuparse de realizar o derivar para intervenciones o procedimientos eficaces e inmediatos, sostiene la apuesta al compromiso del sujeto con su padecimiento que posibilite que en un segundo tiempo la a-normalidad que lo trajo a la consulta, pueda transformarse en trabajo analítico. Dirigir la cura sin dirigir al paciente, aunque esas intervenciones iniciales tengan tal apariencia: medicar, internar, indicar..., funcionan muchas veces como el facilitador de la palabra en la que el sujeto pueda representarse. (p. 105).

Por otra parte, en relación al tratamiento que se brinda en el caso de una urgencia, donde el trauma es considerado como acontecimiento, Laurent (2002) señala:

... Es caso de trauma, hay que lograr dar sentido a lo que no lo tiene. Es el tratamiento por el sentido. El psicoanálisis se inscribe entonces, con otras psicoterapias en una voluntad de no limitar el trauma a un fuera de sentido cuantitativo. Considera que, en el accidente más contingente, la restitución del trauma del sentido, de la inscripción del trauma en la particularidad inconsciente del sujeto, fantasma y síntoma, es curativo. (p. 5).

Al respecto, Belaga (2006) dice:

... inicialmente, por esta vertiente terapéutica se encuentra que el dar sentido, el ubicar algo del inconsciente, produce un efecto curativo. También, esta acción tiene otra importancia, el dar sentido permite reintegrar al sujeto a sus lazos grupales, a esos lazos de los que ha sido apartado. (p. 17).

En relación a este tratamiento, cabe realizar algunas aclaraciones que diferencia la práctica del psicoanálisis de las psicoterapias:

El psicoanálisis se apoya ahí sobre el inconsciente como un dispositivo que produce sentido libidinal. Esto supone desconfiar de la inscripción del sujeto en grandes categorías anónimas y preservar su particularidad. Esta aproximación se aleja entonces de Alcoholics Anonymous. No desconoce, sin embargo, la importancia del lazo con el grupo y puede darle su lugar, por ejemplo, por el tratamiento en grupo de traumatizados por tal catástrofe aérea, de tal atentado específico, de tal guerra, etc. El reconocimiento de un trauma particular, propio de cada uno, es un medio de producir un reconocimiento y entonces, un sentido. (Laurent, 2002, p. 5).

Entonces, “... el analista se presta para dar un sentido al sufrimiento que no lo tiene, para conseguir la restitución del trauma en el sentido lo más rápido posible.” (Belaga, 2006, p. 17).

Sotelo (2006) explica que este efecto de sentido se produce gracias a lo siguiente: “Dirigirse al analista, ya constituye una cadena. El sujeto sólo puede dirigirse al otro por la vía del significante. Cuando un significante se relaciona con otro, se produce una significación que se agrega al sujeto que el síntoma señala.” (p. 112).

Es así que, en el caso del trauma como acontecimiento, el abordaje clínico propuesto para la urgencia consiste en trabajar restituyendo el sentido mediante la palabra. Se otorga la posibilidad de que el sujeto pueda dar sentido al acontecimiento traumático.

Por otra parte, cuando se trata de una urgencia que resulta de un trauma como proceso, Laurent (2002) sugiere:

En esta perspectiva, después de un trauma, hay que reinventar un Otro que no existe más. Hace falta entonces “causar” un sujeto para que reencuentre reglas de vida con un Otro que ha sido perdido. No se reaprende a vivir con un Otro así perdido. Se inventa un camino nuevo causado por el traumatismo. Es más bien por la vía de lo insensato del fantasma y del síntoma que se traza esta vía. Es por lo que excede a todo “sentido” posible en la causa libidinal que esta vía es posible. (p. 5)

Belaga (2006) señala que en relación a la vertiente “... del trauma como proceso, la del trauma como real de la no relación sexual.”(p. 17), lo que se debe hacer desde el psicoanálisis es “... reinventar un Otro que ya no existe, como queda develado por el mismo accidente y/o catástrofe (...) apostar a una reinvención de ese Otro que ha caído, que ha sido perdido.” (p. 17).

Belaga & Sotelo (2009) destacan algo de vital importancia a considerar para el tratamiento de la urgencia: “En la práctica clínica hay que operar inscribiendo el síntoma en el lazo social en donde se manifiesta. Esto resulta imprescindible en tanto es el contexto –actual– el que lo determina en su forma.” (p. 31).

También, en relación a inventar al Otro del Lenguaje, Laurent (2002) distingue:

Es una vía donde la producción de sentido se separa de toda aproximación “cognitivista”. No se aprende más a vivir después del trauma como se aprende las reglas del lenguaje. Se inventa el Otro del lenguaje superando la angustia de la pérdida de la madre, “causado” por la madre. Más profundamente aún, la inmersión en el lenguaje es traumática porque comporta en su centro una no-relación. La no-relación sexual no es jamás escrita. Queda siempre como una regla que falta inventar, pero que siempre está en falta. (p. 6).

Laurent (citado en Belaga, 2006) menciona: “... hace falta “causar” al paciente para que reencuentre reglas de vida con un Otro que ha sido perdido, para que invente un camino nuevo causado por el traumatismo.” (p. 17).

En este sentido, el analista es un partenaire que traumatiza el discurso común para autorizar otro discurso, el del inconsciente. No es el analista como “héroe hermenéutico”, es más bien el que sabe que el lenguaje, en su fondo más íntimo, queda fuera de sentido. (Laurent, 2002, p. 6).

Entonces, Laurent (2006) propone lo siguiente:

... no inscribir a los sujetos traumatizados en grandes categorías anónimas, sino intentar encontrar con ellos su particularidad, y no para aislarlos de los otros, no para enfermarlos en una particularidad, sino porque no se puede volver a aprender al Otro sino encontrándose como sujeto.

No se aprende al Otro, no más de lo que se aprende a hablar. Se inventa al Otro, uno inventa su camino en el lenguaje que está ya ahí.

Tras un trauma, hay que reinventar al Otro, y eso no es posible en nuestra perspectiva sino a partir de la particularidad (...) que implica la palabra más subjetiva. (p. 29).

A partir de posibilitar la aparición del sujeto y su responsabilidad en juego en relación a lo ocurrido, sin encasillarlo en categorías de índole universal, se podrá comenzar a trabajar el lazo con el Otro.

Por su parte, Naparstek (2006), en relación al trabajo que se realiza en esta vertiente, destaca: “... trato de imaginarme una acción lacaniana, que sin desconocer lo traumático, intenta hacer algo con él en el camino de favorecer un nuevo lazo con el Otro.” (p. 77).

De esta forma, se buscaría vía la palabra, que el sujeto al adueñarse de su urgencia, pudiese reconstruir o reinventar un nuevo lazo con el Otro, de manera que éste le permita encarar las situaciones angustiantes desde otro lugar, desde un lugar de elaboración simbólica del goce.

En relación a la clínica propuesta por Lacan para abordar desde el nudo borromeo al trauma como proceso, Antón et al. (2006) mencionan:

Apunta, a que el sujeto frente al vacío encuentre un saber-hacer; intenta que frente a la disyunción del significante y el significado, la disyunción del goce (cuerpo propio) y el Otro, y la disyunción del hombre y la mujer (no hay programación de la relación

entre los sexos), por medio de la relación transferencial con el analista –que es la pragmática social propia del psicoanálisis–, logre asegurarse un lazo nuevo, entre rutina e invención, mediante ciertos operadores de conexión, suplencias variadas, como son: el Nombre-del-padre, el falo, y/o el amor. (p. 201).

Para cerrar estos abordajes del trauma propuestos, es necesario considerar lo siguiente:

... en estos casos, el accionar del analista se caracteriza por su prudencia (...) hay que saber medir hasta dónde un sujeto puede soportar el trabajo en los dos polos de esta acción, hay que saber qué y cuándo decir teniendo en cuenta lo que puede soportar cada sujeto. (Belaga, 2006, p. 17).

A propósito del tiempo en la urgencia, según Sassaroli (2009) “Cuando en lugar de apelar a la rapidez de las acciones introducimos una pausa para que alguna palabra pueda ser dicha, nos instalamos en el tiempo de la urgencia para atenderla con total responsabilidad.” (p. 107-108).

Como practicantes del psicoanálisis, apostamos a una forma de tratar la urgencia, diferente a la del discurso médico o la psicoterapia. Posibilitamos la apertura de un tiempo que permita a quien consulta, adueñarse de su padecer que le resulta hasta ese momento ajeno y el alivio sintomático vía la oferta de una escucha atenta de su padecimiento, es decir, a través de la presencia de un Otro que apueste por el sujeto y lo aloje vía la palabra.

Además, mediante la escansión o modulación del tiempo lógico, permitimos la resignificación del suceso traumático, posibilitando al sujeto dar sentido a aquello que no lo tiene, modificando su posición ante eso y que demande análisis en consultorios externos.

... cuando un sujeto está atravesado por una urgencia, su vivencia es la de <<no hay tiempo>>. Es por eso que siempre interesa preguntar bastante en la primera entrevista, detenerse en las coordenadas que lo trajeron a esa consulta: ¿Por qué llegó? ¿Por qué hoy? ¿Qué lo trajo? ¿Por qué acá? Es decir, preguntas que permitirán comenzar a entramar alguna red en relación a eso que aparece desarticulado del resto de la vida. (Sotelo, 2007, p.31).

De este modo, se emplea el tiempo lógico para intervenir en la urgencia donde pareciera que el tiempo está ajustado a la precipitación de la acción. Se propone una pausa en la que se comienzan a articular algunas cuestiones relacionadas con la vida del sujeto, se busca que empiece a hablar y se adueñe de la palabra.

Al respecto, Rodrigo (2006) mencionan:

Se hace imprescindible un pasaje de la urgencia a la emergencia de la palabra. Como sabemos el tiempo subjetivo, siendo patrimonio de cada sujeto, no se mide en términos

cronológicos ni temporales, sino en términos lógicos propios del lenguaje del inconsciente. (p. 148).

Esto permite pensar que hay un tiempo lógico que se ha escapado al dominio del sujeto, aunque siga siendo de su patrimonio. Un tiempo que como practicantes de psicoanálisis sabemos que será necesario hacer emerger mediante la introducción de un momento de pausa, para que el sujeto vuelva a tomar para sí ese tiempo que es suyo; tiempo para comprender, y que le permitirá, en principio, dar sentido a aquello que aparentemente no lo tiene. “Cuando se logra abrir otro tiempo, esa dimensión deja marca en los sujetos, así como en los pacientes, y deja su marca en la institución y en el analista.” (Sotelo, 2007, p. 34).

En relación al tiempo y a la cura, Cazenave (1999b) se pregunta:

¿Cómo opera el tiempo en la cura? Se cuenta en este presente la historia, presente enmarcado en la actualidad de la transferencia. La historización actual de los hechos implica ya una resubjetivación, una resignificación del acontecimiento que opera *nachtraglich*.

El presente de la transferencia permite un encuentro, *tyché*, que pone en acto la realidad del inconsciente.

El *apres-coup* freudiano no se gradúa sobre la duración. Anuda de manera sincrónica pasado presente y futuro quebrando su continuidad y perturbando su orden para hacerlos equivalentes. Esto permite que se arrije en el análisis a una nueva conclusión, a un nuevo sentido del acontecimiento original. (p. 40).

Para entender mejor la dimensión temporal y su relación con la urgencia, Vaschetto (2006) menciona:

... ya que todas las urgencias, teniendo en cuenta la estructura de la palabra, expresan uno de estos dos elementos últimos que no engañan y que se manifiestan clínicamente correlativos: *la angustia y la certeza*. Dos elementos, al fin y al cabo, semánticos, que llevan aparejados en su a-temporalidad el sufrimiento más extremo y que hace que debamos actuar con la prisa necesaria para volver a un tiempo donde algo pueda ser bien-dicho. (p. 168),

También, Sassaroli (2009) destaca que en la urgencia hay un “... padecer insoportable que está estructuralmente anudado a la variable del tiempo.” (p. 107), con lo cual, una forma de tratarlo sería mediante la modulación del tiempo del inconsciente.

Por otra parte, Sotelo (2006) señala: “... la consecuencia de la presencia del analista en la urgencia, su apuesta a que, tal vez en otro tiempo, se produzca la transformación estructural del discurso del paciente: su histerización.” (p.103).

Al respecto, en relación al discurso de la histeria, Lacan (2008i) señala: “Lo que el analista instituye como experiencia analítica, puede decirse simplemente, es la

histerización del discurso. Dicho de otra manera, es la introducción estructural, mediante condiciones artificiales, del discurso de la histérica...” (p. 33). Lo cual vale también para el tratamiento de las urgencias, en donde se busca que el sujeto pueda representarse en eso que le ocurre, en sus síntomas, frente a un Otro.

Por su parte, Miller (2012) destaca que Lacan, cuando avanza en su enseñanza, sustituye el término de rectificación subjetiva por el de histerización del sujeto. Entonces, podemos pensar que la histerización del discurso es una forma de hacer que el sujeto cambie su posición con respecto a su padecimiento, en relación a su urgencia, para poder implicarlo en la misma.

Chemama (1996) destaca:

Es concebible, en efecto, que en la histeria sea el sujeto el que venga al primer plano de la escena, el sujeto marcado por el significante hasta en su cuerpo, en el que los síntomas hacen oír un discurso reprimido... (p. 113).

Entonces, lo que se buscaría con la histerización es hacer subir al sujeto a escena, para que pueda preguntarse sobre lo sucedido, que aparezca su división y se implique en lo que le ocurrió.

También, Sotelo (2006) en relación al discurso de la histeria dice:

Es el discurso del analizante y su producto es el inconsciente, el S_2 , ya que el Discurso Histórico provoca la producción de saber. El sujeto en su división se dirige al S_1 en busca de un significante amo que dé, la clave de su destino.
... La oferta del análisis opera sobre el sujeto de la urgencia el cual comienza a aparecer en su división. (p. 101).

Lacan (2008g), en su seminario XVII, señaló esta cuestión relacionada con el saber al decir: “... lo que conduce al saber no es el deseo de saber. Lo que conduce al saber es – concédanme un plazo más o menos largo para que lo justifique – el discurso de la histérica.” (p. 22), en donde, “Se trata precisamente de algo que une a un significante S_1 con otro significante S_2 en una relación de razón.” (Lacan, 2008i, p. 30).

De esta manera, en la urgencia, en presencia del analista, el sujeto podría llegar a representarse por un significante para otro significante en relación al suceso traumático, apareciendo así su división e implicándose en el mismo. Así, el sujeto podría querer saber más acerca de su goce, de su singularidad, de eso que le ocurrió y ante lo que ahora se implica y demandar continuar con el análisis en consultorio externo.

Por otra parte, es importante considerar el problema lógico planteado por Lacan (2009c) en “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”, para explicar la importancia de la modulación del tiempo en la urgencia.

En relación a este problema de lógica, Lacan (2009c) menciona que el director de una cárcel ofrece la posibilidad de libertad a uno de los tres presos con la condición de que puedan pasar la siguiente prueba:

“Son ustedes tres aquí presentes. Aquí están cinco discos que no se distinguen sino por el color: tres son blancos, y otros dos son negros. Sin enterarles de cuál he escogido, voy a sujetarle a cada uno de ustedes uno de estos discos entre los dos hombros, es decir, fuera del alcance directo de su mirada, estando igualmente excluida toda posibilidad de alcanzarlo indirectamente por la vista, por la ausencia aquí de ningún medio de reflejarse.

“Entonces, les será dado todo el tiempo para considerar a sus compañeros y los discos de que cada uno se muestre portador, sin que les esté permitido, por supuesto, comunicarse unos a otros el resultado de su inspección. Cosa que por lo demás les prohibiría su puro interés. Pues será el primero que pueda concluir de ello su propio color el que se beneficiará de la medida liberadora de que disponemos.

“Se necesitará además que su conclusión esté fundada en motivos de lógica, y no únicamente de probabilidad. Para este efecto, queda entendido que, en cuanto uno de ustedes esté presto a formular una, cruzará esta puerta a fin de que, tomado aparte, sea juzgado por su respuesta.” (p. 193-194).

En relación a la situación en la que se encuentran estos presos, Sotelo (2007) establece una comparación con la urgencia:

Me interesa pensarlo para el momento de la urgencia desde la perspectiva de quien la atraviesa: frente al *no hay tiempo*, <<no hay tiempo porque quiero salir libre, porque quiero volver a la norma, porque quiero irme de acá, de mi propia prisión, de mi síntoma, de este desborde insostenible, de esta situación de crisis cuanto antes>>. (p. 32-33).

A partir de esta relación, podemos comprender la importancia de abordar desde la modulación de los tiempos lógicos el estado de angustia en que se encuentra un sujeto frente a una situación que lo desborda en sus recursos simbólicos, y frente a la cual le urge desembarazarse de ella lo antes posible, concluyendo en una acción impulsiva.

También, haciendo alusión a este problema lógico planteado por Lacan, Sotelo (2007) destaca:

Frente al *no hay tiempo*, el director o cada uno de nosotros en tanto analista, propone: *hay todo el tiempo*: “cuénteme qué le pasa, tiene todo el tiempo”, cuando el profesional sabe que no lo hay, que las cosas hay que resolverlas... (p. 33).

Esta intervención permite al paciente apaciguar la exigencia inmediata de su Súper yo, instaurando la posibilidad de darse una tregua en relación a aquello que lo inquieta, permitiéndose hablar, ser escuchado y a su vez, poder escucharse en aquellas palabras que le devuelve el analista e intentan ordenar algo del desorden pulsional que lo invade.

Este “hay todo el tiempo” que va en contra de los tiempos institucionales que demandan una respuesta eficaz ante la urgencia, le devuelve al sujeto la posibilidad de autorizarse a un tiempo de comprensión de lo que le pasa y a su vez, lo liga a un Otro que al escucharlo y estar presente para él, le devuelve su dimensión de sujeto.

Si la temporalidad del análisis es la angustia, y eso vale también para la urgencia, para ese momento de perplejidad en el que la palabra queda presa en la garganta, contamos con la función operatoria del deseo del analista que apunta a suscitar un contorno de espera. (Seldes, 2006, p. 35).

En relación al deseo del analista, Lacan (citado en Miller, 2012) dice “... el deseo del analista, como tal, debe constituir una x para el paciente, o sea, debe ofrecerse a la interpretación del paciente.” (p. 98).

De esta manera, podemos considerar que en la urgencia, el deseo del analista tendrá la función de abrir un tiempo de espera, de reflexión, en el que el paciente pueda preguntarse por el deseo del Otro y comenzar a armar algo en relación al mismo.

Entonces, “La orientación del psicoanalista en las instituciones lo conducirá a proponer una pausa frente a la prisa institucional, venga de donde venga; pausa que a veces es solo de unos minutos pero que posibilita instalar otro tiempo.” (Sotelo, 2007, p. 54).

La invitación que un analista puede hacer, apuesta al desafío que abre el juego: iniciar un nuevo tiempo donde la urgencia pueda ser interrogada.

Crear ciertas condiciones de admisión en una urgencia posibilitan instaurar un tiempo preliminar, para que un tratamiento pueda ser posible. Movimiento que no es sin la apuesta de que allí hay un sujeto en juego. (Rodrigo, 2006, p. 148).

Es importante apostar a que hay un sujeto ahí donde el objeto se ha presentificando precipitando la acción, donde al ser traído por otros, como suele pasar muchas veces, el sujeto se ha borrado. Sólo apostando a que en ese estado de caos, desborde de angustia, gritos y llantos, hay un sujeto, es que el analista podrá, desde su ética y deseo de analizar, ofrecerle al paciente la posibilidad de ser alojado por el Otro, de tomar la palabra para comenzar a hacerse dueño de lo que le ocurre, darse un tiempo para comprenderlo y así, pueda darle sentido a eso que le resulta en principio extraño. “Nuestra tarea es abrir esa brecha, ese espacio, en el cual, efectivamente, también nos corren los tiempos, sabemos que la conclusión muchas veces debe estar ahí, en unas pocas entrevistas o en unas pocas horas.” (Sotelo, 2007, p. 34).

Por lo tanto, se hace necesario considerar las enseñanzas de Lacan en relación a estos tiempos lógicos, para poder articularlas con el tratamiento de la urgencia. “En la guardia, introducir la dimensión del tiempo que hay, puede conducir a la instalación de

los tiempos lógico propuestos.” (Sotelo, 2006, p. 104) y a partir de ello, se podrá poner a trabajar al sujeto.

La intervención del analista apunta a provocar un punto de basta, esto es un freno que permita la localización de un instante de ver su propia urgencia, un tiempo de comprender las coordenadas en las que esta emerge con el horizonte puesto en el momento de concluir. (Sotelo, 2007, p. 37).

En relación al instante de la mirada y el problema lógico planteado, Lacan (2009c) señala:

1º Estando ante dos negros, se sabe que se es un blanco.

Es ésta una *exclusión lógica* que da su base al movimiento. Que le sea anterior, que se la pueda considerar como dada a los sujetos con los datos del problema, los cuales prohíben la combinación de tres negros, es cosa independiente de la contingencia dramática que aísla su enunciado en prólogo. Expresándola bajo la *forma dos negros* :: *un blanco*, se ve el valor *instantáneo* de su evidencia, y su tiempo de fulguración, si así puede decirse, equivaldría a cero.

Pero ya desde el punto de partida su formulación se modula: por la subjetivación que se dibuja en ella, aunque impersonal bajo la forma de “se sabe que...”, y por la conjunción de las proposiciones que, más que ser una hipótesis formal, representa una matriz cuya todavía indeterminada, digamos, esa forma de consecuencia que los lingüistas designan bajo los términos de *prótasis* y *apódosis*: “Estando ante..., sólo entonces se sabe que se es...” (p. 199-200).

En base a esto, Sotelo (2007) menciona: “Se propone un instante para ver, localizar algo de esta urgencia. Este tiempo en el cual, para que el sujeto pueda decir algo acerca de sí mismo, habrá que ponerlo en relación a otros.” (p. 33). Esto se pudo observar en el caso del problema lógico que plantea Lacan en relación a los prisioneros, en ese instante en que se pone a cada preso en relación con los otros dos para que puedan definir lo que podría ser cada uno.

También, en la urgencia, se busca que el paciente pueda decir algo de sí en relación a sus semejantes, sus actividades diarias, se historicice en su discurso, restablezca algo de los lazos perdidos, para que pueda ver otras cuestiones en relación con su vida que le permitan salir de eso que lo inunda de angustia. De esta manera, “La propuesta es que salga de su propio encierro sufriente y que pueda decir: <<soy blanco>>, <<soy negro>>, decir en relación a otros.” (Sotelo, 2007, p. 33). Esto le brindará cierta pacificación, y aunque, en ese instante, el sujeto se nombre de manera impersonal, en relación a otros, permitirá dar un paso más en la subjetivación que lo conduzca al momento de comprender.

Por ello, Sotelo (2007) hace hincapié en la importancia de proponer al sujeto un instante de ver que permita la apertura al tiempo de comprender:

Es invitarlo a que en este tiempo, cuando se le pregunta por su mamá, su papá, su hijo, su amante, su trabajo, sus lazos, sus inquietudes; el sujeto pueda abrir un tiempo de comprender. Nuestro trabajo tiene mucho que ver con permitir la instalación de este tiempo, en el que pueda decir algo de sí en relación a otros y en relación a nosotros como terapeutas, pero también armando una trama de su propia vida. (p.33).

Al encontrarnos con un sujeto que ha dado un gran salto, pasando del instante de ver lo que le provoca angustia al de concluir en un acto de descarga, es necesario introducir el tiempo que ha evitado: el tiempo para comprender. Para ello, primero es indispensable que el sujeto hable, pudiendo de este modo reorganizar su tejido simbólico, que pueda de algún modo reconocerse en calidad de sujeto en relación con sus semejantes ocupando un lugar. El ofrecerle nuestra escucha, el permitirle que comience a articular, a poner en palabras el suceso traumático que le produce un sufrimiento insoportable, favorece la constitución de cierto marco simbólico que, en un primer momento, permita atrapar algo de esa angustia flotante y dispersa.

Es que el solo hecho de invitar a hablar inscribe en una articulación significante, donde el efecto de verdad es la consecuencia de hacer legible el S_1 aislado, por medio del retorno del segundo significante (S_2) sobre el primero. Esto, lo conocemos, conlleva muchas veces efectos terapéuticos rápidos. (Belaga, 2015, p. 30).

Por otra parte, con respecto al tiempo para comprender y el problema lógico planteado, Lacan (2009c) menciona:

En este tránsito, el sujeto encuentra la siguiente combinación lógica y, siendo el único que puede asumir el atributo del negro, llega, en la primera fase del movimiento lógico, a formular así la evidencia siguiente:

2º Si yo fuese un negro, los dos blancos que veo no tardarían en reconocerse como blancos. (p. 200).

Entonces, este tiempo permite al sujeto elaborar una hipótesis que le permita, mediante un tiempo de reflexión, concluir en relación a su ser.

Cabe destacar que el sujeto que se presenta en estado de urgencia, no pudo elaborar de manera simbólica la angustia, por lo tanto, no hubo lugar para que se produzca este tiempo para comprender. No hubo posibilidad de que se represente ante un significante (“si yo fuese negro”) para otro significante (“los dos blanco que veo no tardarían en reconocerse como blancos”), con lo cual se produjo el quiebre de la cadena significante, desdibujándose el sujeto.

A su vez, Lacan (2009c) destaca:

El tiempo para comprender puede reducirse al instante de la mirada, pero esa mirada en su instante puede incluir todo el tiempo necesario para comprender. Así, la objetividad de este tiempo se tambalea en su límite. Sólo subsiste su sentido con la forma que engendra de sujetos *indefinidos salvo por su reciprocidad*, y cuya acción está suspendida por una causalidad mutua en un tiempo que se escabulle bajo el retorno mismo de la intuición que ha objetivado. (p. 200-201).

Por consiguiente, abrir en la urgencia un tiempo para comprender, implica poder ofrecerle al consultante tiempo para que pueda poner en palabras aquella situación traumática y elaborar de manera simbólica la angustia, mediante el poder dirigirse a Otro que lo restituya en su dimensión subjetiva. Aunque se trate de un sujeto indefinido, se buscará que empiece a representarse por su síntoma.

Entonces, "... el analista introduce una pausa; instala un tiempo para comprender lo que allí se deposita." (Sotelo, 2006, p.104). En este tiempo para comprender, de lo que se trata es que, en relación con el analista, el acontecimiento vivido adquiera una nueva significación encadenándose a otro significante que le otorgue un sentido que hasta ahora no tenía. Este sentido permitirá que eso ajeno comience a representar al sujeto, produciéndose una localización subjetiva y luego, un cambio en su posición. Es decir, poder localizar al sujeto en su padecer y sufrimiento y a partir de ello, permitir que se produzca un cambio en su posición subjetiva.

... nuestro trabajo tiene la posibilidad de proponer que en ese tiempo el sujeto avale su propia posición sufriente.

A través de la maniobra del analista podría producirse alguna rectificación para que el sujeto pueda reconocerse en eso que aparece como ajeno: su síntoma... (Sotelo, 2007, p.36).

Como se puede observar, el trabajo clínico con la urgencia puede ser relacionado con las entrevistas preliminares. A propósito de esto, Miller (2012) destaca:

... la primera evaluación es hecha por el paciente, es él el que primero avala su síntoma. Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto-avaliación de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa autoavaliación. Decimos que el acto analítico ya está presente en esa demanda de avalar, en el acto de autorizar la auto-avaliación de alguien que quiere ser un paciente. (p. 17).

O sea que, en este tiempo para comprender, se abre la posibilidad para que el paciente pueda consentir a eso que le pasa, es decir, el hecho de que avale su malestar, aquello que le produce ese sufrimiento insoportable.

Con respecto a esto, Sotelo (2007) destaca lo siguiente: "Ese padecimiento que irrumpe como ajeno, como algo del destino, como algo que llegó, puede virar hacia un lugar en que el sujeto consienta de él." (p.35).

Por otra parte, en relación a la segunda evaluación, la que realiza el analista a partir de un diagnóstico, será necesario precisar algunas cuestiones.

En primer lugar, cabe destacar que:

... las entrevistas preliminares, en realidad, se emplean como un medio para realizar un Diagnóstico preliminar. El analista debe ser capaz de concluir, de una manera previa, algo respecto de la estructura clínica de la persona que viene a consultarlo (...) ¿Se trata de una neurosis? ¿Se trata de una psicosis? ¿O se trata de una perversión? (...) Desde el punto de vista lacaniano no se puede pertenecer a dos estructuras. (Miller, 2012, p. 20).

En relación a esto, en “La iniciación al tratamiento”, Freud (2011k) destaca:

... un ensayo previo, constituye la iniciación del análisis y ha de seguir por tanto, sus mismas normas. Sólo podremos diferenciarlo algo del análisis propiamente dicho dejando hablar preferentemente al enfermo...

Esta iniciación del tratamiento con un período de prueba de algunas semanas tiene, además, una motivación diagnóstica. (p. 1661-1662)

Si bien en el tratamiento clínico de la urgencia, hay veces en que el analista no puede precisar con exactitud la estructura de la que se trata, será necesario considerar como criterio diagnóstico la presencia de fenómenos elementales, para dirigir la cura. Y para poder detectarlos es fundamental dejar hablar al paciente.

Los fenómenos elementales son:

1. Fenómenos de automatismo mental. (...) son la irrupción de voces, del discurso de otros, en la más íntima esfera psíquica.
2. Fenómenos que conciernen al cuerpo, sigamos de lo mental a lo corporal. Aparecen entonces fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza, con relación al propio cuerpo. Y también, distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o de dislocamiento espacial.
3. Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad, que no son abstracciones; son cosas efectivas de la experiencia analítica. El testimonio, por ejemplo, por parte del paciente de experiencias inefables, inexpresables, o experiencias de certeza absoluta y, más aún, con respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño o, lo que se llama en la clínica francesa, expresiones de sentido o significación personal. En otras palabras, es cuando el paciente dice que puede leer, en el mundo, signos que le están destinados, y que contienen una significación que él no puede precisar, pero que le están dirigidos exclusivamente a él. (Miller, 2012, p. 24-25)

Por ello, es importante darnos un tiempo para comprender, a partir de los dichos del sujeto en relación a su padecimiento, si su discurso da cuenta o no de la presencia de dichos fenómenos elementales, para seguir una estrategia de abordaje y luego, tomar una decisión.

Nosotros, para certificar que no se trata de un paciente psicótico, cuando existe esa sospecha debemos buscar lo que llamamos fenómenos elementales. Los fenómenos elementales (...) son fenómenos psicóticos que pueden existir antes del delirio, antes del desencadenamiento de una psicosis. A veces no existen actualmente en el paciente, sin embargo, pueden haber tenido lugar en su pasado, y aparecen sólo una vez en su recuerdo. (Miller, 2012, p. 23-24).

En cuanto a este tiempo para el diagnóstico, Sotelo (2006) señala que “Introducir el tiempo de comprender permite ubicar el diagnóstico en otras coordenadas.” (p. 104). Además, se puede inferir que las mismas estarán dadas por la dimensión del sujeto, ya que “... en el campo analítico el Diagnóstico queda del lado del sujeto.” (Sotelo, 2006, p.105). Esto es así porque “En el análisis, entonces, las cuestiones técnicas son siempre cuestiones éticas, y esto por una razón muy precisa: porque nos dirigimos al sujeto. La categoría de sujeto no es una categoría técnica.” (Miller, 2012, p. 13).

Por lo tanto, desde la ética del psicoanálisis, lo que importa es que pueda emerger un sujeto que dé cuenta de su sufrimiento y se represente por el mismo, ya que éste expresa lo más singular de su goce y nos dará una aproximación tentativa a su estructura.

El sujeto será localizado a partir de los dichos; poner a decir el padecimiento del sujeto, el sufrimiento insoportable que lo condujo a la guardia, permitirá leer de una manera particular lo que acontece, y localizar el sujeto en cuestión por la vía de la pregunta: ¿qué posición tiene el paciente en relación a su síntoma? Lo cual permite una primera localización de la posición del sujeto en lo real. (Sotelo, 2006, p.105).

Por lo tanto, habrá que considerar lo que señala Miller (2012):

...“Lo esencial es lo que el paciente dice”, lo que significa separarnos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho (...)

En nuestro método, debemos pasar, inicialmente, de la dimensión del hecho a la dimensión del dicho, pero esto no basta. (p. 38).

“Y entre esos dichos que soportan la enunciación del sujeto, logra diagnosticar el riesgo suicida, la melancolización, la posición de objeto de quien se ubica como desalojado del Otro, aunque no lo muestre con evidencia.” (Sotelo, 2009, p. 28-29).

Entonces, en principio para poder elaborar un Diagnóstico, es de suma importancia poder escuchar los dichos del sujeto, su posición frente a su malestar para luego, buscar que se implique en los mismos y asuma su responsabilidad en aquello que le produce malestar.

Por su parte, en relación a la elaboración del Diagnóstico, Sobel (2009) menciona:

... el psicoanálisis, desde sus inicios, se valió del concepto de síntoma para construir su sistema diagnóstico. En tanto su interés está centrado en las manifestaciones subjetivas de la enfermedad, el síntoma le permite tomar la vertiente de singularidad

del sufrimiento y le da su especificidad al contraponerlo a la universalización de los signos objetivables. (p. 41).

Con respecto a esto, Sotelo (2007) destaca:

Mientras la medicina o el derecho van a buscar la objetividad en el diagnóstico, el movimiento que el psicoanálisis propone es ubicar la relación que tiene ese sujeto con su padecimiento. Esto necesita primero la localización de su posición como sujeto. Mas allá de todas las acciones eficaces e inmediatas, necesarias y que no pueden esperar, apuntar a un mas allá en el que el sujeto se comprometa con su padecimiento. (p. 36)

De esta manera, podemos concluir en que “... la evaluación clínica, en la experiencia analítica, no está constituida en la objetividad. Cuando hablamos del diagnóstico, en esta perspectiva, el sujeto es una referencia ineludible.” (Miller, 2012, p. 34).

Por otra parte, en este tiempo para comprender, es importante poder dar lugar a una localización subjetiva. En relación a la misma, Miller (2012) destaca:

Así, la localización subjetiva consiste en hacer aparecer la caja, esa caja vacía donde se inscriben las variaciones de la posición subjetiva. Es como tomar entre paréntesis lo que el sujeto dice y hacerle percibir que toma diferentes posiciones, modalizadas, con relación a su dicho.

... El sujeto es esa caja vacía, es el lugar vacío donde se inscriben las modalizaciones. Ese vacío encarna el lugar de su propia ignorancia, encarna el hecho de que la modalidad fundamental que se debe hacer surgir, a través de todas las variaciones, las modalizaciones, es la siguiente: “Yo (el paciente) no sé lo que digo”. Y, en este sentido, el lugar de la enunciación es el propio lugar del inconsciente. (p. 56-57).

Entonces, por ejemplo, un paciente podría decir algo en relación a lo que le ha ocurrido, a ese acontecimiento traumático y luego, al seguir hablando, daría cuenta de cuál es su posición frente a ese hecho, ya sea que se implique o que este hecho le resulte ajeno, que la culpa la tenga otro o que vea su parte en eso.

Al respecto, Miller (2012) destaca lo siguiente:

Hay otra manera que permite ver mejor la posición subjetiva, una segunda manera de marcar el valor del dicho. Puede decir, por ejemplo: “Vengo mañana”. Ése es el dicho, pero se puede indicar el valor que se da a ese dicho de diversas maneras. En una de ellas se puede decir: “Vengo mañana, es una mentira”, pero también se puede decir “Vengo mañana, quizá” (...) Todas esas maneras son lo que, clásicamente, reciben el nombre de modalización, porque son una modulación del dicho. Todas esas palabras indican, justamente, en el dicho, la posición que el sujeto asume ante él.

Éstas son cuestiones que el analista siempre debe situar, y que tiene como referencia el propio sujeto. (Miller, 2012, p. 40).

Por su parte, en relación a la localización subjetiva que debemos trabajar en la urgencia, Sotelo (2009) destaca:

Si buscamos al sujeto en la objetividad, en lo observable, no vamos a encontrarlo, no vasta con la descripción de los hechos sino que necesitamos ubicar de qué modo el síntoma da cuenta de ese particular modo de gozar.

Las preguntas acerca ¿cómo llegó a la guardia? o ¿por qué eligió esta institución? posibilitan que el sujeto ubique algunos significantes que se enlazarán en la transferencia. (p. 27).

Pero para que se produzca una localización del sujeto será necesaria la intervención del analista:

La localización subjetiva no es sólo una evaluación de la posición del sujeto, sino también un acto del analista, un acto ético. Como intenté mostrar, el analista a través de la separación entre enunciado y enunciación, a través de la reformulación de la demanda, de la introducción del malentendido, dirige al paciente en una vía precisa al encuentro del inconsciente; lo lleva en dirección al cuestionamiento de su deseo y de lo que quiere decir, y hacerle percibir que, en sí mismo, hay siempre una boca malentendida. Ese es un acto de dirección del analista (...) en las entrevistas preliminares hay conducción por parte del analista. (Miller, 2012, p. 62).

Entonces, de lo que se trata es de:

La invitación a construir un relato, a localizar la aparición de la urgencia y su relación con acontecimientos de la vida, posibilita comenzar a armar una trama, ligando S_1 - S_2 , la urgencia comienza a hacerse propia.

El analista lo orienta a vincular lo actual con momentos cruciales de su historia; formulándose algunas hipótesis que aunque provisorias y destinadas a perderse aportan un texto a la lógica del caso. (Sotelo, 2009, p. 27).

De esta manera, el practicante en psicoanálisis va direccionando la cura, de manera tal que el sujeto pueda ir descubriendo en ese acontecimiento algo que dé cuenta de su historia, es decir, que se pueda ir historizando el suceso, incluyéndolo en su cadena significativa, armando una trama simbólica en la que vaya tomando protagonismo de eso que le resulta urgente de resolver.

“La apertura de un segundo tiempo, que Lacan llama de comprender, propone un tratamiento de lo real por lo simbólico separando al sujeto de los significantes que lo alienan.” (Sotelo, 2009, p.30); significantes que lo colocarían en posición de víctima de las circunstancias, sin permitirle salir de ese sufrimiento, al estar constantemente reclamando o echándole la culpa a otro, el destino, las circunstancias, algún semejante, etc.

Entonces, de lo que se trata es que “... se produzca algún movimiento gracias al cual deje de ser algo ajeno y extraño para pasar a ser algo propio, algo que tiene que ver con su vida, con su historia y con sus actos...” (Sotelo, 2007, p. 35).

Las entrevistas preliminares no son solamente una investigación para descubrir dónde está el sujeto, se trata de efectuar un cambio en la posición del sujeto, eventualmente, transformar la persona que vino en un sujeto, en alguien que se refiere a lo que dice guardando cierta distancia con relación al dicho. Es por eso que las entrevistas preliminares constituyen una rectificación subjetiva.

... se trata de introducir al paciente en una primera localización de su posición con relación a su dicho (...) sólo podemos aproximarnos a lo real a través del dicho. (Miller, 2012, p. 62, 63).

Por lo tanto, en las entrevistas clínicas que realizamos ante los casos de urgencia, no se trataría tan solo de escuchar al sujeto, alojarlo, transformar el grito en llamado, localizarlo en su sufrimiento sino también, lograr una modificación en relación a su posición subjetiva, en base a eso que dice en relación a lo que le pasó.

Esto es de suma importancia si consideramos que:

Muchas veces será la familia, el médico, la escuela, el juez... quienes requieren de una intervención; otras veces será el paciente mismo el que llega pidiendo ayuda.

En ambos casos, sin embargo, los síntomas aparecen como algo ajeno, extraño para quien lo padece. Las palabras, miedos, preocupaciones, soluciones, quedan del lado de los otros; nada de esto, aún, lo representa. (Sotelo, 2006, p.99).

De manera tal que, a partir de la rectificación subjetiva, pueda producirse cierta subjetivación en relación a su sufrimiento que le permita llegar a considerarlo como propio.

Entonces, se trataría de:

... cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos.

Lo esencial es, a partir de los dichos, localizar el decir del sujeto, o sea, lo que Lacan (...) llamaba enunciación, que significa la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado. (Miller, 2012, p. 39).

Al respecto, Antón et al. (2006) nos recuerda a Freud:

... Freud al escuchar esta queja de la realidad del trauma originario no se une al lamento, sino que da vuelta el contenido para que surja la pregunta de qué es lo que va a hacer el sujeto con ese hecho, exigiéndole cuentas sobre su propia postura. (p. 176).

Por lo tanto, lo mejor será evitar las rotulaciones que fijan al sujeto a una posición solidificada de víctima o enfermo y lo destituyen de su compromiso con su vida. De esta forma, considerando su dimensión subjetiva, damos lugar a la posibilidad de que elija tomar partido frente a lo ocurrido, permitiéndose una reflexión acerca de la postura a tomar frente a eso y a su vez, pueda considerar su padecer como algo que da cuenta de sí mismo.

También, Miller (2012) menciona:

Lo que Lacan llamaba rectificación subjetiva es pasar del hecho de quejarse de los otros para quejarse de sí mismo. (...) Inversamente, el acto analítico consiste en implicar al sujeto en aquello de lo que se queja, implicarlo en las cosas de las cuales se queja. Es un error pensar, en el análisis, que el inconsciente sea el responsable de las cosas por las cuales alguien sufre. Si así fuese destituiríamos al sujeto de su responsabilidad. (p. 69-70).

Al respecto, Rodrigo (2006) destaca:

“Si en la urgencia hay algo que no se puede articular al nivel de los significantes, el trabajo a realizar será en la vía que permita una versión propia sobre ese momento de urgencia subjetiva, una versión que lo implique activamente en eso que le sucede o le sucedió”. (p. 148).

En relación a esto, Miller (2012) dice: “... Lacan llamaba rectificación subjetiva cuando en el análisis el sujeto aprende también su responsabilidad esencial en lo que ocurre. La paradoja es que el lugar de la responsabilidad del sujeto es el mismo del inconsciente.” (p. 70).

De esta manera, se busca que, en la atención clínica de la urgencia, “Por la vía del encuentro con el analista, aún en la institución, el sujeto pueda empezar a apropiarse de su sufrimiento, a hacerse responsable de sus actos y de aquello que parece estar condenado por la repetición eterna.” (Sotelo, 2007, p. 37). De modo tal que, por medio de intervenciones, el analista le permita al sujeto adoptar una perspectiva diferente en relación a su sufrimiento, en la que pueda ubicarse en eso que le produce malestar, para reconocerse ahí y así, asumir otra posición. Posición que sólo podrá adoptar si pudo darse cuenta de cómo está implicado en eso que hasta ahora era extraño para él.

Por otra parte, Sotelo (2006) señala la condición para que el sujeto pueda llegar al tiempo de concluir:

Para que el sujeto pueda concluir acerca de la verdad que el síntoma conlleva, para que pueda encontrarse con lo que el síntoma soluciona en términos de modo de gozar, para que el sujeto encuentre el modo de acotar ese goce y de saber hacer con su síntoma, será necesario el tiempo de comprender, donde algo de la verdad, no toda, emerja. (p. 105).

Estas cuestiones que se producirán en este tiempo de reflexión, permitirán el pasaje al tiempo lógico siguiente, el tiempo de concluir. En este último, se producirá un pasaje que va de una urgencia, en la que se manifestaban una serie de síntomas ajenos al sujeto, a una urgencia subjetiva, propia, que da cuenta de lo más singular de ese sujeto.

Así, el decir se desplegará a lo largo de las entrevistas que sean necesarias para que se produzca un movimiento de subjetivación de la urgencia, es decir, hasta alcanzar el momento de concluir de la misma.

Trama particular, única, que abriendo la vía del sentido bordea el más allá, límite de lo real que la urgencia presentifica. (Belaga & Sotelo, 2009, p. 35).

De manera tal que, en un caso de urgencia, la cantidad de entrevistas que se lleven a cabo serán las que el sujeto necesite para poder implicarse en lo ocurrido, adoptando otra posición subjetiva, transformando esa urgencia que le resultaba extraña, en una urgencia subjetiva en donde como sujeto está plenamente implicado.

En relación al momento de concluir, en el problema lógico planteado, Lacan (2009c) destaca:

3° Me apresuro a afirmar que soy un blanco, para que estos blancos, así considerados por mí, no se me adelanten en reconocerse por lo que son.

Es éste el *aserto sobre uno mismo*, por el que el sujeto concluye el movimiento lógico en la decisión de un *juicio*. El retorno mismo del movimiento de comprender, bajo el cual se ha tambaleado la instancia del tiempo que lo sostiene objetivamente, se prosigue en el sujeto en una reflexión, en la que esta instancia resurge para él bajo el modo subjetivo de un *tiempo de retraso* respecto de los otros en ese movimiento mismo, y se presenta lógicamente como la urgencia del *momento de concluir*. (p. 201).

Esta urgencia del momento de concluir fue la que llevó al sujeto a encontrarse en un estado de tensión y angustia precipitándolo a la acción. Ahora bien, con la presencia del analista y luego de haber puesto al sujeto a hablar, a dar sentido a eso traumático, el momento de concluir se presenta de otra forma. De esta manera, el sujeto ya no se precipita a la acción, sino que puede, a partir de considerar esa urgencia como propia, demandar la continuidad del tratamiento psicoanalítico o bien llegar a un saber hacer con eso que le pasó pero que ahora lo representa de algún modo.

Entonces, se concluye con una urgencia subjetiva en donde el sujeto se involucra en lo que le pasa, lo reconoce como propio, advierte su responsabilidad en juego, hay un cambio en su posición subjetiva, lo cual dista mucho de ser la urgencia con la que se presentó en la guardia.

Instante de ver, tiempo de comprender que las entrevistas desplegaron abriendo la hiancia, y que concluye en una precipitación: la subjetivación de la urgencia.

Aquello que irrumpió como ajeno se encarna, así “el insomnio” puede transformarse en un “mis miedos me desvelan”, o el “ataque de pánico” en “el miedo de convertirse en padre” (...) Localización subjetiva que introduce al sujeto del inconsciente quien apropiándose del sufrimiento, se confronta con la X, el enigma de la causa. (Sotelo, 2009, p. 28).

De este modo, la tensión temporal de la que nos habla Lacan (2009c), en “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”, obtendría su armonización, ya no mediante un acto impulsivo que quite a la angustia su certeza, sino a partir de una elaboración

retroactiva que permita resignificar lo traumático y posibilite al sujeto nombrarse en eso que le resultaba ajeno.

En relación al tiempo de concluir y la asistencia clínica de los casos de urgencia, Sotelo (2007) señala:

Finalmente el último tiempo, cuando el sujeto atraviesa la puerta, es el momento de concluir. El segundo tiempo no se puede eternizar; en el análisis, en cada entrevista, en la admisión, en la guardia, hay un momento en que se precipita un final sin la certeza absoluta sino con cierta certidumbre, por eso se llama un aserto de certidumbre anticipada. (p. 33).

Esto es señalado por Lacan (2009c) al decir: “*Pasado el tiempo para comprender el momento de concluir, es el momento de concluir el tiempo para comprender.* Porque de otra manera este tiempo perdería su sentido.” (p. 201)

Precisamente, en la precipitación al acto, este tiempo de comprender pierde su sentido y el sujeto concluye en una acción que incluso puede llegar a arrebatarse su ser, como lo es el suicidio.

En cambio, en el encuentro con el analista que introduce un tiempo para comprender, el tratamiento de una urgencia vía la palabra permite que el momento de concluir adquiera un gran valor, ya que el sujeto llega a representarse por lo que le produce malestar. Es así como en este tiempo de concluir, la urgencia se convierte en una urgencia subjetiva en donde el sujeto, habiéndose implicado y responsabilizado de la misma, posiblemente, en el mejor de los casos, realice una demanda de análisis. En relación a esto, Terrab (citado en Sotelo, 2007) dice: “Se trata también de situar el tiempo de decisión que el sujeto habrá de tomar, que tiene la oportunidad de tomar al borde de ese abismo.” (p. 36-37).

Por otra parte, este momento de concluir también se hace inminente para el practicante en psicoanálisis que debe tomar una decisión, a partir de lo que pudo ver y comprender en relación a la urgencia del sujeto, su sufrimiento, su goce, su posible estructura, capacidad para implicarse o no, contención familiar con la que cuenta o no, necesidad de estabilización mediante psicofármacos, etc. Es decir que, para tomar una decisión, no sólo tendrá en cuenta el estado en que se encuentra el sujeto, sino también los recursos materiales con los que cuenta, si hay o no una red de contención familiar o de amigos, entre otras cuestiones.

Por ello, en relación a la decisión que el analista toma con respecto a los casos de urgencia asistidos por él, Sotelo (2007) menciona:

Cuando el profesional escribe un informe, cuando da un alta, un permiso de salida, cuando toma una decisión, es una decisión sin garantía. En todo caso es la solución a la cual pudo arribar luego de que se han desplegado las coordenadas del caso. (p.34).

A su vez, Garmendia (2006) hace el siguiente aporte:

El paciente que acude al servicio de urgencia puede ser devuelto a su mundo tras una prescripción médica, o quedarse en observación en el hospital por unos días o ingresado por un periodo de tiempo prolongado, es el facultativo el que tiene que decidir sobre el caso y esta decisión no es fácil, es una decisión que se toma en el límite antes mencionado y que tanto su orientación clínica como su ética guiarán. (p. 46).

En la clínica psicoanalítica, la ética que se pone en juego al momento de decidir es una ética que tiene como brújula al sujeto, al deseo y al goce. Como en los casos de urgencia el riesgo de que un sujeto se precipite a un acto que acabe con su existencia es alto, puesto que se le presentan muchas dificultades para regular lo pulsional desde lo simbólico, la decisión que tomemos como practicantes del psicoanálisis será una decisión sin garantías.

Por su parte, en relación a esta decisión, Belaga (2015) menciona:

... para la orientación lacaniana, desde el sofisma de los prisioneros donde Lacan demostró que no hay decisión bajo certeza, sino que se decide y *apres coup*, se sabe, hasta establecer que lo simbólico está agujereado por un real sin ley, el psicoanalista en su práctica, en la lógica del acto analítico, sabe por lo dicho que la decisión *es* bajo riesgo, sin garantías. (p. 48).

En relación a esta decisión bajo riesgo, Blinder (2006) destaca:

El *cuándo se decide* tiene que ver con el tiempo y la velocidad antedichos. Lo que pesa aquí es el enfoque de riesgo: la posibilidad eventual (a veces hasta imaginaria...) de un daño a sí o a terceros de no mediar un cambio drástico de las coordenadas que rodean al paciente. Estas coordenadas son individuales, familiares y sociales, cruzándose e interactuando entre sí y sumándose como porcentajes: la gravedad del cuadro + la inexistencia de una familia y/o familia continente + la carencia de sistema social alguno = alto riesgo. Y no olvidemos que tiempo y riesgo se potencian en la urgencia: cuanto más tiempo se pasa sin decidir, más riesgo probable existe. (p. 131).

Por lo tanto, no será lo mismo una decisión en la que el sujeto que acude a la guardia por una urgencia se encuentre solo, sin una familia que lo contenga, en donde, teniendo en cuenta la gravedad de su caso, lo más probable es que se decida una internación para buscar que se sienta contenido y no se corte el lazo con el Otro; que una decisión en donde el caso no sea tan grave, y el sujeto cuente con el apoyo de su familia que al salir funcionará como lazo amoroso y sostén del sujeto y su padecimiento.

La decisión final, siempre sin garantías, se corresponde con un momento de concluir que aunque deje el sabor de que algo más se podría haber sabido o algo más se podría haber hecho, entendemos que la conclusión es el tiempo lógico que posibilita la salida. (Sotelo, 2007, p. 55).

Una decisión bajo riesgo es tomada "... cuando no se sabe exactamente en qué situación se encuentra el entorno, pero sin embargo se conocen las diferentes posibilidades y la relativa probabilidad personal o subjetiva que se presentan..." (Belaga, 2015, p. 48).

Entonces, ya no es posible frente a la demanda de las "urgencias subjetivas" encarnar a la Autoridad al modo de los ideales tradicionales, que incluía modos de decidir con "certidumbre" (...) Más bien, nuestra tarea cotidiana parece consistir en situar una acción dirigida a resolver el "trauma generalizado", sin poder apelar a esos significantes amo, lo que implica replantear las estrategias de decisión a la luz de los nuevos contextos, frente a la disyunción entre real y sentido. (Belaga, 2015, p. 47).

Como se puede observar, en nuestra época caracterizada por la incertidumbre, las decisiones que se toman bajo riesgo son siempre sin garantías. Sin embargo, podemos apostar a que la mejor decisión tomada será la que considere en primer lugar al sujeto en su singularidad y luego, a éste en relación con su contexto familiar, laboral, etc.

MARCO INSTITUCIONAL

La pasantía académica se desarrolló en el Hospital Público de Autogestión San Bernardo, en el Servicio de Jefatura de Guardia dependiente del Programa de Emergencia y también, desde el Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Caracterización de la institución

El Hospital San Bernardo fue inaugurado el 20 de febrero del año 1960 como Hospital Público General de Agudos, y funciona hasta la fecha, siendo el Hospital de máxima complejidad para adultos en la Provincia de Salta. El Hospital San Bernardo atiende un promedio de 1000 pacientes por día, de los cuales alrededor de 700 se asisten por consultorio externo y unos 300 ingresan a través del servicio de guardia de emergencia. El nosocomio cuenta con 405 camas para internados.

En 1978 fueron creados los Servicios de Terapia Intensiva y Cirugía Plástica y Quemados, pioneros en estas actividades en todo el Norte Argentino.

En 1998 se inauguró el Servicio de Hemodinamia efectuándose estudios diagnósticos y terapias endoluminales, centrales y periféricas.

En octubre de 1997 se inauguró el Salón de Telemedicina y Videoconferencias y se integra este Hospital como pionero de la Red Nacional.

A partir del 1 de septiembre de 1999, mediante Decreto Provincial N° 3602 pasó a ser Hospital Público de Autogestión. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018a)

Según la Carta de servicios del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, con dirección José Tobías N° 69- Mariano Boedo 51-Salta-Provincia de Salta, los fines de dicho organismo son:

- ✓ Prevenir y asistir en la enfermedad a nuestros semejantes, con trato humanitario al paciente;
- ✓ Atender las necesidades de los usuarios mediante la mejora continua de las prestaciones;
- ✓ Brindar servicios de excelencia al alcance de toda la población, dentro de un marco de bioseguridad, buscando la calidad en la atención de los usuarios;
- ✓ Realizar actividades de docencia e investigación, para la capacitación continua del recurso humano. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018b).

Con respecto a la visión del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, la misma consiste en:

- ✓ Ser una organización modelo en el cuidado y restablecimiento de la salud, manteniendo la excelencia en la calidad de atención y respeto por la dignidad de las personas, que trabaje en coordinación con los establecimientos de la red asistencial de la región. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018c).

En relación a los valores, se pueden destacar los siguientes:

1. **Equidad:** el hospital se orientará hacia la igualdad en el acceso de los ciudadanos a la prestación asistencial incluida en su carta de servicios, con independencia de su condición social, considerando especialmente los criterios de atención a las personas con limitación al acceso a los servicios. Ello implica, igualmente, accesibilidad temporal y administrativa como instrumentos para lograr la equidad.
2. **Servicio al ciudadano:** el Hospital actuará en todo momento en función del servicio al ciudadano, orientando su funcionamiento a las necesidades y expectativas de la población en materia de servicios de salud, impulsando una atención y trato personalizados.
3. **Eficacia:** la actuación de los profesionales del Hospital se orientará hacia la adopción de decisiones que garanticen el mejor resultado para la salud de los ciudadanos.
4. **Eficiencia:** la eficiencia en la gestión de los recursos públicos es expresión del compromiso con la sociedad y garantía de viabilidad del propio servicio de salud, convirtiéndose en componente indispensable para facilitar la incorporación de nuevas prestaciones y tecnologías.
5. **Mejora Continua de la Calidad:** expresión del compromiso con la sociedad, el Hospital actuará bajo criterios de mejora continua de sus servicios y organización, impulsando la creación de grupos de mejora en las áreas críticas y el intercambio de experiencias con los otros hospitales de la Provincia.
6. **Espíritu de equipo,** que posibilita el máximo aprovechamiento de recursos y facilitan la cooperación entre profesionales, servicios y Centros sanitarios de la región. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018c).

Misión

El Hospital Público de Gestión Descentralizada “San Bernardo” de la ciudad de Salta atiende la demanda sanitaria de Capital y provincia de Salta. Tiene por finalidad

- Prevenir y asistir en la enfermedad a nuestros usuarios con trato humanitario al paciente.
- Atender las necesidades de los usuarios mediante la mejora continua de las prestaciones.
- Brindar servicios de excelencia al alcance de toda la población, dentro de un marco de Bioseguridad, buscando la calidad en la atención de los usuarios.
- Realizar actividades de docencia e investigación para la capacitación continua del recurso humano. Es el Centro formador de especialistas más importante de la provincia a través del plan de residencias médicas. Contribuye a la formación de pregrado de distintas carreras profesionales o técnicas, afines a la salud. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018c).

Beneficiarios

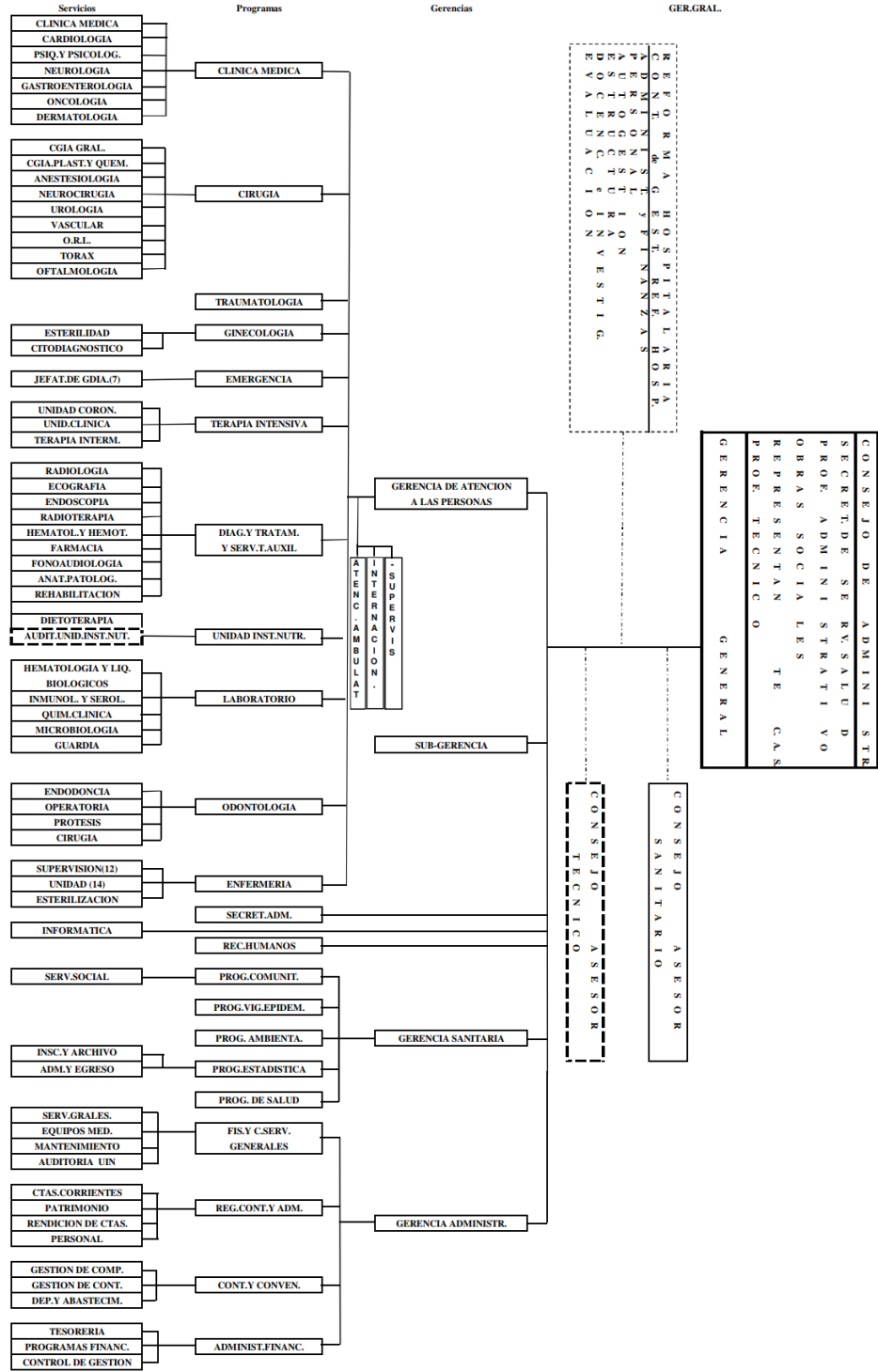
Los beneficiarios que gozan de los servicios prestados por el Público de Autogestión San Bernardo son:

La población de influencia correspondiente al H. P. G. D. San Bernardo, abarca los 23 departamentos de la provincia, con una extensión de 155.458 Km² y una población según los últimos datos del INDEC, Censo 2010, de 1.215.207 habitantes, de los cuales el 55 % se encuentra en la Capital. A esto se suma la asistencia prestada a provincias y países vecinos (Bolivia, Chile y Paraguay), más la población en tránsito. Según los datos del INDEC el 60% de la población carece de cobertura social y es asistida por el Estado. La distancia hasta Capital Federal es de aproximadamente 1500 Km., lo que dificulta la derivación de patologías de alta complejidad en casos de emergencia. El Hospital San Bernardo atiende un promedio de 1000 pacientes por día, de los cuales alrededor de 700 se asisten entre consultorio externo y prácticas, y unos 300 ingresan a través del servicio de guardia de emergencia. El nosocomio cuenta con 405 camas para internados. No se atiende a pacientes pediátricos, (menores de 15 años), ni se realizan partos programados. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018c).

Además, el Hospital Público de Autogestión San Bernardo cuenta con diferentes Programas que se pueden apreciar en el organigrama del mismo, entre los cuales podemos mencionar: Clínica médica, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Emergencia, Terapia Intensiva, Laboratorio, Odontología, Enfermería, Recursos Humanos, Programa Comunitario, Registración contable y administrativa, administración financiera, etc.

Organigrama

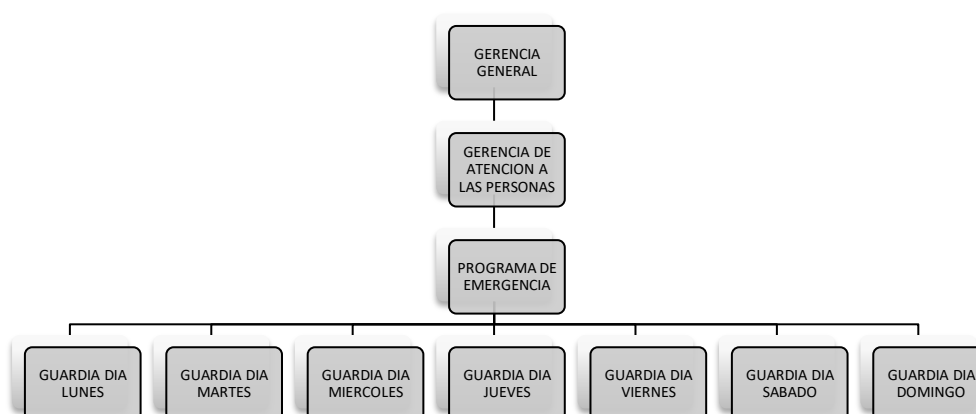
A continuación, se presenta el organigrama del Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2018e):



Sectores institucionales

La pasantía académica se efectuó en el Programa de Emergencia que está subordinado a la Gerencia de Atención a las Personas, y a su vez, a la Gerencia General; Y, además, desde el Servicio de Psiquiatría y Psicología subordinado al Programa Clínica Médica.

A continuación, se presenta el organigrama que explicita las relaciones de jerarquías entre las partes del Programa de Emergencia (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2017, p. 247):



Como se puede observar, el Programa de Emergencia tiene a su cargo al Servicio de Jefatura de Guardia, que se divide en siete Guardias a cargo de siete Jefes de Guardia, según corresponda el día. Las mismas brindan atención pre-hospitalaria, hospitalaria e interhospitalaria las 24 horas, los 365 días del año para cumplir con la misión de dicho Programa.

Algunas de las funciones del Jefe de Programa consisten en:

- Conocer, cumplir y hacer cumplir las leyes, decretos, reglamentos y disposiciones que rigen el trabajo hospitalario, así como las órdenes emanadas de sus superiores del personal a su cargo.
- Planificar, supervisar y controlar el trabajo que se realiza en el servicio y comunicar a la Gerencia de Atención a las Personas, periódicamente acerca del funcionamiento de la Guardia Central.
- Vigilar el cumplimiento de los programas de actividades asistenciales, científicas y docentes que se lleven a cabo en la Guardia Central.
- Vigilar la correcta aplicación de las normas de trabajo médico y administrativo del servicio, y recomendar a los Jefes de Guardia las modificaciones que puedan conducir a su mejor funcionamiento. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2017, p. 247-248).

Por otra parte, algunas de las funciones de los Médicos Jefes de Guardia son:

- Los Médicos Adjuntos Compartirán con el jefe del respectivo Servicio las actividades asistenciales y docentes, correspondientes al servicio de Guardia.
- Conocer, cumplir y hacer cumplir los reglamentos del Hospital San Bernardo.
- Cumplir y hacer cumplir las normas de trabajo aprobadas por el Servicio respectivo.
- Atender las recomendaciones y observar el cumplimiento de las órdenes del jefe del Servicio.
- Participar en la organización y funcionamiento de las actividades médicas propias del Servicio.
- Asistir con prontitud en todos aquellos casos de urgencia en los que su presencia sea requerida por los Residentes o internos de guardia. . (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2017, p.249).

Por otra parte, en relación a la misión del Programa de Emergencia, la misma consiste en:

- Gestionar la atención pre hospitalaria, hospitalaria e interhospitalaria de los casos de emergencia y urgencia médica en el ámbito de la Provincia de Salta y su área de influencia.
- Dirigir la asistencia sanitaria del Plan de Contingencia, Desastres y Catástrofes. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2017, p. 247).

Además, cabe destacar que en el Servicio de Jefatura de Guardia dependiente del Programa de Emergencia: "... se atienden las urgencias por demanda espontánea de los pacientes, derivados de otros Hospitales, Centros de Salud o los trasladados por SAMEC." (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018d).

Los tipos de actividades que se realizan son:

Consultas Activas:

- Clínica Médica
- Cirugía General
- Neurocirugía
- Cardiología
- Traumatología y Ortopedia
- Odontología.

Consultas Pasivas

- Oftalmología
- Plástica y Quemado
- Urología
- Vascular

Pruebas Diagnósticas:

- **Laboratorio Bioquímicos:** Laboratorio de guardia – Laboratorio de Terapia Intensiva
- **Diagnósticos por Imagen:** Estudio de Placas directas – Ecografías – Endoscopia

Cirugías de Urgencias:

- Cirugía General
- Traumatología
- Neurocirugía

- Quemados
- Odontología
- Vascular Periféricas
- Tórax
- Otorrinolaringología
- Urología
- Ginecología
- Oftalmología
- Cardiovascular (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018d).

El acceso a la Guardia del Hospital se ubica en la calle José Tobías; y su Horario de atención es: todos los días, las 24 horas, durante todo el año. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018d).

Cabe destacar que el Servicio de Jefatura de Guardia no cuenta con Psiquiatras ni Psicólogos de Guardia, no posee guardias pasivas ni activas, sino que los Psicólogos y Psiquiatras del Servicio de Psiquiatría y Psicología brindan tratamiento psicológico y/o psiquiátrico a los pacientes internados en las salas de la Guardia cuando el mismo es solicitado mediante pedido de interconsulta médica. Además, es importante señalar que en el Servicio de Jefatura de Guardia, los psicólogos no pueden pedir interconsulta con otros médicos.

Por lo general, el pedido de interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología es solicitado en casos de intentos de suicidios, traumatismos graves que presenten alteraciones afectivas y psicomotrices, estados de ansiedad o angustia, intoxicaciones, y desencadenamiento psicótico.

En relación a la estructura edilicia del Servicio de Jefatura de Guardia, la misma cuenta con dos puertas de ingreso externas, una para las consultas espontáneas que se realizan en la recepción de dicho Servicio y la otra para los casos que son traídos por la ambulancia, dos pasillos, en uno de ellos se encuentran los consultorios de traumatología en donde se atienden casos de traumatismos; y en el otro pasillo, se puede apreciar una sala de internación de varones que cuenta con once camas, una sala de internación de mujeres con once camas disponibles, una farmacia, el sector de enfermería, una cocina, una habitación de mantenimiento, el Triage y el Shock Room. Este último cuarto posee una sala de rayos, un laboratorio, su propio quirófano, y en él se atienden los casos más agudos que llegan al Servicio de Jefatura de Guardia.

También, en el pasillo donde están las salas de internación, cuando existe gran demanda de asistencia clínica, se habilita el “sector de pasillo” donde se colocan camas para internar y/o atender a los pacientes que llegan.

Cabe destacar que cuando los especialistas en traumatología no están utilizando los consultorios de traumatología, pueden ser empleados por otras especialidades para brindar asistencia clínica.

En cuanto al equipo laboral del Programa de Emergencia, el mismo: “Está conformado por un equipo de profesionales, enfermeras/os, administrativos, técnicos, los cuales cubren guardia activa las 24 horas de lunes a lunes.” (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018d).

En relación a la jerarquía que se presenta en el Programa de Emergencia, en primer lugar, se destaca el Jefe del Programa de Emergencias. Luego, el Servicio de la Jefatura de Guardia, dependiente de dicho Programa, se organiza en siete jefaturas de guardia a cargo de un jefe de guardia distinto cada día, que por lo general es un cirujano.

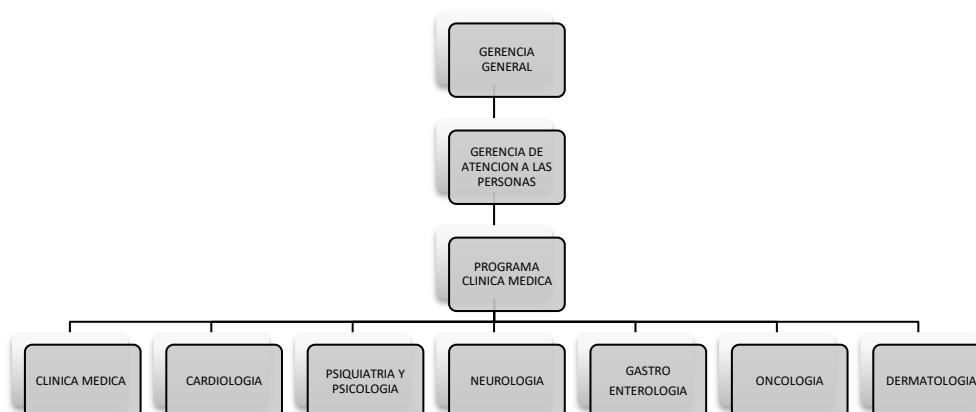
Además, el Programa de Emergencia cuenta con un Coordinador de Recepción de Guardia... y también, con un Responsable de Calidad... (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2018d).

También, en el Servicio de Jefatura de Guardia, se destaca el siguiente recurso humano: personal de la farmacia, la jefatura de enfermería, enfermeros, y diferentes especialidades médicas que realizan guardias pasivas y/o guardias activas. Entre estas especialidades tenemos: médicos clínicos, cardiólogos, neurólogos, traumatólogos.

En cuanto al servicio de enfermería que asiste los casos de urgencia en el Servicio de Jefatura de Guardia, se puede observar que los enfermeros rotan por distintos lugares de dicho sector, ya que cada sala tiene su staff de enfermería disponible para “sector de pasillo” y consultorio ambulatorio.

Por su parte, el Servicio de Psiquiatría y Psicología cuenta con tres consultorios y el recurso humano del mismo está compuesto por dos Médicos Psiquiatras, uno de los cuales es el jefe de dicho servicio, tres licenciados en Psicología y una secretaria.

En el siguiente organigrama, se pueden apreciar las relaciones de subordinación de dicho Servicio con el Programa Clínica Médica que está a su vez subordinado a la Gerencia de Atención a las Personas:



En cuanto a la estructura edilicia del Servicio de Psiquiatría y Psicología, el mismo cuenta con dos consultorios de Psicología, y uno de Psiquiatría.

Dicho servicio tiene como objetivo principal: “... posibilitar una intervención terapéutica coordinada (recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementaria), que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente.” (Scarttezzini, 2018, p.8).

Otros de sus objetivos son:

Atención integral de la salud mental en un dispositivo único.

Responder por un lado a los requerimientos de la comunidad (consultorios externos), teniendo en cuenta sus necesidades; y por otro lado a los requerimientos de las distintas áreas de internación.

Promover el trabajo en red con los diferentes actores públicos y privados en Salud Mental.

Promover la formación continua y los espacios de intercambio de conocimiento.

Desarrollar protocolos de intervención para las patologías prevalentes, ejemplo intento de suicidio. (Scarttezzini, 2018, p.8).

Por su parte, la meta de dicho servicio es la:

ATENCIÓN INTEGRAL INTERDISCIPLINARIA BASADA EN PRINCIPIOS ÉTICOS FUNDAMENTALES, CON EL RESPETO DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE Y LA MEJOR CALIDAD CIENTÍFICA DISPONIBLE DEL 100% DE LOS USUARIOS QUE PRECISEN ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE AUTOGESTIÓN SAN BERNARDO EN EL PERÍODO DEL PRESENTE PROYECTO. (Scarttezzini, 2018, p.9).

En relación a la cartera de servicios que ofrece el Servicio de Psiquiatría y Psicología se destaca:

La Cartera básica de salud mental, constituida por la atención de Urgencias, Interconsulta- Enlace y una Cartera Complementaria que puede ser representada por

Programas Especiales, Medicina Legal, Cuidados Paliativos y atención en Salud Mental de grupos con patologías específicas (diabéticos, hipertensos, obesidad, sobrevivientes de violencia entre otros). (Scarttezzini, 2018, p.10)

Cabe destacar que frente al pedido de interconsulta que realizan los médicos de salas y/o de médicos especialistas, el Servicio de Psiquiatría y Psicología asiste al Servicio de Jefatura de Guardia en los casos de urgencia.

Desde el Servicio de Psiquiatría y Psicología se entenderá por urgencia a las “... manifestaciones de una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación, entre otras).” (Scarttezzini, 2018, p.10), que “Implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión suicidio, homicidio).” (Scarttezzini, 2018, p.10); y además, “Evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio).” (Scarttezzini, 2018, p.10).

Así también, el Servicio de Psiquiatría y Psicología asiste a otros Programas y Servicios que requieran interconsultas. Las razones por las cuales “Las consultas al equipo de salud mental podrán ser solicitadas por los médicos tratantes que estén en contacto directo con el paciente.” (Scarttezzini, 2018, p.14) son:

... evaluación de pacientes por sospecha o antecedente de un trastorno de salud mental, sospecha o uso de drogas psicotrópicas, pacientes agudamente agitados, que expresan ideación suicida u homicida; pacientes que solicitan ver al psiquiatra o al psicólogo, víctimas de violencia intrafamiliar y evaluación de un paciente que rechaza un procedimiento médico o quirúrgico.

También para la evaluación de pacientes en alto riesgo de presentar problemas de salud mental en virtud de su enfermedad o condición médica:

Pacientes sujetos a amputaciones, cirugías o lesiones que alteren su imagen corporal interna o externa (ej. histerectomía, quemaduras, heridas punzocortantes, etc).

Pacientes candidatos a cirugías mayores y que demuestren altos niveles de ansiedad preoperatoria.

Pacientes con diagnóstico de cáncer, E. C. V., tuberculosis, HIV, insuficiencia renal y/o hepática, diabetes mellitus o hipertensión arterial con pobre control ambulatorio u otras patologías asociadas a cambios significativos en su estilo de vida. (Scarttezzini, 2018, p.14).

En relación a las funciones generales de los miembros del Servicio:

- a. Organización de actividades terapéuticas conjuntamente con el resto del equipo de salud.
- b. Funciones administrativas, realización de informes, estadística y memoria.
- c. Realizar funciones administrativas, análisis e interpretación de las intervenciones realizadas
- d. Participar en las capacitaciones (brindándolas y recibíéndolas)

e. Realizar investigaciones (Scarttezzini, 2018, p.19).

Con respecto a las funciones del Psicólogo, referidas a la intervención en los casos de urgencia, las mismas son: "... Evaluación psicológica del paciente en crisis. Participar como integrante del equipo multidisciplinario, en la atención del paciente en crisis que acude al servicio de urgencia y del tratamiento del paciente en crisis con técnicas inherentes a su experticia." (Scarttezzini, 2018, p.20).

Con respecto a las funciones del psicólogo en relación a la hospitalización, las mismas son:

- a. Participar como integrante del equipo multidisciplinario, en la discusión de los casos, seguimiento y toma de decisiones relacionadas con la atención de los pacientes hospitalizados.
- b. Realizar evaluaciones clínicas de los pacientes hospitalizados y registrarlas, utilizando procedimientos e instrumentos propios de la especialidad. (Incluye la aplicación de las pruebas psicológicas pertinentes).
- c. Elaborar informes psicológicos de los pacientes evaluados.
- d. Elegir e implementar los procedimientos terapéuticos psicológicos en el manejo del paciente hospitalizado mediante la atención individual y grupal, a pacientes y sus familiares ya sea dentro de programas establecidos o en acciones concertadas con otros programas, incluyendo su entrenamiento para afrontar el proceso de preparación para cirugías, hospitalización y rehabilitación, en otros servicios y especialidades médicas, tanto en la consulta externa, como a nivel hospitalario (Scarttezzini, 2018, p.20).

En lo que refiere a las funciones del psicólogo con respecto a la interconsulta y enlace, éstas consisten en:

- a. Organizar y participar en los programas y/o actividades de enlace y consultoría que se desarrollan en los diferentes departamentos y servicios hospitalarios, atendiendo interconsultas afines a su experticia, realizando intervenciones en crisis a nivel individual y al grupo familiar en cualquier escenario del hospital.
- b. Ofrecer psicoterapia a los pacientes hospitalizados y prepararlos psicológicamente a ellos y sus familiares previo a procedimientos (quirúrgicos y otros), brindándoles seguimiento en el período post-operatorio a aquellos que así lo requieran (cuando hay una referencia apropiada o necesidad identificada).
- c. Participar en la atención y manejo del paciente terminal mediante técnicas específicas de adaptación a la enfermedad permanente y la muerte.
- d. Propiciar la creación de condiciones hospitalarias que satisfagan las necesidades psicológicas del paciente y de sus familiares.
- e. Organizar grupos de discusión entre profesionales que laboran en las salas con elevado estrés psicológico.

f. Participar en la planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de los programas de los programas de rehabilitación. (Scarttezzini, 2018, p.20-21).

Aspecto dinámico del Servicio de Jefatura de Guardia dependiente del Programa de Emergencia

Con respecto al procedimiento que se sigue para la atención de las emergencias médicas, existen tres vías para su resolución:

Cuando un paciente ingresa al Servicio de Jefatura de Guardia del Hospital Público de Autogestión San Bernardo puede hacerlo por demanda espontánea, acompañado por sus familiares o por alguna institución (como el Servicio Penitenciario o Alcaldía), derivado de centros de menor complejidad y /o el interior. Cabe destacar que el paciente puede llegar por sus propios medios o transportados por la ambulancia del SAMEC.

En el caso de demanda espontánea, el paciente es recibido por los administrativos de la recepción quienes le toman los datos, y según el grado de emergencia de su padecimiento es asistido inmediatamente o deberá esperar en la sala de recepción.

Esta asistencia clínica depende del código en el cual se clasifique su emergencia. Esta codificación permite brindar asistencia basada en criterios de la gravedad del caso. Dichos código pueden ser rojo, amarillo, y verde.

Es un código rojo cuando si no se brinda la asistencia clínica en el menor lapsus de tiempo, peligra la vida del paciente; entonces el paciente cuya urgencia se clasifica en este código recibirá asistencia médica de inmediato, sin necesidad de esperar en la sala de espera.

Se trata de un código amarillo cuando, si bien el paciente no corre un riesgo inminente de muerte, requiere que su urgencia sea asistida por los profesionales de la salud para evitar complicaciones futuras. Con lo cual, se dará lugar primero a los casos que se clasifiquen en códigos rojos, y luego de asistir a estos, seguirán los casos que se clasifican en el código amarillo.

Por último, con respecto al código verde, se tratan de enfermedades o patologías leves en donde no peligra la vida del paciente, por lo tanto, estará en el último lugar de la lista de espera para ser atendido, dando preeminencia a los casos clasificados en los códigos anteriores.

Una vez que llaman al paciente, éste ingresa por la puerta que da a los consultorios de traumatología. Entonces, es asistido por algún médico clínico o especialista, recibe el tratamiento clínico pertinente, y si el médico considera necesaria una internación a partir del diagnóstico que realiza, como así también una interconsulta con otros profesionales de la salud, el paciente pasa a ser internado en la sala de guardia y es asistido por otros profesionales.

En cambio, cuando el paciente ingresa al Servicio de Jefatura de Guardia por motivos tales como traumatismo, intentos de suicidio o intoxicación, y es trasladado por una ambulancia, se incorpora directamente por la puerta de acceso que da al pasillo donde se encuentran las salas de internación y Shock Room. Entonces, el paciente es recibido por el médico clínico de planta quien realiza una evaluación, anamnesis y diagnóstico. A partir de ahí, los enfermeros llevan a cabo las maniobras indicadas por el médico para la estabilización del paciente, es decir que recibe los tratamientos médicos necesarios para lograr la estabilización de su organismo.

Luego de evaluar al paciente, los médicos de guardia pueden tomar las siguientes decisiones:

- Internación en la sala del servicio de jefatura de Guardia
- Internación en el Shock Room donde se realizan intervenciones quirúrgicas
- Traslado del paciente a una sala interna del hospital
- Derivación a otro hospital

Cuando el paciente es internado en una sala de la guardia, el médico clínico asienta en la historia clínica: el diagnóstico del paciente, modo de ingreso y, si lo considera conveniente según la patología de la que se trate, puede realizar un pedido de interconsulta con otros profesionales afines a las necesidades de asistencia de dicho caso.

Los diferentes pedidos de interconsulta van quedando registrados en la historia clínica del paciente, como así también, los resultados de la evaluación de cada profesional que lo asiste con respecto a la evolución de su estado de salud.

Con respecto a la estructura de la historia clínica, en la primera hoja, el médico que recibió al paciente redacta el modo en que ingresa al servicio de Jefatura de Guardia. Por lo general, las ambulancias del Sistema de Atención de Emergencias y Catástrofes (SAMEC) son las que trasladan a los casos de emergencias.

En las hojas siguientes de la historia clínica, se puede apreciar la evolución clínica del estado de salud del paciente llevada a cabo por diferentes médicos de distintas especialidades. A su vez, dichos médicos pueden pedir interconsultas con otros

profesionales de la salud, las cuales quedan registradas en dicha historia clínica, para lograr una mejor evaluación, diagnóstico y pronóstico de la salud del paciente.

Entonces, en relación a estos casos de emergencia que se presentan en el Servicio de Jefatura de Guardia, en primer lugar, los médicos y enfermeros resuelven la emergencia médica, y luego, si lo consideran necesario, mediante el pedido de interconsulta hacen intervenir al Servicio de Psiquiátrica y Psicológica.

Por ejemplo, en un intento de suicidio medicamentoso o por ahorcamiento, el médico asiste al paciente, aguarda un tiempo para que su organismo se recupere, y luego, una vez estabilizado, realiza el pedido de interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología. Es decir que “Los pacientes serán referidos al equipo de salud mental, después de ser evaluados por el equipo de salud general” (Scarttezzini, 2018, p.11), el cual realizará un abordaje del paciente de manera conjunta o por separado.

También, en el Servicio de Jefatura de Guardia, se realizan revistas de salas en donde el médico va contando cada caso a los integrantes de su grupo (otros médicos) y se va deteniendo en cada especialidad.

Por otra parte, es importante destacar las condiciones en que se realiza la pasantía académica en el Servicio de Jefatura de Guardia dependiente del Programa de Emergencia. Debido a que dicho Servicio cuenta con dos salas de internación con 11 camas en cada una, y a que el perfil del hospital se orienta a la atención de casos agudos, los médicos se interesan por brindar asistencia clínica principalmente a los casos de traumatismo grave. Entonces, cuando llegan casos que según los criterios médicos no corresponden a traumatismos graves, buscan derivarlos a los hospitales que tienen incumbencia en los mismos.

A partir de esto, se puede observar que las condiciones en que se realiza la pasantía académica están dadas en función del reducido espacio físico del Servicio de Jefatura de Guardia para alojar a la gran cantidad de demanda de casos de emergencias, y también del perfil del Hospital Público de Autogestión San Bernardo que se refiere a la atención de casos agudos, traumatismos graves, etc.

De esta manera, existe una necesidad, propia de la cultura organizacional de dicha institución, de derivar aquellos casos que no se ajusten a dicho perfil a los hospitales que por su perfil pueda alojarlos y ofrecerles la asistencia médica que requieren. Por ejemplo, el Hospital Del Milagro atiende los casos de infecciones y compromiso de vías respiratorias, el Hospital Materno Infantil las cuestiones relacionadas con la ginecología, el Hospital Ragone las patologías relacionadas con los desencadenamientos psicóticos,

dejando fuera del mismo los intentos de suicidio los cuales suelen ser dados de alta o derivados.

De esta manera, los médicos logran hacer espacio en las salas de internación del Servicio de Jefatura de Guardia del hospital para brindar atención a aquellos casos de traumatismo severo.

Por ello, en los casos de urgencia, como intentos de suicidio, si bien el psicólogo y/o psiquiatra recomiendan internación de 24 hs para estos pacientes, hay ocasiones en las que no pueden quedar internados en el Servicio de Jefatura de Guardia. Entonces, son trasladados a las salas de internación del hospital, ya que no es conveniente derivarlos al Hospital Ragone, puesto que este hospital los interna sólo si cumplen con criterios psiquiátricos relacionados con la manifestación de los fenómenos propios de la psicosis como alucinaciones, delirios, etc.

También, es importante destacar lo que fue mencionado anteriormente: en el Servicio de Jefatura de Guardia no existe presencia permanente de psicólogos ni psiquiatras razón por la cual dichos profesionales responden a los pedidos de interconsulta en los horarios en los que realizan consultorio externo. “El equipo de salud mental proveerá interconsulta de psiquiatría y psicología intrahospitalaria dentro del horario para el que está contratado al servicio de la institución, (una consulta inicial y visitas de seguimiento dependiendo del caso).” (Scartezzini, 2018, p.13).

Lo anterior, deja en evidencia que los días sábados y domingos el Hospital Público de Autogestión San Bernardo no cuenta con psicólogos ni psiquiatras de Guardia, con lo cual en el Servicio de Jefatura de Guardia se trabaja con dispositivos de derivación. Entonces, los pacientes que llegan al Servicio de Jefatura de Guardia del Hospital Público de Autogestión San Bernardo y demandan tratamiento psicológico o psiquiátrico son derivados al Hospital Ragone.

Funcionamiento del Servicio de Psiquiatría y Psicología, vinculación con el Programa de Emergencia

La función del Servicio de Psiquiatría y Psicología es la de prestar asistencia psicológica y/o psiquiátrica tanto en consultorios externos o ambulatorios, en el Servicio de Jefatura de Guardia, como en las salas de internación del Hospital Público de

Autogestión San Bernardo (Traumatología, Quemados, Terapia Intensiva, Cirugía General, etc.).

Dicho Servicio cuenta con tres Licenciados en Psicología (practicantes en psicoanálisis) y dos psiquiatras para cubrir la demanda de todo el hospital, por lo tanto el Servicio de Psiquiatría y Psicología también funciona como un servicio de apoyo para los otros Programas y Servicios.

De lunes a jueves, durante la mañana, los psiquiatras atienden en sus consultorios, pudiendo ser convocados a brindar asistencia clínica en el Servicio de Jefatura de Guardia y salas de internación del hospital. Uno de los psiquiatras atiende los lunes y miércoles de 08 a 10hs., y los martes y jueves de 10 a 12hs; y el otro, los lunes y miércoles de 10 a 12hs, y los martes y jueves de 08 a 10hs.

Por su parte, de lunes a jueves, de 8 a 13 hs, dos de los licenciados en Psicología atienden en los consultorios, y el otro, a la tarde de 13 hs a 18 hs quien a su vez realiza visitas domiciliarias.

Además, los días viernes, de 8 a 10hs., está destinado un espacio de formación académica para la realización de ateneos en los que pueden participar los integrantes del equipo del Servicio de Psiquiatría y Psicología.

A su vez, los psicólogos brindan su servicio en las salas de internación del hospital: quemados, traumatología, cirugía general, ematoterapia, clínica de varones y mujeres, y también, responden a la demanda de interconsulta que proviene del Servicio de Jefatura de Guardia. Es decir que en sus horarios de atención de consultorio, también dan respuesta a la demanda de asistencia clínica de las salas de internación, y a los pedidos de interconsulta que llegan del Servicio de Jefatura de Guardia del hospital.

Estos pedidos de interconsulta llegan al Servicio de Psiquiatría y Psicología traídos por los enfermeros, o se realizan desde la Jefatura de Guardia llamados telefónicos a los consultorios del Servicio de Psiquiatría y Psicología. En otras ocasiones, los licenciados en Psicología acceden a dichos pedidos mediante las bajadas que realizan a la guardia.

En relación a la asistencia clínica que le compete brindar al Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, en el Servicio de Jefatura de Guardia, la misma se ve limitada a dar respuesta a la interconsulta solicitada por los médicos de sala.

A veces, los médicos detectan casos en los que se presentan episodios de angustia o crisis y hacen interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología o derivan a consultorio ambulatorio. En algunos casos, los psicólogos pasan por la sala de la guardia

a observar si existen casos que requieran de tratamiento psicológico en base a criterios psiquiátricos y psicológicos, y que hayan sido obviados por la perspectiva médica.

Además, en algunas ocasiones, los psicólogos suelen preguntar a los enfermeros y al médico de sala si hay pedido de interconsulta con “salud mental” para la evaluación clínica tanto de los pacientes que se encuentran en las salas como de aquellos son internados en el sector pasillo de la guardia.

También, los psicólogos y psiquiatras suelen “ver revistas” que es otro modo de generar demanda de atención del Servicio de Psiquiatría y Psicología. Si no llegan las interconsultas, ver revistas de sala les permite obtener información sobre el estado de salud de los pacientes y la posibilidad de que surja una demanda de intervención psicológica. Por ejemplo, atrás de un traumatismo físico o politraumatismo puede haber alguna situación de angustia que requiera de asistencia psicológica o psiquiátrica.

En cuanto a la sala de Shook Room, muy pocas veces los pacientes de dicha sala están en condiciones de recibir asistencia psicológica. Primero requieren de una estabilización de su organismo para estar en condiciones para hablar.

El abordaje y la toma de decisiones que se realiza desde el Servicio de Psiquiatría y Psicología pueden llevarse a cabo por el licenciado en Psicología y psiquiatra, ya sea de forma conjunta o por separado, según los tiempos y circunstancias lo permitan. Lo ideal es que “La atención debe realizarse en equipo, empleando modalidades terapéuticas apropiadas.” (Scarttezzini, 2018, p.11).

Cabe destacar que la evaluación clínica que tiene mayor peso en la decisión final que toma el médico de sala sobre el destino de un caso de urgencia en el Servicio de Jefatura de Guardia, es la del psiquiatra puesto que su puesto tiene mayor jerarquía que la del Licenciado en Psicología.

Para realizar el abordaje de los casos de emergencia en los que los médicos pidieron interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología, los licenciados en Psicología realizan una lectura de la historia clínica del paciente para ver de qué se trata el caso, su evolución, si ha sido internado previamente y por qué motivo, diagnóstico del médico, y para ver cuál es la demanda del médico y compararla con la del paciente.

Además, los licenciados en Psicología no cuentan con un consultorio para brindar atención psicológica, sino que deben brindar su tratamiento clínico en la Sala de Guardia, con el paciente recostado en su cama (en su box), o si el paciente puede movilizarse, se trasladan a algún consultorio de traumatología que esté disponible, regresándolo a la sala de internación de la guardia una vez concluido dicho tratamiento.

Además, en lo que al protocolo de atención refiere, “En todos los casos se realizará una entrevista que permitirá determinar la necesidad de la atención inmediata, la hospitalización o la referencia al dispositivo que correspondiese.” (Scarttezzini, 2018, p.11).

Es importante destacar que los pacientes que tras vivir una urgencia llegan al Servicio de Jefatura de Guardia del Hospital Público de Autogestión San Bernardo son diferentes de aquellos que ingresan al Hospital Ragone, también en estado de emergencia. En el primer caso, llegan padeciendo una emergencia que compromete la vitalidad de su organismo y los médicos buscan compensarlo. En cambio, en el segundo caso, los pacientes ingresan al Hospital Ragone más compensados a nivel del organismo.

Luego de que en la guardia el paciente recibe el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, el licenciado en Psicología y/o psiquiatra asienta/n en la historia clínica la evolución del paciente desde su perspectiva, colocando su estado afectivo, orientación temporo espacial, estado cognitivo, psicomotricidad, si hay o no riesgo inminente para sí o para terceros, ideación o planificación suicida, si cuenta con contención familiar, y la recomendación o no de internación prolongada para continuar con el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Si el paciente se queda internado en la sala del Servicio de Jefatura de Guardia, el Licenciado en Psicología lo vuelve a asistir a la mañana siguiente; y luego, se le indica tratamiento psicológico, para lo cual se le da un turno para consultorio externo perteneciente al Servicio de Psiquiatría y Psicología. Además, nuevamente se registra la evaluación del paciente en la historia clínica.

Si no queda internado, y le dan el alta, y si fue un caso de riesgo como un intento de suicidio, se indica siempre tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, con lo cual se le otorga un turno para que asista a los consultorios externos donde se continúa con las entrevistas clínicas. En el membrete del licenciado en Psicología, se coloca el nombre del paciente, DNI, la fecha y hora del turno y el motivo de consulta. Dicho turno deberá ser arancelado por el paciente para acceder a la consulta con el profesional.

Cabe destacar que los casos más comunes que se presentan en el Servicio de Jefatura de Guardia y que son de incumbencia del Servicio de Psiquiatría y Psicología son:

- Intentos de suicidio (por ahorcamiento, autolesiones, consumo de tóxicos, etc.)
- Intoxicaciones agudas por consumo de etílicos y sustancias
- Traumatismo severo (con alteraciones afectivas y/o psicomotrices)

Particularmente, en los casos de intentos de suicidio, el Psicólogo completa una ficha llamada “Ficha notificación suicidio-intento de suicidio” que es enviada al GUIAF (Grupo Interdisciplinario de Abordaje en Episodio de Suicidio e Intento de Suicidio) a través de Epidemiología. La misma contiene la nomenclatura o código del CIE 10, y una observación sobre el caso, por ejemplo, en caso de que el paciente haya firmado un alta voluntaria para retirarse, en dicha ficha se coloca esa observación.

**Relato de la Experiencia de la Pasantía
Académica**

En este apartado se desarrollarán los tres puntos más importantes en torno a los cuales giró la actividad dentro de la pasantía. Estos son:

La práctica de una pausa en la urgencia

La oportunidad de formación en la urgencia

La conversación con la medicina

La práctica de una pausa en la urgencia

El inicio

La actividad se llevó a cabo bajo la supervisión del director de la pasantía académica. Dentro de la misma, el rol del pasante fue el de observador no participante.

Cabe destacar que la asistencia clínica de los casos de urgencia se desarrolló tanto en las salas de varones y mujeres como en los consultorios de traumatología pertenecientes al Servicio de Jefatura de Guardia. Así también, la continuación del tratamiento de dichos casos fue ofrecida en los consultorios externos pertenecientes al Servicio de Psiquiatría y Psicología y en un caso, en una sala de internación de mujeres perteneciente al Programa de Traumatología.

Por lo general, cuando en el Servicio de Jefatura de Guardia, los médicos de sala o algún médico especialista que hubiese asistido al paciente solicitaban interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología, el profesional psicólogo respondía a dicha demanda individualmente o de forma conjunta con un psiquiatra.

También, podía ocurrir que el pedido de interconsulta estuviera dirigido directamente al Psicólogo, o solamente al Psiquiatra, o al Servicio de Psicología y Psiquiatría, o también, como suelen decirle a dicho Servicio: Salud Mental. Con lo cual, en el último caso, podían ir ambos profesionales, o previamente, resolver entre ellos cuál de los dos profesionales debía acudir al Servicio de Jefatura de Guardia, según la descripción del estado de salud del paciente, reflejada en el pedido y la demanda del médico.

Una vez en el Servicio de Jefatura de Guardia, según las condiciones de salud del organismo del paciente, se le brindaba asistencia clínica en la sala de internación de la Guardia, en su correspondiente Box, o en un consultorio de traumatología de la Guardia.

Cuando el paciente no se encontraba en condiciones de caminar, la/s entrevistas/s clínicas realizadas por el practicante del psicoanálisis se llevaban a cabo en el box donde se encontraba, es decir, al costado o al pie de su cama.

Por otro lado, si el paciente podía movilizarse, era trasladado a unos de los consultorios de traumatología del Servicio de Jefatura de Guardia que se encontrara disponible. En dicho consultorio, el practicante en psicoanálisis entrevistaba al paciente.

Se trabajó con pacientes que llegaron al Servicio de Jefatura de Guardia debido a una emergencia médica que requería, en primer lugar, las maniobras médicas necesarias para estabilizar el organismo del paciente, para que luego estuviera en condiciones de hablar y recibir un tratamiento psicológico.

Por lo general, se presentaron casos de urgencia que fueron diagnosticados por los médicos de sala como intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa, ahorcamiento, intoxicaciones etílicas, intoxicaciones por consumo de drogas y traumatismos por accidentes de tránsito.

Dicho diagnóstico quedaba plasmado en la historia clínica de cada paciente, como así también, la evolución de su estado de salud que era descripto por los diferentes médicos que lo veían según fuera el caso. También, quedaba asentada en la historia clínica el pedido de interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología, entre otras interconsultas con otros profesionales.

En los casos entrevistados, se pudo apreciar que se encontraban bien orientados temporo espacialmente. Ante la pregunta del practicante del psicoanálisis en relación a si sabían dónde estaban, los pacientes respondían adecuadamente. Como por ejemplo, un joven de 20 años que ingresó a la guardia por ingesta de lavandina menciona "*En el hospital.*", otro joven de 17 años que ingresó con cuello ortopédico a la guardia trasladado por la ambulancia del SAMEC desde su domicilio, donde intentó suicidarse ahorcándose, responde "*San Bernardo.*", una joven de 29 años que intentó suicidarse mediante el consumo de ansiolíticos y antidepresivos destaca: "*Sí, en el hospital.*"; un joven de 25 años que intentó suicidarse ahorcándose con una soga luego de consumir alcohol dice "*Sí, hospital.*".

Además, tenían noción acerca de la fecha en la que estaban: "*Martes.*", "*Dieciséis de abril.*", "*Diecinueve.*"; o desde cuando estaban internados en la sala de Guardia, como es el caso de una mujer derivada del interior, trasladada en ambulancia al Servicio de Jefatura de Guardia donde le amputaron una pierna debido a un accidente de tránsito, quien menciona "*Bien, ayer ingresé.*".

Sin embargo, en un caso, se presentó cierta dificultad para ubicarse temporalmente, de lo cual daba cuenta su discurso al responder al profesional. Se trataba de un joven que no sabía bien en qué mes estaba: *“Junio o abril.”*

Si bien en un primer momento no se procedía a indagar sobre el motivo o la razón por la cual ingresaban a la guardia, si era posible escuchar que algunos entrevistados se mostraban deseosos de comentar sus historias o los antecedentes al hecho que determinó la urgencia.

Tal es así que podemos mencionar el caso de una joven de 22 años, derivada al Servicio de Guardia, con un diagnóstico de politraumatismo ya que tuvo un accidente de tránsito mientras acompañaba a su novio. La misma menciona *“Él me fue a esperar y yo lo noté que él estaba medio tomado, siempre estaba así y nunca volcaba. No me imaginaba que iba a pasar.”*

También, se puede apreciar el relato de un joven trasladado desde la Alcaldía que prendió fuego al colchón de su celda, aspiró humo, y presentaba cierta dificultad respiratoria, pero no tenía quemaduras:

...el celador, vino parece que había tomado y me sacaron a las nueve y me dijo a ver báñate. Y me le acerco y le digo que tengo que dormir hasta las doce u once, y se hizo el malo que si él quiere me iban a hacer pegar y llamó a los lagartos y me hizo pegar. Y más el problema que tuve con mi hijita, me sentía eufórico y bueno no pensé las consecuencias.

Un paciente de 25 años comenta: *“Estaba con mi hija, después fui a la casa de mi amigo me invitó a tomar y eso, y después a la noche dice que estaba re borracho perdí la cabeza me quise suicidar y de ahí desperté acá.”*

Además, se puede mencionar el caso de la paciente a la que le amputaron la pierna, que al relatar cómo fue el accidente refiere:

El sábado llegue a XY a verla y el domingo a la mañana quise ir caminando y yo sentí como que el vehículo me siguió. Eran jóvenes escuchando música. Y en determinado momento, se me ocurrió que me iban a chocar. Entonces, crucé, me acerqué al puente y sentí la presencia del vehículo.

Otra joven de 34 años que ingresa a la guardia, por consumo de pasta base y peleas callejeras, comenta: *“Me golpearon en V, personas que creían que yo era otra, se confundieron, me golpearon. La chica esta se llama E. Que estaba consumiendo yo en ese momento.”*

En ese primer abordaje era clara la referencia a la falta de límites, como bien mencionó una paciente: *“Como una niña, por los cuidados, porque me siento indefensa, porque no puedo tomar buenas decisiones. Es como que no se qué hacer.”* Incluso, se

puede considerar el caso de un paciente que relaciona su situación de sufrimiento con la falta de límites al decir: *“Mi mamá no me pone un alto, por eso que capaz que yo me hago así.”* y agrega *“...yo quiero que mi mamá me ponga límites o algo. Antes cuando salía si no llegaba me mandaba un mensaje, ahora no.”*. También, se puede destacar lo que mencionó el paciente privado de su libertad: *“Quiero estar en la cárcel con mi papá...”*, el cual se encuentra privado de la libertad, y agrega *“...que me contenga porque se porta bien, tiene condena larga, yo lo quiero hacer caso y puedo llegar a trabajar para pasarle plata a mi hija.”*. Como así también, el caso de una paciente que dice: *“Cuando junto un poquito de esto y aquello, no saber para dónde ir.”*, manifestando su desorientación en relación a su estado emocional.

Además, en algunos casos era clara la dificultad para poder elaborar una respuesta que diera cuenta de lo sucedido. Por ejemplo, un paciente de 17 años menciona *“No sé cómo explicar, no sé cómo explicar.”*. También, se pudo notar esto en el discurso de la paciente de 32 años que ingresó a la Guardia traída por el Samec por un intento de suicidio cuya modalidad fue intoxicación medicamentosa: *“Tomé uno primero y después dos más, capaz que pensé que si tomaba los tres me dormía más rápido o ya directamente no iba a sentir nunca más nada.”*. Incluso, podemos mencionar el caso del paciente de 20 años que dice *“Pasó eso. Me acuerdo hasta que le di un beso a mi mamá y salí para afuera, fui al baño y no recuerdo más.”*.

Por otra parte, también relataban sensaciones en el cuerpo que podrían ser relacionadas con la angustia traumática. Una de las pacientes menciona: *“Es una sensación de angustia, taquicardia, miedo constante de estar sola, algo desesperante, no lo puedo manejar.”*. Otra paciente destaca *“Son por ejemplo cuando estoy pensando algo y no lo doy a conocer y me agarran convulsiones.”*.

En otros casos, se podía ver como una emergencia o urgencia no es en principio una urgencia subjetiva ya que, en un primer momento, los hechos ocurridos no eran asociados con ninguna idea ni con una experiencia del sujeto, sino que se adjudicaba a otras razones o se mostraban preocupados por el otro. Como es el caso de la mujer a quien le amputaron la pierna, cuando relata:

Sí, vino el traumatólogo y me dijo el riesgo que habría si no lo hacían y que era una forma de salvarme la vida. Yo quiero recuperarme para ver a mis padres. Mi papá hace tres años que quedó ciego (llora) y ellos viven solos. Yo ahora tengo traslado, antes donde yo trabajaba los visitaba poco.

O como es posible notar, en el relato de la joven de 22 años *“Me acuerdo que él iba muy fuerte y de ahí ha volcado. Íbamos nosotros no más.”*.

También, se puede considerar el caso de un paciente de 52 años que ingresa al Servicio de Guardia trasladado por el SAMEC con diagnóstico de intento de suicidio por intoxicación medicamentosa y aliento etílico que menciona al comenzar la entrevista: *“Fui al baño y volví. Y no me acuerdo más, me desperté acá.”* Y agrega *“No sé, como un desmayo, inconsciente total. No sé si me caí o no me caí. Me levantaron supongo. Me desperté y no sabía dónde estaba. Y es para asustarse puede ser un problema del corazón.”*. Sin embargo, en la entrevista se constató que no se trataba de un intento de suicidio, con lo cual la demanda de atención provenía de la suposición de los médicos.

Los pacientes que fueron observados durante las entrevistas relataban los acontecimientos previos al intento de suicidio. Podemos mencionar el caso de un adolescente que menciona *“Sé que mi mamá dice que nos quiere a todos por igual (silencio) yo sentí que a mi mamá le doy lo mismo.”*; también, el caso de una paciente que señala *“Son pensamientos que si en este mundo estaría o no sería lo mismo. Nadie se daría cuenta.”*.

Otros pacientes no recordaban el suceso y, en ocasiones, un tercero se los había contado. Como el caso del paciente de 25 años que se entera de lo que pasó gracias a un profesional de la salud *“... dice que me quise ahorcar.”* y aclara *“La doctora que me encontró ahorcado, estaba colgado.”*. También, una paciente relató sobre lo que ocurrió antes de su intento de suicidio:

... el señor del transporte me dice te veo re mal ¿estás bien?. Después le mande un mensaje... Ya está voy a tomar algo le dije. Cuando mi hijo se fue a la escuela, él le preguntó cómo estoy yo, y él le dijo está durmiendo la mamá. Y entonces, él entró porque yo no respondía y llamó al papá de mis hijos y él mando la ambulancia.

Además, se puede considerar el caso de una paciente que fue traída a la guardia por la ambulancia desde su domicilio tras sufrir un episodio de Pseudocrisis y una caída de su propia altura, quien ante la pregunta del profesional en relación a si recordaba porque la habían trasladado a la guardia responde: *“No sé qué habrá pasado por qué me vine a internar.”*, y luego expresa: *“Me desmayé en la cama. Antes le dije a mi mamá van a venir como cuervos, están esperando que te mueras.”*.

Por otra parte, había otros pacientes que sí podían dar cuenta de lo sucedido y de por qué se encontraban internados. Como el caso de una paciente que señala *“Y bueno ayer, tomé más de lo que debía tomar.”*. O el caso del paciente que se encontraba privado de su libertad que dice *“Me intenté suicidar, me intenté quitar la vida. Estoy detenido, pienso mucho en mi familia, en mi hija. Mi señora va me dice que no tienen para comer.”*.

También, se destaca el relato del paciente de 17 años que recuerda *“Fui a la pieza de mi mamá, me puse la sogá, y me colgué, y justo llegó mi cuñado.”*

Sin embargo, más allá del relato de los hechos, los pacientes no se implicaban durante este momento inicial, tomando distancia de su responsabilidad. Como destaca un paciente: *“Por una tontería que se me pasó por la cabeza. Tengo muchos problemas en mi casa.”*; o como menciona una paciente *“Porque tomé pastillas.”* También, como es el caso del paciente privado de su libertad quien culpa a los celadores de su reacción: *“...y se hizo el malo que si él quiere me iban a hacer pegar y llamó a los lagartos y me hizo pegar.”*

Además, se destacan otros casos en donde los pacientes no se implicaban en los hechos ocurridos de los que participaban, y atribuían la causa de su comportamiento al consumo de sustancias. Como el caso de una joven con adicción que señala haberse separado de su novia por *“...esta mierda de la droga.”*, o el paciente de 25 años quien recuerda que antes de intentar suicidarse *“Estaba medio tomado...”*

El dispositivo analítico en el Servicio de Jefatura de Guardia

En los casos entrevistados, el practicante en psicoanálisis mantuvo una posición más bien pasiva, se mostró dispuesto a alojar y escuchar al paciente que se encontraba internado en las salas del Servicio de Jefatura de Guardia, es decir, dejaba que el sujeto relate sin mostrarse inquisidor, ofreciéndole significantes que le permitieran desplegar su discurso, historizar el suceso.

En primer lugar, se buscó que los pacientes pudieran ubicarse temporo espacialmente preguntándoles en dónde estaban, el día, mes y/o año. Esto permitía al profesional tener un indicador al momento de evolucionar en la historia clínica del mismo.

Luego, mientras que en algunos casos se preguntó primero sobre lo último que los pacientes se acordaban o cómo habían llegado al Servicio de Guardia; en otros, se preguntaba en primer lugar por sus familiares, amigos, actividades, etc. para luego preguntar si recordaban algo de lo que había pasado.

Entonces, el practicante del psicoanálisis realizó preguntas tendientes a ligar al sujeto a su vida diaria y a sus pares, para que se pudiera nombrar en relación a otros. Así, preguntaba a qué se dedicaban los pacientes, si trabajaban o estudiaban, con quiénes vivían, si tenían familia, amigos, pareja. Entre estas preguntas podemos mencionar las siguientes: *“¿A qué te dedicas?”*, *“¿Con quién vivís?”*, *“¿A qué se dedica usted?”*, *“¿En qué trabajabas?”*, *“¿Tiene familia?”*, *“¿Usted está trabajando?”*

Es así que se pudo escuchar frases de los pacientes que daban cuenta de la cotidianidad de sus vidas en relación a sus hijos, padres, trabajo, etc. *“Estoy haciendo un curso de peluquería y hago tatuajes.”*, *“Con mi madre.”*, *“Nada, por ahora estaba sólo en la casa con mi mamá yo le cocino.”*, *“Si mi señora y tengo tres hijos... Viven con nosotros. Uno va a la X, está haciendo también una pasantía... El otro trabaja en una empresa, y está haciendo un terciario...”*, *“Tuve que dejar el trabajo y estar con ella. Tuvo un ACV. Ella se cayó. Mi padrastro toma. Usted no tiene derecho a decirle así a mi mamá, le dije.”*

Además, se buscó que el paciente pudiera comenzar a contar sobre lo sucedido por medio de preguntas que lo llevaban a relatar el hecho. Como, por ejemplo, preguntas en relación a lo que había pasado, o si se acordaba de lo que había ocurrido antes del incidente, o sobre cómo había llegado al hospital.

De esta manera, se intentaba localizar el punto de basta o ruptura de la homeostasis en la vida del sujeto. Entre estas interrogaciones que hacía el profesional se destacan: *“Mmm, ¿te acordás qué pasó antes de esto?”*, *“¿Qué es lo último que se acuerda?”*, *“¿Cuándo pasó eso?”*, *“Y ayer, ¿te acordás qué fue lo que pasó?”*, *“¿Cuál fue tu problema?”*, *“¿Qué ha pasado?”*, *“¿Sabés por qué estás acá?”*, *“¿Qué pasó?”*, *“Cuénteme ¿por qué vino acá, que pasó?”*, *“¿Qué está pasando en tu vida?”*, *“¿Por qué estás acá?”*.

A partir de las mismas, los pacientes dieron diferentes respuestas que daban cuenta de un punto de quiebre en la cotidianidad de sus vidas, algunas de éstas fueron: *“Estaba cansada de los pensamientos.”*, *“Solamente quería descansar de los pensamientos negativos”*, *“Yo no aguantaba más, el día anterior yo llamé a mi hijita, estaba llorando, no tenía para comer.”*, *“Estaba con mi hija, después fui a la casa de mi amigo me invitó a tomar y eso, y después a la noche dice que estaba re borracho perdí la cabeza me quise suicidar y de ahí desperté acá.”*, *“Fue en diciembre en las fiestas de navidad discutí con una amiga que tiene la guardia de mis nenas.”*, *“Discutí con mi mamá y me corrió de mi casa y estaba solo y no tenía dónde irme. Tuve la idea de terminar con mi vida porque soy un estorbo para mi mamá.”*, *“... me crucé hacia el lado contrario y el vehículo me atropelló y luego quiso huir. ...y como no podía salir, me volvió a atropellar. Veía todo dado vuelta... Yo le pedía que no me dejara tirada acá...”*

En otros casos, las intervenciones realizadas buscaban posibilitar la apertura y despliegue del discurso del paciente cuando éste tenía inconvenientes para hablar sobre lo sucedido.

Como el caso de un joven que ante cierta dificultad para explicar lo ocurrido dice: *“No sé cómo explicar...”*. Entonces, el practicante en psicoanálisis intervino diciendo *“Como puedas, empezá con lo primero que se te ocurra.”*, lo cual tuvo un efecto ya que permitió que el paciente continúe diciendo: *“No me puedo llevar bien con mi mamá. Por eso yo trato de irme de mi casa. Por eso yo trato de irme de mi casa.”*.

Podríamos destacar otras preguntas que realizaba con este fin como ser: *“¿Cómo fue?”*, *“... ¿cómo fue esto?”*, *“¿Te acordás del accidente?”*, *“¿Me podés decir un ejemplo?”*.

Mediante otras preguntas que, hacia el profesional, buscaba instalar una pausa para dar lugar a un tiempo para comprender. Para esto, mantenía una postura ética de no saber sobre el sujeto, permitiendo que éste aparezca, y mostrando cierta incompreensión en relación a los afectos del mismo. Entonces, el practicante en psicoanálisis realizaba preguntas al estilo de: *“... ¿esos pensamientos como son?”*, *“¿Cómo es sentirse mal?”*, *“¿Cómo son esas peleas?”*, *“¿Cómo sería estar bien?”*, *“¿Por qué gritabas?”*, *“¿Esto de dejar de ser el único qué implica?”*, *“¿Cómo son esas caídas emocionales?”*.

Se escucharon respuestas como: *“Que no estoy alcoholizado, me sorprende.”*, *“Son pensamientos suicidas.”*, *“Porque me sentía en un lugar que yo no estuve, no conocía. Ahora estoy tranquila, ya sé donde estoy y por qué estoy aquí.”*, *“No sé, estaban mis hermanas, mi papá y mi mamá. Si tenía primos pero no es lo mismo.”*.

En esas entrevistas, comenzaba a aparecer cierta labilidad afectiva, a través de diferentes manifestaciones como el llanto o frases al estilo de *“Siempre cuando hablan me retan, me dicen cosas, que yo no estoy a cargo de mi hijo, pero yo estoy con él. Me molesta que me digan cosas. No aguantaba.”*, *“(Llora). Quiero tener una buena relación...”*, *“Porque (llora) no quiero estar acá.”*.

También, el profesional realizaba intervenciones que apuntaban a la apertura de una de pausa dentro de la precipitación observada en el acontecimiento. Entonces, se intervenía con señalamientos al estilo de: *“¿Qué pensaste?”*, *“¿Qué piensa?”*, *“Y ¿qué pensás de lo que hiciste?”*, *“El tema es ¿qué relación querés tener vos con ellas?”*, *“¿Por qué creés que tomás?”*, *“¿Cómo pensás manejar esta situación?”*, *“Esto que hiciste ¿te genera alguna pregunta?”*, *“¿Qué pensás de todo esto?”*, *“¿Qué ha pasado esta vez, por qué tomaste las pastillas?”*, *“¿Cómo sería?”*, *“¿Qué está pasando en tu vida?”*, *“¿Qué te hace pensar que sos un estorbo?”*.

Antes estos señalamientos, los sujetos respondían: *“Que capaz que sí me pasa algo a mí. No llegué a pensar mucho. Tengo una hijita de once años, y cuando me llamaron.*

Estoy todo el día encerrado en un régimen de castigo, no veo tele.”, “Yo tengo muchas ganas de recuperarme, tengo un proyecto que quiero cumplir. Yo amo evangelizar, quiero evangelizar. Me dedicaba a evangelizar, lo hacía pero no tenía tiempo. Trabajaba en mi escuela jornada completa.”, “En nada, no estoy pensando en nada.”, “Pensaba en que tal vez había llegado el momento de volver a verla.”.

En otras ocasiones, se podía notar como el sujeto aparecía ajeno a él mismo en este acto, es decir, no se reconocía en su actuación: *“No sé, no soy tan fuerte como pensé. Mi cabeza me jode siempre. O sea me banco lo que sea en el momento. Pero después, me empiezo a acordar cuando estoy solo. Me acuerdo y me trae recuerdos.”, “No sé qué me pasa. Como soy capaz de hacer esto, soy capaz de hacer otras cosas...”*, *“Porque tal vez si en algún momento tome la decisión de tomar estas pastillas, en un momento de desesperación tome pastillas, más adelante, ¿cómo podría volver a ser? Si vuelvo a pasar por la misma situación.”.*

Ante la inmediatez del acto, los sujetos se presentaban como incapaces de poder decir algo sobre eso. Entonces, la intervención estaba dirigida a que el sujeto pueda ponerlo en palabras.

Por ejemplo, Se presentó el caso de un joven que menciona *“Y de ahí me sentí abajo (llora)”*. Ante lo cual el practicante en psicoanálisis pregunta: *“¿Mucha tristeza?”*, tratando de dar cierta nominación a ese estado emocional, y el sujeto responde *“Sí.”*

También, hubo intervenciones tendientes a que surgieran aquellos significantes que daban una orientación al sujeto, en su vida: *“¿Qué te gustaría hacer?”*, *“¿Vos tenés tus planes?”*, *“Veo que tiene muchos deseos de continuar con su vida y proyectos”*, *“Tenés tu rutina diaria, tu organización.”*; *“¿Tenés planes para vos?”*.

De esta manera el analista practicante buscó aproximarse al diagnóstico estructural del sujeto y acceder a la posición e implicación que asume el mismo en relación a su diario vivir.

Ante estas preguntas, algunos pacientes comentaron que tienen algo que se transforma en la rutina de su vida. Es así que surgieron respuestas como: *“Para entretenerme, estas últimas dos semanas nos estuvimos yendo con mi hija a casa de una prima, hacemos cosas, vamos a la peluquería... o tengo una amiga un sábado nos juntamos comemos algo...”*, *“Estoy empezando un curso de peluquería y trabajo haciendo tatuajes.”*, *“Trabajo, hago jardinería.”*

Pero, en otros casos, estas respuestas no aparecían, sino que se veía una monotonía sin sentido que aplastaba al sujeto y hacía dudar al profesional en relación a la estructura:

“Ama de casa”, “Porque por ahí me siento tan mal, que me quita fuerza de los brazos y piernas y simplemente quiero estar en cama.”; o frases tales como “No soy muy dada que digamos y soy más retraída.”.

Esta indagación no sólo aportaba cierta aproximación al diagnóstico del sujeto, sino que permitía al profesional calcular las intervenciones que iba a realizar.

En algunos casos, el contacto con el paciente se presentaba como la única oportunidad del analista practicante de realizar alguna intervención, ya sea porque el paciente estaba dispuesto a firmar el alta voluntaria y retirarse, se encontraba privado de su libertad o debía ser derivado a un centro de rehabilitación.

Entonces, en el contexto de la urgencia, en dichos casos, la entrevista que realizaba el practicante en psicoanálisis se transformaba en la oportunidad exclusiva de intervenir con el sujeto. Por lo tanto, la intervención era más activa, más directiva, el analista practicante buscaba prestar significantes, realizaba intervenciones tendientes a alojar al sujeto, restablecer los lazos perdidos con su familia y actividades diarias (como las que ya fueron mencionadas). Y por sobre todo, intervenciones orientadas a abrir un tiempo para comprender en el que el sujeto pueda reflexionar sobre cuál es su parte en juego en relación a su modalidad de goce, y como esa urgencia es algo que lo implica como sujeto historizado.

Con lo cual, la importancia de estas intervenciones radicaba en la posibilidad de hacer emerger un sujeto que llegó en posición de objeto por una situación en la que tuvo que arreglárselas con la angustia.

Entonces, al trabajar con cada una de estas urgencias, el analista practicante buscó brindarle significantes que restituyan su cadena simbólica, implicarlo en lo sucedido para intentar que esa urgencia ajena se vuelva propia y pueda a partir de ahí posicionarse desde otro lugar, ya no de víctima de las circunstancias, sino como protagonista de lo que le ocurre.

Es así que, ante los discursos de los pacientes, el analista practicante busco lograr cierta implicación subjetiva.

Se escucharon frases como la de un paciente de 17 años que menciona: *“Me arrepiento de lo que hice.”*, *“A mí no me gusta ver mal a alguien y bueno yo lo vi mal a mi papá y a mi hermana chiquita.”*; o la del paciente privado de su libertad que menciona *“... me pegan, me castigan.”*; o la de una paciente con adicción que al referirse a la droga señala *“Siempre me hace perder a alguien.”*, *“(Llora). Quiero tener una buena relación... ¿Y si me drogo?”*, *“El amor, el amor a la familia.”*; o la de un paciente que

dice “...yo quiero que mi mamá me ponga límites o algo. Antes cuando salía si no llegaba me mandaba un mensaje, ahora no.”; o la de otro paciente que cuenta “Me volví a la casa de mi amigo a seguir tomando y después me desperté acá.”.

En los distintos casos, algunas de las intervenciones del analista practicante tendientes a implicar al sujeto fueron las siguientes: “Pero, eso no fue suficiente para que no lo hagas.”, “Y ¿por vos?”; “¿Por qué estás ahí, por qué te haces pegar?” “Habría que pensar si ya es una situación difícil, por qué te sumás el castigo del golpe. Porque esto va a estar siempre. Pensalo, vamos a volver en un momento.”; “¿Vos te das cuenta que querés olvidar pero te vas, evadís? Sin embargo, volvés de eso y esa sensación es más fuerte, y después sentís culpa y sensación de que perdés. Entonces, ¿qué creés que te puede ayudar?”, “El tema es ¿qué relación querés tener vos con ellas?”, “El amor es ida y vuelta, ¿qué vas a poner vos para sostener ese amor, esa familia? Los hijos necesitan de una mamá que los cuide.”; “¿Con tus límites qué hacés vos?”; “Has empezado a tomar a los quince y no paraste. ¿Por qué será no? Pensalo un poquito. Ahora te vamos a dejar descansar y luego volvemos.”

En general, con el fin de generar una demanda de análisis por parte del paciente, el practicante en psicoanálisis realizaba las siguientes intervenciones: “Nosotros la vamos a acompañar en su recuperación, y si surge algo que quiera hablar vamos a estar para escucharla, seguramente de acá la van a pasar a sala. ¿Hay algo más que quiera decir?”, “Te acordás qué te trajo acá, hay cosas que podes empezar a hablar, tenés ahora a cargo a tu hija.”, “Para empezar a hablar, para que lo hagas lo mejor posible.”.

Y también, otras intervenciones como:

C, ¿vos sabés que sería óptimo que volvieras a hacer tratamiento psicológico? Vos decís no suelo pedir ayuda pero con esta situación de angustia, temor a la soledad que decís, para poder ver de qué se trata esta soledad de la que hablas. Y además, tomaste medicación con la finalidad de dormir, de encontrarte con un ser querido; y ahí hay un duelo que tenés que hacer por tu mamá. A nosotros nos gustaría verte mañana. ¿A qué hora mandás a tus hijos al colegio?

Por otra parte, en casos que sospechaba podrían tratarse de una estructura psicótica, el practicante en psicoanálisis era más directivo:

Hoy te ve tu doctor, te estoy dando turno para el lunes con la psicóloga, ante cualquier cosa si vos te sentís mal, es importante que pidas ayuda. Y vos también vas a firmar tu historia clínica para que tengas control del turno que te estoy dando, así venís el lunes.

Por otra parte, al acercarse el momento de concluir del practicante en psicoanálisis, éste buscó que los pacientes puedan localizar puntos de apoyo, y a la vez, poder establecer

los criterios relacionados con la contención o no de un grupo familiar para tomar una decisión sobre la sugerencia que es más adecuada asentar en la historia clínica. Es decir, sugerir que el paciente continúe internado o sea dado de alta, para lo cual, además, realizó entrevistas a los familiares que estaban presentes.

Otras preguntas fueron al estilo de: “¿En quién te podés apoyar?”, “Ahora al retirarte, ¿con quién te vas a ir?”, “Cuando te den el alta, ¿a dónde vas a ir?”

Las respuestas que se obtuvieron fueron: “En nadie”, “(llora) Sí, alguna amiga”, “Me iba a ir con mi pareja...”, “A la casa de mi ex pareja”.

Entonces, para obtener más información acerca del marco de contención afectiva del paciente y a su vez brindar pautas de cuidado, el practicante del psicoanálisis hacía llamar por el guardia de seguridad privada a un familiar que se encontrara en la recepción del Servicio de Jefatura de Guardia, y se llevaba a cabo la entrevista clínica con ellos, en algún consultorio. Entonces, el profesional les preguntaba sobre el hecho, lo que sabían, si habían notado algún cambio en el comportamiento del paciente, y también los dejaba hablar.

Se pudo observar la sorpresa de los familiares, la urgencia propia en estos familiares, manifestaciones de angustia y desesperación, no saber qué hacer, ni cómo explicar el hecho.

Como destaca el padre del paciente de 17 años:

Ayer me sorprendió, yo estaba en el trabajo. Pensé que era una broma pero es la primera vez que él hace así. Más allá de que él tiene problemas con su mamá. Tiene un bebe y hay recalco mas por parte de su madre que lo atienda y trabaje.

También, podemos destacar el relato de la madre de un paciente de 20 años:

En primer lugar yo no sabía qué pasaba. Yo estaba durmiendo y mi hija me avisó que mi hijo estaba tirado en el suelo. Me levanté y estaba tirado en el suelo. ¿Síntomas de que tomó?, No. Antes de irse me dijo mamá, dormí vos descansá. Me dio un beso en la frente. Entraba, me daba beso y yo no entendía por qué.

Y continúa “Encontré la jarra que se sirvió, y dije no, este se tomó lavandina. Hasta ahí no más sé. Él tomado no estaba.”

Por su parte, la madre de una joven señala: “Si la estábamos vigilando, es como que se confundió un poco él. Le dejó un blíster al alcance y se fue a trabajar, y en el apuro se olvido.”

También, se puede ver la sorpresa de una madre de una paciente cuando menciona: “Y a la tarde fue la sorpresa, la llamé, me atendió la nena, me dice si mi mamá se fue; y me llama este señor y me dice “M, se mandó una cagada”.”

Además, se puede mencionar el relato de la madre de la adolescente que intentó suicidarse realizándose cortes en ambos brazos:

Ella es mi hija más chica, ella tiene dieciséis años. No sé qué problema tiene pero no me quiere contar (llora). Ya va a ser hace tres días que se cortó. Y ayer me llamó que se cortó, estaba en la B, y fui con su papá. Pero esta vez se hizo muy profundo, se cortó con Gillette. Ella me dice que se siente sola. Su hermana de dieciocho se fue y dice yo quiero que venga ella, la extraño. A mí hace poco me dieron un terreno, y en ese tiempo ella quedó en la casa de mi mamá y ahí empezó ella a salir.

A veces, se podía observar en los familiares de los pacientes una posición de reclamo frente al hecho, considerándolo como una ofensa o un capricho. Como es el caso de una madre que dice: “... yo digo como pasó lo de la mediación, ganaste, entonces ¿por qué hacer esto?” y agrega “¿Cómo tenemos que tratarla a ella? Yo estoy enojada, para mí, yo pienso un acto de egoísmo de ella. Yo estoy enojada. Tiene todo, ¿por qué hacer eso? Para mí no es así.”

Otros padres se mostraban más comprensivos, y sentían que el hijo les quería decir algo con eso. Como es el caso de la madre de una joven que señala “Yo pienso que se siente sola. Se siente mal porque ella siente que como que nos separamos como familia.” y agrega “Eso es lo que yo digo, es una forma de llamar la atención.”

También, el padre de un adolescente mostró interés en la actuación precipitada de su hijo y pensando en una solución y manifestó “Sí, él no sabe para qué lado correr. Si estar con ella (novia) o estar en casa. Pero yo pienso que la solución es que él salga a trabajar.”

Como se pudo observar, los familiares que se encontraban presentes en la sala de espera del Servicio de Jefatura de Guardia, aceptaron interesados participar de las entrevistas que realizó el Profesional. Sin embargo, al momento de la entrevista clínica, hubo familiares de pacientes que no se presentaron en la sala de espera del Servicio de Jefatura de Guardia.

Además, a los familiares de los pacientes con intento de suicidio se les brindó las pautas de cuidado que deben tener con dicho paciente para evitar que vuelva a intentar suicidarse. Por ejemplo, se les recomendaba no dejar ningún elemento cortante al alcance del paciente, ni dejar cerca ningún tipo de medicación, ni elementos con los cuales pueda ahorcarse como sogas, piolas, cables, etc.

Además, se hizo hincapié que, en caso de notar algún comportamiento extraño en el paciente, o que éste se encuentre atravesando un estado emocional de crisis, ansiedad, o angustia, etc. deben llevarlo de inmediato a la Guardia del Hospital Ragone, o si ocurre

durante la semana, de lunes a viernes, por la mañana, pueden traerlo a los consultorios de Psicología del Hospital Público de Autogestión San Bernardo.

Sin embargo, a veces, esto no evitaba que el paciente que era dado de alta intentara nuevamente suicidarse, como se pudo apreciar en la segunda entrevista clínica que se llevó a cabo en consultorio externo con una joven de 29 años que cuenta sobre su segundo intento de suicidio: *“Estoy desde anoche en el médico, me agarró crisis nerviosa.”*, *“Me corté las muñecas y no podía parar de llorar.”*.

También, para la toma de una decisión, el analista preguntó al paciente si el hecho ocurrido se podría volver a repetir y por qué pensaba que sí o que no. Frente a esta pregunta los pacientes respondieron: *“No.”*, *“No sé (silencio) ¿Cómo está mi mamá y hermana?”*, *“No.”*, *“Porque tal vez ahora lo pienso y no era necesario tanto.”*, *“Si no tomo, no creo.”*, *“Ahora que estoy bien, no.”*.

Una vez que el practicante en psicoanálisis finalizaba la entrevista con el paciente y con los familiares del mismo, en caso de que estos estuvieran presentes, evaluaba en base a criterios de riesgo si era necesario que dicho paciente continuara o no con la internación en la sala de la guardia.

Para esto, se valía de criterios tales como la contención familiar del paciente, es decir si cuenta o no con el afecto y cuidado por parte de su familia o referentes significativos; sus recursos, como el grado de implicación en lo sucedido, su capacidad para reconocer factores o situaciones de riesgo; su estado afectivo, como ser su impulsividad, si es peligroso para sí o para terceros, depresión, angustia, etc. y el contenido y curso de su pensamiento, por ejemplo si existe o no ideación suicidas.

A partir de ello, el profesional podía colocar en la historia clínica que el paciente está en condiciones de recibir el alta médica, o evolucionar en la historia clínica que *“En virtud de riesgo inherente se solicita permanencia institucional por 24 horas”*, o que es necesario derivarlo a otro hospital.

Cuando el Psicólogo les otorgaba un turno para consultorio externo a los pacientes asistidos en el Servicio de Jefatura de Guardia, procedía a establecer dicho turno en la historia clínica haciéndoles firmar el compromiso de acudir a dicho encuentro con el analista ofreciéndoles un espacio para elaborar las cuestiones que surgían en la/s entrevistas clínicas. Esta era una intervención del analista practicante tendiente a hacer existir al sujeto en el orden simbólico, implicarlo desde otro lugar. Además, se les informaba a los familiares que se le daba turno para tal fecha y horario.

La continuación de un tratamiento de la urgencia

Algunos de los pacientes que recibieron asistencia clínica psicológica en el Servicio de Jefatura de Guardia aceptaron continuar con las entrevistas clínicas en los consultorios externos, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Por otra parte, hubo pacientes que fueron asistidos en el Servicio de Jefatura de Guardia, pero no continuaron con el tratamiento psicológico, algunos de ellos porque lo continuarían en centros de adicciones, o se encontraban privados de la libertad, o porque decidieron no hacerlo.

Cuando los pacientes venían a consultorio externo, las entrevistas clínicas se orientaban a escuchar al paciente, sancionar lo que había pasado, preguntar qué pensaban al respecto, si aquello que hicieron se podía volver a repetir y por qué, hacer emerger al sujeto, buscar enlazarlo a la vida, al deseo y a sus pares, preguntándole en relación a sus actividades diarias, sus familiares, amigos, etc. y lo que desean para su vida.

El practicante en psicoanálisis orientó el tratamiento clínico desde la ética del psicoanálisis, es decir, buscó mediante sus intervenciones la emergencia del sujeto, la implicación subjetiva y la rectificación subjetiva, es decir, que el sujeto pueda implicarse en lo sucedido, y con ello la posibilidad de modificar algo de su posición frente a eso.

Para dar cuenta del tratamiento clínico ofrecido por el practicante del psicoanálisis en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología, y de la articulación teórica práctica llevada a cabo por el pasante, se tomaron dos casos que serán desarrollados en los próximos apartados en forma de presentación de caso.

A modo ilustrativo, a continuación, se comentan brevemente los efectos terapéuticos del psicoanálisis aplicado en viñetas de tres casos que continuaron recibiendo asistencia clínica en consultorio externo, tras ser asistidos en el Servicio de Jefatura de Guardia.

Una de las pacientes, R de 29 años, que fue asistida en el servicio de guardia por un intento de suicidio cuya modalidad fue intoxicación medicamentosa, había destacado que intentó suicidarse porque “*Estaba cansada de los pensamientos.*” en los que se ve claramente una denigración de su persona “... *no valgo nada.*”, el empobrecimiento del yo, y la identificación con el objeto de desecho del Otro. Un pasaje al acto en donde se identifica al objeto “*nada*” y cae de la escena.

Al comenzar con el tratamiento en consultorio externo, comenta que nuevamente intentó suicidarse, durante el fin de semana, tras ser atendida en el Servicio de Jefatura de Guardia. En relación al nuevo hecho señala:

Y lloré, lloré como nunca antes había llorado. Nada me consolaba (silencio). No pude dormir, mis padres se fueron a descansar y a eso de las tres de la mañana entré al baño y me empecé a cortar las muñecas, sentía que me aliviaba el dolor que sentía.

Ante la pregunta del practicante en psicoanálisis: “¿*Qué pensás de esto de haberte cortado?*”, R responde “*No pienso nada, solo siento dolor.*”, cuestión que refleja lo propio del pasaje al acto, este Soy y no pienso.

Gracias a la pregunta del practicante: “¿*Qué pasó?, ¿qué te llevó a cortarte las muñecas?*”, la paciente identifica el punto de conflicto: “*Tengo problemas en mi matrimonio voy a separarme.*”.

El hecho de que mencione que sintió alivio al cortarse, y el escuchar frases de la paciente como: “*Es que ya no tengo lágrimas. Siento que me estoy rompiendo por dentro.*”, “*Son pensamientos que si en este mundo estaría o no sería lo mismo. Nadie se daría cuenta.*”, “*Mi razón de mi enojo era que yo sentía que la pelota valía más que yo.*” (Esto decía cuando el marido se iba a jugar a la pelota), “*Me considero muy poco para ser de valor, creo que hay cosas más importantes que yo, mucho más importante. Creo que en esta vida me toca ser poca cosa.*”, permitieron al practicante en psicoanálisis y al pasante aproximarse a un diagnóstico de psicosis melancólica.

En las entrevistas siguientes, ya hubo un cambio de posición del sujeto, se vio el efecto terapéutico del psicoanálisis aplicado: el poder hablar con su marido en vez de cortarse o tomar una cantidad excesiva de pastillas, y localizar algo de la problemática de la pareja: “*Pude hablar con mi esposo y bueno él me dijo que él si quiere que estemos juntos pero el problema que tiene es que cada vez que me enfermo caigo con la depre, y me voy con mis padres.*” Y agrega “*La cuestión es que ellos no se llevan muy bien con mi esposo y mi esposo no se lleva bien con ellos.*”

También, se vieron efectos terapéuticos del psicoanálisis aplicado que impactaron en la posición que asume el sujeto frente a su existencia diaria, la paciente pasa de no querer vivir a sentirse mejor. Esto se refleja en su discurso: “*El doctor N me dijo “vamos bien con la medicación”. Pero yo también estoy trabajando.*”, “*No quedarme tanto en cama. Algo que me gusta es jugar con mi sobrino.*”, “*Yo me siento poquito mejor, más tranquila, con más ganas de hacer otras cosas.*”. Lo cual es puntuado por el analista practicante: “*Es decir que además de la medicación que te ayuda, hay una decisión tuya por hacer otras cosas, disfrutar.*”; con el fin de localizar una nueva posición subjetiva.

También, otra paciente, C, una mujer de 32 años, continuó asistiendo a las entrevistas en consultorio externo. En el transcurso de las mismas, el practicante en psicoanálisis pudo abrir un tiempo para comprender, en el que la paciente comenzó a

reflexionar sobre su intento de suicidio cuya modalidad fue intoxicación medicamentosa. Es así que se permitió un deslizamiento significativo en el que pudo relacionarlo con cuestiones de la vida cotidiana, sus hijos, su ex pareja, su sentimiento de soledad y una nueva relación que la confrontaba a la pérdida de su subjetividad.

Frente a la pregunta del analista: *“Y vos, ¿te planteaste qué querés?”* con respecto a un hombre con el que la paciente había intentado tener una relación en la que la demanda de este hombre había llegado a cansarla, y con el que actualmente están distanciados, la paciente responde:

Yo sí la verdad estoy muy enamorada y lógicamente si me duele pero (llora) también soy consciente que no puedo obligar a otra persona a estar conmigo (llora) y pienso capaz que sea mejor. Todas mis amigas me dijeron que él es una persona que no me haría bien.

Entonces, el practicante muestra su presencia con un *“mmm”*, lo cual tiene un efecto, la paciente continúa diciendo: *“Pero no sé, me pregunto muchas veces si podría. Y creo que eso fue un gran detonante de tomar la decisión que tome ayer.”* (El intento de suicidio).

El hablar con un analista practicante le permite a la paciente comenzar a identificar aquello ante lo que se angustia y que la precipitó a intentar suicidarse.

El practicante le pregunta si le comentó este suceso al hombre del cual está enamorada, la paciente responde que no, y menciona aquello que le gustaría escuchar de él: *“...lógicamente un llamado de atención y que si que efectivamente me diga que si podemos intentarlo como antes (tose, llora) (silencio).”* Llamado de atención o grito que en realidad fue puesto de manifiesto por la paciente a través de su acting out. Lo cual también se aprecia en aquello que comentó en la guardia:

...el señor del transporte me dice te veo re mal ¿estás bien?. Después le mande un mensaje a él veinte minutos, me siento re mal y era esa sensación de angustia, soledad de no saber qué hacer para no sentirme así. Ya está voy a tomar algo le dije.

Entonces, el analista continuó apostando a un tiempo para comprender, e introdujo una pausa para que C reflexione:

¿Creés que es momento de hablar con él o tal vez sea momento de que vos clarifiques un poco tus sentimientos, lo que vos querés? Tampoco se trata de que aceptes incondicionalmente todo, sino de construir con el otro. ¿Por qué aceptar todo?

Otra intervención del analista practicante, con el mismo propósito, fue la de: *“Cualquiera de estas dos situaciones pareciera dejarte en el mismo lugar. El otro porque no estaba y éste no quiere que hagas nada. Estar en casa se ha vuelto un problema para ti, ¿qué pasa?”*

También, el analista practicante permitió que la paciente comenzara a hablar sobre temáticas relacionadas con su soledad con respecto a la carga que representan sus hijos para ella, puesto que uno tiene “*Encefalopatía*” y le demanda mayor atención, “... *para mi estar todos los días con estas dos cargas es mucho.*”, la separación con el padre de sus hijos, la relación que tiene con su madre biológica, y la nueva separación o distancia con el nuevo hombre que entró a su vida.

En las entrevistas siguientes, se pudieron ver los efectos terapéuticos del psicoanálisis aplicado, un cambio de posición en el sujeto que le permite comenzar a cuestionarse, la construcción de un síntoma analítico dirigido al Otro a modo de pregunta y con él el establecimiento de la transferencia, la instalación del Sujeto Supuesto Saber. Es así que la paciente manifiesta:

Empecé a replantearme y hacerme preguntas, porqué aquello, porque así, en relación a distintas situaciones con mi mamá, amigas, conmigo misma. Porqué hacer cosas para hacer sentir bien al otro, si es mejor hacer cosas que me hagan sentir bien a mí. Si el otro quiere compartir que lo haga. El temor y la fuerza de decir yo quiero utilizar ese alcohol no aquel.

En otro caso, el de una paciente llamada A que sufrió un accidente de tránsito y le amputaron una pierna, se pudo apreciar el encuentro fallido entre una fantasía y la realidad haciéndose presente lo siniestro, lo traumático. Durante la entrevista realizada en el Servicio de Jefatura de Guardia, en un primer momento señala:

El sábado llegue a XY a verla y el domingo a la mañana quise ir caminando y yo sentí como que el vehículo me siguió. Eran jóvenes escuchando música. Y en determinado momento, se me ocurrió que me iban a chocar. Entonces, crucé, me acerqué al puente y sentí la presencia del vehículo.

Y luego, menciona “*Y de ahí me crucé hacia el lado contrario y el vehículo me atropelló y luego quiso huir. Entonces dio marcha atrás y como no podía salir, me volvió a atropellar.*”.

Podemos abrir el interrogante con respecto a si esta acción no se enmarcaría dentro de un pasaje al acto, en donde el sujeto se cruza “*hacia el lado contrario*” y se produce el accidente.

En las entrevistas realizadas en la sala de internación de mujeres del Programa de Traumatología, el trabajo del analista practicante le permitió comenzar a elaborar simbólicamente la situación relacionándola con sucesos de su vida. El hecho de que pudiera volver a relatar el suceso producía cierta pacificación, ya que podía convertir ese accidente en algo ficticio y tomar cierta distancia afectiva del mismo.

Se trabajaron temáticas relacionadas con la bronca que no se permitía sentir hacia sus agresores. Es así que A menciona:

Ayer sentí por primera vez rechazo y enojo hacia ese chico. Y mi hija me dice “mamá no vale enojarse, eso te va a hacer mal a vos, siempre pone fuerza para recuperarte en vez de enojarte para estar con mamá” tenes razón hija.

Ante esto el practicante interviene para permitir que comience a aceptar sus emociones para elaborarlas de manera simbólica: *“Enojarse también tiene que ver con emociones más normales. ¿Ese enojo qué la lleva a pensar?”*. En las próximas entrevistas, la paciente se permite manifestar algo de su enojo: *“Le decía a mi hija que me gustaría tenerlo adelante decirle me arruinaste la vida porque esto es una lucha, es muy fuerte.”*

Si bien la paciente buscó obturar su estado anímico depresivo con la revelación de planes a futuros, manifestando su preocupación por sus padres, su hija, su hermana, la persona que la sustituiría en su cargo; tras las intervenciones médicas, comenzaron a ocurrir situaciones que iban en contra de sus deseos. En la primera entrevista había manifestado:

... y una vez que se delimite la capa del muñón la van a sacar, amputar, y de eso va a depender el muñón (llora). Y de eso va a depender para poner la prótesis. Hoy en día hay tantos avances tecnológicos y sino me haré la idea de una silla de ruedas...

Luego, en otra entrevista mencionó:

... en un momento dije pucha, ¿van a seguir cortando? ¿hasta dónde? Y no me van a poner la prótesis, y dije ya está, si tengo que usar muletas voy a usar eso, no me va a parar para salir a hacer lo que yo quiero hacer.

Hubo una ocasión en la que los médicos quisieron suminístrale morfina por el dolor, y A lo asoció con la muerte: *“Yo asocio con la muerte, con la muerte de mi muñón. Asocio con otra amputación del muñón porque la infección sigue.”*

En las siguientes entrevistas, A comentó que los traumatólogos le amputaban cada vez más el muñón puesto que la infección no cedía a los antibióticos. En una oportunidad menciona:

Que hace un mes que estoy acá hace un mes (llora) que hace un mes que mi vida cambió. Yo nunca imagine que me iba a pasar una cosa así. Sé que no se está exento de nada pero nunca se me ocurrió. Y ahora, cuando vino la amputación dije bueno esta amputación ya está, que era lo que creían que podía suceder los médicos (vomita) y no resultó así. (Vomita tres veces) (Toma agua). No quiero dejarme caer.

También, en las últimas entrevistas, la paciente mencionó:

Y el otro doctor lo ayudó, y luego de hacerme la curación me dijo cualquier cosa que necesite me busca. Pero antes, me dijo que si bien es cierto que la cirugía está bien,

como que (llora). Todo lo que se hizo, no era suficiente para la prótesis. ...como la piel está curtida no se puede. Para qué hacerme sufrir tanto, resistí tantos dolores, y dije bueno ya está, al menos que ya termine.

Con lo cual, aparece un nuevo encuentro con lo traumático, un segundo tiempo que resignifica sus miedos y su pregunta inicial: “... *¿van a seguir cortando? ¿hasta dónde? Y no me van a poner la prótesis...*”. Podemos pensar que la angustia se manifestaba en la subida de presión que tenía durante los fines de semana, cuando le realizaban el toallet y cuando le cortaban cada vez más el muñón.

El practicante acompañó este proceso de duelo y, además, instaló una pausa para poder elaborar la herida de la imagen narcisista. Temática que hizo a la paciente remitirse a un duelo anterior, el de su ex marido.

Esta herida narcisista en su yo ideal pudo apreciarse en frases como:

Entonces, conviene jubilarme, no me puedo dar el gusto. La asesoraron a mi hija y ella inicio los trámites. Yo en realidad quería volver a las salas pero me puse a pensar qué imagen iba a llevarle yo a los chicos.

Vemos en esta última frase una contradicción entre su ideal del yo, el hecho de querer volver a cumplir con su labor social relacionada con la educación, y su nueva imagen corporal, esta herida narcisista en su yo ideal.

Otras frases de la paciente permiten ver estas cuestiones: “*Sí, me produjo mucho malestar ver a una persona amputada. Me produjo asco, me revolvió el estomago.*” y agrega “*No sé, fue el hecho de ver un video, porque estaba viendo los ejercicios que puedo hacer. Uno está acostumbrado a ver el cuerpo de una forma y de golpe, verlo así me movilizó*”. Video que le devolvía en espejo una imagen corporal incompleta.

Es interesante señalar hasta qué punto la herida narcisista tiene impacto en todas las esferas de su vida, no sólo a nivel de la imagen, sino también en relación a los otros, sus proyectos, su trabajo. Lo cual se puede inferir a partir de lo que la paciente menciona: “*...por qué tengo que seguir luchando, si tenía una vida normal, no hacia mal a nadie, y de pronto sentí que me había sido arrebatado toda una vida, no sólo una pierna...*”.

Las intervenciones del practicante apuntaron a instalar una pausa en la cual se empiecen a elaborar estas cuestiones relacionadas con las pérdidas. Es así que el Practicante le propuso:

Vamos a tomar dos puntos para trabajar. El primero es esto que dijo “no me arrebataron la pierna, sino la vida”. No va a volver a ser lo mismo su vida después del accidente. Pero va a depender de usted lo que pueda hacer.

Y también le dijo: *“Y segundo, esto que piensa en los demás, un impacto negativo para los otros, pero eso va a depender del modo en que usted lleva este proceso, no es necesario ir de frente.”*.

Sin embargo, se pudo observar que, ante estas intervenciones, la paciente manifestaba corporalmente cierto rechazo mediante náuseas, arcadas, o al escupir en un recipiente destinado para eso.

En la última entrevista clínica con la paciente, presenciada por el pasante, en donde A mencionó *“Porque como dije yo en el principio pensé que todo iba a ser más fácil, pero surgieron tantas complicaciones y siguen, y es cansador”*; el practicante en psicoanálisis intervino sugiriendo:

Empezar a proyectar en adelante, hacia adelante es lógico que surja temor a lo desconocido, pero hay una construcción por hacer, va a ir construyendo día a día, a veces el cuerpo y la cabeza necesitan descansar. No se puede vivir con esta expectativa de estar bien para todos y todos los días. Usted necesita un tiempo para estar mejor pero dijo no me quedo así y va a salir adelante. Ahora la vamos a dejar y vamos a volver el martes.

A continuación, y a modo esclarecedor, se presentará un caso trabajado más allá de la sala de urgencias.

Caso G: “¿Cómo se siente cuando te terminan?”

Viñetas de la entrevista clínica con G en el Servicio de Jefatura de Guardia

Según lo que está establecido en la historia clínica, el paciente ingresa a la guardia del hospital trasladado por la ambulancia del Samec desde su domicilio tras un intento de suicidio cuya modalidad fue ahorcamiento. No registra antecedentes de suicidios, ni patologías graves. El médico de sala solicita interconsulta con el servicio de Psiquiatría y Psicología.

Se encuentra en primera instancia a un joven confundido, angustiado, con necesidad de hablar, a la espera de que Otro lo escuche. Hecho demostrado por la situación en la que cuando él escucha que el profesional pregunta por él, levanta la mano.

En un principio, se puede observar que el joven no puede localizar de qué se trata lo ocurrido, no puede decir por qué intentó suicidarse ni la forma en que lo hizo. Además, marca ese estado de confusión y extrañeza: *“...nunca tuve esa situación de que me voy a matar.”*

En el estado de urgencia en el que se encuentra, el joven no puede ligar aquella situación, el intento de suicidio por el cual llega a la guardia, con ninguna otra situación, y simplemente comienza a relatar una serie de hechos relacionados con el fallecimiento de su abuela materna a la que se refiere como “...mi mamá.”, “...la que me crió.”, y donde queda claro una cuestión central: la conflictiva con su tía P.

Entonces, podemos advertir un sujeto que no puede decir en qué estado se encuentra, no puede ligar un significante con otro y representarse, pero sí dar indicios del vínculo que mantiene con su tía P a quien coloca en el lugar de sostén económico pues le “...paga la carrera” y con la que convive.

Efectos terapéuticos que se producen a partir de las intervenciones del practicante en psicoanálisis.

En primer lugar, el practicante en psicoanálisis se ofrece como lugar para que el sujeto pueda empezar a desplegar su discurso, para ello pregunta “¿Por qué estás acá?”. Esto permite al sujeto comenzar a transformar su grito (el intento de suicidio) en un llamado dirigido a Otro dispuesto a alojarlo y escucharlo. De esta manera, se comienza a intentar restablecer la cadena significante, ya que un S1 se dirige a Otro que puede otorgarle un S2 para que el sujeto empiece a historizar sobre su vida familiar desde su niñez.

Sin embargo, se puede ver su dificultad para empezar a desplegar su discurso al instante puesto que responde con otra pregunta, solicitando una guía para empezar a hablar en relación a su intento de suicidio “... ¿te cuento cómo fue o por qué fue?”. Nuevamente el practicante en psicoanálisis le otorga significantes para ayudar al sujeto a desplegar su discurso “Lo que vos quieras, o ambos si querés.”. Es así que G busca en cierta forma relacionar el intento de suicidio con cuestiones pretéritas, la muerte de su abuela biológica, quedar al cuidado de su tía P, “... bancarme que la familia me saque en cara porque soy el más chico.”.

Para que pueda seguir con su discurso, ligando un significante con otro, el practicante intervine: “Una debilidad, aha.”, mostrándole que está presente, que hay un Otro que lo escucha. Así, se orienta al sujeto para que comience a desplegarse un instante de ver en el cual intente nombrarse en relación a otros, y es así que habla de sus actividades diarias, estudios, trabajo, su convivencia con su tía, y una discusión con ella.

Entonces, el practicante en psicoanálisis intervine preguntando “¿Estuviste acostado todo el domingo? ¿Qué pasó?”. Esto permite que el sujeto pueda hablar más

sobre las situaciones que lo precipitaron a intentar matarse, y así, localizar las coordenadas de esta urgencia.

Frente a esta interrogación, el sujeto continúa relatando: *“Me agarró como ataque de crisis y depresión, me temblaban las manos.”*. Hecho que nos indica cómo la angustia traumática empezaba a manifestarse.

Es así que, tras una discusión con su tía P, el sujeto empieza a nombrar aquello que lo angustia, la voz del Otro: *“...dijo que en esta casa nadie es mantenido que todos tienen que colaborar... Me puse mal, me dije qué hago en este mundo. Y así pasó.”*

También, G menciona que luego de la discusión con su tía, ésta trae a su hermano mayor para intimidarlo *“A mí me cayó mal que ella lo llevó a su hermano mayor y se vino a hacer el pesado conmigo. Entonces, dije qué estoy haciendo acá o me voy o me mato.”* Instante de ver-se confrontado no sólo a la voz de su tía P, sino también con un otro rival, otro *“sucio”* y *“vago”*, que lo confronta en un eje imaginario, donde se puede pensar que la imagen de completud de este tío se vuelve amenazante para el yo del sujeto, y se establece una confrontación de vida o muerte.

Entonces, el sujeto pasa de un instante de ver-se *“...una mierda.”* para el Otro encarnado en su tía P, desencadenándose un estado afectivo del cual menciona *“...me sobrepasó todo, una carga emocional o no sé cómo se dice.”*, en el que se produce una ruptura abrupta de la cadena significante, a un momento de concluir: intentar suicidarse.

Se puede pensar que esta angustia de ser para el Otro un objeto de desecho, *“un mantenido”*, *“lo peor de lo peor”*, *“...una mierda.”*, hace que el sujeto se afanise, y G es precipitado a un momento de concluir: *“Y era que iba a sacar una ropa mía para irme pero no me fui.”* en el cual intenta acabar con su vida ahorcándose. Hecho del que manifiesta estar arrepentido *“Me arrepiento de ahorcarme, no estaba en mi contexto, no estaba en mi mundo.”*

De este momento de concluir, de desembarazarse de la angustia, solo puede decir: *“...se me apagó, se me nubló, quedé solo, y me desmayé, y después estaba en la ambulancia.”*

Cabe destacar que empiezan a aparecer intervenciones del practicante en psicoanálisis orientadas a hacer que aparezca un nuevo tiempo, tiempo para comprender, donde se pueda empezar a elaborar la angustia en relación con el Otro, y el sujeto pueda decir sobre aquello que le resultó traumático.

Entonces, cuando el sujeto refiere sentirse *“una mierda...”*, el practicante en psicoanálisis le pregunta *“¿Para quién?”*, ante lo que G responde *“Para mi tía.”*. Esta

pregunta permite ir esclareciendo ante quien el sujeto se angustia, identificar al Otro ante el cual queda reducido a resto.

También, cuando el sujeto habla de la carga emocional que lo sobrepasó, el practicante en psicoanálisis pregunta “¿De qué?”, buscando que el sujeto pueda dar algún nombre a ese estado afectivo, e identificar de qué se trata: “*Con todo, no sé, una semana que la pasaba mal, me decían así cosas, me sacaban en cara que me daban de comer.*”. Evidenciando que la angustia se generaría a partir de un Otro que le niega la función materna relacionada con el cuidado, nutrición, sobrevivencia; reactivándose un suceso de la infancia en el cual le fue negado el amparo por parte de sus padres, y donde su madre lo abandona.

En el desarrollo de esta entrevista, vemos como el practicante en psicoanálisis presta significantes al sujeto para que pueda continuar historizando el suceso, convirtiéndolo en una ficción.

En un intento por abrir un tiempo para comprender, el practicante en psicoanálisis realiza una intervención: “¿Hay algo de no ser querido o falta de amor o temor a no ser querido?”. Lo cual, en un principio, es negado por el sujeto quien afirma “...tengo mi pareja y vivimos en mi casa, él trabaja.”, y agrega “Tengo el aprecio de mi familia.”. Respuesta que muestra que G aún se encuentra en el instante de ver, de nombrarse en relación a otros. Pero, luego del transcurso de la entrevista, lo retoma y comienza a desarrollar. Es decir, el sujeto se vale del significante que le ofrece el practicante en psicoanálisis para poder comenzar a ligar lo sucedido con su historia en la cual relata haber sido abandonado por su madre biológica:

Y ahora que lo pienso, la tengo a mi mamá viva y se enteró y no fue capaz de ir. Eso me mata a mí. Ella me negó, y digo mi mamá está viva la podría disfrutar y ella a mí. Y bueno yo me crié resentido, me contaron que ella me quiso suicimatar, tirar a la vía. Somos dos hermanos y a los dos nos quiso tirar.

Lo cual permite pensar que frente a la pregunta ¿qué me quiere el Otro materno?, respondería me quiere suicidado, muerto, ahorcado. Respuesta que sería resignificada y desencadenaría la angustia de G, al momento de sentirse eso en relación a su tía P, cuando ésta lo rechaza al igual que hizo su madre.

Con lo cual se puede ver, cómo en este caso, el acontecimiento vivido actualmente: la pelea con su tía y el enfrentamiento con el hermano mayor de ésta, resignifica retroactivamente un acontecimiento pretérito vivenciado en su infancia, en donde su madre quiso tirarlo a él y a su hermano a las vías y matarlo, el cual deviene traumático.

Por otra parte, la intervención del practicante en psicoanálisis: *“Esto que hiciste ¿te genera alguna pregunta?”* apuesta a este tiempo para comprender, en donde se busca por un lado localizar al sujeto, implicarlo *“Esto que hiciste...”*, y a la vez permitir que empiece a preguntarse sobre lo sucedido, en pos de ir asumiendo su responsabilidad en el asunto y con el fin de generar en él la demanda de análisis. Es así que el sujeto responde: *“Sí, el por qué.”*

A partir de esta pregunta *“...el por qué.”*, el practicante en psicoanálisis realiza la siguiente intervención: *“G ¿qué pensás de iniciar tratamiento psicológico?, a raíz de esta pregunta que te haces de por qué, porque es algo de lo que te arrepentís.”*. Con lo cual, el practicante toma la oportunidad, la pregunta que el sujeto se hace, su estado de arrepentimiento, y la emplea para generar en él la demanda de análisis. Acercándolo a un momento de concluir con la entrevista, en donde si bien la urgencia no se hizo propia, no se ha subjetivado, no se convirtió en una urgencia subjetiva, esto no impide que el sujeto quiera saber sobre su inconsciente y la razón por la cual se precipitó a intentar terminar con su vida. Concluye el paciente *“A mí la ayuda psicológica me vendría bien siento.”*

Por otra parte, el momento de concluir del practicante en psicoanálisis, de tomar una decisión en relación al caso, a la estadía del sujeto en la sala de varones del Servicio de Jefatura de Guardia, ya sea considerar sugerir su alta o, un período prolongado de internación, se hace inminente. Para lograr esto, necesita cierta información, aunque la decisión sea siempre bajo riesgo. Entonces, pregunta *“Y G, ¿vos pensás que se podría volver a repetir?”* para obtener una respuesta que le permita un cálculo en la decisión que tome, ya sea para poner en la historia clínica que el paciente está en condiciones de ser dado de alta o que no lo está, y entonces, sugerir permanencia institucional. Como así también, cuando pregunta *“Ahora al retirarte, ¿con quién te vas a ir?”*, lo hace para ver si cuenta con algún tipo de apoyo familiar. Entonces, a partir de esto, coloca en su historia clínica que el paciente está lúcido, se encuentra adecuadamente ubicado temporo espacialmente, emocionalmente lábil, no presenta ideación suicida, sentimientos de arrepentimiento por lo sucedido, cuenta con el apoyo de sus familiares y pareja, con lo cual está en condiciones de retirarse acompañado por un familiar.

Punto de urgencia, coordenadas de la urgencia, punto de basta o de quiebre.

El joven recuerda que la escena que da lugar al intento de suicidio es una discusión con su tía P, donde ella le reclama ser un *“mantenido”* y, además, trae a su hermano mayor para intimidarlo.

...cuando me levanté a tomar el té, dijo que en esta casa nadie es mantenido que todos tienen que colaborar. Y después dijo que no lo había dicho por mí sino para su

hermano mayor que no aportaba. Me puse mal, me dije qué hago en este mundo. Y así pasó. Me arrepiento de ahorcarme, no estaba en mi contexto, no estaba en mi mundo.

Y también se destaca:

A mí me cayó mal que ella lo llevó a su hermano mayor y se vino a hacer el pesado conmigo. Entonces, dije qué estoy haciendo acá o me voy o me mato. Y era que iba a sacar una ropa mía para irme pero no me fui.

La angustia es suscitada cuando ante la pregunta acerca de lo que es para el Otro materno, la respuesta que aparece es que es negado “*Ella me negó...*”, “*...una mierda.*”, “*lo peor de lo peor*”, un “*mantenido*”. Es decir que tambalea el marco fantasmático, la distancia entre el sujeto y el objeto es borrada, con lo cual la realidad se vuelve insoportable, y el sujeto se identifica a ese objeto negado que tendría que haber quedado velado por el fantasma.

Con lo cual, podemos pensar que las cuestiones conflictivas que suscitaron esta angustia traumática en G, el día que intentó suicidarse, tienen que ver con aquellas propias de la función materna que en ese momento resignificaron el cuidado que le fue negado por sus padres, en especial por su madre. Ya que fue negado por su madre biológica, quien lo quiso “*suicimatar*” y tirar a las vías junto a su hermano. Entonces, podemos apreciar como G queda en posición de objeto negado, objeto de maltrato, abandono y muerte, en relación a un Otro materno que no accede al rol de madre.

Lo cual nos marca que su angustia es en relación a un Otro que lo niega y lo quiere muerto, tirado, abandonado. Hecho que se ve reflejado cuando manifiesta que su madre se enteró “*...y no fue capaz de ir. Eso me mata a mí. Ella me negó... me contaron que ella me quiso suicimatar, tirar a la vía.*”, lo que da cuenta del punto de angustia del sujeto. Lapsus que además revela que su intento de suicidio es un acting out dirigido al Otro materno, en un intento de elaborar una situación pretérita, el sujeto repite en vez de recordar, y envía un mensaje al Otro.

Viñetas de las entrevistas clínicas con G en consultorio externo perteneciente al Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Viñeta 1. Primera entrevista en consultorio externo

En su primera entrevista en consultorio externo, G Señala nuevamente sentir culpa y que le agarran ataques de nervios: “*...ahora como que lo siento más impulsivo.*”. Menciona que los siente “*Cuando estoy solo, me empiezo a doblar así de los nervios, no puedo dormir.*”. Pide a su tía “*...no me dejen solo.*”

Nuevamente aparece en su discurso “...*situaciones de problemas en la casa...*” tras los cuales le ocurren estos ataques.

En relación a los problemas que tiene, el practicante le pregunta “¿*Cómo son esos problemas?*” para que el sujeto pueda comenzar a nominarlos, identificarlos, y convertirlos en ficción tomando cierta distancia, lo cual generaría cierto alivio. Entonces, G menciona:

Son complejos. Yo creo que no tengo culpa de haber nacido y que mi madre me haya abandonado y es como que mi tía se quedó con ese peso, es lo que yo siento. Son problemas de discutir por la plata, la comida, por la limpieza de la casa, me saca en cara todo.

Nuevamente se ve la demanda que su tía P le hace.

En relación a los ataques de pánico y su soledad, el practicante en psicoanálisis interviene “*Esto ¿no?, de estar solo.*”. Intervención que apunta a este sentimiento o situación en la que se dio el intento de suicidio. Además, esta intervención le permite al sujeto localizar lo siguiente: “...*antes yo no me encerraba en la pieza, y ahora quiero estar solo y me hace mal estar solo.*”. Es entonces que el practicante le señala “*Querés estar solo, pero ahí es cuando te agarran estos ataques de nervios.*”. Lo cual hace que G empiece a subjetivar lo que le está ocurriendo: “*Estoy solo, me agarran los nervios de no saber cómo afrontar lo que estoy viviendo. Siento culpa de que mis tías estén peleando por mí, por lo que pasó.*”

El practicante advierte la importancia que tiene en la vida de G su tía P, entonces le pregunta “¿*Quién es P?*” para que G empiece a hablar de ella, y poder ver cuál es el lugar en donde la coloca:

Es la tía con la que vivo, con la que discutí. Ella hace la figura materna. Cuando mi mamá muere, ella se hace cargo de mí, de mis estudios, y ella me ayuda hoy a estudiar pero me lo saca en cara, me grita, me dice cosas.

Con lo cual, se puede observar como su tía P es puesta por G en el lugar del Otro materno, y a su vez, la relación de demanda estragante que mantiene con ella. Menciona otras discusiones que tuvo: “*Ayer discutí con ella y fui a comprar dos huevos para la cena, y no compré para ella porque no suele cenar. Y me dijo “¿qué no pensaste en mí?”.*”.

El practicante le pregunta “*Contame un poco con quienes vivís, ¿cómo está organizada tu familia?*”, para hacer que G despliegue su novela familiar:

En la parte de delante de mi casa, viven mis dos tíos que son como hermanos, y atrás mi tía M, ella se encarga de la comida y bueno P de que este todo en orden. Después

yo me llevo bien con E, es como la figura paterna que no tuve y J también. Comparten conmigo, vienen me hablan.

Lo que muestra padres biológicos ausentes, que fueron sustituidos por sus tías y tío M.

También, habla de sus otras tías y tíos de como lo hablan, le preguntan por lo sucedido, le ofrecen su apoyo, y él siente culpa ante ellos por lo que hizo.

En un momento, G señala la diferencia que hace su tía P, entre él y J “...no me gusta que me saquen en cara. Y J que tiene 36 años no trabaja, no escucho que le digan no limpias, no traes plata para la luz.” Nuevamente, se observa la confrontación y rivalidad con su tío J, en relación al amor de su tía P.

Frente a esta queja, el practicante señala “No escuchás.”, tratando de hacer que el sujeto se escuche, introduciendo el malentendido, señalándole un poco que su posición y perspectiva frente a la situación puede estar errada.

En otro momento, G menciona estar “...tildado como el loco.”. Hay Otro que lo nomina en relación a su intento de suicidio. Frente a esto el practicante interroga: “¿Quién te tilda?”. G responde que su tía P quien dice que su amiga psicóloga le dijo que el intento de suicidio “...es un circo.”. El practicante busca restarle importancia a lo que dice P y la psicóloga, para hacer evidente que su saber puede estar equivocado, y que en realidad lo que importa es lo que G piensa, es así que interviene: “Y vos ¿qué pensás?”, abriendo a su vez un tiempo para comprender en relación a su urgencia.

G responde: “Yo no lo veo así, lo veía como que ya no quería vivir con estos problemas. No le veo sentido sufrir.”.

También, el practicante busca implicar al sujeto en sus dichos, que tome parte en aquello de lo que se queja G: “Escuchar a P que me califique por vago, sucio. Ella me dijo a mí “lo digo por tu tío”, pero porqué no se lo dice a él directamente.”. Entonces, el practicante pregunta mostrando que no entiende “¿Por quién?”, G responde “Lo dijo que era por J.”. Es entonces, cuando el practicante se muestra sorprendido ante la respuesta, a la vez que señala aquello que el sujeto busca negar, mostrándole otra perspectiva, y que él puede estar equivocado: “¡Ah!, no lo dijo por vos.”.

Sin embargo, el sujeto no se conmueve, y dice “Yo siento que es hacia mí.”. Nuevamente el practicante le marca que una cosa es lo que siente él y otra lo que dice su tía P: “Ah vos sentís, pero ¿qué te dijo ella?”. Esto tiene un efecto, G no responde quedándose en silencio. Es una intervención tendiente a cortar esta queja en relación al Otro, a su vez que abre la posibilidad del malentendido con su tía P, una nueva perspectiva.

Y también, G habló sobre su mamá, dejando en evidencia que el acting fue dirigido hacia ella:

Y esta fue la peor pelea para que yo quiera agarrar un cuchillo. Me acuerdo cuando mi mamá me quiso matar, mi abuela le decía que no me ahorque y agarró un cuchillo y nos separó. Mi mamá nunca me quiso, ella lo dijo era como que no me esperaba. El otro día me llamó cuando estaba internado, llorando y cómo estás hijito. Y porqué no viene y no deja a su marido y me viene a ver. Yo creo que la culpa la tiene ella, me dejó en la nada.

También, se ve que el acting out se dirige a quien es sustituto del lugar del Otro materno, su tía P: *“Y ella les dice que esto es un circo. O sea, mi tío me baja y yo ya no podía respirar, y te cuento no puedo comer, me duele cuando trago, o sea ella no vino a preguntar eso.”*.

Ante la queja de G en relación a su tía P: *“...no vino a preguntarme, le dije lee la consulta de los médicos, lo que me pasó, porque sino va a decir que esto es un papelón.”*, el practicante calcula una intervención para quitar a su tía P del lugar en que G la coloca, abriéndose así un tiempo para comprender: *“Hay un intento tuyo de mostrarle que pasa algo pero ella no lo ve.”* y también, *“Estos intentos tuyos de llamar la atención de P, pero ella no reacciona como mamá.”*. Es así que el sujeto se permite ver a su tía de otra forma y responde: *“No, lo ve como una hermana. Mis otras tías no lo ven así.”*.

Viñeta 2. Segunda entrevista en consultorio externo

En esta entrevista, se ve una modificación en la relación entre G y su tía P. *“No tengo problemas con ella, ahora estamos bien. Ahora está más atenta conmigo, evita las peleas. Si hay una cosa fuera de lugar dice “¿por qué está ahí?””*, lo cual estaría indicando cierto efecto de pacificación en G. Sin embargo, aún no asume que su comportamiento incide en el de su tía, esto se ve cuando ante la pregunta del practicante *“¿Cambió ella?”*, G responde: *“Sí, cambió ella.”*.

Un tema novedoso, es que G termina la relación con su última pareja: *“...ya venía con engaños y cuando quise terminar la relación me pegó. Y bueno ahora estoy bien, estoy tranquilo...”*. El practicante introduce el asombro *“¿Tu ex pareja te pegó?”* para que G despliegue más acerca del vínculo con su pareja. Ante esto, G desarrolla *“Me metió una piña, un codazo y me dejó sin aire, ¿quién más quiere vivir de eso?, no.”*. En esto se ve un novio, un Otro que toma a G por objeto de maltrato, Otro que no lo ahorca, pero lo deja sin aire:

... me golpeó varias veces, fue por amor que aguantaba. En vez de reaccionar pacífico, reaccionaba con violencia. Me banqué tanto que ahora que terminé me siento bien conmigo mismo. Y si yo no le respondía un mensaje, por ejemplo si estaba así con

ustedes y me escribía y yo no le respondía ya se enojaba. Ahora me doy cuenta que él era desconfiado porque me engañaba y quería saber dónde estaba.

Se ve entonces una decisión de G de terminar con su pareja, a la vez que se ha establecido una transferencia con el practicante en psicoanálisis, puesto que en el ejemplo que da lo incluye. Es decir que la terapia ha permitido a G empezar a posicionarse desde otro lugar, un lugar más vivificante, donde el protagonista es él como sujeto de deseo.

El analista practicante pregunta e implica a G en relación a su decisión: “¿*Qué te llevó a la decisión de no tolerar más?*”. G responde “*Es como que ahora no pienso en él, o en alguien sino en mí mismo, en yo, en sanarme yo, en estar bien yo, mucho yo (se ríe).*”. Lo cual da cuenta de los efectos terapéuticos del psicoanálisis aplicado, y a la vez un giro en lo que empieza a importarle a G, a partir de la terapia, su salud. Con lo cual, el practicante señala “*Bueno y ¿se trata de vos no?*”, respondiendo G afirmativamente.

También, con respecto a la relación de pareja, el practicante le pregunta “¿*Hubo algo que ayudó a poner un límite?*” y el sujeto responde:

Después de lo que me pasó, como que puse un límite, un freno. No buscar, no yo enfrentarme, sino estar tranquilo. Ahora volví a la rutina, me levanto, me baño, desayuno, limpio. Y ayer fue el cumpleaños de mi sobrino J. Lo considero mi sobrino porque mis tíos se criaron conmigo como hermanos como les comenté antes. Y bueno, hice lo que siempre hacía para los cumpleaños, le hice un cartelito feliz cumple y globitos, vino y le pregunté que quería comer. No fui a clases porque cuando me pasó esto es el que me llamaba, me preguntaba cómo estaba, qué hacía, me decía vamos a caminar a la plaza. Y entonces, ayer me dediqué a él.

Se ve que la urgencia de G no se ha subjetivado, lo toma como algo distante “*lo que me pasó*”, aún está en el instante de ver, de nombrarse en relación a otros como su sobrino. Sin embargo, resulta oportuno que el practicante señale “*A tomar otro aspecto del amor.*”. De esta manera, se busca que G se oriente por el aspecto vivificante del amor, de poder hacer algo en relación a otros desde el lugar de sujeto. Además de señalarle el amor por parte de sus familiares: “*Y también tu familia que hizo esta reunión que te apoyan, tus tías.*”. Se remarca “*Primero de no sentir amor de alguien y ahora te encontraste con amor de muchos.*” como modo de relanzarlo al establecimiento de lazos afectivos con los otros más cercanos. Ante lo cual G destaca:

Me sentí como que me faltaba afecto pero ahora sí lo siento. Mis tíos son muy callados en vez yo soy todo para acá para allá, soy como todo loco. Y no sabía si me querían o decía quizás mi tía no me acepte por lo que soy. Porque ahí en el barrio, cuando pasó esto, decían que yo me quise suicidar por mi pareja, por esto ya habían pensado que estaba muerto. Y bueno, me trajo la ambulancia pero no me acuerdo. Cuando me desperté ya estaba acá.

En relación a su intento de suicidio, menciona: *“Porque ahora yo no te puedo decir qué me pasó en ese momento, fue una ira, un impulso que me llevó a hacer eso en ese momento.”*. Hay un interrogante que se abre en relación al mismo, y a su estado emocional que lo condujo a precipitarse.

G comenta una queja sobre su tía P, y como otra tía lo ayuda: *“Si no durmió bien está todo el día jodiendo. Por ejemplo, ayer se levantó con cara de culo pero mi tía le dijo “Bueno, si estás así salí, da una vuelta y volvé cuando se te pase”*”. El practicante interviene diciéndole *“Hacete cargo.”*, en un intento de implicarlo en ese enredo del que se queja. Con lo cual G responde:

...y yo sé que P va a joder pero mis tíos me escucharon y me dijeron vos la escuchás y te das la vuelta y te vas, vas a lo de tu tía S, o salí a caminar. Y bueno yo sigo haciendo lo mío, limpio... Tomo mate, y hago la redacción...

Evidenciando que toma algo de esto que el practicante le marca, y toma una solución propuesta por sus tíos. El practicante señala: *“Que importante esto, no todo lo que pasa depende de vos, sino también de cómo estén los otros.”*. Además, G manifiesta que sus tíos cambiaron *“...después de lo que pasó.”*

Se ve que empieza a abrirse un tiempo para comprender, empezar a reflexionar cuando el sujeto manifiesta: *“Y estuve pensando que yo quería discutir con ella porque la verdad la tenía yo, pero ella se cerraba. Y ahora escucharla, darme media vuelta e irme, es lo único que tengo como solución.”* Y agrega *“...para evitar enfrentamientos con P.”*

Entonces, el practicante interviene señalando: *“Evitar los problemas con P que en esa semana hicieron que vos quieras suicidarte.”*, para sancionar lo que hizo, implicarlo, e introducirlo a un tiempo para comprender su urgencia, en un intento de hacer que vaya subjetivándola. Sin embargo, el sujeto no toma esto del todo, y desarrolla:

No fue una semana. Fueron meses que yo me la banqué, me la banqué, me la banqué.
Y a la misma vez que la venía bancando a P, me bancaba a mi pareja, y eso así P y mi pareja, P y mi pareja, P y mi pareja.

Dando cuenta de que no sólo tenía problemas con su tía P, sino también con su última pareja, estado de tensión que se venía manteniendo en el tiempo, sin embargo, no había llegado a intentar suicidarse.

Entonces, el practicante pregunta *“¿Qué hizo que te banqués eso de él?”*, para dar cuenta de su responsabilidad en juego en esta cuestión de bancarse los golpes y, además, ver qué era lo que lo anudaba de una forma diferente a la del actign out. A esto que plantea, G responde: *“Más allá de la violencia, fue un pibe que cuando lo necesité él*

estuvo. Siempre hizo cosas por mí que fueron para mí bien.”, y destaca: “...*lo que cagó la relación fue la violencia que no la puedo bancar.*”.

Un contenido que agrega en relación a su novio es un conflicto que tiene con él por un tercero en discordia, un travesti. Además de señalar nuevamente la violencia, y también hablar de aspectos favorables de su pareja, destaca que se ofrece para cuidar a sus novios e impulsarlos a estar mejor, trabajar, estudiar, etc. como hizo su tía P con él. Frente a esto el practicante señala “*Fuiste como una P para él.*”. Mostrando que el modo de relacionarse que tiene con su tía P lo implementa con su pareja. Al respecto G menciona “*Busqué eso porque de ayudarlo para que pueda salir adelante. Lo mismo hice con mi ex, con el que estuve cinco años, y hoy él es militar, terminó el secundario, se dejó de drogar...*”.

También, se abren interrogantes relacionados con el deseo del Otro, el goce, y G deja ver su fantasma histórico, en donde la otra mujer es encarnada por la travesti. Es así que G menciona:

Ayer lo extrañé, extraño que me mande un mensaje a la noche. Busqué la forma de hablar con él, de terminar bien, y no pude. Y hoy me levanté contento, con ánimo, sabía que venía acá. Y quiero buscarlo a él, no sé si lo bancaría, pero si a futuro poder hablar y preguntarle qué le llevó a engañarme, qué sentía. Me quedo con muchas dudas de nuestra relación. Si realmente sentía lo que yo sentía, si encontró en mí lo que buscaba.

Momento en el que el practicante interviene implicándolo en su deseo como sujeto “*Un poco está este tema de saber qué piensa él, si tu familia te quiere con esta situación. ¿No?*”, G menciona no entender, y el practicante le dice “*Me da la impresión de que siempre te estás preguntando qué me quieren y cuánto me quieren.*”. Entonces G responde algo que produce una modificación en su discurso, viéndose los efectos terapéuticos de encontrarse con un practicante en psicoanálisis:

Sí, me lo pregunto cuando estoy sólo. ¿Por qué estoy solo?, mis tías se van y ¿por qué no me invitan a mí? Pero, ahora me doy cuenta que si van a la cancha no me invitan porque no me gusta. Pero si me invitan al cine, pero no voy porque no me gusta. A mí me gusta sentarme y ver noticias y tomar mate. Solo veo noticias, y noticias, y noticias. Y por ahí mi familia es de salir. El otro día fui con ellos al centro.

Hay un cambio en relación al tema de la soledad, a su individualidad y la de los otros. Comprende que no es que lo dejen solo, sino que tiene gustos diferentes, pero que también comparten las semejanzas. Entonces, al practicante le parece oportuno señalarle “*Pero si te invitan entonces.*” y hacer un corte de la sesión para que el sujeto se quede pensando.

Viñeta 3. Tercera entrevista en consultorio externo

En esta entrevista, cuando el practicante en psicoanálisis le pregunta cómo está, el sujeto menciona “*no pasa nada*”, y luego empieza a hablar sobre sus ataques de pánico.

Un ataque de pánico que le ocurre en la casa de unos amigos del que dice: “... *el sábado me agarró un ataque de pánico. No estaba en mi casa.*” y agrega “*Una desesperación por querer llegar a mi casa. Paré un remis, le tuve que escribir por el celular porque no me salía la voz.*”. Lo cual da cuenta de cómo la angustia traumática comenzó a manifestarse en su cuerpo:

Desde ese día hasta ahora no sé si me asusté, me duele acá (señala el pecho). Fue horrible la desesperación. Era como que sentía que no llegaba a mi casa. Después, al otro día, estaba en la pieza y le conté a mi tía lo que pasó y me dijo son ataques de pánico.

Es oportuno que el practicante le señale con respecto a su tía P “*Te escuchó.*”, lo cual le muestra que hay interés por parte de ella, y que pueda hablar sobre lo que le ocurre en vez de actuarlo.

Además, G destaca: “*Es más, yo pensé que P me iba a decir algo, y me decía tranquilízate, tranquilízate, tranquilízate. Y yo no podía, y después fui a mi pieza y me dormí.*”. Frente a este comentario, el practicante nuevamente destaca “*Hay otras reacciones de ella, ¿no?*”; G asiente y desarrolla: “*Cambió mucho, fuimos al centro, nos compramos cosas para los dos. Compartimos, nunca salíamos a compartir, tomar un café, un sanguich. Ahora como que salimos más. Estamos más tiempo juntos, nos sentamos a hablar.*”. Además, cuenta de un curso de peluquería que está haciendo y como P le enseñó, y de que en su curso “*...las chicas son envidiosas.*” y tiene una profesora para la cual él es el “*mimado*”. G menciona “*...le gusta como trabajo, los peinados que hago.*”.

El practicante señala “*Hay un cambio de actitud tuyo y de P. Esto de no reaccionar, y eso hace que convivan mejor.*”, para que G asuma su responsabilidad en aquello de lo que se queja, y a la vez pueda darse cuenta de que está cambiando su posición frente a lo que ocurre. Sin embargo, G busca desentenderse de esta intervención, y dice: “*P sigue siendo igual.*”. Entonces, el practicante en psicoanálisis introduce el mal entendido “*Y también cambiaste vos.*”. G menciona: “*Sí. P sigue siendo igual. Viene, me habla.*”, entonces el practicante señala: “*Eso te hace bien.*”

Volviendo al tema de los ataques de pánico, el practicante pregunta: “*¿Qué sentís cuando te agarra?*”, para permitir que G empiece a nombrar esa angustia. Él responde:

“Lo único que siento es desesperación, quiero estar con alguien.” Y agrega “Y al otro día le comenté a P.”

También, G destaca *“...cuando me pasó, quise meterme el dedo en la garganta para poder hablar.”* y agrega *“...estaba trabado, fue una reacción.”*. El practicante en psicoanálisis manifiesta su asombro interrogando *“¿Estabas trabado?”*, y G dice *“No me salía la voz y me quería hacer así, no sé. Y entonces, no me llevaban, no es que no me llevaban el apunte, sino que no podía hablar. Y salí y tomé el remis.”*

El practicante busca que su ataque de pánico comience a ser localizado por G, para lo cual le interroga *“Ah, y ¿qué pasó el sábado antes de que te agarre el ataque de pánico?”*. G realiza comentarios sobre su tía, y luego retoma esta pregunta del practicante en psicoanálisis y comienza a contar los problemas que tuvo con su ex pareja en esa semana antes de que le suceda el ataque de pánico: *“Después, tuve con mi pareja una semana mal. Tuve un montón de episodios que ahora me río.”* Y agrega *“A él lo escrachó la travesti, su ex. Y sus familiares se enteraron y me escribieron.”*. Entonces el practicante le señala con asombro: *“¡Ah!, sí pasaron cosas esta semana.”*. Señalamiento que intenta que G ligue el ataque de pánico a estos problemas que tuvo, para hacerlo propio.

Por otra parte, se ve en su discurso que continúan las demandas y reclamos de su tía P hacia él *“Y fuimos a comprar la bisagra. Compramos y después ayer empezó a gritar para qué le hice comprar si no lo podemos poner porque no tenemos taladro.”*, pero, menciona: *“Sí, grita, pero yo hago otra cosa.”*. Es decir que a partir de las entrevistas clínicas con el practicante en psicoanálisis, hay un cambio en la posición que asume G con respecto al comportamiento de su tía P.

Sin embargo, nuevamente se ve en su discurso la rivalidad con su tío J: *“...y J no fue capaz de levantarse y ayudarme a conseguir un taladro, estaba ahí y ella no le decía nada.”*

Por otra parte, se observa como G coloca al practicante en psicoanálisis en el lugar de sujeto supuesto saber al destacar uno de sus sueños: *“Yo soñé que iba al médico y le contaba que mi pareja me pegaba.”*

Luego de que G comenta estos problemas, se queja de su último novio *“...y no me valoró sino no habría buscado a otra persona. Y la familia me echó la culpa a mí de la separación de los padres.”*, y de la amante de éste, la travesti que lo jode, el practicante le señala: *“Además ¿no?, las chicas de la peluquería, la travesti, P, mucha gente jodiéndote a vos.”*. De esta manera, le quiere hacer ver la percepción que tiene en general de los otros, de que quieren joderlo a él, y que quizás no sea de ese modo. Con lo cual

busca que el sujeto se implique en aquello de lo que se queja, a su vez que intenta rectificar la posición de G en relación a su queja de los otros.

Más adelante, destaca una conversación previa que tuvo con la travesti, en donde le dice: *“Le dije que era amigo de A y le dije, como sabía que se prostituía, cuanto salía el servicio. Me dijo que como era amigo de A que no, que él era su pareja. Entonces la llamé.”*. Ante esto, el practicante interviene para implicarlo en su queja *“Entonces, vos tuviste el primer contacto.”*. Ante esto, G rebota la intervención y dice: *“Pero después yo cambié el número.”*. Nuevamente el practicante en psicoanálisis busca implicarlo: *“Pero, primero vos la llamaste a ella y por eso ahora reacciona con vos.”*. También, intenta implicarlo en su queja diciéndole *“Pero, vos le habías dicho a la travesti que vos te abrías pero no fue así.”*.

G no se implica en lo que ocasiona su comportamiento y continúa hablando:

Pero yo le dije a A quédate con ella, dejame. Y entonces, decidimos cambiar los dos de número. Y después, la travesti me mandó un mensaje que le había enviado A ese día, un testamento le escribió, y a mi sólo feliz cumple. Y él me dijo que era mentira de ella.

El practicante busca de nuevo implicar a este sujeto: *“Retomando un poco. Vos decís ella se la agarra conmigo, pero vos ves que también se la agarra con vos porque esto que hablaron.”*, nuevamente G se desliga de su responsabilidad en juego haciendo responsable a su última pareja A: *“Se la agarra conmigo por A.”*. El practicante en psicoanálisis entiende que no es un momento en el que el sujeto pueda implicarse, entonces realiza un corte *“Bueno, entonces vamos a dejar acá...”*. G reacciona *“Sí. No sé qué hago hablando de mi pareja, en realidad era para hablar de mi intento de suicidio.”* y el practicante apuesta a ese corte de sesión para ver si algo se moviliza en G y si asume su responsabilidad en juego *“Bueno, vamos a seguir hablando el martes.”*.

Viñeta 4. Cuarta entrevista en consultorio externo

En esta entrevista, G primero menciona estar bien y luego se desdice *“No, no estoy bien. Yo me levanté así, hoy me levanté a las seis de la mañana llorando.”*.

Nuevamente habla sobre su última pareja:

...viste que te había contado que terminé una relación. Ayer hablé con él y saber que hice tanto y recibí tan poco. Y saber que quiere volver, no tengo ganas de estar así. Quiero salir adelante, siento que estoy en un pozo, mi familia o él, siento que estoy hundido en un pozo.

Y agrega: *“Y ahora que vuelve como si nada, no sé qué busca.”*.

Ante esto, el practicante, apostando a que hay un sujeto y a hacer que emerja su deseo, le dice *“Lo que él busque es su problema, ¿qué buscás vos?”*.

Luego G destacó problemas en relación con su familia “...ayer me quiso agarrar un ataque y me tomé la pastilla para dormir. Ando muy cansado, fue una semana que me pasaron muchas cosas en el ámbito familiar.”. Ante esto, el practicante realiza un señalamiento buscando que G pueda relacionar su malestar con las situaciones que ocurren, y lo implica nuevamente en su deseo, su responsabilidad ante lo que él quiere: “O sea que hay un motivo para que te hayas levantado así, pero más allá de lo que quiere tu familia o tu ex pareja, ¿qué querés vos?”.

Aparecen de nuevo los problemas con su tía P:

...yo me di cuenta que P está agarrándose de lo que pasó para buscar algún pretexto y decir esto y aquello. “Hoy no le digan nada porque no vaya a ser que se quiera matar”. Y yo dije no te das cuenta que sos vos la que sigue en esto.

Además, menciona otro conflicto: “Entonces, yo si salgo va a ser para problemas. Dice que me voy a drogar y yo no hago eso. Entonces, ya no sé qué hacer, me siento estancado.”. También destaca una situación:

...estábamos comiendo y M se levantó a servir la comida, y P vino gritó y se fue. Y entonces, le dije tía coma, y eso me hace sentir mal. Y ella se hace la víctima. Le dije estábamos todos felices y viniste y gritaste y opacaste el momento ¿con qué necesidad lo hacés?, ¿qué buscás?

En relación a estos problemas, el practicante le pregunta: “Y cuando ella te da órdenes, ¿vos cómo reaccionas?”, G responde: “Me voy afuera y no necesito que me diga qué hacer.”. Entonces, resulta oportuno y calculado que el practicante le pregunte: “¿Se lo dijiste?”. Se busca así que resuelva sus conflictos por medio de la palabra.

En un momento de la entrevista, G tras ayudar a un tío suyo y a P destaca: “Y nunca escuché gracias de P. Lo escuché de mi tío que me llamó llorando y me dijo gracias. Lo había hecho por mi tío, no para que ella me diga gracias. Porque ella es así.”. Ante esto, el practicante considera la oportunidad de señalarle: “Vos decís hice todo por él y no me dio nada. Ahora P, hice esto y no me dio las gracias. ¿Por qué siempre esperando del otro? Estaría bueno trabajar esa necesidad de reconocimiento del otro.”. Este señalamiento se orienta a abrir un tiempo para comprender, para que el sujeto reflexione a cerca de su posición frente al Otro, y de la necesidad de ser reconocido por el Otro. A su vez, el practicante le señala “Estaría bueno trabajar tu posición. Cómo te sentís vos frente a los otros. Porque vos sos importante, valés aunque no te agradezcan.” Es decir, que muestra que para el Otro, para el practicante, G es importante. Sin embargo, G no se reconoce en lo que dice el practicante: “Me considero una persona que si hago algo no espero nada.” De nuevo, el Practicante remarca “Pero, sí estás esperando”, el sujeto consiente a esto: “Un gracias. Pero, después que vos me devuelvas no.”. Entonces, el

practicante le propone *“Me parece interesante trabajar esa espera tuya de que el otro te de algo y cuando no te lo da te angustiás.”*. Se abre un tiempo para comprender, G guarda silencio, señal de que la intervención tuvo algún efecto.

Luego, el Practicante le marca: *“Porque hoy fijate viniste angustiado. Tu pareja primero dijiste yo hice tanto por él y él no me devolvió nada.”*. Entonces, G menciona sentir odio hacia su última pareja y tía P. Ante esto, el practicante le devuelve: *“Sentís odio porque vos das y no recibís lo que esperás.”*. Señala que su emoción es en cuanto a lo que espera del Otro, y cuando esto no ocurre se frustra y angustia, esto le permite ir identificando al sujeto frente a qué conflictiva de sí mismo, en relación a Otro, se desencadena su angustia, por ejemplo, en ese odio que menciona sentir.

También, el practicante busca que G comience a ver otras posibilidades y a reflexionar *“¿Qué pasaría si vos no esperás tanto del otro?”*, pero G se cierra en su postura: *“Es que no siento eso.”*. El practicante le pregunta sobre lo que siente, G responde *“Yo sé que hago mucho.”* y agrega *“Pero, por ahí yo siempre dije gracias, así sea una lapicera, pero siento bronca porque (silencio).”*. El practicante en psicoanálisis da el otro significante que resignifica lo que él dijo: *“Esperás.”* efecto de sorpresa a lo que el sujeto asiente *“Espero un gracias. Si no lo esperarías tanto no sé qué pasaría.”*

Se ve el efecto de intervenciones anteriores cuando G dice que empieza a tratar de hablar con su tía P sobre los problemas que tiene: *“Yo ya intenté hablar con P que no busque problemas, no puedo estar tranquilo, no puedo ni dormir pensando que ya va a venir P.”*. Ante esto el practicante le señala: *“Pensando en qué va a hacer el otro.”*

También G menciona: *“Me siento feliz cuando no estoy en casa, cuando voy a la peluquería, la profe me dice vos sabés enseñar.”* Entonces, el Practicante señala: *“Cuando muestran tu valor, cuando la profe les muestra a los otros que vos valés.”*. Pero él difiere: *“No porque las chicas no la quieren a la profe le dicen vieja chota.”*

También, G destaca *“...hay días que me levanto mal, que necesito hablar con alguien y no puedo.”*. El practicante le señala que hay un Otro que lo escucha y que si puede hablar: *“Sí podés, lo estás haciendo acá.”*. G menciona: *“Pero con mi familia no puedo porque siento que me lo sacan en cara.”*, entonces, el Practicante le muestra que él había dicho otras cosas en entrevistas pasadas *“Pero en realidad P, y tus otras tías te escucharon.”*

También G menciona: *“Pero vuelvo a casa, está P, y es volver a la tristeza, a la angustia.”*. Entonces, el Practicante le muestra que hay un Otro dispuesto a alojarlo, escucharlo: *“Con P no podés trabajar, con los otros tampoco, nosotros acá podemos*

trabajar.”, frente a lo cual G dice “*No sé qué se podrá trabajar.*”, negando las propuestas de trabajo anteriores hechas por el practicante.

Lo nuevo que agrega a su discurso tiene que ver con sus padres biológicos:

... busco mucho el afecto familiar que lo tuve. Por ahí me siento solo y lo busco. El otro día la vi a mi mamá y es como que sigue como si nada. Y me habló de mi papá, de ir hoy a buscarlo pero yo no necesito nada. Él solo va a venir como lo hizo una vez y no me enteré de que vino porque no querían que me vaya con él porque ellas no dejaron que yo lo vea a mi papá.

Confirma el hecho de que su intento de suicidio es un acting out dirigido a su madre biológica. A la vez que muestra lo que vino mostrando en relación a otros, él hace y espera algo del Otro, un reconocimiento.

De su padre G destaca:

Un día me vio cuando yo estaba en el secundario y me dijo “¿sabés quién soy yo?”, no, “soy tu padre, querés que vamos a un lugar” y ahí me contó. Y dije cómo mis tías no me van a dejar verlo. Y mi papá se enteró y me dijo que si siento la necesidad de ir con él que vaya pero no conozco a sus familiares.

Sin embargo, menciona que su tía P se opone a que vea a su padre. Entonces el practicante le pregunta “¿*Cuántos años tenés vos?*” para que tome conciencia de su edad y de la posibilidad de decidir y ser responsable legalmente. G responde “*Veintiuno. Ella como que no quiere que me acerque a él. Si me puedo ir con él me voy a ir porque en casa no puedo estar tranquilo.*”, entonces el practicante señala: “*Estás entre P y tu papá.*”, acercándolo a la toma de una de decisión.

Entonces, G destaca “*Yo me quiero ir pero P me dijo que si me voy no vuelva. Pero, mi otra tía me dijo que no es la casa de P.*”. Frente a esto el Practicante interviene “*Ponerle un límite entonces a P.*”, G asiente pero dice “*...no busco enfrentamientos.*”. Entonces el Practicante destaca: “*Pero tenés que buscar tu lugar para que los dichos de los otros no te afecten.*” y además, señala “*Porque el que terminó mal y con un intento de suicidio fuiste vos.*”. Con lo cual, intenta hacer que G tome conciencia de lo que la espera del reconocimiento del Otro causa en su comportamiento, y también, que pueda comprender como esta posición que tiene en relación a un Otro que ha construido como desagradecido lo termina afectando al punto de querer terminar con su vida.

También, el practicante en psicoanálisis le marca: “*Bueno cuando decimos hasta acá P limitamos esa influencia. Estaría bueno que veas hasta dónde tiene tanto poder P y hasta dónde se lo estás permitiendo vos.*”. Intervención tendiente a que el sujeto reflexione sobre cómo permite que eso ocurra; implicarlo, que vea su parte en el desorden del que se queja. Ante este señalamiento, G guarda silencio, y el practicante decide cortar

la sesión, a la espera de que se abra un tiempo en el que G pueda comprender su urgencia, su relación con el Otro que ha inventado, y su posición que avala o no ciertas conductas de los otros.

Viñeta 5. Quinta entrevista en consultorio externo

En esta última entrevista, G menciona temas relacionados con su última pareja:

Ayer lo vi a mi ex pude hablar, me quedé más tranquilo y hablamos bien. Me agregó al face, saque captura. Ayer nos encontramos tuve que decir que me iba al curso de peluquería. Me encontré con él, me pidió perdón, le dije que no me moleste su ex pareja.

El practicante le señala *“Te tranquilizó que en cierta forma te elija a vos.”*. G lo niega: *“No sé si fue así. Lo único que necesitaba era hablar con él. Quería saber qué le pasó a él, qué hice mal yo, porqué se fue así.”*. Entonces le pregunta: *“¿Qué hiciste vos?”*; G responde:

Él me dijo que *“fue la desesperación de que yo estaba con ella y te estaba dejando y no pensé que vos me terminarías”*. Y esa fue la reacción negativa que tuvo que pensó que yo iba a seguir atrás de él. Pero no, yo le corté y terminó ahí. Le dije ahora que esté tranquilo que vaya al gimnasio, que trabaje.

Surge un tema importante que es la cuestión del abandono y la de terminar una relación: ante el señalamiento del Practicante *“Tener una respuesta de por qué te abandonó te tranquilizó.”*, G manifiesta su negación *“Es que él no me abandonó, fui yo y si hubiera sido él no se qué hubiera pasado.”*. El practicante interroga *“¿Qué hubiera pasado?”* para que reflexione y ver si se acerca o no a la temática del abandono de su madre biológica. G responde: *“No sé, porque no sé nunca me pasó que a mí me terminen en una relación, y no sé que me pasaría cuando me terminen a mí.”*

También, G vuelve a mencionar lo que hizo por su ex pareja *“Siempre tuve que hablarlo para que estudie, que lo que hacía no era correcto.”*. Cuestión que es señalada por el practicante *“Cuidarlo.”*

Cuando G manifiesta *“...estoy mal, lloro, me pasaron cosas por la cabeza.”*, el practicante le pregunta: *“¿Qué te pasó por la cabeza?”*. En relación a su intento de suicidio G menciona: *“Problemas, todavía no caigo por qué intenté suicidarme, qué se me pasó por la cabeza. Si me decís si lo haría, no. No, porque no está en mis cabales.”* Dando cuenta de cierta extrañeza, a su vez que empieza a abrirse un tiempo para comprender aquella acción concluida precipitadamente.

En relación a los problemas con su tía P, G dice: *“Después los problemas, si voy a discutir con P, o si se levanta bien o no, yo ya sé que mejor me voy.”* Lo cual muestra

que el sujeto ha mantenido una nueva posición frente a su tía P. lo cual es señalado por el practicante *“Está bueno esto que decís yo ya sé cuando ella se levanta mal.”*

También, G destaca: *“Lo que yo hago ahora si la veo mal, me levanto hago lo mío y me voy”*, y el practicante interviene *“Bien. Porque son conflictos que terminan afectándote a vos.”*. Intentando abrir un tiempo orientado a la subjetivación de su urgencia.

Su tía P continúa metiéndose en la vida de G, pero él, tras los efectos terapéuticos del psicoanálisis aplicado, empieza a ponerle límites. Esto se vio reflejado cuando su tía P intentó juntar a G con su primer novio para que volvieran a estar juntos: *“...lo llamó para que venga al hospital porque ella busca unirnos. Y no lo saludé, lo ignoré para que P se dé cuenta que no quiero con él.”*

Con respecto a este ex, vuelve a tocar el tema de no saber cómo se sentiría si alguien lo terminase en una relación:

Yo lo terminé porque no sé cómo se siente cuando te terminan, el dolor, va no sé pienso que debe ser doloroso. No me pondría a hablar de eso porque no lo viví.

Terminamos bien, no tuvimos más contacto, solo hace dos meses hola y chau.

En cierta forma, esto demuestra que la representación de ser abandonado, negado, o terminado por su madre está reprimida. Con lo cual deja en evidencia que en su acting out, la repetición era a nivel del significante.

El practicante interviene marcando la posición del sujeto: *“Es importante que tengas claro que con él no querés volver, y ¿con A?”*. G responde:

Sí, yo me di cuenta que si quiero volver, pero quiero que se dé cuenta de sus errores.

Ya me pidió perdón, lloraba como un niño. Le dije que se dé cuenta que piense que estoy cuidándolo a él y se fije, se dé cuenta.

Ante su respuesta, el practicante considera oportuno señalar: *“Mmm. Hay que ver también que en todas estas situaciones de conflicto con la pareja quien terminó en un intento de suicidio fuiste vos”*, abriendo un tiempo para comprender en relación a lo que hizo, y las cuestiones planteadas por él en entrevistas anteriores relacionadas con conflictos con su pareja y tía P.

Ante este señalamiento, la posición del sujeto es la negación: *“Yo creo que en el intento de suicidio no tiene nada que ver A. Es más él vino al hospital, estaba conmigo. Yo lo vi cuando él entró, fue como un balde de agua fría.”* Y agrega *“Te puedo decir que aunque esté destrozado no volvería a caer en esa situación.”*

Por otra parte, en relación al practicante en psicoanálisis G manifiesta: *“Yo me di cuenta que aquí puedo hablar sin que me juzguen. Con P no puedo hablar, me juzga. Si*

hablamos bien por dos o tres días, y ya me tira indirectas.” Ante esto, el practicante interviene: *“Es que ella es tu tía, no es un profesional que te escucha sin juzgarte.”*, un intento de descompletar a su tía para que aparezca con falta, y deje de ser vista por G como otro absoluto, omnipresente.

También, G menciona los efectos terapéuticos de acudir a las sesiones *“... yo me siento bien viniendo acá, salgo tranquilo, me voy bien.”* Y agrega *“Ates de venir acá, P quería mandarme a un Psicólogo suyo.”*. Ante esto el practicante busca que surja su deseo, y remarca que lo que cuenta es la decisión de G: *“lo importante es qué es lo que vos querés y que esto sea tu espacio, no el de P”*. También, G destaca:

Y yo la verdad vengo acá y me siento tranquilo, y me voy pensando si dije lo que pensaba, lo que pasó, y me siento bien. Vine para buscar respuesta a lo que a mí me pasó. No sé si lo hice por un problema, pero por qué tanto. Llegué a tanto, si yo no sería capaz de tanto.

Lo cual da cuenta de que se ha establecido cierta transferencia con el practicante, de que existen efectos terapéuticos del psicoanálisis aplicado, en tanto siente alivio, y además, cómo a partir de las intervenciones del practicante en las entrevistas anteriores, G da lugar a que surja una pregunta dirigida al Otro, Otro que lo escucha en relación a su acting out. Con lo cual, al surgir una pregunta que dirige al practicante en psicoanálisis, se puede pensar que se ha constituido un síntoma analítico.

Observaciones:

Hasta esta entrevista fue mi práctica con este paciente.

Se puede apreciar que se estableció una Transferencia con el analista practicante, se produjo la instalación del Sujeto Supuesto Saber por parte del analizante. También, se observa como el síntoma que trae se vuelve un síntoma analítico a partir de que A dirige su pregunta a quien supone un saber: *“No sé si lo hice por un problema, pero por qué tanto. Llegué a tanto, si yo no sería capaz de tanto.”*

También, con respecto al diagnóstico estructural, podemos inferir que se trata de una neurosis, una estructura histérica. En la misma se pueden ver elementos estructurales como la otra mujer, la relación de estrago con su madre, y luego, con quien hace de figura materna, y la relación de estrago que repite con su novio.

En las entrevistas presenciadas, se puede pensar que faltó tocar la temática del padre en mayor profundidad. Abrir más eso, porque el padre permite regular algo del goce, es quien otorga los recursos simbólicos para que el sujeto reprima en vez de precipitarse a la acción ante la angustia que le genera el Otro materno encarnado por su tía. Quizás esa también era una posible vía para trabajar con este sujeto.

A partir de las intervenciones del practicante y de su escucha, se logró el restablecimiento de la conexión de la cadena significativa. El practicante fue produciendo un deslizamiento significativo: tía, abuela, mamá, pareja, papá, etc. logrando conectar esta ruptura de la cadena significativa, haciendo que el sujeto historicice y pueda relacionar el estado de urgencia en el que llegó al Servicio de Jefatura de Guardia con sucesos de su vida. También, se logró conectarlo con los otros, relanzarlo al restablecimiento de sus vínculos, a través de tomar otro aspecto del amor, con sus tíos, tías, y sobrino.

Además, se pudieron apreciar los efectos terapéuticos en el sujeto como el cambio de su posición subjetiva en relación a la soledad, a los otros, ante los reclamos de su tía P, el poder volver a su rutina diaria, y la decisión que tomó de dejar a su pareja que lo golpeaba.

La oportunidad de formación en la urgencia

La transmisión de la práctica psicoanalítica y de los conceptos que la sustentan es uno de los pilares fundamentales de la clínica. La práctica del psicoanálisis en el hospital y su sostenimiento se basa en gran parte en la presencia de espacios de formación e intercambio donde los practicantes del psicoanálisis pueden conversar sobre las vicisitudes y posibilidades de la práctica, escuchar los puntos de vista de otras disciplinas y discursos, y también diferentes perspectivas de trabajo.

Como se había planteado en la propuesta de la pasantía, dentro de la experiencia se realizarían actividades de formación consistentes en ateneos donde se podía presentar un caso ilustrativo de la práctica y su relación con los conceptos de la urgencia. Es así que durante la pasantía académica, se participó en cinco encuentros en los cuales se abordaron temas relacionados con la demanda, deseo y necesidad, la atención de las interconsultas que llegan al servicio, y se trabajaron algunos capítulos del libro “A cada cual su cerebro” propuesto por el jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología, y también, un ateneo sobre “La estafa del Psicoanálisis”.

Ateneo I: La demanda y el pedido de interconsulta.

Texto trabajado: “Necesidad, demanda y deseo: articulación y algunas diferencias” de Reali (2012).

Disertante Lic. en Psicología.

Durante el mismo se expuso el texto elegido, haciendo hincapié en cómo cada analista practicante tiene que construir su lugar en el hospital, frente a una hegemonía médica, en donde hay mayor influencia de la psiquiatría y el cognitivismo, y el perfil del hospital. También, se planteó la importancia de que cada practicante sepa algo de por qué inscribe su práctica en el hospital, lo cual se logra vía el análisis personal.

Además, en cuanto a los conceptos abordados del texto trabajado, se explicó sobre cómo a través del significante, la necesidad, que puede ser satisfecha por un objeto real, se convierte en demanda. A partir de entonces, del objeto que se pide al Otro lo que importa es la respuesta por parte del Otro quien puede o no responder, con lo cual toda demanda sería una demanda de amor. En relación al deseo, se comentó que no hay objeto que pueda colmarlo, ya que el deseo no puede ser satisfecho, y lo que importa es la posición del sujeto como deseante en relación al Otro.

Además, se trataron aspectos generales de la asistencia clínica en el hospital en relación a la respuesta que corresponde dar a los pedidos de interconsulta, cuándo le corresponde intervenir al Psicólogo y cuándo al Psiquiatra, y cuándo en forma conjunta.

Ateneo II: Tema: “Capítulo 1. El oso polar y la ballena. Apuestas de la plasticidad.”

Se trabajó con la introducción al libro “A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente” de Ansermet & Magistretti (2006).

Disertante: Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología.

La exposición consistió en introducirnos al libro en donde los autores buscan la forma de articular el psicoanálisis con la neurociencia. Para esto, emplean una analogía: la imposibilidad de querer cruzar un oso polar con una ballena, buscando un punto de encuentro entre ambos, sin querer superponerlos, manteniendo la esencia de cada uno, a partir de la neuroplasticidad que funcionaría como mediadora entre ambiente y genética.

Se expresaron comentarios en relación a que hay puntos en los que no se podrían poner de acuerdo los psicólogos y los psiquiatras como ser el goce, o el tratamiento que sería más conveniente para un paciente con un trastorno obsesivo compulsivo.

Ateneo III: Tema: “Capítulo 2. Diego y Haydn. Percepción y memorias.”; y “Capítulo 3. La inhibición a orillas del lago Trasimeno. Destino de la percepción.”

Se trabajó con el libro “A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente” de Ansermet & Magistretti (2006).

Disertante: el pasante.

En este ateneo bibliográfico, se trataron conceptos relacionados con la percepción y la memoria.

Con respecto al capítulo II, se abordaron conceptos trabajados por los autores relacionados con la percepción, sobre cómo por medio de la experiencia sensorial se inscriben en las redes neuronales los sucesos, hechos, experiencias vividas y cómo éstos pasan a formar los bancos de memoria en forma de recuerdos. También, se comentó sobre lo que versa este capítulo: la transmisión de la información por medio de la sinapsis, de una neurona a otra mediante los axones y dendritas, y la posibilidad de la aparición de nuevos receptores neuronales generando así mayor neuroplasticidad y otras posibilidades de respuestas por parte del individuo en su medio.

Se expuso sobre las ideas de los autores en relación a cómo los recuerdos influyen en la percepción que tenemos de las situaciones que estamos viviendo generando emociones y respuestas diferentes en un momento y en otro, frente al mismo estímulo, según procesos de asociación, comentando los ejemplos del autor.

En relación al capítulo III, se abordaron temas propuestos por los autores como el marco fantasmático (psicoanálisis lacaniano), considerándolo como aquello que permite una construcción singular de la realidad en cada sujeto, independiente de lo que ésta es.

También, se comentaron cuestiones planteadas por los autores del libro sobre el papel de las fantasías de seducción en la etiología de las neurosis propuesto por Freud, y se hizo hincapié en que a partir de sucesivas inscripciones en las redes neuronales de la experiencia vivida, ésta se pierde, y es sustituida por fantasías. A partir de allí, la realidad será interpretada y construida por las fantasías del sujeto.

Ateneo IV: Tema: La estafa del psicoanálisis.

Texto trabajado: Se trabajó con el “Seminario 24. Clase 8. Palabras sobre la histeria. 26 de Febrero de 1977.” de Lacan (s.f.).

Disertante: Lic. en Psicología.

En este ateneo, se expuso la idea de que comprender tiene que ver con estafar, como lo hace la psicología o la astrología. Por eso, desde nuestra práctica psicoanalítica, se intenta no suponer nada, lo cual sería lo opuesto a la empatía, por eso se pregunta.

Además, se planteó lo que dijo Lacan en relación a la ciencia, tomando lo real como su objeto de estudio y cómo, si se piensa al psicoanálisis desde ese lugar, podría ser considerado una estafa porque no es científico. También, se mencionó que a lo que en realidad apunta el texto trabajado era a que el psicoanálisis se podría considerar una estafa si sólo trabajara con el sentido, es decir esta cuestión orientada a inflar el sentido, interpretar sueños, lapsus, síntomas, etc. sin considerar lo real, el goce, que no se conmueve por el sentido.

Uno de los analistas practicantes comentó que como no se puede hacer mucho con lo real, se busca desde el análisis efectuar actos analíticos, cortes en la sesión, interpretaciones tendientes a cortar el sentido, que busquen la reducción del goce; y además, buscar que el paciente pueda llegar a “saber hacer con” lo irreductible del síntoma.

Desde la psiquiatría, los comentarios se orientaron a exponer que es imposible no dirigir la terapia, y que siempre se efectúa la intervención desde nuestra perspectiva, y la transferencia con el paciente desde un punto de vista empático se establece se quiera o

no. Además, se mencionó que desde la psiquiatría se busca que el paciente ya no tenga síntomas y que lo importante más allá de la terapia es que se recupere.

Desde el psicoanálisis, hubo comentarios que apuntaron a mostrar el síntoma como una solución que encuentra el paciente en su vida para sostener algo, que se lo trabaja sin intentar curarlo, que el analista se posiciona en el lugar de semblante de objeto, y que se dirige la cura orientados por la ética del psicoanálisis, y que el alivio sintomático se da por añadidura.

Ateneo V: Presentación de un caso de urgencia. Viñetas del Caso T: “Un demonio que me entra en ese momento”

Dentro de las actividades del ateneo consistente en la presentación de caso, si bien la misma no se llevó a cabo, se destinó un espacio de formación, en el cual el director de la pasantía orientó al pasante en la elaboración de un caso ilustrativo que se desarrollará en el presente capítulo.

A continuación, se transcribirá tanto la presentación del caso ilustrativo, como la articulación efectuada por el pasante entre la práctica clínica y la teórica psicoanalítica que versa sobre la clínica de la urgencia.

Viñetas de la entrevista clínica con T en el Servicio de Jefatura de Guardia

Según lo establecido en la historia clínica, la paciente T ingresa al Servicio de Jefatura de Guardia del hospital trasladada por la ambulancia del SAMEC desde su domicilio tras un intento de suicidio cuya modalidad fue autolesión en ambos brazos. Además, registra un antecedente de suicidio y haber sido asistida por mareos. El médico de sala de mujeres es quien solicita la interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Al ser la paciente menor de edad, nos dirigimos a la puerta de entrada del Servicio de Jefatura de Guardia por donde ingresan los pacientes que se encuentran en la sala de espera de dicho servicio. Se le solicita al guardia de seguridad que llame a un familiar de la paciente, viene su madre, se le explica que su hija va a ser atendida por el profesional Psicólogo, y se le solicita su consentimiento para que el pasante pueda estar presente en las entrevistas clínicas llevadas a cabo por dicho profesional.

Se observa en primera instancia a una adolescente mujer con vendajes en ambos brazos, con predisposición para hablar, a la espera de ser escuchada por Otro. Hecho que

se refleja en su conformidad para participar de las entrevistas clínicas y trasladarse a un consultorio de traumatología con dicho fin.

Al comenzar con la entrevista en el consultorio de traumatología, se puede observar que si bien la paciente se encuentra orientada temporo espacialmente, no puede mencionar con claridad cuál fue el problema que tuvo, por qué intentó suicidarse, y entonces, recurre a las frases del Otro materno para comentar: *“Mi mamá piensa que es por mi novio, pero no.”*. Esto da cuenta de cierta dificultad por parte del sujeto para poder representarse en la cadena significante ya que se encuentra en un estado de urgencia. Se produjo una ruptura de su cadena significante y será labor del practicante restituirla.

Por lo tanto, nos encontramos con un sujeto que no puede dar testimonio por sí mismo sobre el acontecimiento vivido, tiene cierta dificultad para historizar el suceso, y se vale del discurso del Otro materno para poder dar indicios de su problemática, a la vez que asume una posición de negación en relación a lo que dice su madre. Con lo cual, podríamos pensar que su conflictiva estaría relacionada con aquello que niega: el amor en su faceta de estrago materno.

Efectos terapéuticos que se producen por las intervenciones del practicante en psicoanálisis.

En primer lugar, ante la dificultad que tiene la paciente para poder relatar el suceso, y ante la negación de los dichos maternos que emplea para responder (*“Mi mamá piensa que es por mi novio, pero no.”*), el practicante en psicoanálisis le presta un significante para que pueda empezar a articular un S1 con un S2, armar una trama, transformar el grito dirigiéndolo a Otro que lo sanciona como llamado. Es así que el analista practicante plantea una pregunta en relación a los dichos de su madre: *“¿Por qué piensa eso?”*.

A partir de la misma, la paciente deja de recurrir a las frases del Otro materno, sale de la posición de alienación a esos dichos, y comienza a tratar de historizar el acontecimiento:

Ayer fui a su casa, cumplía años y rompí el cosito con el que él se afeita y no lo quería dejar ir. Me pegó aquí. Bueno porque yo le pegué. Y después, me agarró un algo, no sé qué y fue. El lunes pasado fue la primera vez que me corté, pero ayer me corté más.

El sujeto tiene dificultad para poder determinar con exactitud qué fue lo que ocurrió, y aquello que lo precipitó al intento de suicidio. Sin embargo, deja ver que la negación de los dichos maternos era en realidad una afirmación de los mismos. Existe en el modo de relacionarse con su pareja cierta dificultad para reconocerlo como otro diferente, al punto de cosificarlo e intentar obturar su deseo.

A partir de la castración del Otro, se puede observar en los dichos de la paciente como la angustia traumática comenzaba a manifestarse: “...*me agarró un algo, no sé qué y fue.*”. Esta angustia invadía al sujeto a partir de que T “... *no lo quería dejar ir.*”, lo cual se puede leer como que T no quería quedar como resto del Otro, cuestión que develaría la falta en el Otro.

Entonces, fue a partir de ese instante de ver-se objeto dejado por el Otro que, sin que medie un tiempo para comprender, T se precipitó en una acción tendiente a terminar con su vida: cortarse los brazos. Vemos como en esta salida de la angustia, se vale de su cuerpo y además, actúa ese daño que siente del Otro al cortarse con “...*el cosito con el que él se afeita...*”.

Tras su estado de urgencia, “... *no me calmé. Me fui cuando tiré las cosas.*”, se va de la casa de su novio, y al sentir “...*algo de desesperación.*”, llama a su “*mamá*” quien va a buscarla acompañada de su padre. Con lo cual, podemos pensar que T demanda con su grito cierto marco de contención familiar.

Ante esta invasión de angustia, podemos pensar que, al no poder tramitarla desde lo simbólico mediante la represión, el sujeto busca como salida montar una escena donde realiza una actuación: se corta los brazos buscando la mirada del Otro. Un corte en lo real pero que llama la mirada del Otro.

También, podemos ver en su discurso, como esta angustia se presenta como un afecto que todavía no puede ser nominado por la paciente “...*me agarró un algo...*”, indicador que muestra que es necesario intervenir para que pueda hacerlo.

Entonces, el practicante en psicoanálisis considera oportuno instalar un instante de ver esta urgencia, para que T pueda empezar a nombrar ese afecto. El analista practicante le señala: “*Decís me agarró un algo.*” y T responde “*No sé, acá me empezó (señala la sien) y me pongo re nerviosa.*”, poniendo en evidencia que, si bien puede empezar a localizar la angustia en su cuerpo, aún no puede nominarla, darle cierta envoltura formal.

Con el objetivo de que dicho estado afectivo reciba un nombre y pueda ser regulado a partir de ahí desde un orden significante, el practicante pregunta: “*Un algo acá, ¿qué es?*”. T responde “*No sé, me agarró la locura, ideas.*”. La nominación encontrada por T para ese afecto que no engaña, “*la locura*”, deja ver como el goce que la invade no es presa fácil para el significante.

Con el fin de que T continúe relatando el suceso y, además, para posibilitar la apertura a un tiempo para comprender esa emoción y esas ideas, el analista practicante pregunta: “*¿Qué idea era esa?*”. Ante la misma, T comienza a nombrarse en relación a

su novio e historizar el suceso: *“Yo fui ayer a su casa, me dijo que se tenía que encontrar con una persona a las ocho y yo le dije vos no te vas a ir, te vas a quedar conmigo.”*. Esto permite pensar que las coordenadas de esta urgencia están en función de un Otro que desea, puesto que eso es lo insoportable para T.

En esto que menciona, si bien no puede dejar en claro aquella idea, se puede ver el punto de quiebre de la homeostasis del sujeto: la posibilidad de que su novio se encuentre con *“una persona”*, es decir, se vaya y la deje sola. Vemos que la angustia de T, *“la locura”*, es provocada ante la posibilidad de que el Otro quiera algo o alguien que no sea ella.

También, durante la entrevista clínica, el practicante orientó al sujeto para que comience a desplegarse un instante de ver en el cual pueda nombrarse de forma impersonal en relación a otros. De este modo, T nombró las actividades que realiza, como ir al colegio, *“...jugar a la pelota...”* los días sábados, tomar alcohol, y juntarse los fines de semana con sus *“...amigos del barrio.”*. Esto le permitió al sujeto comenzar a representarse en relación a sus pares, restituyendo algo del sentido perdido tras el trauma vivido.

La entrevista continuó desarrollándose, y a partir de apostar a un tiempo para comprender, el practicante hacía preguntas para instalar una pausa en la que el sujeto pudiera comenzar a reflexionar e identificar aquellas cuestiones que le producen angustia.

En primer lugar, se valía de los significantes del sujeto, y se los regresaba en forma de pregunta: *“¿No querías que se encuentre con otra persona?”*, *“¿Quién era esa persona?”*. Intervención calculada que permitiría descubrir algo del fantasma histórico del sujeto, ya que el mismo responde: *“Una chica. Él busca personas de mi misma edad, así pendejitas”*.

También, se averiguó sobre las edades de los miembros de la pareja: él de *“Treinta y cuatro.”* años y ella de *“Dieciséis.”* años. Respuestas de la paciente señaladas por el practicante en psicoanálisis con un *“Mmm”*, mostrando su presencia y disposición para alojar y escuchar al sujeto; lo cual tuvo el efecto de que éste pueda reflexionar e historizar: *“Es con él la primera vez que me pasa esto, así con él me agarra la locura. Si tuve una pareja, el primero y lo dejé porque él se drogaba. (Silencio).”*. Esto nos indica que comienza a instalarse un tiempo para comprender, en el que el sujeto se permite pensar con respecto a la invasión de angustia en relación a la castración del Otro. Se ve que comienza a notar que algo de esa *“locura”* que le agarra se vincula con Otro que la deja.

Con el fin de continuar propiciando la instalación del tiempo para comprender, el practicante en psicoanálisis pregunta: “¿Qué pensás?”, y T responde “¿Qué me va a perdonar! con todo lo que hice.”. Lo cual demuestra cierta implicación por parte del sujeto y cierto estado de arrepentimiento.

También, el practicante demostró su falta de comprensión en relación a los afectos de T, (su “locura”), interrogándola con sorpresa: “¿Por qué con él es distinto?”. Es así que el sujeto intentó dar cuenta de esto que le ocurre reflexionando: “Capaz que porque es un hombre grande, no sé.”, mostrando que empieza a pensar sobre la diferencia de edad que fue marcada por el practicante con un “Mmm.”.

El practicante en psicoanálisis redobla su apuesta en un intento por instalar un intervalo para que A pueda pensar su posición con respecto al Otro: “¿Esperabas que él vaya, cambie de idea?”. Ante esto, T responde: “No. Porque yo sé que igual se iba a ir. Él dice que nunca está solo. Salió del penal hace un mes.”.

Con el fin de que T pueda historizar sobre su relación y elección de pareja, el practicante le pregunta: “¿Cómo lo conociste?”. T comienza a narrar:

Por un tío con el que son bien unidos. Él le dio mi número, y me llamaba del penal. Y me decía “vamos a ver qué pinta, termine con mi pareja”, y me llamaba, hasta que salió el veintisiete de marzo y empezamos a salir el veintinueve.

Entonces, el practicante introduce la dimensión del malentendido: “Y ¿qué pinta?”. Esto hace que T cuente más a cerca de la relación que mantiene con este hombre:

Pinta de todo (se ríe) me dice que nunca me va a faltar el respeto, de tomar juntos. Toda su vida de antes murió en el penal. Me llevó a su casa, me presentó a sus hijas, que quería estar conmigo. Nunca revise su celular y la primera vez que lo hice ahí empecé a reclamarle y a querer hacer cosas. Ahí empecé con la locura.

Se puede apreciar en su discurso, como el hecho de revisarle el celular a su novio, si bien la movilizaba emocionalmente, no la precipitaba a la acción, es decir, se mantenía su homeostasis. Para que T consumara su acting out sería necesario que sus reclamos se encuentren con una realidad en la que efectivamente podría ser dejada, sustituida por otra persona.

Además, en su relato, se aprecia cómo el sujeto se instala de nuevo en un instante de ver, se nombra en relación a otros, su novio y las hijas de él, pero para pasar a un tiempo para comprender y recordar cuándo empieza con su “locura”.

Entonces, el practicante se vale del significante de la paciente para señalar con asombro: “¿Ahí empezó?”. Esto tiene un efecto en el sujeto quien puede reflexionar y darse cuenta de que esta “locura” aparece en ciertas ocasiones. Es así que T menciona: “Sí, porque no era así, ahí empecé. Yo salía antes pero tranqui.”.

Su respuesta da cuenta de que comienza a haber cierta localización subjetiva en relación a los dichos del sujeto, donde se puede apreciar su división, a la vez que cierto asombro o confusión. Además, se observa que el sujeto puede establecer comparaciones entre diferentes posiciones que asume con respecto a diferentes momentos en su historia de vida.

Tras el establecimiento de un tiempo para comprender, el practicante en psicoanálisis considera oportuno realizar una intervención que apunta tanto a implicarla en su intento de suicidio, como a instalar una pausa para que la paciente pueda empezar a comprender su urgencia: “*Y ¿qué pensás de lo que hiciste?*”. Es así que el sujeto responde: “*No sé qué me pasa. Como soy capaz de hacer esto, soy capaz de hacer otras cosas, mi mamá tiene miedo de que haga algo. Ella no me entiende.*”. Se ve que la urgencia no se ha subjetivado, y aún la considera como algo ajeno, al tiempo que continúa recurriendo a los significantes del Otro materno para dar cuenta de su estado de asombro frente a lo que hizo.

También, hubo intervenciones tendientes a buscar un efecto de corte en el goce del sujeto, y a la vez, permitir la posibilidad de que aquello que no fue elaborado simbólicamente comience a serlo. Entonces, el practicante le preguntaba sorpresivamente implicándola en su actuación precipitada: “*Es tu mano, ¿por qué te cortaste?*”. Ante esto, T se reía y decía “*no sé.*”. Respuesta que nos hace pensar en la función esencial del yo: el desconocimiento de la castración del Otro. Si bien este señalamiento apunta a que el sujeto pueda comenzar a reflexionar sobre la forma en que tiene de salir de la angustia, se ve como aún no está en condiciones de responder sobre la razón por la cual respondió a la misma mediante un intento de suicidio que no dio lugar a un tiempo para comprender.

Para que el sujeto pueda seguir armando una trama, una ficción de ese suceso, tome distancia afectiva y pueda darle algún sentido, el practicante continuó prestándole significantes.

En el desarrollo de la entrevista, T comentó que en el encuentro con quienes fueron en su auxilio, su padre y madre, ésta le dijo: “*Me hablaba mi mamá que porqué hago esto, que hacerlo por una pareja no vale la pena.*”. Dicho de la madre que la paciente toma para responder, pero que a la vez es un indicio de la relación de estrago que mantiene con ella, puesto que habría que preguntarle por qué o por quién valdría la pena suicidarse.

Entonces, el practicante ve la oportunidad de correr a T de los significantes maternos, de producir cierta separación, y a su vez implicarla para que aparezca el sujeto diciéndole: “*Y decime C, ¿esto es por una pareja?*”. Ante esto T responde: “*No, no sé*

cómo lo verán, no lo veo así. No lo hago por una pareja. Yo sé que él nunca está solo y yo tampoco". Comienza a aparecer la temática de la soledad, y la posición del sujeto orientada a no querer saber nada sobre la misma.

Para dar lugar a la reflexión de dicha temática, y para que el sujeto pueda elaborar simbólicamente la angustia relacionada con el deseo del Otro, el practicante le pregunta *"No vas a estar sola, ¿cómo es eso?"*, T responde *"Estando con una pareja"*. Podemos pensar que estar con una pareja es la solución sintomática o arreglo que el sujeto se inventa para evadir el encuentro con la castración del Otro. Solución que tambalea cuando aparece en el Otro el deseo.

Advirtiendo esta cuestión, el practicante le pregunta: *"¿Te importaría perder a alguien?"*. Pregunta que también podría ser leída como *¿quién te podría perder?* o *¿ante quién (Otro) podrías ser dejada?* Con lo cual, T responde *"A mi mamá"* y agrega *"A mi hermana"*. Ante estas respuestas, el analista practicante orientó al sujeto a hablar de ellas.

De su hermana mayor, T contó que se fue de viaje con su cuñado al sur y además, mencionó *"Sí pero igual viene. Ah yo la llamaba. Era la única que sabía que estaba con el chico. A ella no más le dije pero mi mamá ni se imagina."*. Vemos cómo en la vida de T, su hermana se presenta como Otro que también la deja.

El analista practicante consideró oportuno dar lugar a la reflexión, y devolviéndole el significante al sujeto, señaló a quienes acude ella frente a situaciones de angustia: *"Tu mamá y hermana a las dos que llamaste. ¿Cómo te sentís ahora?"*. T mencionó: *"Sigo teniendo la angustia en el pecho"*. A partir de esta intervención, se ve que la paciente puede empezar a localizar y nominar dicho afecto, lo cual podría permitirle cierto alivio, puesto que vía el significante hay pérdida de goce.

También, el practicante en psicoanálisis buscó que T historicice sobre la relación que tuvo con su hermana mayor: *"¿Cómo fue la relación con tu hermana?"*. Esta intervención apuntó a que el sujeto pueda relacionar su intento de suicidio, con acontecimientos de su vida. Entonces, T comenzó a relatar:

Y no sé, hace poco nos empezamos a tratar, más confianza. De chiquita nos hacíamos cagar siempre. Yo era la más loca. Yo le pegaba. Llegué a faltarle el respeto dos veces a mi mamá. Y entonces, me levantó y agarró de las mechas y al otro día yo fui a misa, yo decía cómo podía hacer esto. Es que mi mamá es hiriente cuando dice palabras, pero le duele, llora en silencio. Y la choque a mi hermana, nos agarramos a pelear. Yo le pegaba, pegaba, pegaba hasta que mi mamá me agarró y me dijo "sal Satanás" y me quedé más tranquilo y me dolía el cuello.

Se puede apreciar algo de su novela familiar, la rivalidad con su hermana, la relación conflictiva con su madre, y su asombro ante lo que es capaz de hacer a ésta. A la

vez, se puede notar el intento de la madre por pacificar la acción de la paciente (este no poder parar de pegarle a su hermana) mediante un exorcismo, tras lo cual T se calma. También, vemos que T se identifica con “...la más loca” que guarda relación con la “locura” que la invade en momentos donde el Otro se muestra con falta.

Como se observa, el analista practicante permitió un deslizamiento significativo en donde “la locura” del mal encuentro con su novio se relaciona con la identificación a “...la más loca” que hace que “De chiquita” le pegue a su hermana y falte el respeto a su madre, es decir, permite que se vaya conectando la cadena significativa, armando una trama en pos de que la urgencia se vuelva propia, puesto que muestra algo que insiste en el sujeto.

El practicante intervino preguntando: “¿Te acordás de esas cosas? ¿Qué te tiene tan enojada?” lo cual dio lugar a que T pueda relacionar su intento de suicidio con otro episodio anterior de corte. Es así que T relata:

No sé, ay no sé (ríe). Me dijeron que es por cambiar del colegio. Yo iba a otro colegio de tarde noche, salía iba a mi casa a las ocho. Y decidí cambiarme de colegio al XX. No sabía qué quería y me quedé ahí dos meses. Una noche me quedé sola y ahí fue cuando me corté los brazos.

En este relato, se percibe que el sujeto trata de desentenderse de su responsabilidad apelando a los significantes de otros para dar cuenta de su enojo, a la vez que surge de nuevo la temática de la soledad relacionada con su precipitación.

Ante estas cuestiones, el practicante considera oportuno señalarle: “O sea, ¿tres veces te cortaste?”, pero T pierde la cuenta con respecto a las veces que se cortó y responde “No, ayer y la otra vez”. Cuestión que permite ver cierta posición de negación y olvido en relación a su actuación, ya que deja de lado el corte que mencionó haberse realizado antes del actual intento de suicidio. El sujeto pierde la cuenta en relación a la forma que tiene de librarse de la angustia, lo que indica cierta satisfacción pulsional en la repetición.

También, el practicante le señaló “¿Te quedaste sola?”, mostrándole como ante esta posición que asume frente al Otro, ella se angustia y puede llegar a precipitarse a la acción. Lo interesante es que, frente a esta puntuación, el sujeto retoma la conflictiva con su novio, evidenciando como los acontecimientos van conectándose:

Yo le dije a él que si me dejaba yo me voy a matar. Y lo llegué a cansar y me dijo “hace lo que quieras pero afuera de mi casa”. Y le dije vos no te vas a ir, te vas a quedar conmigo. Pero no me animaba a hacerle daño a él.

Se puede observar como el sujeto, interpelado por su fantasma, hace cosas para que el Otro lo deje, como amenazarlo o cansarlo. A la vez que establece una relación de estrago con su pareja en donde repite la relación de estrago que tuvo y tiene con la madre.

A partir de la última frase del sujeto, *“Pero no me animaba a hacerle daño a él.”*, el practicante abre una pausa para que algo pueda ser elaborado y señala con sorpresa: *“Mmm ¿a él no?”*. Marcando como es ella quien resulta dañada, como su yo se hace objeto de la pulsión de muerte. Vemos como hay un viraje en relación al destino de la pulsión, como pasa de golpear a la hermana a golpearse a sí misma, hay una orientación de la pulsión hacia la propia persona.

Ante este señalamiento, T comienza a relacionar su intento de suicidio con algo de su pubertad: *“No. Yo cuando era chiquita me quería morir.”*. Deja ver en sus dichos como hay algo singular en relación a la temática de la muerte.

Con el objetivo de que continúe elaborando su angustia, y articulando un S1 a un S2, el practicante le pregunta: *“¿Cómo es eso, que edad tenías?”*. A partir de esto, el sujeto puede comenzar a historizar sobre dicha temática: *“Trece o catorce, yo le decía a mi mamá cómo es la muerte, miraba el cielo, en ese momento me quería morir. “No” me decía, me abrazaba, o quería que fuera a la psicóloga. Es que ella no piensa.”*. Significante que se dirige al Otro materno a modo de pregunta que agujerea su saber y no encuentra respuesta porque es del orden de lo imposible. Significante que aliena al sujeto a una repetición inconsciente de un tema no resuelto.

Los tiempos institucionales requieren del practicante la toma de una decisión en relación al caso, con lo cual, ante la pregunta que aparece en el discurso del sujeto sobre la muerte, el practicante considera oportuno valerse de eso e intentar provocar una demanda de análisis por parte del mismo, hacer que esa pregunta se dirija al Otro encarnado en la figura del practicante. Entonces, le dice:

¿Vos te animas a hacer tratamiento? ¿Qué pensás de tener un espacio para vos?, para ir trabajando esta angustia que te da en el pecho, esas ideas. Vos te preguntás sobre eso, no sé qué pasa decís, no me entiendo. Ella tampoco entiende, te has preguntado sobre la muerte, decís que tenés miedo a estar sola. Sin embargo, esas preguntas te están llevando a estas cosas, a hacerte daño a vos, a tu pareja, a tu mamá.

Pero ante el silencio de T, el practicante le pregunta *“¿Qué pensás?”*. T responde: *“Mmm no sé, mi hermana me ha dicho que no esté con el chico ese pero yo no voy a estar con él. Siento que él me hace así, porque con ninguno me pasa así.”*

Se observa que el sujeto comienza a trabajar en un tiempo para comprender su emoción en relación a su pareja, y a pesar de que sitúa la responsabilidad en él de aquello

que ella hizo, también, se puede apreciar como aparece cierta reflexión de que algo tiene ella que ver en eso cuando menciona *“Y lo llegué a cansar...”*.

El Practicante busca que se instale una pregunta en el sujeto con la posibilidad de que la dirija al Otro: *“¿Qué será?”*. Sin embargo, se ve la dificultad en T para poder hacerlo. Entonces, siguiendo con la estrategia de que la paciente demande análisis, el practicante en psicoanálisis puntúa: *“Te cambiaste de colegio, tu hermana se fue al sur, y empezaste una relación con este hombre.”*. Se ve el efecto de este señalamiento en el silencio de la paciente. Entonces, el Practicante redobla su apuesta: *“Muchos cambios ¿no?”*. Esto permite mantener el deseo del analista como una incógnita para el sujeto, en tanto posibilita que éste se quede pensando en lo que querrá decir con eso, cuestión que se ve reflejada en la respuesta de T: *“Mmm.”*.

Por otra parte, se acerca el momento de concluir del practicante en psicoanálisis en el cual debe tomar una decisión con respecto a la sugerencia que debe asentar en la historia clínica sobre la conveniencia o no de dar el alta a la paciente. Para lo cual pregunta: *“¿Pensás que esto se puede repetir?”*. T responde *“No sé”* y agrega: *“Porque la primera vez que me corté lo hice y dije que no iba a volver a hacerlo y lo hice.”*, mostrando la diferencia entre el enunciado y la enunciación, esto es, la posición que asume frente a sus dichos, la repetición de aquello que niega. A partir de esto, el practicante apuesta a la capacidad de historizar de T, y para que pueda seguir volviendo ficción los acontecimientos vividos, le pregunta: *“La primera vez ¿a quién le dijiste?”*. Es así que T cuenta:

A mi vecino y de ahí llamaron a la ambulancia para llevarme al hospital. Y ahí me curaron y me hicieron puntos. Y ahora no sé con tanta bronca que lo hice. Y encima yo estaba con mi tío y me dijo que le duele ver a los sobrinos así, que uno se preocupa por los hijos me dijo. Y me fui así sin pensar y hablé con mi compañera *“¡voy a reventar todo!”*, y me dijo tranquila sabés que es un hombre grande.

Respuesta que permite identificar la modalidad de goce del sujeto. Entonces, el practicante en psicoanálisis se vale de esto y realiza una intervención tendiente a acotar el goce, y además, hacer que el sujeto se quede pensando con la posibilidad de que dirija alguna pregunta al Otro que lo conduzca a demandar un tratamiento: *“Sin embargo, ¿reventó todo o reventaste vos?”*. El efecto es que el sujeto puede reflexionar y asentir a ello: *“Yo reventé”*, con lo cual aparece cierta implicación en lo que hizo, y con ella la posibilidad de que pueda empezar a rectificar su posición con respecto a su goce.

El Practicante marca con sorpresa: *“Ah vos reventaste. Lo importante sería empezar a ver estas preguntas que tenés y también a pensar esto que pasó.”*. Este efecto

de sorpresa está seguido de la posibilidad de generar en T una demanda de análisis. Acto seguido el practicante en psicoanálisis la responsabiliza dándole un turno para consultorio externo en el Servicio de Psiquiatría y Psicología del hospital.

Luego de la entrevista con su madre en la que se le informa sobre las pautas de cuidado que puede tener con su hija para evitar otro intento de suicidio, el analista practicante coloca en la historia clínica lo siguiente:

Se realiza evaluación psicológica. Paciente lábil emocionalmente, orientada temporo espacialmente. Presenta impulsividad hacia sí y hacia terceros. Se dan pautas de cuidado a la madre. Se indica tratamiento psicológico. Se la cita el día jueves a las 9 hs. en consultorio externo.

Punto de urgencia, coordenadas de la urgencia, punto de basta o de quiebre.

La paciente recuerda el suceso previo a su intento de suicidio, una discusión que tuvo con su novio, de la que menciona: *“Yo fui ayer a su casa, me dijo que se tenía que encontrar con una persona a las ocho y yo le dije vos no te vas a ir, te vas a quedar conmigo.”*; y también agrega:

... cumplía años y rompí el cosito con el que él se afeita y no lo quería dejar ir. Me pegó aquí. Bueno porque yo le pegué. Y después, me agarró un algo, no sé qué y bue. El lunes pasado fue la primera vez que me corté, pero ayer me corté más.

La angustia es suscitada cuando ante la pregunta acerca de lo que es para el Otro, la respuesta que aparece es el Otro me quiere objeto dejado. Entonces, ante la posibilidad de ser dejada por su pareja comenzó a manifestarse en T la angustia traumática de la cual da cuenta su discurso *“...me agarró un algo, no sé qué”*.

A partir de esto, podemos apreciar que cuando aparece el deseo del Otro, esto se vuelve intolerable para el sujeto, ya que la idea de completud con el Otro se desarma.

Vemos aquí como tambalea la respuesta fantasmática. El fantasma de T, el Otro me deja, en el cual ella tiene una participación activa como sujeto haciéndose dejar, no reviste adecuadamente el objeto y la realidad se vuelve insoportable ya que el sujeto queda como absorbido al objeto dejado que tendría que haber quedado velado por el fantasma.

A partir de esto, podemos pensar que las cuestiones conflictivas que suscitaron la angustia traumática en el sujeto se relacionan con la resignificación de su sentimiento de soledad (en relación a su madre y hermana) y del lugar que le asigna al Otro, Otro que la deja.

Con lo cual, es posible pensar que la vacilación fantasmática se produce gracias al encuentro entre dos series: el acontecimiento actual (S2), la posibilidad de ser dejada por su novio por *“una persona”*, y un acontecimiento anterior (S1), el viaje de su hermana y la separación con su madre al cambiarse de colegio e ir a vivir a la casa de su abuela.

Entonces, el acontecimiento actual resignifica al primero en calidad de traumático, lo cual pone en evidencia la acción del trauma en dos tiempos.

También, podemos considerar que el trauma se produce ante el mal encuentro entre su fantasía, esta cuestión fantasmática de hacerse dejar, el reclamarle cosas a su novio a partir de revisar su celular, su fantasma (la otra mujer), y la realidad en donde está siendo dejada por su novio, sustituida por la otra “*persona*”, que luego dirá que se trataba de “*Una chica.*”.

Con lo cual, se considera que el intento de suicidio de T es una respuesta a la angustia, un acting out donde el sujeto monta una escena a través de la cual envía un mensaje al Otro materno, demanda cierta interpretación, su lugar en la escena edípica, y además, busca elaborar su lugar en el Otro, descompletar a la madre para hacerla existir del lado de los límites.

Análisis de las entrevistas clínicas con T en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología

La paciente continuó con las entrevistas clínicas en consultorio externo.

En el desarrollo de las mismas, se pudieron apreciar los efectos terapéuticos del psicoanálisis aplicado, en tanto el sujeto comenzó a tomar una posición diferente en relación al Otro, permitiéndose reflexionar acerca de sus emociones relacionadas con la angustia de que el Otro la deje. Se ven los efectos terapéuticos de las intervenciones del practicante que hacen que en su respuesta se refleje una pausa.

Lo significativo de algunas respuestas del sujeto es que se repitieron significantes como “*la remaba*”, “*remándola siempre*”, “*No quiero bajar los brazos*”, relacionados con su ex novio (una pareja sintomática), con su padre y madre con respecto a la problemática de estar en pareja con un hombre mayor que ella, que hacen pensar que cuando caen estos arreglos y aparece el deseo del Otro, el sujeto se vale del acting out como salida de la angustia, de esa “*locura*” que la invade o en sus palabras “*... demonio que me entra en ese momento*”. Por el lugar que elige para cortarse (los brazos) permite pensar que el acting out estaría enmarcado en una lógica signifiante, volviendo singular la parte del cuerpo que utiliza para efectuar el corte y llamar a la mirada del Otro.

De la primera entrevista de consultorio externo, podemos apreciar como el practicante en psicoanálisis logra efectos terapéuticos que permiten que T pueda empezar a abrir un tiempo de pausa ante la invasión de angustia que le genera ser dejada por el Otro, evitando una actuación apresurada.

La paciente muestra un posicionamiento subjetivo diferente del que tenía cuando fue asistida en la guardia: de no poder vivir sin su novio a permitirse dudar el querer estar con él. Ante la pregunta del analista practicante “*Y ¿vos querés estar con él?*”, T responde: “*No sé, pero no quiero hacerle daño, bah es que mi mamá no quiere. Pero yo no me voy a apartar tan fácilmente de él...*”

Vemos como T pasa de fantasear con matar a su novio y a sí misma, “*Yo, no sé, primero pensaba matarlo a él primero y luego a mí.*”, a dudar si quiere seguir con él porque ahora volvió a vivir con la madre, “*No tan feliz pero feliz porque la tengo a mi mamá en casa.*”. Se ve entonces que el acting out estaba dirigido a la madre, un llamado a que ésta le ponga límites y le brinde su atención.

Las intervenciones del practicante en psicoanálisis apuntaron a instalar una pausa para que T reflexione. Es así que el analista practicante le señalaba: “*Lo extrañas pero pienso que dudas*”, ante lo cual T respondía “*Lo dudo porque no quiero que mi mamá se entere. Por una parte no le quiero hacer daño pero quiero estar con él.*”, momento oportuno en el que el analista practicante puntúa “*Tal vez necesitas un tiempo.*”.

También, hubo intervenciones tendientes a implicar al sujeto en su modalidad de goce, ya que el mismo no se responsabilizaba de lo ocurrido. Ante los dichos de la paciente “*Si más atención de mi papá y mamá, de mi ex pareja también más atención. Porque culpa de él le dije yo*”, el analista practicante intervenía con sorpresa “*¿Vos no tuviste nada que ver?*”, con el fin de lograr su implicación subjetiva. También, ante las respuestas de T “*Quería que vaya ese día, yo no podía, y bueno y fui. Que se cague nadie lo manda a mentirme*”, el practicante en psicoanálisis señalaba “*El tema es que te cagaste vos.*”, en un intento de rectificar la posición del sujeto.

Por otra parte, se pudo apreciar algunos elementos estructurales de la histeria como el estrago materno e identificación con la madre “*...somos dos dialitas.*”, la otra mujer, y la relación con un hombre mayor que se presenta vinculado a la transgresión de la ley. Con lo cual, en su elección de objeto, T muestra la vía de la locura en el amor, el coraje femenino, la posibilidad de arriesgarlo todo por el Otro.

De la segunda entrevista, podemos observar que las invenciones del practicante se orientaron a introducir una pausa, y marcar una dirección que puede tomar el sujeto, esto es permitirse un tiempo para comprender sus afectos en relación a su novio que se aleja. Por ejemplo, cuando el analista practicante le pregunta “*Esta vez, ¿podés tolerar que se vaya?*”; la paciente responde “*Puede ser, no sé.*”.

También, el practicante en psicoanálisis introduce en su pregunta cierta posibilidad de que T asienta a permitirse un intervalo de tiempo: “*Y ¿cómo quedan ahora, se dieron un tiempo de espera?*”, ante lo que T responde “*La verdad no sé cómo quedará. Igual no quiero seguir la conversación porque me duele decir chau.*”. Otra respuesta de T que muestra esta instalación de una pausa es la siguiente: “*Me dijo que se va re dolido porque nos separan y me dice y yo estoy mal me metí con una chica que no tenía que meterme. Así que mejor que se vaya.*”.

Por otra parte, el analista practicante orientó a la paciente a pensar en sus lazos sociales y actividades: “*Bueno un tiempo él se va al sur, trabajará. ¿Qué vas a hacer vos acá?*”. Ante lo que la paciente respondía “*No sé, trataré de estudiar, esperaré a mi hermana y cuando venga me voy a ir de gira.*”

Las respuestas de T dejaron en evidencia que hay cierto tiempo lógico de elaboración de su parte relacionado con su posición frente a la castración del Otro, se permite dudar en vez de actuar precipitadamente.

En esta segunda entrevista, el practicante en psicoanálisis le propuso continuar trabajando esas cuestiones en el espacio de terapia y T aceptó la propuesta.

La conversación con la medicina

Con respecto a las decisiones que se toman desde el Servicio de Psiquiatría y Psicología relacionadas con la asistencia clínica de pacientes del Servicio de Jefatura de Guardia, las mismas están influenciadas por el perfil del hospital basado en un discurso médico hegemónico, el lugar que tiene la urgencia dentro de la tarea institucional y la gravedad del caso.

Sin embargo, pese a esta hegemonía médica, el practicante en psicoanálisis interpola una pausa en medio de la prisa que manifiestan los médicos de sala en relación a la atención psicológica o psiquiátrica que requieren ciertos pacientes. De esta manera, se toma su tiempo para poder escuchar al sujeto e intervenir orientado por la ética del psicoanálisis, intentando que algo de ese grito pueda ser transformado en llamado, y que aquel que vino como objeto devenga sujeto, se implique en su padecimiento y demande análisis.

Ante el pedido de interconsulta médica que llega al Servicio de Psiquiatría y Psicología, el psicólogo y/o el psiquiatra, en conjunto o por separado, realizan entrevistas clínicas al paciente, lo evalúan a nivel cognitivo, motor, temporo espacial, y afectivo.

También, puede ocurrir que lo asista clínicamente uno de ellos primero, y luego, si lo considera pertinente, consulte con el otro profesional sobre el caso: diagnóstico, posibilidad de derivación o internación.

Con lo cual, en las ocasiones en que ambos profesionales intervienen existe un trabajo en equipo, en donde se permiten dialogar sobre la patología del paciente y establecer criterios relacionados con la toma de decisiones sobre el destino del paciente.

Sin embargo, al prestar su servicio en el Servicio de Jefatura de Guardia en el mismo horario en el que ofrecen asistencia clínica en los consultorios externos, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría y Psicología, por lo general, la atención que ofrecen a los pacientes es de manera individual, intentando maximizar los tiempos institucionales, trasladándose de un Servicio al otro.

Durante el desarrollo de la pasantía, se presentó la oportunidad de presenciar un abordaje terapéutico interdisciplinario entre el psiquiatra y el analista practicante, en relación a un caso en donde un joven se había intentado suicidar mediante la ingesta de lavandina. En un primer momento, el paciente fue asistido por el practicante en psicoanálisis quien realizó una entrevista clínica, y luego ingresó un psiquiatra y ambos continuaron entrevistándolo. Cabe destacar que al tener marcos teóricos diferentes, el abordaje del psiquiatra era más directivo, impidiendo la emergencia del sujeto, y

buscando hacer entrar en razón al paciente sobre lo que había hecho. Con lo cual, no se considera adecuado el abordaje en conjunto, puesto que puede resultar contraproducente al no contar con un marco referencial común, en cuanto a teoría, intervenciones clínicas y ética.

En otra ocasión, se presentó un caso de una paciente que intentó suicidarse mediante la ingesta de medicamentos. Al llegar el pedido de interconsulta al Servicio de Psiquiatría y Psicología, el jefe de servicio solicita el acompañamiento del practicante en psicoanálisis. Es así que ambos se dirigen a brindar asistencia clínica, pero, a diferencia del psiquiatra anterior, este psiquiatra permite al analista practicante la posibilidad de realizar un abordaje individual con el paciente. Con lo cual, se favorece la posibilidad de intervenir desde el psicoanálisis aplicado sin la interferencia de otros marcos teóricos. Luego, es entrevistada por el psiquiatra.

En este caso se puede observar que se mantiene la especificidad de cada disciplina, para luego ver puntos en común y elaborar las estrategias a seguir que permitan brindar una asistencia clínica más compleja e integral. A partir de ahí, ambos profesionales conversan sobre el caso, intentando una aproximación diagnóstica, evaluando los factores de riesgo para tomar una decisión. En caso de que el paciente quedará internado en el Servicio de Jefatura de Guardia a pedido del Servicio de Psiquiatría y Psicología, el Psiquiatra queda como responsable del mismo, pudiendo ser solicitada su atención fuera del horario de consultorio, incluyendo los días sábados como domingos. En este caso, como el paciente contaba con un psiquiatra privado, deciden hablar con la madre y el esposo presentes, recomendándoles que fueran a consultar a su psiquiatra. Además, les brindan las pautas de cuidado que deben tener para evitar otro intento de suicidio. También, el practicante en psicoanálisis le otorga un turno a la paciente para ser asistida en consultorios externos, y le hace firmar en la historia clínica su compromiso de concurrir al mismo.

También, se pudo apreciar el trabajo en equipo entre el practicante en psicoanálisis y el psiquiatra al abordar el caso de un paciente con intento de suicidio por ahorcamiento. En esta ocasión, primero le realiza la entrevista clínica el analista practicante, y luego, el psiquiatra. Después, se juntan ambos profesionales en uno de los consultorios de traumatología para dialogar en relación al caso. Concuerdan que por la modalidad del intento de suicidio es imprescindible que el paciente se quede internado 24 horas en la guardia. Deciden no derivarlo al Hospital Ragone puesto que, al tratarse de una neurosis,

y no presentar alucinaciones, ni delirios, en dicho hospital sería dado de alta automáticamente.

Entonces, ambos evolucionan en la historia clínica, sugiriendo la permanencia institucional del paciente por 24 horas, ya que se consideran al paciente peligroso para sí mismo.

Además, el practicante tiene una entrevista con el padre del joven en donde luego de escuchar su relato, y realizar preguntas en relación a si hubo algún cambio de conducta que haya notado en su hijo, le brinda las pautas de cuidado para prevenir otro intento de suicidio, y le informa que quedará internado en el hospital.

Pese a que ambos profesionales detallaron en la historia clínica la importancia de que el paciente quede internado en el Servicio de Jefatura de Guardia, el médico de sala quien tiene la decisión final, solicita el traslado de dicho paciente a una sala de internados de varones dentro del hospital. Al día siguiente, el practicante en psicoanálisis se dirige a la sala de internados del hospital para continuar las entrevistas clínicas con el paciente, pero éste había firmado el alta voluntaria, y se había retirado acompañado de dos familiares quienes también habían firmado dicha alta.

También, en relación al abordaje en equipo, se puede destacar un caso del cual el pasante toma conocimiento al presenciar una reunión entre el jefe de psiquiatría y el practicante en psicoanálisis. En la misma, los profesionales discuten sobre la conveniencia de internar al paciente en el hospital, las dificultades puestas desde el Servicio de Jefatura de Guardia para la internación de dicho caso, y los pormenores de que sea derivado al Hospital Ragone. Finalmente, deciden en conjunto la internación del mismo.

En la asistencia clínica de las urgencias, la decisión que se toma es siempre bajo riesgo. Para que un paciente esté en condiciones de recibir el alta, lo esperable es que mediante las intervenciones del analista, dicho paciente haya logrado subjetivar la urgencia, haciéndose responsable de su parte en juego e implicándose desde otro lugar. Sin embargo, en el Servicio de Jefatura de Guardia, no se observó que esto ocurra. Por lo tanto, son otras las variables con las cuales se maneja el practicante en psicoanálisis para que en su momento de concluir la atención clínica del paciente pueda sugerir el alta del mismo. Entre estas podemos destacar la ausencia de ideación suicida, delirios o alucinaciones, la presencia de contención y acompañamiento familiar, adecuada ubicación temporo espacial, la capacidad del paciente de nombrarse en relación a otros, de historizar el acontecimiento y relacionarlo con otros sucesos de su vida, la posibilidad

de haber generado en él cierta demanda de análisis y su compromiso de asistir a terapia en consultorios externos.

Con estos ejemplos, podemos inferir que la presencia del analista en la guardia puede resultar incómoda para los profesionales que ofrecen su servicio enmarcándose en función del perfil del hospital, puesto que se centran en la atención de casos agudos, y la derivación del resto de los casos a los hospitales que tengan injerencia en los mismos. De esta manera, muchas veces, pierden de vista que el motivo de consulta que lleva a un paciente a una guardia no es sólo algo relacionado con un padecimiento orgánico, sino también con una cuestión significativa.

En el caso de que tanto el practicante en psicoanálisis como el psiquiatra vean a un paciente por separado, en distintos momentos, puede ocurrir que ante el criterio del profesional psicólogo sea conveniente que dicho paciente quede internado para continuar con las entrevistas clínicas, mientras que para el psiquiatra no presente una conducta psiquiátrica y esté en condiciones de recibir el alta.

En ese caso, cada profesional asienta en la historia clínica su perspectiva, y por lo general, el médico de sala se guía por el criterio del psiquiatra para darle el alta porque necesitan lugar para los casos de urgencia médica. Es decir que el analista no toma parte en las decisiones del Servicio de Jefatura de Guardia, sino que se limita, luego de intervenir con el paciente, a informar sobre su estado de salud y sugerir las acciones más convenientes a fin de preservar la integridad psicofísica del mismo.

En este sentido, la institución hospitalaria intenta resolver la urgencia, pero obturando la verdad del sujeto y esto puede aliarse al intento de los sujetos de no querer saber nada de sus padecimientos. Interviene allí el discurso de la clínica psicoanalítica estableciendo una pausa para que aparezca alguna pregunta en los pacientes, no aliándose al empuje de la inmediatez que justamente se encuentra en la base de aquello que los llevó a la guardia.

En relación a esto podemos mencionar el caso de un joven que intentó suicidarse prendiendo fuego al colchón de la celda en la que se encontraba preso. En primera instancia, y ante el pedido de interconsulta, el practicante en psicoanálisis entrevista al paciente, y apostando a la apertura de un tiempo para comprender, le informa que volverá a continuar con las entrevistas en un momento. Entonces, evoluciona el estado de salud en su historia clínica haciendo hincapié que continuará con las entrevistas clínicas durante la mañana. Pasado aproximadamente 20 minutos, cuando el analista practicante vuelve al Servicio de Jefatura de Guardia, el paciente había sido trasladado nuevamente a la

alcaldía, lee en la historia clínica que el psiquiatra colocó que no presentaba conducta psiquiátrica y que podía ser dado de alta.

A partir de esto, se puede apreciar que, en el Servicio de Jefatura de Guardia, la labor del practicante en psicoanálisis, el apostar a un tiempo para comprender dentro de la prisa institucional de los médicos de sala por resolver la urgencia de un paciente para dar lugar a otro, no es nada fácil. Y si bien puede presentarse la oportunidad de que un colega psiquiatra que le ofrezca el tiempo para realizar su intervención, le dé lugar para que intervenga en la elaboración de un diagnóstico interdisciplinario y una estrategia terapéutica a seguir, también puede ocurrir que esto no suceda. Como cuando el otro psiquiatra, que se maneja por los criterios médicos que no consideraran los tiempos lógicos ni la posibilidad de que aparezca la singularidad de un paciente, obstaculiza la intervención del analista practicante.

Entonces, se pudo observar que en el Servicio de Jefatura de Guardia la palabra del psiquiatra tiene mayor prevalencia que la del analista. Con lo cual, para dar el alta a un paciente, el médico de sala tomará en consideración el criterio psiquiátrico manifiesto en su historia clínica por encima de la sugerencia efectuada por el profesional psicólogo.

En materia de urgencia, el trabajo con el otro dentro de un equipo interdisciplinario resulta fundamental, puesto que permite abordar una realidad compleja desde la posibilidad de diálogo entre diferentes disciplinas, ofreciendo un servicio de calidad, no reduccionista. Con lo cual se accede al estudio del caso clínico en cuestión desde una perspectiva compleja, logrando una adecuada planificación de estrategias a seguir para realizar el mejor abordaje posible.

Sin embargo, en cada institución, la interdisciplinariedad se desarrolla de manera diferente según la cultura de la misma.

En lo que respecta al abordaje interdisciplinar en el Servicio de Jefatura de Guardia, en los casos de urgencia en los que interviene el Servicio de Psiquiatría y Psicología, se puede apreciar que el mismo se desarrolla, con ciertas limitaciones, entre los siguientes profesionales: médicos de sala, enfermeros, psicólogos y/o psiquiatras.

El mismo consiste en la posibilidad que tiene el Psicólogo de dialogar con los Enfermeros, el Médico de sala y/o con el Psiquiatra sobre el paciente al que debe brindar un tratamiento clínico. Con lo cual, no existe un equipo interdisciplinario conformado que se reúna, discuta sobre los casos asistidos y planifique estrategias a seguir.

Sin embargo, dicha posibilidad de diálogo está en función de la visión particular del médico de sala, del jefe del Servicio de Jefatura de Guardia del día que corresponda,

del perfil médico hegemónico del hospital que atraviesa la forma en que los médicos prestan sus servicios y en que realizan o no interconsultas con el Servicio de Psiquiatría y Psicología. Mientras que algunos médicos lo consideran oportuno, para otros el pedido de interconsulta con un psicólogo no es necesario, puesto que lo que les interesa es restituir el estado de salud del organismo sin considerar la dimensión singular del sujeto.

La única espera posible es del orden de lo cronológico ya que en el equipo de trabajo del Servicio de Jefatura de Guardia no se encuentran de manera permanente profesionales psicólogos. Entonces, de lunes a viernes, cuando los pacientes, a raíz del encuentro con un real, requieren atención psicológica deben esperar en las salas de internación de dicho servicio la presencia de un psicólogo. Por otra parte, si la asistencia clínica es solicitada fuera de los días laborales, ya sea un sábado o domingo, los pacientes son derivados al Hospital Ragone.

A partir de estas cuestiones, se hace evidente que el discurso médico está atravesado por la emergencia y el mandato de desocupar camas. Al respecto, se puede observar en el discurso de un médico perteneciente al servicio de jefatura de guardia la importancia de que el paciente se estabilice y se le pueda dar de alta o trasladar a las salas de internación del hospital; mostrando la diferencia con el discurso subjetivante que encarna el practicante en psicoanálisis al intentar “hacer un lugar” para alojar a quien sufre.

Por otra parte, cuando hacen revista de sala, los psicólogos y/o psiquiatras escuchan lo que dicen los residentes de sus pacientes, y observan si requieren atención psicológica o psiquiátrica para ofrecerla, en caso de que no la soliciten los médicos.

Cuando la asistencia clínica es solicitada, es decir, ante el pedido de interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología por parte del médico de sala del Servicio de Jefatura de Guardia, el profesional psicólogo establece un diálogo con dicho médico y con los enfermeros, para saber sobre el estado de salud en que se encuentra el paciente antes de abordarlo.

A veces, antes de entrevistar al paciente, el psicólogo realiza consultas a los enfermeros del sector de pasillo y de la sala, en relación al estado de salud de dicho paciente. Pregunta cómo lo encontraron, qué tiene, qué estudios le hicieron o le van a hacer. Se observa adecuada predisposición por parte del personal de enfermería para colaborar con respuestas acordes a las solicitadas por el practicante en psicoanálisis.

Este diálogo se convierte en un mero instante en el cual el analista practicante consulta a los profesionales si el paciente puede hablar, caminar, trasladarse a un consultorio de traumatología, su estado de salud físico, los estudios que le realizaron o

van a realizarle, si vino algún familiar a verlo, y busca conocer cuál es la demanda del médico en relación a ese paciente.

También, luego de evaluar al paciente en cuestión y de dejar asentado en la historia clínica su estado psíquico, el profesional psicólogo informa al médico de sala sobre el estado de salud mental del mismo, y le realiza una devolución.

Sin embargo, como se pudo apreciar en las viñetas presentadas, el médico de sala es quien decide sobre el destino del paciente en el Servicio de Jefatura de Guardia, con lo cual el psicólogo tendría una función de auxiliar de la medicina en dicho sector.

Cabe destacar que, si bien este es el lugar asignado por la institución, el practicante en psicoanálisis logra arreglárselas para efectuar las intervenciones que cree conveniente, apostando a ofrecerse como lugar en el que el paciente pueda dirigir su grito y transformarlo en llamado, apostando a que quien llegó en posición de objeto pueda ser subjetivado. Es decir, busca la emergencia de un sujeto que pueda dar cuenta de su responsabilidad en el asunto, implicándolo en lo ocurrido, y favoreciendo una apertura a un tiempo para comprender orientado a generar en el sujeto una demanda de análisis.

Por lo general, cuando se trata de un caso en donde el paciente pasa de estar internado en la sala del Servicio de Jefatura de Guardia a ser internado en alguna sala del hospital, se mantienen interacciones entre el psicólogo, psiquiatra, y médicos afines a la patología del paciente, en relación a la evolución de su estado de salud, inconvenientes que pueden surgir, si presenta o no alteraciones afectivas o cognitivas, etc. Como el caso de una paciente a la cual le amputaron una pierna tras ser atropellada por un vehículo; en donde el analista practicante continuó realizando entrevistas clínicas a dicha paciente cuando fue trasladada a la sala de traumatología de mujeres en el hospital.

Sin embargo, cabe destacar que, por lo general, es el practicante en psicoanálisis el que comienza el diálogo, el que busca entablar conversaciones con otros profesionales de la salud en relación al estado de salud del paciente. Salvo que el médico tenga la suficiente apertura para considerar que dentro de la problemática del paciente puede haber de base alguna patología psicológica, y entonces, hacer el pedido de interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología.

El deseo del analista se juega en este contexto a partir de sus preguntas, iniciativas y búsqueda de diálogos sobre el paciente, antes que responder ciegamente al pedido de intervención.

En algunos médicos, puede observarse un mayor interés o predisposición a entablar un dialogo con la clínica psicoanalítica a partir de preguntas, derivaciones, inquietudes,

mientras que otros no presentan un registro de la problemática subjetiva involucrada en los motivos de consulta.

Un punto importante a señalar es que, el pasante no observó que se realicen reuniones interdisciplinarias en el Servicio de Jefatura de Guardia, entre los profesionales del Servicio de Psiquiatría y Psicología con el resto de profesionales, en donde se podrían llegar a plantear, desde las distintas especialidades, la problemática del paciente y un abordaje en conjunto.

Con lo cual se puede pensar que no existen espacios destinados al intercambio de información en relación a los diferentes casos que se atienden en el Servicio de Jefatura de Guardia. Esto ocurre en realidad en encuentros efímeros entre los profesionales, ya sea en el sector de pasillo de la guardia, en la parte de enfermería de la guardia, o en las salas de internación; y cuando se realizan revista de sala en donde un médico informa a los residentes el estado de salud y evolución clínica de la patología del paciente.

Por otra parte, los espacios de formación se presentan como una oportunidad para que el practicante en psicoanálisis pueda dar cuenta de su que hacer en el servicio de guardia, y/o mostrar la perspectiva clínica del psicoanálisis en los casos de urgencia.

Con lo cual, en base a una propuesta del director de la pasantía, se realizó un ateneo con el pasante como disertante del mismo. Éste tuvo como temática: “Urgencia, urgencia subjetiva y violencia de género”, y se tomó como referencia los textos: “Posiciones subjetivas en los fenómenos de maltrato” de Ubieto (2008) y “Tiempos violentos: Intervenciones en la urgencia” de Fudin (1998).

Si bien el mismo se desarrolló en la Oficina Hospitalaria de Violencia Contra la Mujer, esto guarda cierta relación con la temática de la asistencia clínica de la urgencia, en tanto muchas veces, la violencia de género se constituye en uno de los motivos de consulta que provoca el ingreso de las pacientes al Servicio de Jefatura de Guardia. Además, considerando la injerencia que tienen los agentes de salud de dicha oficina en este Servicio, las guardias pasivas que realizan en el mismo, resultó conveniente de llevarse a cabo dicho ateneo.

Se tocaron temas como la posición de objeto en la cual se encuentra la persona que es víctima de violencia, lugar que le impide salir fácilmente de ese goce mortífero. Razón por la cual, requiere de todo un equipo interdisciplinario que sostenga y facilite la labor del analista para que pueda implicarla desde otro lugar.

Se planteó la situación de violencia, la definición del concepto, la urgencia de los casos en los que las mujeres llegan como objeto de maltrato, y la importancia de la

intervención del analista para apostar a la emergencia de un sujeto que pueda asumir su responsabilidad en juego y tomar una decisión que ponga fin a la situación de violencia. Es decir, la posibilidad de que la urgencia se subjetive mediante las intervenciones del analista para que el sujeto se implique desde otro lugar y pueda cambiar su posición frente a aquella situación que empieza a asumir como propia.

Participaron del mismo el equipo interdisciplinario de la oficina de violencia: asistente social, psicólogo, analista, comunicador social, médico clínico, responsable en gestión de calidad del Hospital Público de Autogestión San Bernardo y secretaria.

A partir de la exposición del tema, se hizo hincapié en la importancia de que en el Servicio de Jefatura de Guardia se cuente con la presencia del analista para la asistencia clínica de los casos de urgencia en los que exista una víctima por violencia en general, y por violencia de género en particular.

Entre los presentes, se hicieron señalamientos sobre la necesidad de que la víctima de violencia de género cuente con un sostén económico, legal, social y en materia de salud que le permita sostener una nueva posición con respecto a su situación. También, se tocaron temas sobre la identificación al papel de víctima, y la necesidad de correr a la persona que sufre violencia de ese lugar.

Además, se observaron comentarios en relación a que depende mucho de la percepción del médico de guardia para advertir que una mujer que llega por una urgencia en realidad pueda tratarse de un caso de violencia de género, y dar lugar así a la puesta en funcionamiento del dispositivo de dicha oficina.

Todo lo expuesto en este apartado da cuenta del lugar que tiene la práctica psicoanalítica en el hospital y que se desarrolla no sin obstáculos, debido a la diversidad de disciplinas y discursos imperantes que atraviesan las prácticas de los profesionales que desarrollan sus tareas asistenciales.

Entonces, la práctica del psicoanálisis en el Hospital Público de Autogestión San Bernardo se transforma en un desafío que se va implementado caso por caso, en donde debe jugarse el ingenio del practicante en dos frentes. Uno de ellos relacionado con el paciente y el tiempo subjetivo en el que toma contacto con el analista, tiempo de confusión, de apremio, y marcado por un rechazo del saber. Otro frente dentro del Servicio de Jefatura de Guardia relacionado con el discurso médico orientado a restablecer la homeostasis del paciente y devolverlo a su situación anterior, desconociendo que en la misma se hallan los hechos que motivan un acting out o un pasaje al acto que culmina con su ingreso a una guardia.

CONCLUSIONES

En primera instancia, es importante destacar que se logró cumplir con los objetivos planteados en el proyecto de pasantía académica.

El objetivo general que consistía en efectuar una articulación entre la teoría psicoanalítica y la práctica clínica con la urgencia, fue alcanzado a partir de las siguientes actividades: lectura y análisis de temas relacionados con la urgencia y urgencia subjetiva, observación no participante de las entrevistas clínicas llevadas a cabo por el practicante en psicoanálisis, análisis y supervisión de los casos clínicos observados, elaboración de la presentación de dos casos clínicos y formación en ateneos.

No basta la afirmación de que los objetivos se cumplieron a partir de las actividades realizadas, y que los resultados esperados se constataron en la experiencia, sino que es necesario establecer conclusiones acerca de cómo se inscribe la práctica del psicoanálisis en este contexto hospitalario, desde la mirada que aportó la pasantía académica.

Desde la práctica clínica psicoanalítica, el trabajo con la urgencia no resultó una tarea fácil debido a que la labor del practicante en psicoanálisis, orientada siempre por su ética y el deseo del analista, se encuentra con muchas vicisitudes a la hora del intercambio que debe realizar con otros discursos o disciplinas.

Si consideramos que el funcionamiento del Hospital Público de Autogestión San Bernardo como institución verticalista se rige por el discurso del amo, es decir, está orientado a que las cosas marchen, el enfermo se cure, recupere su salud y sea restituido a su vida cotidiana, descubriremos en su ideal universal de salud ciertos obstáculos para el desarrollo de la práctica analítica.

Sin embargo, se observó que el hospital como institución permite que los sujetos encuentren en él una primera regulación de aquello que ha sido roto frente a un acontecimiento traumático, y a su vez, puede restituirles algo del sentido perdido. Se ve entonces, un primer encuentro que tiene el sujeto con algo ordenador que representa la institución, en tanto es un Otro diferente del que han quedado desalojados.

Desde la concepción médica, los diferentes agentes de salud trabajan para devolver al sujeto a la *normalidad*, buscando por todos los medios restablecer la homeostasis del organismo; en cambio el practicante en psicoanálisis establece una pausa para que la emergencia de un sujeto sea posible, aún en medio de ese caos de actuaciones médicas apresuradas que suturan la subjetividad y tratan al paciente como un objeto.

Frente a un paciente que, a partir de la ruptura de la cadena significativa queda ubicado en posición de objeto, el viraje que intenta obtener el analista practicante es el de

rescatar esa dimensión subjetiva y restablecer un enganche al Otro y a los otros, a veces en un espacio mínimo de encuentro.

Desde este punto de vista, lo importante para el practicante en psicoanálisis es lograr la implicación del sujeto en aquello que le pasó y para lo cual no estaba preparado, con lo cual este encuentro no es sin consecuencias y deja una marca en la posición subjetiva del paciente.

En un intento de enlazar al paciente con la comunidad de la que fue exiliado por la invasión de goce tras vivir un encuentro con una contingencia, el practicante le permite recuperar y hacerse dueño de su palabra, ofreciéndose como el lugar que posibilita transformar el grito en llamado, como Otro dispuesto a alojar a quien sufre una urgencia. Es entonces cuando la urgencia puede ser puesta en palabras, lo cual se efectúa a través de la modulación de los tiempos lógicos.

Considerando que el paciente llegó a la guardia a causa de que soldaron el instante de ver y el momento de concluir, dejando fuera el tiempo para comprender, se buscará instalar una pausa para la elaboración simbólica de lo traumático.

Entonces, mediante las intervenciones del analista practicante, el paciente podrá nombrarse en relación a otros, restituyendo así sus identificaciones a nivel imaginario y con ellas algo del sentido perdido.

También, interviene para que el paciente pueda poner en palabras el acontecimiento, tomando distancia del mismo, relacionándolo con hechos o cuestiones significativas de su vida.

En la asistencia clínica de los casos de urgencia, el analista practicante realizó intervenciones orientadas a la localización e implicación subjetiva. Como por ejemplo mediante frases, preguntas o interjecciones como: “aha”, “mmm”, “ah”, que pueden denotar el asombro del analista, o preguntas y señalamientos que impliquen al sujeto en su modalidad de goce, dando lugar a la comprensión de su parte en juego, y con ello la posibilidad de una rectificación subjetiva.

Cabe aclarar que esta escansión de los tiempos lógicos que realiza el practicante en psicoanálisis se lleva a cabo mientras el reloj no se detiene. El tiempo cronológico, marcado por la prisa institucional, pareciera no esperar a la labor del analista y exigirle que ésta se adecúe a la perspectiva *capitalista*, donde el tiempo es dinero y cada segundo cuenta, así como a las necesidades de la institución hospitalaria delimitadas por la presión asistencial.

Se observa que el movimiento propio de la urgencia debe ser soportado, pues va en contra de la ética del psicoanálisis, ya que está marcado por significantes como *externar*, *estabilizar*, *cama caliente*, etc. Esta ética responde más bien al establecimiento de un intervalo y el reconocimiento de que hay una subjetividad en juego que puede ser desconocida si se interviene desde un discurso *meramente* institucional.

Por otra parte, cabe señalar que, si bien en la guardia todo está protocolizado, en la intervención que realiza el practicante en psicoanálisis no hay un protocolo a seguir, pero tampoco se trata de ir en contra de las reglas institucionales para la asistencia de la urgencia, sino de encontrar dentro de esos procedimientos la posibilidad de una emergencia subjetiva que no vaya en la línea de la precipitación.

Desde la clínica psicoanalítica, al no haber un procedimiento universal que guíe al analista en su labor con la urgencia, se trata de una invención orientada por la singularidad de cada caso, pero teniendo como brújula que el trabajo clínico, comandado por el deseo del analista, estará orientado a constituir un sujeto.

Por lo tanto, el analista no buscará “curar” la urgencia sino subjetivarla, produciendo un movimiento de otro orden que permite efectos terapéuticos. Entre estos podemos destacar: la pacificación de la invasión de goce, el restablecimiento de lazos afectivos significativos, la posibilidad de dar algún sentido a aquello que no lo tiene, la modificación de la posición subjetiva del paciente en relación al acontecimiento, ya no desde un lugar pasivo, de objeto o víctima, sino desde la implicación como sujeto responsable de lo que puede hacer a partir del encuentro fallido que tuvo con un real, y la posibilidad de que el grito del paciente vire a una demanda de análisis.

Asimismo, se considera sustancial que quien asume el compromiso de realizar una labor clínica con las urgencias esté “... de vuelta de su propia urgencia, en las vueltas dichas de su propio análisis...” (Seldes, 2006, p. 40). Es decir, realice un trabajo bajo transferencia con un analista que le permita identificar su angustia y ponerla a trabajar. Además, es necesario que los casos asistidos sean supervisados por otro analista con el fin de planificar las posibles tácticas a seguir, según la lógica del caso.

Es importante destacar que, en un primer instante de ver, no es tan fácil poder definir un diagnóstico estructural o delimitar si la misma se trata de un pasaje al acto o un acting out. Para esto será necesario considerar que no se trata de las dimensiones del hecho en sí, sino del valor subjetivo que estas cobran para cada uno. Y también, cómo ese acontecimiento que precipitó la llegada del sujeto a la guardia, resignifica alguna cuestión

pretérita (como un abandono o un rechazo del Otro) tomando el valor de traumático, lo cual lleva al sujeto a no reconocerse en lo que hizo.

Lo que se repite en los diferentes casos da cuenta de cómo cada sujeto se fue encontrando con algo de lo traumático, y cómo para cada uno de ellos esto tiene la forma de mal encuentro. Se observa cierta dificultad para poder enlazar ese encuentro con sus historias de vida, es decir, la dificultad para arreglárselas con la angustia.

En estos casos de urgencia, el fantasma tambaleaba, no tramitaba la angustia y el sujeto concluía en una acción tendiente a desentenderse de la misma incluso a costa de ir más allá de la vida. Esto no es del todo raro si entendemos que el quedar identificado al *objeto a* (pasaje al acto) o el no poder representarse por un significante para otro significante (acting out), representa un momento de pérdida de la subjetividad, donde no hay respuestas al deseo del Otro.

Se accedió a sujetos ubicados dentro de la categoría de las neurosis y dentro de ellos, casos en donde se pudo reconocer fácilmente que se trataba de un mensaje dirigido al Otro, como el cortarse con un objeto que es de la pareja, mientras que en otros, se podía ver al sujeto enmudecido ocupando el lugar de desecho del Otro, silencio que también debió ser considerado grito a convertir en llamado en el trabajo clínico.

Si bien no se tuvo acceso a entrevistas con sujetos psicóticos, sí se logró captar en los relatos de los practicantes en psicoanálisis que estos casos pueden acercarse bajo la situación de “urgencia” pero presentando fenómenos relacionados con la certeza, alucinaciones o delirios, y son derivados al Hospital Ragone. Esta cuestión puede ser considerada como un punto a modificar en la asistencia de las urgencias, puesto que el practicante en psicoanálisis podría intervenir para poner a trabajar la urgencia en los casos de psicosis.

Estas respuestas a la angustia, pasaje al acto o acting out, pueden considerarse como fenómenos patológicos propios de la época actual, en la que los sujetos no cuentan con los recursos simbólicos que otorgaba el Padre del Edipo, como la creación de un síntoma vía la represión.

De hecho, en muchas de las entrevistas clínicas presenciadas, pudo observarse cierta dificultad preexistente en los pacientes para manejar situaciones angustiosas, y un pasado marcado por carencias subjetivas relacionadas con un abandono materno, el desamor repetido, el consumo sin límites, etc. Esta dificultad da cuenta de cómo la época atraviesa la forma en que los sujetos responden a la angustia, ya que les provee de ciertas identificaciones precarias que caen ante la emergencia de lo real.

Asistimos a un tiempo marcado por la carencia de elementos simbólicos que les brinden a los sujetos una guía para la tramitación de la angustia. Se puede ver que las subjetividades actuales se arman a partir de "... el ocaso de la ley paterna y el crecimiento de la severidad del superyó." (Trobas, 2003a, p.20), con lo cual las patologías más comunes que se presentan son las que pudieron observarse en la presente experiencia.

Por otra parte, se observó que en la asistencia clínica de las urgencias no hay lugar para la interpretación, aún cuando muchos motivos de consulta muestren cómo ese suceso es un mensaje dirigido al Otro. No hay un sujeto que pueda recibir interpretaciones ni explicar los motivos de aquello que consumó precipitadamente. No es el momento pues no hay aún una transferencia instalada y es necesario subjetivar la urgencia. Incluso esto algunas veces no es posible pese a que se ofrecen espacios en consultorio externo, en donde el sujeto puede abandonar las sesiones sin haber subjetivado el acontecimiento traumático o sin haber convertido lo que le sucede en un síntoma analítico.

Si bien algunos de los pacientes pudieron nombrarse en relación a otros, historizar, elaborar simbólicamente lo sucedido vía la palabra, en general, no accedieron al tiempo lógico del momento de concluir la urgencia en donde se transformaría en una urgencia subjetiva. Esto puede deberse al manejo institucional de los casos de emergencia, a los tiempos acotados del practicante en psicoanálisis para responder a los pedidos de interconsulta, cuestiones de horarios, condiciones subjetivas de los pacientes, relacionadas con la precariedad de sus recursos simbólicos y a la falta de autoridad que tiene el practicante en psicoanálisis con respecto a las decisiones que puede tomar en relación al destino del paciente en la sala de internación.

Cabe señalar que se requerirían más entrevistas clínicas para que mediante un adecuado despliegue de los tiempos lógicos, se subjetive la urgencia y así el analista practicante esté en condiciones de poder sugerir que el médico de sala dé el alta al paciente.

Pese a estas cuestiones, lo valioso de la presencia del practicante en psicoanálisis es que, aunque no se haya subjetivado la urgencia, logra producir un viraje, pues permite hacer existir la subjetividad en los tiempos que propone el hospital, es decir que quien vino en posición de objeto pueda hablar a Otro que le permita que su realidad vuelva a ser habitable, es decir, se conecte su mundo interno con el mundo externo.

De lo contrario, considero que si la urgencia no es trabajada desde lo simbólico a través de la intervención del analista, el paciente recibirá el alta y se encontrará en la misma posición de objeto en la que entró, y es probable que lo dejemos nuevamente a

solas con su pulsión de muerte. Y si antes no pudo evitar responder a la angustia desde un pasaje al acto o un acting out, ¿qué nos hace pensar que luego de recibir la atención puramente médica, si podrá?

Además, el analista es quien puede escuchar la urgencia, leerla desde otra perspectiva que considere sus coordenadas, la posición del sujeto frente a lo real, las respuestas a la angustia, los tiempos lógicos y la procedencia de la demanda de atención clínica. A partir de esta lectura, el analista instaaura la posibilidad de la salida de la urgencia en calidad de urgencia subjetiva.

Por lo tanto, se rescata de esta experiencia la acción indispensable del analista con respecto a intervenir para crear una demanda de análisis por parte del paciente, la posibilidad de que quiera saber algo en relación a su inconsciente, al acontecimiento vivido y a su forma de responder a la angustia que le genera el agujero del Otro, permitir que vuelva a encontrarse con el analista, pero desde otra posición, esto es pasar a de un mal encuentro a un encuentro que le permita un saber inconsciente.

Con respecto a esto, cabe destacar que la forma en que los pacientes se presentaban en la guardia difería significativamente de la forma en que llegaban a su primera entrevista en consultorio externo. Se observó que los efectos terapéuticos del psicoanálisis aplicado permitían que viniera un sujeto por sus propios medios y por su propia decisión de asistir, con cierta pacificación de su angustia, con facilidad para hacer uso de la palabra, en donde se podía apreciar cierta envoltura simbólica e imaginaria de aquel estado pulsional puro, sin representación, con el que habían ingresado a la guardia.

Por otra parte, se considera oportuno señalar que el trabajo clínico con la urgencia debe ser abordado de manera interdisciplinar, considerando las limitaciones de cada disciplina y la posibilidad de prestar un servicio de calidad a aquellos pacientes que demandan una atención compleja sobre su problemática. Por lo tanto, se sugiere que sería óptimo que en el Servicio de Jefatura de Guardia se realice una modificación con respecto al abordaje interdisciplinar. La misma podría consistir en la instauración de un espacio de diálogo entre las distintas disciplinas que asistan al paciente, con el fin de elaborar un diagnóstico conjunto y planificar estrategias de abordaje que permitan una mejor actuación en los casos de urgencia.

El discurso médico resulta insuficiente para poder abordar una problemática tan compleja como la de un paciente que en calidad de objeto intenta terminar con su existencia. Es imprescindible que desde una salud integral quien es asistido por los

médicos de sala de la guardia también tenga el derecho de encontrarse con un analista que restituya su estatuto de sujeto responsable.

Con lo cual, en el Servicio de Jefatura de Guardia, se vuelve necesario que la presencia del analista tenga la autoridad suficiente, reflejada en el peso de sus palabras, para tomar la decisión de que un paciente permanezca internado para seguir con el proceso de entrevistas clínicas, con el fin de que haga propia su urgencia. Esto sólo es posible si el analista trabaja como personal de planta de dicho servicio, y no como agente externo, auxiliar de la medicina, perteneciente a un servicio de consultorio externo.

Incluso el hecho de que, en la asistencia clínica de los casos de emergencia, la guardia se guíe sólo por el discurso del Amo y esté atravesada por el discurso capitalista, sin considerar la dimensión ética del sujeto, puede considerarse como una situación de urgencia propia de dicho sector. Esto es, la dificultad para interpolar una pausa dentro de la emergencia y permitir, además de las maniobras médicas, otra intervención de la urgencia desde la clínica psicoanalítica. Este abordaje sería la posibilidad de pensar que un cambio en la posición subjetiva de quien padece una urgencia es posible, que es posible otro arreglo pulsional del lado de lo vivificante.

Por lo tanto, el saber hacer que se podría instaurar en la atención clínica de las urgencias es aquel que nos enseña de mejor manera la importancia de que el practicante en psicoanálisis "... pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época." (Lacan, 2009a, p. 308).

Los resultados y conclusiones del presente informe pueden servirle al Programa de Emergencia para reflexionar sobre su labor, y sobre el alcance de la presencia del analista frente a la urgencia.

ALGUNAS PREGUNTAS

La experiencia de la pasantía académica si bien permitió la articulación entre la teoría psicoanalítica y la práctica clínica en los casos de urgencia, también dio lugar a la aparición de ciertos interrogantes que pueden servir para futuras investigaciones.

Un hecho singular que se pudo constatar en la experiencia fue el de que, tras la invasión de angustia, las precipitaciones de los pacientes se orientaban “... *a la reconstrucción de un estado anterior...*” (Freud, 2011f, p. 2525), lo cual dejaba cierto asombro en el pasante quien se preguntaba ¿por qué, pese a la invasión de angustia, los sujetos se precipitaban en una acción tendiente a la autoaniquilación, y no a tomar por objeto de su pulsión de muerte algún objeto inanimado exterior diferente a ellos?

Esto permite pensar que quizás exista algún tipo de relación entre la urgencia y la autoflagelación como destino de la pulsión, esta cuestión de golpearse a sí mismo. “*La orientación hacia la propia persona* queda aclarada en cuanto reflexionamos que el masoquismo no es sino un sadismo dirigido contra el propio yo... el masoquista comparte el goce activo de la agresión hacia su propia persona...” (Freud, 2011t, p.2045).

Y a partir de esto, es pertinente preguntarse si ¿podríamos considerar que en la época actual, la mayoría de las urgencias que se presentan en el Servicio de Jefatura de Guardia, como respuesta del sujeto ante el encuentro con lo real, se encuentran bajo el dominio de la pulsión de muerte en detrimento del principio del placer?; y además, ¿Qué clase de andamiajes simbólicos provee la época a estos sujetos que ante la angustia buscan hacerse daño a sí mismos, independientemente de que esta acción se trate de un acting out o un pasaje al acto?

También, se observó en las frases de los pacientes una modalidad de goce donde se constata el “Más allá del principio del placer” (Freud, 2011f.): en el empleo de la palabra “*más*” para dar cuenta de su acción precipitada o de las situaciones que preceden a la urgencia: “*Tomé uno primero y después dos más, capaz que pensé que si tomaba los tres me dormía más rápido o ya directamente no iba a sentir nunca más nada.*”, “*...estaba tomado. Me volví a la casa de mi amigo a seguir tomando y después me desperté acá*”, “*...hace dos meses atrás también tomé cincuenta pastillas.*”, “*...ayer me corté más.*”. Significantes en donde vemos la tendencia de ir justamente más allá de la homeostasis.

En los casos asistidos, pareciera que el responder a la castración del Otro sin poder hacer un síntoma se traduciría en encarnar de un modo singular el significante que falta en la estructura del lenguaje, *la muerte*, ya sea intentando actuarlo en una escena o identificándose con éste en calidad de resto que cae del gran escenario.

También, es importante mencionar que durante el desarrollo de la pasantía académica, se observaron algunas limitaciones que pudieron encontrarse para recorrer el camino de la articulación entre la teoría psicoanalítica y la práctica. Entre estas, aquellas ligadas al tiempo, ya que la experiencia estaba planteada para un lapsus finito de tiempo con inicio y final, y la oportunidad de acceder a las entrevistas de otros casos de urgencia que pudieron enriquecer aún más la articulación. Oportunidad que estuvo delimitada por el funcionamiento de la institución en relación a la intervención del analista practicante en el Servicio de Jefatura de Guardia.

Otra limitación radicó en no haber tenido la oportunidad de participar de un encuentro en ateneo donde se toquen temas específicos relacionados con la urgencia, ya que esto no ocurrió durante el desarrollo de la pasantía por cuestiones inherentes a la administración del Servicio de Psiquiatría y Psicología a cargo del Jefe de dicho servicio.

También, otra dificultad se presentó a la hora de acceder a otros informantes claves que se encontraban con los tiempos justos para responder a las demandas vitales propias del Servicio de Jefatura de Guardia.

A partir de esta experiencia clínica, también surgieron otros interrogantes:

¿Realmente los sujetos logran implicarse subjetivamente en aquello que les pasó?

¿Frente a los andamiajes simbólicos precarios que constituyen a los sujetos, en esta época marcada por el ocaso del Edipo, es realmente posible lograr esta implicación?

¿Cómo recrear o crear estrategias que permitan dentro de un contexto hospitalario seguir sosteniendo la ética del Psicoanálisis en la asistencia clínica de las urgencias?

¿Qué lugar en el Servicio de Jefatura de Guardia para el abordaje clínico de casos de urgencia con pacientes que se ubican en la psicosis?

¿Qué lugar en el Servicio de Jefatura de Guardia para el abordaje clínico de casos de urgencia con pacientes que consumen drogas?

Estas preguntas, que tal vez por el momento queden sin respuestas, pueden ser de utilidad para los practicantes en psicoanálisis que estén dispuestos a trabajar con las urgencias en las instituciones de salud pública, impulsándolos a investigar sobre la presentación de las mismas y ampliar los dispositivos de atención.

También, en la medida que el psicoanálisis extiende cada vez más sus ámbitos de intervención en las instituciones, en las cuales tendrá que cruzarse con otras disciplinas, será importante tener claro el lugar y la operatividad del psicoanálisis con respecto al discurso del amo, para poder sostener un diálogo que, sin perder de vista su singular

posición ante lo real y su ética, defienda la posibilidad de considerar la dimensión subjetiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Abelof, M., Cerdeira, C., Diamand, M. & Margottini, M. (1993). En *Psicoanálisis y el Hospital*. Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. (3). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Agüero, G. (2017). La orientación del psicoanálisis en lo institucional. Articulaciones, características, alcances y límites de la orientación psicoanalítica en instituciones asistenciales. En F. Urbano (Comp.), *XIII Curso anual de formación continua en salud mental: la práctica clínica en las instituciones de salud* (pp. 11-25). Salta: Milor.
- Allamprese, A. (2006). Entre el decir y el hacer. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 159-161). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Antón, M., Coronel, M. & Leserre, L. (2006). Una clínica de la urgencia. Lecturas críticas. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 173-201). Buenos Aires: Grama.
- Assef, J. (2013). *La subjetividad hipermoderna: una lectura de la época desde el cine, la semiótica y el psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Attié, J. (2002). El psicoanálisis aplicado y el psicoanálisis puro. *Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (6). Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/OQldlWaybgY25bGL7KbmMfbo8eNyMqqLdzimnRAM.pdf>
- Bazzano, B. (2003). Articulación del sujeto y la cultura: las identificaciones. En *Serie tesis psicología*. Vol. II. Argentina: Facultad de Psicología Universidad Nacional de Tucumán.
- Baudini, S. (2007). *La Urgencia en psicoanálisis en la época del Otro que no existe*. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/la-urgencia-en-psicoanalisis-en-la-epoca-del-otro-que-no-existe/11344>
- Bauzá, J. & Muñoz, J. (2018). *Psicoanálisis y medicina*. Recuperado de: <http://www.ascane.org/lecturas/PSICOAN%20Y%20MEDICINA.pdf>
- Belaga, G. (2006). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Belaga, G. (2015). Hacer existir el psicoanálisis en el hospital. Lineamientos de una apuesta. En G. Belaga (Comp.), *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (pp. 13-66). Olivos: Grama Ediciones.
- Belaga, G. & Sotelo, I. (2009). Trauma, ansiedad y síntoma: lecturas y respuestas clínicas. En I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. (pp. 31 -36). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Berkoff, M. (1999). Clase 8. Punto 3. d) Operaciones de causación del sujeto. En Cazenave, L. (1999) *La dirección de la cura en el psicoanálisis con niños y púberes*. Centro Pequeño Hans. Buenos Aires
- Blinder, J. (2006). Urgencias // La urgencia // Lo urgente en la infancia. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 129-141). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Brodsky, G. (1999). *La solución del síntoma*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Cazenave, L. (1999a). Clase 1. Punto 1. El significativo niño en los discursos: histórico, jurídico, social. En Cazenave, L. (1999) *La dirección de la cura en el psicoanálisis con niños y púberes*. Centro Pequeño Hans. Buenos Aires
- Cazenave, L. (1999b). Clase 6. Punto 3. El tiempo a considerar en el psicoanálisis con niños. Tiempo real y tiempo lógico. Desarrollo y estructura en Freud y Lacan. El nachtraglich freudiano. En Cazenave, L. (1999) *La dirección de la cura en el psicoanálisis con niños y púberes*. Centro Pequeño Hans. Buenos Aires
- Cazenave, L. (2010). El duelo en la época del empuje a la felicidad. *Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*. (21), 39-43. Recuperado de: <file:///C:/Users/EMANUEL/Desktop/cap%20II%20la%20epoca/cazenave%20el%20duelo%20en%20la%20epoca%20del%20empuje%20a%20la%20felicidad.pdf>
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del psicoanálisis. Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. (Lecman, T., Trad.). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Coelho dos Santos, T. (2001). A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica. [La angustia y el síntoma en la clínica psicoanalítica.]. En *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 4(1), 106-124. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v4n1/1415-4714-rlpf-4-1-0106.pdf>
- Coelho dos Santos, T. (2016). O outro que não existe: verdade verídica, verdades mentirosas e desmentidos vehementes. [El Otro que no existe: verdad verídica, verdades

- mentirosas y desmentidos vehementes.]. En *Revista Ágora (Rio de Janeiro)* (3)19, 565-583. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982016003011>
- Coll, A. (1998). Las crisis en tiempos de crisis. En *Psicoanálisis y el hospital*. Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias. La Urgencia, (13), 89-92. Buenos Aires: Tiempos modernos.
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. (Piatigorsky, J., Trad.) Buenos Aires: Paidós.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.) (2013). *Código de Ética Nacional*. Recuperado de: http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf
- Flórez, E. & Gaviria, L. (2013). El acto (pasaje al acto y acting out) en el sujeto contemporáneo. Recuperado de: <http://nel-medellin.org/el-acto-pasaje-al-acto-y-acting-out-en-el-sujeto-contemporaneo/>
- Freud, S. (2011a). El malestar en la cultura. *Obras completas* (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2011b). Psicología de las masas y análisis del Yo. X la masa y la horda primitiva. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2011c). Lecciones introductorias al psicoanálisis. Parte III. Teoría general de las neurosis. Lección XVII. El sentido de los síntomas. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011d). Lecciones introductorias al psicoanálisis. Parte III. Teoría general de las neurosis. Lección XXIII. Vías de formación de síntomas. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011e). Psicología de las masas y análisis del Yo. VIII Enamoramiento e hipnosis. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2011f). Más allá del principio del placer. *Obras Completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011g). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. *Obras Completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011h). La interpretación de los sueños. Capítulo VII Psicología de los procesos oníricos. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.

- Freud, S. (2011i). Psicología de las masas y análisis del Yo. V Dos masas artificiales: la iglesia y el ejército. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2011j). El <<Yo>> y el <<Ello>>. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011k). La Iniciación del tratamiento. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011l). Análisis terminable e interminable. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011m). Lo siniestro. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011n). Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011ñ). Introducción al narcisismo. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011o). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011p). Lecciones introductorias al psicoanálisis. Parte III. Teoría general de las neurosis. Lección XVIII. La fijación al trauma. Lo inconsciente. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011q). La neurastenia y la neurosis de angustia. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011r). Sobre la psicogenesis de homosexualidad femenina. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011s). Recuerdo, repetición y elaboración. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2011t). Los instintos y sus destinos. *Obras completas*. (López, L. & Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El ateneo.
- Fudin, M. (1998). Tiempos violentos: Intervenciones en la urgencia. En *Psicoanálisis y el hospital*. Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias. La Urgencia, (13), 103-107. Buenos Aires: Tiempos modernos.
- García, G. (2005). *Actualidad del trauma*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Garmendia, J. (2006). Urgencia psiquiátrica. Una perspectiva psicoanalítica. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 43-71). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Gerber, D. (2005). *El psicoanálisis en el malestar en la cultura*. Buenos Aires: Lazos.
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo. (2017) *Manual de misiones y funciones. Programa de emergencia*.
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo. (2018a). *Nuestro Hospital*. Recuperado de: http://hospitalsanbernardo.gob.ar/?page_id=28
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo. (2018b). *Carta de Servicios*. Recuperado de: http://hospitalsanbernardo.gob.ar/?page_id=39
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo. (2018c). *Misión, visión y valores*. Recuperado de: http://hospitalsanbernardo.gob.ar/?page_id=31
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo. (2018d). *Emergencias*. Recuperado de: http://hospitalsanbernardo.gob.ar/?page_id=65
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo. (2018e). *Organigrama*. Recuperado de http://hospitalsanbernardo.gob.ar/?page_id=35
- Lacan, J. (2007a). Nuestro programa. *El seminario: libro 7: la ética del psicoanálisis*. (Rabinovich, D., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007b). Del cosmos al unheimlichkeit. *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia*. (Berenguer, E., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007c). Más allá de la angustia de castración. *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia*. (Berenguer, E., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007d). La angustia, signo del deseo. *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia*. (Berenguer, E., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007e). Lo que engaña. *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia*. (Berenguer, E., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007f). Lo que no engaña. *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia*. (Berenguer, E., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007g). Pasaje al acto y acting out. *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia*. (Berenguer, E., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J (2008a). Del mito a la estructura. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008b). El campo lacaniano. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2008c). Saber, medio de goce. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008d). El amo castrado. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008e). La impotencia de la verdad. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008f). El campo lacaniano. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008g). Producción de los cuatro discursos. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008h). Edipo, Moisés y el padre de la horda. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008i). El amo y la histérica. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008j). Del Goce. *El seminario de Jacques Lacan: libro 20: aún*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008k). Del Barroco. *El seminario de Jacques Lacan: libro 20: aún*. (Rabinovich, D., Delmont-Mauri & Sucre, J., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008l). La identificación con el falo. *El seminario de Jacques Lacan: libro 4: la relación con el objeto*. (Berenguer, E., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008m). El falo y la madre insaciable. *El seminario de Jacques Lacan: libro 4: la relación con el objeto*. (Berenguer, E., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2009a). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. *Escritos I*. (Segovia, T. & Suárez, A., Trad.). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2009b). Del sujeto por fin cuestionado. *Escritos I*. (Segovia, T. & Suárez, A., Trad.). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2009c). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. *Escritos I*. (Segovia, T. & Suárez, A., Trad.). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2010a). En ti más que tú. *El seminario de Jacques Lacan: libro 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (Delmont-Mauri, J. & Sucre, J., Trad.). Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2010b). El sujeto y el otro: la alienación. *El seminario de Jacques Lacan: libro 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (Delmont-Mauri, J. & Sucre, J., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2010c). Tyche y automaton. *El seminario de Jacques Lacan: libro 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (Delmont-Mauri, J. & Sucre, J., Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012a). Acto de Fundación. *Otros escritos*. (Esperanza, G. & otros, Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012b). Radiofonía. *Otros escritos*. (Esperanza, G. & otros, Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2013). *Conferencia en Milán, 12 de mayo de 1972*. (Máter, O. & Freschi, A., Trad.) Recuperado de: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2013/03/jacques-lacan-del-discurso.html>
- Lacan, J. (s.f.). Palabras sobre la histeria. 26 de Febrero de 1977. *Seminario 24. Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*. Recuperado de: <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.32%20%20%20%20PALABRAS%20SOBRE%20LA%20HISTERIA,%201977.pdf>
- Larsen, D. (1998). Acerca del acto, pasaje al acto y acting-out. En *Psicoanálisis y el hospital*. Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias. La Urgencia, (13), 128-131. Buenos Aires: Tiempos modernos.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches. Recuperado de: [file:///C:/Users/EMANUEL/Downloads/1113333987.El%20analista%20ciudadano%20y%20otro%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/EMANUEL/Downloads/1113333987.El%20analista%20ciudadano%20y%20otro%20(2).pdf)
- Laurent E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*. (6). Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/gH8svg5G3gcbDVYcZ2ikYMIOPd1J5Esgb3mmgXrn.pdf>
- Laurent, E. (2006). Hijos del trauma. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 23-29). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Lutterbach Holck, A. (2008). *Efeitos terapêuticos e final do tratamento* [Efectos terapéuticos y final del tratamiento] Recuperado de: <http://ampblog2006.blogspot.com/2008/09/viii-colquio-da-ebp-psicanlise-aplicada.html>

- Martinez, H. (1998). El recurso a la escena para la comprensión de ciertos episodios de angustia. En *Psicoanálisis y el hospital*. Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias. La Urgencia, (13), 124-127. Buenos Aires: Tiempos modernos.
- Miller, J. (2001). *Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia*. (Gadea, E., Trad.). Recuperado de: https://elp.org.es/wp-content/uploads/2013/03/4_psicoa_puro_miller.pdf
- Miller, J. (2007). *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. (2012). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Montellano, C. (2017a). Variaciones de la clínica con niños en la institución. En F. Urbano (Comp.), *XIII Curso anual de formación continua en salud mental: la práctica clínica en las instituciones de salud* (pp. 27-46). Salta: Milor.
- Montellano, C. (2017b). El tratamiento del tiempo en la práctica institucional. De lo cronológico a lo lógico. En F. Urbano (Comp.), *XIII Curso anual de formación continua en salud mental: la práctica clínica en las instituciones de salud* (pp. 57-79). Salta: Milor.
- Muñoz, P. (2011). Lecturas del pasaje al acto. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-052/828.pdf>
- Muñoz, P., Leibson, L., Smith, M., Berger, A., Acciardi, M. & Bugacoff, A. (2011). Pasaje al acto, acting out y acto analítico. Variaciones de la relación sujeto-Otro. *Anuario de Investigaciones, vol. XVIII, pp. 113-121*. Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139947064.pdf>
- Naparstek, F. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Orellano, M. (1993). La clínica: su dimensión temporal en los tiempos de las institución. En *Psicoanálisis y el Hospital*. Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. (3). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Pérez, G. (2014). *Trauma, entre necesario y contingente: heridas de guerra*. Recuperado de: <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/trauma-entre-necesario-y-contingente-heridas-de-guerra/12673>

- Pujó, M. (1993a). ¿Tiempo es dinero?. En *Psicoanálisis y el Hospital*. Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. (3). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Pujó, M. (1993b). La duración de la cura. En *Psicoanálisis y el Hospital*. Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. (3). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Racki, G. (1993). La dimensión temporal del análisis. En *Psicoanálisis y el Hospital*. Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. (3). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Reali, F. (2012). *Necesidad, demanda y deseo: articulación y algunas diferencias*. Recuperado de: <http://nelbogota.blogspot.com/2012/09/necesidad-demanda-y-deseo-articulacion.html>
- Recalcati, M. (2013). *Escritos sobre anorexia*. (Rodríguez, M., Trad.). Argentina: Los Robles.
- Ribeiro de Castro, B. (2005). Reseña sobre la conversación del V Congreso de la EBP ¿Qué enseña el psicoanálisis aplicado al psicoanálisis puro? (Parte II). *Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (13). Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/iCyRed7PNvlgJcSCbyWI72vHdhNSZLTmYIBcDJtV.pdf>
- Rodrigo, M. (2006). Admitir la urgencia. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 147-148). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- San Miguel, T. (2009). Angustia y urgencia. En I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp.55-62). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sassaroli, S. (2009). Tiempo y urgencia – psicoanálisis aplicado – deseo del analista. Un tiempo donde lo urgente es que haya analista. En I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp.107-113). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Scartezzini, E. (2018). *Proyecto de gestión de Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital de Autogestión San Bernardo*. Salta: Hospital de Autogestión San Bernardo.
- Schussler, E. (2009). Acting out y pasaje al acto en la urgencia. En I. Sotelo (Comp.) *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp.63-72). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 31-42). Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Simões, C. (2011). *A CLÍNICA DA URGÊNCIA SUBJETIVA: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento* [LA CLÍNICA DE LA URGENCIA SUBJETIVA: efectos del psicoanálisis en un servicio de atención al cliente]. Recuperado de: file:///C:/Users/EMANUEL/Desktop/CAP%20III%20ola%20urgencia%20subjetiva/dissertacao_carolina_leal.pdf
- Sobel, G. (2009). El diagnóstico en la urgencia: ¿síntoma o trastorno?. En I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 39-47). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sola Gil, S. (2016). Crisis: La angustia de la urgencia. Recuperado de: <http://nel-medellin.org/blogcrisis-la-angustia-de-la-urgencia/>
- Soler, C. (s.f.). *El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*. Recuperado el 3 de Octubre del 2018, de: <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf>
- Sotelo, I. (2005). ¿Qué justifica un psicoanálisis en la institución?. En Sotelo, I. (Comp.), *Tiempos de Urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp.155-160). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2006). La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 97-113). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2009). ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?. En I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 23-30). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Stiglitz, G. (2006). Inventar la lengua que se habla. Sobre eficacia y psicoanálisis. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 85-93). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Trobas, G. (2003a). *Tres respuestas del sujeto ante la angustia: inhibición, pasaje al acto y acting out*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Trobas, G. (2003b). Dialéctica del acting out. *Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (7). Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/NcKKwkHanGWJwIXZ7PE74QktsOmhxb7AW4mD3FIx.pdf>

- Ubieto, J. (2008). *Posiciones subjetivas en los fenómenos de maltrato [1]*. Recuperado de:
[http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/LdCBVuqKD5bJ9T7tSmETU
hNatpmI6cyHCIsM6cFA.pdf](http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/LdCBVuqKD5bJ9T7tSmETU
hNatpmI6cyHCIsM6cFA.pdf)
- Vaschetto, E. (2006). Urgencias de la salud mental. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 163-169). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Wajnsztein, S. (1993). El tiempo, más allá de la duración. En *Psicoanálisis y el Hospital*. Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. (3). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.

ANEXO

Entrevistas con informantes claves

Puesto: Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología

Antigüedad: 1 año en el Hospital Público de Autogestión San Bernardo, y 13 años en instituciones de salud pública.

Preguntas

Pasante -¿Cuáles son los casos más frecuentes que ingresan al Servicio de Jefatura de Guardia y son asistidos por el Servicio de Psiquiatría y Psicología?

Jefe del Servicio -Tenés todos los que se engloban en los trastornos afectivos, del estado de ánimo, como crisis de angustia, de ansiedad e intentos de suicidio.

Pasante -¿Cómo ingresan los pacientes al Servicio de Jefatura de Guardia?

Jefe del Servicio -Pueden ingresar por consulta espontánea, por interconsulta en el caso de pacientes que ingresan por causa médica cualquiera, y por derivaciones como los intentos de suicidio.

Pasante -¿De dónde son derivados los casos de intento de suicidio?

Jefe del Servicio -De centros de salud o de la ambulancia.

Pasante -¿Qué procedimientos se realizan con los pacientes que llegan al Servicio de Jefatura de Guardia?

Jefe del Servicio -Primero, siempre lo ve el médico clínico de planta y él decide la derivación del servicio de salud y de ahí el equipo decide cómo sigue: si queda a cargo o no, si se lo interna, si se lo cita a consultorio externo o si se lo deriva.

Pasante -¿En qué casos se realizan derivaciones a otros hospitales? Criterios.

Jefe del Servicio -Cuadro psicótico que no sea secundario a sustancias, traumatismo, nada de eso.

Pasante -¿Cuándo el Servicio de Jefatura de Guardia solicita interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología?

Jefe del Servicio -Cuando quieren. Es muy relativo.

Pasante -¿Cómo sería?

Jefe del Servicio -Cuando se preocupan por un paciente, o cuando la guardia está llena y se quieren sacar a un paciente de encima.

Puesto: Licenciada en Psicología

Antigüedad: 12 años en el Hospital Público de Autogestión San Bernardo

Preguntas

Pasante -¿Cuáles son los casos más frecuentes que ingresan al Servicio de Jefatura de Guardia y son asistidos por el Servicio de Psiquiatría y Psicología?

Lic. -Los casos de politraumatismo y de intento de suicidio.

Pasante -¿Cómo ingresan los pacientes al Servicio de Jefatura de Guardia?

Lic. -Por el SAMEC

Pasante -¿Qué procedimientos se realizan con los pacientes que llegan al Servicio de Jefatura de Guardia?

Lic. -Se lo ingresa, lo recibe el médico clínico, una enfermera, un grupo de médicos, y le hacen preguntas al paciente: ¿cómo fue?, ¿qué sucedió? Una anamnesis. Lo ingresan a un box o a quirófano si hace falta. En caso de que sea ingresado al box, se hace interconsulta a especialistas según patología y de ahí se determina si se queda en la guardia, pasa a sala o es derivado.

Pasante -¿En qué casos se realizan derivaciones a otros hospitales? Criterios.

Lic. -En los casos en que la patología corresponda a la especialidad de uno u otro hospital. Si se trata de una embarazada va al materno, una esquizofrenia o brote psicótico va al Ragone, una patología infecciosa va al Hospital del Milagro, y algunas veces al Oñativia por cuestiones de diabetes.

Pasante -¿Cuándo el Servicio de Jefatura de Guardia solicita interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología?

Lic. -Cuando hace la anamnesis, el médico puede percibir alguna patología psicológica que requiera intervención. Puede haber algo que angustie al paciente o algo de su vida personal y el médico cree que requiere de intervención psicológica.

Entrevistas Clínicas de los casos presentados

Caso G: “¿Cómo se siente cuando te terminan?”

Entrevista clínica con G, en el Servicio de Jefatura de Guardia

De la historia clínica de G se recaban los siguientes datos:

Modalidad: Intento de suicidio por ahorcamiento

Ingreso 02/06/19

Paciente trasladado por el SAMEC desde su domicilio porque intentó ahorcarse con una bufanda.

Lo vio primero el psiquiatra quien colocó en la historia clínica lo que dijo el paciente: “Solo, me quedé solo y me colgué”. Ahorcamiento en domicilio.

El médico de sala solicita interconsulta con Psicología.

El médico de la sala de varones comenta al profesional psicólogo que el paciente G. se encuentra en el box 10. Él escucha la conversación y nos dice que es él. Se muestra predispuesto a hablar y participar de la entrevista clínica, se le informa sobre mi presencia como observador no participante, se le entrega el consentimiento informado para que lo lea y lo firma.

Entrevista en el Servicio de Jefatura de Guardia

Practicante en psicoanálisis -Buen día.

G -Buen día.

Practicante -¿Por qué estás acá?

G-Porque intenté suicidarme, ¿te cuento cómo fue o por qué fue?

Practicante -Lo que vos quieras, o ambos si querés.

G -Empezó así. Esto viene desde la muerte de mi mamá, no de mi verdadera mamá, sino la que me crió. Yo tenía diez años. Entonces, muere y empezó a ser una debilidad.

Practicante -Una debilidad, aha.

G -Tenía que bancarme que la familia me saque en cara porque soy el más chico. Y bueno, pasó todo esto, y empecé a trabajar porque no quería estancarme. Empecé a estudiar, terminé el secundario, después empecé una carrera universitaria y ahí empecé a trabajar. Yo estudio licenciatura en comunicaciones en la X, estoy en segundo año. Y vivo con la hermana de mi mamá, y con ella somos solo los dos, y siempre hablamos y, ella me paga la carrera, ella es maestra. Y bueno nos peleamos, ella me pidió que haga algo para la iglesia que yo no quería hacer porque no me gusta. Le dije que si es para su trabajo sí, porque yo la ayudo en lo que necesite a hacer cosas plásticas o pasar planillas

y esas cosas porque tengo una letra hermosa. Y se molestó, y estaba así, no me daba de comer, y yo no tengo plata. Y estuve acostado todo el domingo.

Practicante -¿Estuviste acostado todo el domingo? ¿Qué pasó?

G -Me agarró como ataque de crisis y depresión, me temblaban las manos. Y cuando me levanté a tomar el té, dijo que en esta casa nadie es mantenido que todos tienen que colaborar. Y después dijo que no lo había dicho por mí sino para su hermano mayor que no aportaba. Me puse mal, me dije qué hago en este mundo. Y así pasó. Me arrepiento de ahorcarme, no estaba en mi contexto, no estaba en mi mundo. Yo trabajaba como periodista en X, me pagaban muy poco y dejé, y como te dije estoy estudiando la carrera de licenciatura en comunicación en la X, pero en ese momento se me apagó, se me nubló, quedé solo, y me desmayé, y después estaba en la ambulancia.

Practicante -¿Avisaste a alguien?

G -No. A mí me cayó mal que ella lo llevó a su hermano mayor y se vino a hacer el pesado conmigo. Entonces, dije qué estoy haciendo acá o me voy o me mato. Y era que iba a sacar una ropa mía para irme pero no me fui.

Practicante -¿A dónde?

G -Tengo una profesora, yo la ayudaba, iba a su casa, y siempre le contaba los problemas que tenía en casa, y ella me dijo que si algún día necesito algo que vaya con ella. Pasa que no es que sea caprichoso, pero a mí no me gusta que me digan las cosas que tengo que hacer, por ejemplo yo hago cosas, ayudo en la casa, limpio, pero no me gusta que me lo digan. Me levanto temprano, limpio, me baño, voy a comer. Pero no estoy todo el tiempo encaprichándome.

Practicante -Tenés tu rutina diaria, tu organización.

G -Tengo mi rutina, y cuando tengo tiempo me pongo a limpiar.

Practicante -¿Qué limpias?

G -La casa, no me gusta verla sucia, o si hay caca de perro la levanto, o me gusta que los azulejos estén blancos, brillantes. Los sábados me quedo sólo. Somos cuatro que vivimos juntos. Y ellos se van a la cancha, y mi tía almuerza conmigo y después se va. Me ponía a limpiar, terminaba de limpiar y venía a tomar mate algún amigo o amiga o mi pareja, nunca tuve esa situación de que me voy a matar. Y ese día se me sobrepasó todo, una carga emocional o no sé cómo se dice.

Practicante -¿De qué?

G -Con todo, no sé, una semana que la pasaba mal, me decían así cosas, me sacaban en cara que me daban de comer.

Practicante -¿Hay algo de no ser querido o falta de amor o temor a no ser querido?

G -No, tengo mi pareja y vivimos en mi casa, él trabaja. No, creo que no. Tengo el aprecio de mi familia. Ese día se interesaron por mí, a los dos minutos ya estaban todos en casa. Y ahora estaba aquí y nadie vino a verme, y como que digo ¿no le importe a nadie? ¿Qué pasó?, y no tenía la contraseña del celular, y después la abrí y veía los mensajes preguntando cómo estaba. Y ayer vino mi hermana, bueno yo le digo así porque nos crió la misma mamá, me compró cosas, y me dijo la verdad no te entiendo. Y ahora, como que quedé solo, mal, me sentí en ese momento como si fuera una mierda.

Practicante -¿Para quién?

G -Para mi tía. Porque yo quiero que ella se sienta orgullosa de mí. Para mí sería hermoso que en el futuro ella este ahí en casa sentada y yo la cuide. Y en el futuro decir aquí está el título, y te puedo ayudar. Más allá de los problemas, siempre fuimos los dos, siempre hablamos.

Practicante -Esto que hiciste ¿te genera alguna pregunta?

G -Sí, el por qué.

Practicante -¿Cómo te dicen A o M?

G -Me dicen G porque a mí me gustaba escuchar la agrupación santa fe y entonces uno de mis hermanos mayores me puso de apodo G.

Practicante-¿Y cómo te gusta a vos que te digan?

G -G o M.

Practicante -Y G, ¿vos pensás que se podría volver a repetir?

G -Ese día me sentí lo peor de lo peor pero ahora no está en mis cabales, si tuviera posibilidades de de volver a hacerlo no lo haría.

-G ¿Qué pensás de iniciar tratamiento psicológico?, a raíz de esta pregunta que te haces de por qué, porque es algo de lo que te arrepentís.

G -Sí. Yo amo la psicología me encanta, si me gustaría hacer. Yo antes que me pase, siempre pensaba en ir al psicólogo, tengo compañeros que también estudian psicología y me cuentan cosas y me gusta. Y ahora que lo pienso, la tengo a mi mamá viva y se enteró y no fue capaz de ir. Eso me mata a mí. Ella me negó, y digo mi mamá está viva la podría disfrutar y ella a mí. Y bueno yo me crié resentido, me contaron que ella me quiso suicimatar, tirar a la vía. Somos dos hermanos y a los dos nos quiso tirar. Y ahora bueno ella tuvo más hijos, y tengo otros hermanitos que voy a verlos. A mí la ayuda psicológica me vendría bien sienta. Como me dijiste falta de amor se vino a la mente lo

de mi mamá. Después con mis tías y tíos bien, pensaron que me había drogado. Yo creo que es todo un proceso esto. Te juro que si hubiera estudiado psicología, yo la amo.

Practicante -Bueno eso es algo que se puede ir trabajando también en terapia. Y ¿a qué hora cursas la carrera que estás haciendo?

G -A la tarde, después de las 15 hs podría.

Practicante -Entonces, vamos a empezar a trabajar, ¿te parece el jueves a la mañana?

G -Sí, yo puedo todos los días.

Practicante -Ahora al retirarte, ¿con quién te vas a ir?

G -Me iba a ir con mi pareja, pero yo pensé que ustedes se iban a demorar más así que le dije que se vaya porque él entra a trabajar a las doce, por eso. Pero ahora la llamo a mi tía que ella va a venir, trabaja acá a la vuelta.

Practicante -Bien, entonces nos vemos este jueves a las nueve.

G -Sí.

Entrevistas clínicas con G, en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología

Las entrevistas clínicas que siguen a continuación se llevaron a cabo en los consultorios externos, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Primera entrevista en consultorio externo 60/06/19

Practicante -¿Cómo estás?

G -Bien tranqui.

Practicante -¿Cómo te sentiste?

G. -Estoy enfermo ahora (tose). Me sentí mal, tengo esa culpa, después tranqui. Ahora lo que hago es salir a caminar porque me agarran ataques de nervios. Para que se me pase lloro. Y no fui a clases en estos días

Practicante -¿Cuándo te pasa?

G -A la noche. Cuando estoy solo, me empiezo a doblar así de los nervios, no puedo dormir. Antes de venir me pasó y dije no, me cambio y salgo.

Practicante -¿Anteriormente te pasaba?

G -Antes si, pero ahora como que lo siento más impulsivo.

Practicante -¿Antes cuándo?

G -Cuando ya venía con situaciones de problemas en la casa, y me auto encerraba. Sino después estoy tranquilo. El otro día que salí de acá, comí, me dormí, me desperté y me agarró una crisis de nervios. Y le dije a mi otra tía, no me siento bien, no me dejen solo.

Practicante -Y ¿qué hiciste?

G -Me bañé y me fui a caminar porque no quería estar solo o intento cuidar a los chicos, distraerme porque si pienso en lo que pasó estos días es volver a ver eso. Me quiero olvidar pero no sé qué hacer porque siento la culpa. Me llaman mis tías. Una me dice que por qué lo hice y no puedo.

Practicante -Esto ¿no?, de estar solo.

G -Solo porque antes yo no me encerraba en la pieza, y ahora quiero estar solo y me hace mal estar solo.

Practicante -Querés estar solo, pero ahí es cuando te agarran estos ataques de nervios.

G -Estoy solo, me agarran los nervios de no saber cómo afrontar lo que estoy viviendo. Siento culpa de que mis tías estén peleando por mí, por lo que pasó. Mi tía me dice vos no pensaste en nosotras, solo pensaste en P, ella te va a enterrar y nosotras vamos a estar llorándote.

Practicante -¿Quién es P?

G -Es la tía con la que vivo, con la que discutí. Ella hace la figura materna. Cuando mi mamá muere, ella se hace cargo de mí, de mis estudios, y ella me ayuda hoy a estudiar pero me lo saca en cara, me grita, me dice cosas. Ya venía con discusiones y el sábado rebalsó. Yo les conté que hago manualidades, y me pidió que haga un afiche con letras, pero yo no quería porque era para la iglesia. Y bueno, ahora no puedo dormir, no puedo dormir.

Practicante -Y ¿estas discusiones ya estaban antes?

G -Sí, pero no es continuo. Ayer discutí con ella y fui a comprar dos huevos para la cena, y no compré para ella porque no suele cenar. Y me dijo “¿qué no pensaste en mí?”.

Practicante -Contame un poco con quienes vivís, ¿cómo está organizada tu familia?

G -En la parte de delante de mi casa, viven mis dos tíos que son como hermanos, y atrás mi tía M, ella se encarga de la comida y bueno P de que este todo en orden. Después yo me llevo bien con E, es como la figura paterna que no tuve y J también. Comparten conmigo, vienen me hablan. Si por ahí los varones son más callados pero ellos están y comparten, me hablan, y con los chicos jugamos. Como hago un curso de peluquería, les

corto el pelo, y también, a algunos amigos del barrio. Es una forma de distraerme, para no estar todo el tiempo en estos problemas.

Practicante -¿Cómo son esos problemas?

G -Son complejos. Yo creo que no tengo culpa de haber nacido y que mi madre me haya abandonado y es como que mi tía se quedó con ese peso, es lo que yo siento. Son problemas de discutir por la plata, la comida, por la limpieza de la casa, me saca en cara todo. Cuando era chico, si los otros chicos rompían algo yo era el culpable. Me decía que vos no estás en la casa, que no te fijás que estás haciendo.

Practicante -¿Cuándo estaba tu abuela era diferente?

G -Sí, nunca me sacaron en cara. Ponele ahora P me ve como que soy un vago, un sucio. Que encima hay que darle para comer, no quiere que me sirvan la comida. Igual se lo dije a mi tía ¿por qué tengo que pasar por esto?

Practicante -¿Vos se lo planteaste a P?

G -Sí, yo se lo planteé, y que no me gusta que me saquen en cara. Y J que tiene 36 años no trabaja, no escucho que le digan no limpiás, no traes plata para la luz.

Practicante -No escuchás.

G -A diferencia de mi, M plata para la luz, no limpiás, y no me concentro en lo que quiero hacer. Yo salía de la peluquería me iba a la facultad, y luego volvía cansado y no quería cruzarme con ella. Como se los horarios en que no estaba en la casa, llegaba después que se iba y recién comía como a las dos de la tarde y después me iba a la biblioteca. No me quiero cruzar con ella. Y cuando compre los dos huevos le dije J serví vos, y si querés dale mi huevo a ella. Porque había comprado un huevo para J y otro para mí. Y llega y J le dice serví vos la cena. Él es medio cizañero, le gusta meter púa. Y ahí empezamos a discutir. Yo no necesito discutir con ella, necesito paz.

Practicante -¿Cómo lograrías conseguir esa paz?

G -Me puse a pensar en eso, no sé. Estoy tildado como el loco.

Practicante -¿Quién te tilda?

G -Ella P, dice que la psicóloga dice que esto es un circo.

Practicante -Y vos ¿qué pensás?

G -Yo no lo veo así, lo veía como que ya no quería vivir con estos problemas. No le veo sentido sufrir. Yo tengo la necesidad de ir al cementerio, me hace mal. Pero yo la sueño a mi mamá, la veo, sé que está mal por todo esto. Y me llama mi tía V, “qué te pasó, yo no sé, me preocupe”. Me dice a mi tía S “mandale mensaje a tu tía que estás

bien”. Entonces le mande el mensaje ya estoy en casa, no te preocupes, los problemas con P los voy a hablar.

Practicante -Ahí ya tenemos algo. Vos estás localizando tus problemas con P ya tenemos para empezar a trabajar.

G -Y ahí le conté lo que había pasado y ella no sabía nada. “Hijito se me subió la presión”. No quiero que se toque el tema, que lo hablen cuando yo no esté. A mí me eso me duele. Escuchar a P que me califique por vago, sucio. Ella me dijo a mí “lo digo por tu tío”, pero porqué no se lo dice a él directamente.

Practicante -¿Por quién?

G -Lo dijo que era por J.

Practicante -¡Ah!, no lo dijo por vos.

G -Yo siento que es hacia mí.

Practicante -Ah vos sentís, pero ¿qué te dijo ella?

G -(Silencio).

Practicante -¿Qué necesitas ahora?

G -Necesito que no me digan que hacer, yo lo hago solo. Si tengo que limpiar o levantarme. Después, V me llamó, habló conmigo y después con P. Entonces, V le dijo “si vos te crees dueña de esa casa sabés que no es así, que la mamá dijo que esa casa es para M”. Y también, mi abuela había dejado plata para mis estudios, y no sé qué se hizo, yo pregunto y nadie me contesta. P quiere que vaya a la X por la Iglesia, ella va también por eso, para estar metida en esos temas, pero a mí me da lo mismo si tengo que estudiar en la U o en un terciario. Si yo voy a la X es porque quiero estudiar. Y ella dice cosas en la iglesia pero no lo hace. Y un día vino un señor de la iglesia, y yo le dije delante de él, acá en casa vos sos una mierda, tiras mierda para todos y afuera sos la madre Teresa de Calcuta. Y después, hablé con mi tía M, y me dijo “P es igual a mi abuela, es alma negra, y si T no te encontraba, yo te voy a tener que enterrar y me voy a quedar con esa culpa de no haberte ayudado. Yo puedo hablar con vos pero vos no vas a entender porque vos te criaste con ella”. Pasa que antes que muera mi mamá iban todos a la casa, muere ella y ahí empezaron los problemas por la casa, si hay que hacer cumpleaños P se molesta o no quiere que pongamos la música fuerte.

Practicante -Es como que P.

G -Quiere hacerse dueña de todo.

Practicante -Y todos los integrantes.

G -Se lo dicen y nada cambia.

Practicante -¿Qué tenés pensado para estos días?

G -Yo me quiero ir a Tucumán.

Practicante -¿Con quién?

G -Con mis amigos, les conté y me dijeron venite acá al departamento. Quiero ir distraerme y ojala que cuando vuelva las cosas cambien en mi casa.

Practicante -Bien nos vamos a ver el jueves de nuevo.

G -Bueno. Esto es algo que necesito hablar. Encima P me dice ya me cansé de que estés todas las noches con el celular. Y yo no creo que sea algo malo. El martes eran las cuatro y no me dormía. Porque me agarran estas crisis nerviosas y buenas agarraba el celular y no sé. Todo esto, lo que me pasó. Me pregunto y si mañana discuto con P, y no sé cómo hacer para estar bien con ella. Antes yo me levantaba y me iba a desayunar con mi otra tía la que vive en el fondo, y con sus chicos, y estaba todo bien.

Practicante -Y ¿no probaste de desayunar con tu otra tía?

G -Pero, ahora ya no puedo hacerlo porque me levanto tarde, me acuesto tarde. Viene P y me despierta, y no me pregunta qué te pasa. Ella viene me grita, yo calladito me voy, o lo insulta mi novio que no tiene nada que ver. La ignoro, no le quiero prestar atención y donde voy, va a gritarme.

Practicante -¿Qué edad tiene ella?

G -Treinta y ocho o treinta y nueve. Por ejemplo, a mi abuela le gustaba darle de comer a los pajaritos y a mí también, salgo al fondo y hago eso y ya viene ella y empieza a decirme anda a limpiar. Entonces, ¿qué puedo hacer? Todos están cansados como de que P o me hecha o lo hecha a J. O por ejemplo, hacemos cumpleaños y no le gusta el Regueton y pone música religiosa. Estamos viendo tele, estamos cenando y pone canal religioso y entonces todos tratamos de terminar de comer rápido.

Practicante -Mmm.

G -Y esta fue la peor pelea para que yo quiera agarrar un cuchillo. Me acuerdo cuando mi mamá me quiso matar, mi abuela le decía que no me ahorque y agarró un cuchillo y nos separó. Mi mamá nunca me quiso, ella lo dijo era como que no me esperaba. El otro día me llamó cuando estaba internado, llorando y cómo estás hijito. Y porqué no viene y no deja a su marido y me viene a ver. Yo creo que la culpa la tiene ella, me dejó en la nada.

Practicante -Y ¿no probaste en ir a dormir a otra casa?

G -Mi pareja me dijo que me vaya a vivir con él, pero si el día de mañana me peleo cómo me vuelvo a mi casa. Ahora van a hacer una reunión familiar para hablar todas mis

tías, este sábado, y si P no da el brazo a torcer se va a vender la casa. Y ella les dice que esto es un circo. O sea, mi tío me baja y yo ya no podía respirar, y te cuento no puedo comer, me duele cuando trago, o sea ella no vino a preguntar eso.

Practicante -¿P?

G -P no vino a preguntarme, le dije lee la consulta de los médicos, lo que me pasó, porque sino va a decir que esto es un papelón.

Practicante -Hay un intento tuyo de mostrarle que pasa algo pero ella no lo ve.

G -Antes que pase esto yo le dije quiero ir al psicólogo, quiero estar con un psicólogo.

Practicante -Estos intentos tuyos de llamar la atención de P, pero ella no reacciona como mamá.

G -No, lo ve como una hermana. Mis otras tías no lo ven así. Mi tía S, la que me vino a buscar el martes, ella me dice “M yo a vos te dije necesitas algo, ven a la casa, vivo a la vuelta M.”.

Practicante -Y ¿no podés estar un tiempo con tu tía S?

G -Es que ella me dice que yo si pudiera te tendría pero vive con sus suegros en una pieza con sus dos hijos, tienen una cama y la cucheta para ellos. El sábado quiero que te vengas me dijo ella, tiene una especialidad en psicología creo o algo así. “Venite lo vamos a hablar en casa. La llamé a tu mamá y le dije si no venís vos quedás eliminada.” Mi otra tía M me llamó, “¿yo te voy a tener que enterrar? y yo qué, quedo y qué tengo que hacer llorar y llorar. Y ella va a estar riéndose, y yo llorando.”

Practicante -Tratemos de planificar esta semana antes de vernos. Tenés el viaje, la reunión familiar, pero ¿qué necesitas esta semana para estar bien?

G -Yo necesito dormir, no dormí nada, quiero dormir, y está ella. Yo quiero dormir toda la noche, y ya ella se levanta va al baño y pasa por mi pieza.

Practicante -Y ¿no podés ir a la casa de tu pareja?

G -No, porque al lado de la pieza de mi pareja hay un kiosco de su familia y abren y cierran la puerta a cada rato y me despierto.

Practicante -(Silencio).

G -Pero si puedo ir a dormir con él. Y yo ya le dije a mi pareja que me puedo ir a dormir con él. Yo siempre para el nueve de junio me voy a Tucumán, ya es como de rutina. Si no me voy, me voy a dormir con mi pareja.

Practicante -Y ¿él cómo te trata?

G -Me acompaña, me pregunta cómo estoy, me trajo una pastilla y dormí. No sé si era clonazepan, en realidad su tía trabaja aquí y me la consiguió. Y me explicó que era para que pudiera descansar.

Practicante -Lo que vamos a hacer es pedir mejor una interconsulta con el psiquiatra así él te medica y controla, porque auto medicarse no es lo más conveniente. Y nos vamos a volver a ver el jueves.

G -Bueno

Se solicita interconsulta con el psiquiatra. Y se le da turno para el próximo jueves.

Segunda entrevista en consultorio externo 13/06/2019

Practicante -¿Cómo estás G?

G -Bien, mejor ya.

Practicante -Mejor ¿cómo?

G -Viste del tema de la reunión, bueno se juntaron por el tema de P. Ella como que se quería hacer la dueña de la casa, y hablaron de que van a hacer la división de la casa. No tengo problemas con ella, ahora estamos bien. Ahora está más atenta conmigo, evita las peleas. Si hay una cosa fuera de lugar dice “¿por qué está ahí?”

Practicante -¿Cambió ella?

G -Sí, cambió ella. Ah y no fui de viaje, me quedé y terminé mi relación, así que estoy mejor.

Practicante -¿Por qué?

G -Porque ya venía con engaños y cuando quise terminar la relación me pegó. Y bueno ahora estoy bien, estoy tranquilo, y duermo todo el tiempo por las pastillas que me dio el doctor.

Practicante -Decís me pegó.

G -Me pegó.

Practicante -¿Tu ex pareja te pegó?

G -Me metió una piña, un codazo y me dejó sin aire, ¿quién más quiere vivir de eso?, no.

Practicante -¿Te golpeó solo esa vez?

G -No, me golpeó varias veces, fue por amor que aguantaba. En vez de reaccionar pacífico, reaccionaba con violencia. Me banqué tanto que ahora que terminé me siento bien conmigo mismo. Y si yo no le respondía un mensaje, por ejemplo si estaba así con

ustedes y me escribía y yo no le respondía ya se enojaba. Ahora me doy cuenta que él era desconfiado porque me engañaba y quería saber dónde estaba.

Practicante -¿Qué te llevó a poner un corte a la relación?

G -Lo que pasó el lunes fue lo que me resaltó.

Practicante -¿Qué fue lo que te resaltó?

G -Yo le pedía hablemos, hablemos y él no quería y, me decía que yo estoy loco porque aparte me quise matar. Entonces, me fui de su casa y cuando tome el colectivo él me agarró y me bajó. Y le dije al chofer que espere, y entonces subí y el chofer cerró la puerta. Y ahí llegué a mi casa, le tuve que contar a mi tía. Se sentó a hablar conmigo “ya está no le hables más”. Y también hable con una profe, la que te conté, y me dijo “no es para vos”. Y me llamó su papá, atendí y le dije señor no se altere, yo estoy amenazado, no necesito hablar con usted, que venga me pida perdón y se vaya, es lo que necesito. Si le dije que necesito mi celular y la plata que le había prestado. Porque esa plata fue tema de discusión con P, que yo le pedí prestada a ella dos mil y se los di a él. Entonces, le dije a su papá que necesitaba esa plata para devolverle a P que fue problema de discusión.

Practicante -¿Cuánto tiempo estuviste con él?

G -Un año y un mes, cumplimos ahora en junio.

Practicante -¿Qué te llevó a la decisión de no tolerar más?

G -Es como que ahora no pienso en él, o en alguien sino en mí mismo, en yo, en sanarme yo, en estar bien yo, mucho yo (se ríe).

Practicante -Bueno y ¿se trata de vos no?

G -Sí.

Practicante -¿Hubo algo que ayudó a poner un límite?

G -Después de lo que me pasó, como que puse un límite, un freno. No buscar, no yo enfrentarme, sino estar tranquilo. Ahora volví a la rutina, me levanto, me baño, desayuno, limpio. Y ayer fue el cumpleaños de mi sobrino J. Lo considero mi sobrino porque mis tíos se criaron conmigo como hermanos como les comenté antes. Y bueno, hice lo que siempre hacía para los cumpleaños, le hice un cartelito feliz cumple y globitos, vino y le pregunté que quería comer. No fui a clases porque cuando me pasó esto es el que me llamaba, me preguntaba cómo estaba, qué hacía, me decía vamos a caminar a la plaza. Y entonces, ayer me dediqué a él.

Practicante -A tomar otro aspecto del amor.

G -Veo las cosas distintas. Quizás antes las veía con odio, mucho rencor.

Practicante -¿Hacia qué o quién?

G -Hacia P y hacia mi pareja que me engañó.

Practicante -¿Son afectos que te acompañan hace mucho?

G -No, hace poco.

Practicante -Y también tu familia que hizo esta reunión que te apoyan, tus tías.

G -Sí, estuvieron todos. Bueno hablamos bien, ellos me hablaron, me dijeron que. Me dice mi tía “qué pasaba si vos llegabas a suicidarte, qué iba a ser de todos nosotros siendo solteras, y tu mamá sabe de esto, y no te buscó, y la fui a buscar y se lo dije. Pero estamos nosotras siempre y podés contar con nosotras”.

Practicante -Mmm.

G -Porque ahora yo no te puedo decir qué me pasó en ese momento, fue una ira, un impulso que me llevó a hacer eso en ese momento. Y mi tío me dice estuvimos con vos desde que naciste, hasta ahora, te criaste con nosotros. Y lo único que hice fue llorar y pedirles perdón porque les hice daño a mis tíos.

Practicante -Primero de no sentir amor de alguien y ahora te encontraste con amor de muchos.

G -Me sentí como que me faltaba afecto pero ahora sí lo siento. Mis tíos son muy callados en vez yo soy todo para acá para allá, soy como todo loco. Y no sabía si me querían o decía quizás mi tía no me acepte por lo que soy. Porque ahí en el barrio, cuando pasó esto, decían que yo me quise suicidar por mi pareja, por esto ya habían pensado que estaba muerto. Y bueno, me trajo la ambulancia pero no me acuerdo. Cuando me desperté ya estaba acá.

Practicante -¿Qué pasaría si P volviese a su actitud anterior?

G -P es una persona muy cambiante, un día va a estar bien, al otro día mal

Practicante -Y ¿vos?

G -No soy como P. Si no durmió bien está todo el día jodiendo. Por ejemplo, ayer se levantó con cara de culo pero mi tía le dijo “Bueno, si estás así salí, da una vuelta y volvé cuando se te pase”.

Practicante -Hacete cargo.

G -Y bue P se fue, y yo sé que P va a joder pero mis tíos me escucharon y me dijeron vos la escuchás y te das la vuelta y te vas, vas a lo de tu tía S, o salí a caminar. Y bueno yo sigo haciendo lo mío, limpio, abro las ventanas, me gusta ver la luz. Tomo mate, y hago la redacción, subo a XX, y subo las noticias en los diarios digitales que trabajo. Y bueno mi tía me deja la lista para comprar, yo llego y le dejo lo que compre y ella cocina, y después comemos, y hacemos así todos los días con mi tía hasta que llega P.

Practicante -Entonces, ¿crees que si P llega a decirte algo o molestarte vos reaccionarias de otra manera?

G -Sí, ahora sí.

Practicante -Que importante esto, no todo lo que pasa depende de vos, sino también de cómo estén los otros.

G -Sí (tose) estoy como ahogado ahora.

Practicante -Y ¿estos días atrás como estuviste?

G -Bien, estuve con P, con los chicos. Era la confirmación de una de mis sobrinas y los peiné. Y J el que no hace nada, bueno lo hablé y le dije que haga algo. Y ahora se levanta y barre.

Practicante -¿Todos cambiaron?

G -Sí, todos cambiaron después de lo que pasó.

Practicante -¿Para vos?

G -Para mi familia y para mí. Fue un antes y un después.

Practicante -¿Lo sentís así?

G -Sí, sentí que por ejemplo, O nunca vino a casa, y vino me compró un sanguich y hablamos. “ya sabés cómo es P, y ya sabés te dice algo te das media vuelta y te vas. Así vos tengas razón, ella va a querer tener la razón”. Y estuve pensando que yo quería discutir con ella porque la verdad la tenía yo, pero ella se cerraba. Y ahora escucharla, darme media vuelta e irme, es lo único que tengo como solución.

Practicante -Y ¿vos crees que esa es la solución?

G -Sí, para evitar enfrentamientos con P.

Practicante -Evitar los problemas con P que en esa semana hicieron que vos quieras suicidarte.

G -No fue una semana. Fueron meses que yo me la banqué, me la banqué, me la banqué. Y a la misma vez que la venía bancando a P, me bancaba a mi pareja, y eso así P y mi pareja, P y mi pareja, P y mi pareja. Y era así. No te puedo hablar mal de mi pareja. Si tengo que calificarlo le pongo un ocho o un nueve. Pero, tenía actitudes que no son positivas. El habló, me contó cosas que no habló con nadie y lo empecé a entender. Lo que no podía bancarme eran los engaños. Un día me dice me voy al gimnasio y después, me llega una captura de pantalla de que no fue al gym, sino con un travesti. Y ¿qué puedo hacer yo?, nada. Esa fue la primera vez, se lo dije y no reaccionó mal. Y después, empecé a descubrir situaciones de engaño y ahí cuando le dije reaccionó mal. Y era bancarme P y A, P y A, P y A.

Practicante -¿Qué hizo que te banqués eso de él?

G -Más allá de la violencia, fue un pibe que cuando lo necesité él estuvo. Siempre hizo cosas por mí que fueron para mí bien. Estuve de pareja cinco años, y en cinco años no viví lo que viví en este año con A.

Practicante -¿Qué cosas hacía por vos?

G -De mostrarme en público con él, nunca pensé que lo iba a hacer y lo hice con él. No sé, fue tanto para mí, pero lo que cagó la relación fue la violencia que no la puedo bancar.

Practicante -No hay porqué bancar.

G -Yo lo quise ayudar a él, porque él no tuvo como yo la suerte de tener a P “M hace esto, levántate”. Le insistí tanto para que estudie para que termine el secundario. No podía con este trabajo dijo, bueno búscate otro. Y él está en su casa, y para su tía él es la vergüenza de su familia.

Practicante -Y ¿para vos?

G -Para mí no, a mí no me lo dicen, a él si yo estuve presente cuando se lo decía. Y quizás fui un poco absorbente de decirle todas esas cosas.

Practicante -Fuiste como una P para él.

G -(se ríe). Busqué eso porque de ayudarlo para que pueda salir adelante. Lo mismo hice con mi ex, con el que estuve cinco años, y hoy él es militar, terminó el secundario, se dejó de drogar y me siento orgulloso de él. Así quise ser con A que sienta que alguien lo ayudó y bueno no se dio. Tuve que poner un freno. Me duele. Ayer lo extrañé, extraño que me mande un mensaje a la noche. Busqué la forma de hablar con él, de terminar bien, y no pude. Y hoy me levanté contento, con ánimo, sabía que venía acá. Y quiero buscarlo a él, no sé si lo bancaría, pero si a futuro poder hablar y preguntarle qué le llevó a engañarme, qué sentía. Me quedo con muchas dudas de nuestra relación. Si realmente sentía lo que yo sentía, si encontró en mí lo que buscaba.

Practicante -Un poco está este tema de saber qué piensa él, si tu familia te quiere con esta situación. ¿No?

G -No entiendo.

Practicante -Que te quedás con esta duda de qué sentía hacia vos, y también, a partir de este suceso vos tuviste como una respuesta de parte de tu familia. Antes dijiste que no sabías que pensaba tu tía de vos.

G -Sí, me quedo con muchas dudas (silencio) y de mi familia también.

Practicante -Me da la impresión de que siempre te estás preguntando qué me quieren y cuánto me quieren.

G -Sí, me lo pregunto cuando estoy sólo. ¿Por qué estoy solo?, mis tías se van y ¿por qué no me invitan a mí? Pero, ahora me doy cuenta que si van a la cancha no me invitan porque no me gusta. Pero si me invitan al cine, pero no voy porque no me gusta. A mí me gusta sentarme y ver noticias y tomar mate. Solo veo noticias, y noticas, y noticas. Y por ahí mi familia es de salir. El otro día fui con ellos al centro.

Practicante -Pero si te invitan entonces.

G -Sí, algunas veces pero para mí ir a la cancha no.

Practicante -Porque saben que no te gusta.

G -O si van al centro me invitan y voy con ellos.

Practicante -Si te invitan. Bueno lo vamos a dejar acá por hoy, el próximo miércoles no vemos a las 10:30

-Sí, está bien.

Tercera entrevista en consultorio externo 18/06/2019

Practicante -Buen día, ¿cómo estás?

G -Bien, tranquilo.

Practicante-¿Cómo estuviste estos días?

G -Eh bien, estuve bien, no pasa nada, tranquilo.

Practicante -Y vos ¿cómo te sentís?

G -Bien, mucho mejor. Ahora, el sábado me agarró un ataque de pánico. No estaba en mi casa.

Practicante -¿Dónde estabas?

G -Salí, fui a la casa de unos amigos.

Practicante -¿Qué sentiste?

G -Una desesperación por querer llegar a mi casa. Paré un remis, le tuve que escribir por el celular porque no me salía la voz. Me acosté apenas llegue a casa. Me quedé dormido.

Practicante -¿Te pasó antes?

G -No. Antes quería estar solo, y ahora yo no quiero estar solo. Me siento solo. Tenía turno con el psiquiatra pero no vino, no sé si es la pastilla.

Practicante -¿Estás tomando la pastilla?

G -El sábado como sabía que iba a salir no tomé el clonazepan, y la otra sí la tome a la mañana. El sábado no la tomé porque sabía que iba a salir. Desde ese día hasta ahora no sé si me asusté, me duele acá (señala el pecho). Fue horrible la desesperación. Era como que sentía que no llegaba a mi casa. Después, al otro día, estaba en la pieza y le conté a mi tía lo que pasó y me dijo son ataques de pánico.

Practicante -Mmm

G -La otra vez me agarró como un ataque de pánico pero salí afuera, salí a correr, estaba así, me tuve que entretener.

Practicante -¿Qué sentís cuando te agarra?

G -Lo único que siento es desesperación, quiero estar con alguien. El sábado, llegué a mi casa saqué plata pagué el remis, me saqué las zapatillas y me dormí. Y al otro día le comenté a P.

Practicante -¿Cómo está la relación con P?

G -Bien. Estoy haciendo caso omiso a lo que me dijeron mis tíos.

Practicante -¿Ella tuvo otras reacciones?

G -Sí, grita, pero yo hago otra cosa. Por ejemplo ayer se salió la bisagra de la puerta del baño. Y fuimos a comprar la bisagra. Compramos y después ayer empezó a gritar para qué le hice comprar si no lo podemos poner porque no tenemos taladro. Pregunté a mi tío, y a los vecinos y no conseguía, y J no fue capaz de levantarse y ayudarme a conseguir un taladro, estaba ahí y ella no le decía nada.

Practicante -Y ¿ese mismo sábado te agarró el ataque de pánico?

G -Sí, pero eso fue ayer. El domingo fue que me dijo para qué le hice comprar.

Practicante -Ah, y ¿qué pasó el sábado antes de que te agarre el ataque de pánico?

G -Almorzamos juntos los dos, después P se fue a la iglesia, y yo me acosté. Me levante, fui a buscarla porque teníamos que ir a un brindis de su ahijada, y a la noche me cambié y me fui tranquilo a juntarme con mis amigos, y a las una y treinta me dio el ataque de pánico y cuando me pasó, quise meterme el dedo en la garganta para poder hablar.

Practicante -¿Por qué se te ocurrió hacer eso?

G -No sé, pensé que estaba trabado, fue una reacción.

Practicante -¿Estabas trabado?

G -No me salía la voz y me quería hacer así, no sé. Y entonces, no me llevaban, no es que no me llevaban el apunte, sino que no podía hablar. Y salí y tomé el remis.

Practicante -Y ¿le contaste al otro día a P?

G -P me dijo que haga tratamiento, y tiene un amigo psiquiatra y otro psicólogo. Pero no me llama la atención ni ahí, a mi me llama la atención venir acá. Y me dijo que trate lo que me pasó, aquí.

Practicante -Te escuchó.

G -Sí. Y después, ayer me fui a trabajar del periodismo, del desfile y ahí estuve todo el día. Después llegué y me fui a dormir. Porque la pastilla me hace dar sueño y hambre.

Practicante -Fue en ese momento.

G -Es más, yo pensé que P me iba a decir algo, y me decía tranquilízate, tranquilízate, tranquilízate. Y yo no podía, y después fui a mi pieza y me dormí.

Practicante -Hay otras reacciones de ella, ¿no?

G -Cambió mucho, fuimos al centro, nos compramos cosas para los dos. Compartimos, nunca salíamos a compartir, tomar un café, un sanguich. Ahora como que salimos más. Estamos más tiempo juntos, nos sentamos a hablar. Ella es profesora de peluquería, ella me enseñó pero no tengo un certificado que me avale. Y entonces, voy a un curso, y ahora, hago mi trabajo excelente, diez, y las chicas son envidiosas. Y ahí está una profe, y yo no es como que soy el mimado, pero nos ponemos a hablar y le gusta como trabajo, los peinados que hago.

Practicante -¿Vos estás haciendo un curso de peluquería para tener un certificado?

G -Yo tengo mi tío que está en el ministerio y me dijo “una vez que tengas el certificado tráemelo y te consigo un cargo”. Pero como te digo, las chicas son envidiosas, porque compiten conmigo y yo no con ellas. Y llego y le digo a P: hice un corte así y me miraban. Y yo no tengo problema en explicarles, a mi grupo yo les explico.

Practicante -Y P ¿qué decía?

G -Que siempre va a pasar, que por ahí vos sos pendejo, ellos son grandes, vos seguí no les lleves el apunte hace tu trabajo. Y me demoro en hacer mi trabajo.

Practicante -Hay un cambio de actitud tuyo y de P. Esto de no reaccionar, y eso hace que convivan mejor.

G -Sí.

Practicante -Y por otro lado, el episodio que tuviste vamos a hablar con el psiquiatra por la medicación para que él vea eso.

G -La medicación te puedo decir me hace efecto, estoy tranquilo, lo que si me hace doler la cabeza me hace como explotar y me duermo.

Practicante -Mmm.

G -Por ahí digo, no sé si seguir tomando o tomar otra medicación que no sea tan fuerte. La de la mañana no, si me hace bien.

Practicante -Eso lo vamos a hablar con el Psiquiatra, por otro lado mejoró la relación con P.

G -P sigue siendo igual.

Practicante -Y también cambiaste vos.

G -Sí. P sigue siendo igual. Viene, me habla.

Practicante -Eso te hace bien.

G -Después, tuve con mi pareja una semana mal. Tuve un montón de episodios que ahora me río. Yo le había terminado porque me pegaba, no sé si había comentado.

Practicante -Si.

G -A él lo escuchó la travesti, su ex. Y sus familiares se enteraron y me escribieron.

Practicante -¿Cuándo pasó?

G -El jueves. Y el otro lunes ya me había separado, y el jueves fueron los problemas, cuando salí de acá. Me escribieron los primos de él. Si sabía lo que estaba haciendo con la foto, “los han escuchado a vos y a él. Y mi primo desapareció”. Y él lo había visto, A eliminó su face, su whats app, todo. Y después lo vio mi familia, y mi tía me dice yo no sabía que vos tenias sida. Y yo no tengo eso, yo me hice el test. Lo busque a A y me atendió su tía y ella ya sabía. “Ah vos sos G” y me pasó su número, nos encontramos me dijo que estaba mal, y bueno después de eso sus padres se separaron.

Practicante - ¡Ah!, sí pasaron cosas esta semana.

G -Sus padres se separaron, sus padres se separaron, y ahí me entero que su papá era su padrastro, y su papá se enteró. Y yo busqué de hablarlo, el domingo, el día del padre, hablamos y él no entendía lo que había pasado. Y me dijo “ahora yo no siento nada por vos, solo odio”. Pero por qué a mí, deberías fijarte quien fue la que te escuchó y odiar a esa persona. Odia a la travesti que te hizo eso no a mí. Después, la travesti consiguió mi número y me estaba hostigando. Y le dije a A, no sé si lo amenace, pero si me jode a mi yo te juro que te voy a joder a vos, y te voy a pedir que me devuelvas el celular que me hiciste que te compre. Yo quise terminar bien con vos pero me levantaste la mano. Y ahora está esta travesti.

Practicante -Además ¿no?, las chicas de la peluquería, la travesti, P, mucha gente jodiéndote a vos.

G -Sí, no sé. Además, él se sorprendió cuando lo terminé, él pensó que yo iba a seguir con los golpes por amor. Yo dije no, y fue no. Yo intenté hablar con él, y fui con

su familia y le conté todo. Yo a A lo llevé al ejército, y que banqué todo, y no me valoró sino no habría buscado a otra persona. Y la familia me echó la culpa a mí de la separación de los padres.

Practicante -También la familia a vos.

G -Sí, no sé. Y ahora la travesti esa está resentida, me llegan mensajes y la ignoro. No tengo esa afinidad para preguntarme qué le pasa, por qué hace eso. Para mí ya se terminó la relación pero si ella quiere estar con él que no me busque a mí.

Practicante -Bien, entonces, hablaste con la familia, hablaste con A, y ahora está travesti que te manda mensajes.

G -Si yo ya terminé. Hablé esto con la familia de él, ahora esto como que lo soñé

Practicante -¿Qué soñaste?

G -Esto que te estoy diciendo. Yo soñé que iba al médico y le contaba que mi pareja me pegaba.

Practicante -Mmm.

G -Yo hable con la familia, me agradecieron todo que soy un buen chico. Le dije lo que busqué para A. Y bueno es que esto viene hace ya un tiempo. Desde el veintiocho de enero yo terminé con A y entonces busqué a la travesti el cinco de febrero y yo le puse “hola ¿cómo estás?”. Le dije que era amigo de A y le dije, como sabía que se prostituía, cuanto salía el servicio. Me dijo que como era amigo de A que no, que él era su pareja. Entonces la llamé.

Practicante -Entonces, vos tuviste el primer contacto.

G -Pero después yo cambié el número.

Practicante -Pero, primero vos la llamaste a ella y por eso ahora reacciona con vos.

G -Y hablé con ella, justo el catorce de febrero cumplí años yo. Y A me mandó un mensaje me puso feliz cumple, y se iba a ir a ver con ella. Y hablamos y le dije bueno está todo bien quédate con él, que la charla muera acá.

Practicante -Y ¿vos te hiciste a un lado?

G -Me hice a un lado. Y era él, A que me llamaba y era que ella le dijo a A todo lo que hablamos. Y me dijo que él que solo se quería acostar con ella. Y nos fuimos al monumento y nos quedamos hablando y me dio su celular para que lea, y yo leí que le decía que él quería ser feliz solo con ella. Le di el cel. y me fui. Vino por detrás de mí me pidió perdón de rodillas, que lo perdonara. Ese día los dos cambiamos el número de teléfono. A mí me puso feliz cumple.

Practicante -Pero, vos le habías dicho a la travesti que vos te abrías pero no fue así.

G -Claro. Pero yo le dije a A quédate con ella, dejame. Y entonces, decidimos cambiar los dos de número. Y después, la travesti me mandó un mensaje que le había enviado A ese día, un testamento le escribí, y a mi sólo feliz cumple. Y él me dijo que era mentira de ella.

Practicante -Retomando un poco. Vos decís ella se la agarra conmigo, pero vos ves que también se la agarra con vos porque esto que hablaron.

G -Se la agarra conmigo por A.

Practicante -Bueno, entonces vamos a dejar acá y te doy turno para el martes, ¿podes venir?

G -Sí. No sé qué hago hablando de mi pareja, en realidad era para hablar de mi intento de suicidio.

Practicante -Bueno, vamos a seguir hablando el martes.

Cuarta entrevista en consultorio externo 25/06/2019

Practicante -¿Cómo estás?

G -Muy bien.

Practicante- ¿Cómo estuviste esta semana?

G -Bien tranqui.

Practicante -¿Estás bien?

G -No, no estoy bien. Yo me levanté así, hoy me levanté a las seis de la mañana llorando.

Practicante -¿Pasó algo?

G -No, sino que viste que te había contado que terminé una relación. Ayer hablé con él y saber que hice tanto y recibí tan poco. Y saber que quiere volver, no tengo ganas de estar así. Quiero salir adelante, siento que estoy en un pozo, mi familia o él, siento que estoy hundido en un pozo.

Practicante -Y ¿por qué estás en un pozo?

G -Porque yo ya intenté, cambié de número de nuevo, yo ya intenté salir y no seguir con él. Y ahora que vuelve como si nada, no sé qué busca.

Practicante -Lo que él busque es su problema, ¿qué buscás vos?

G -Mi felicidad.

Practicante -¿Con él?

G -No, ayer me quiso agarrar un ataque y me tomé la pastilla para dormir. Ando muy cansado, fue una semana que me pasaron muchas cosas en el ámbito familiar.

Practicante -O sea que hay un motivo para que te hayas levantado así, pero más allá de lo que quiere tu familia o tu ex pareja, ¿qué querés vos?

G -Ser feliz como era antes. Ahora como que yo me di cuenta que P está agarrándose de lo que pasó para buscar algún pretexto y decir esto y aquello. “Hoy no le digan nada porque no vaya a ser que se quiera matar”. Y yo dije no te das cuenta que sos vos la que sigue en esto. Porque el sábado fue otra tía y nos dijo que su marido estaba con coma diabético internado. Mi tío estuvo con nosotros, estaba con el pie lastimado y lo llevamos al médico y estuvo bien y se fue sano. Y llegó a Santiago y volvió a trabajar y el pie se le rajó y le pueden llegar a amputar el pie. Y el sábado lo llevaron al Oñativia y le dije a mi tío que no diga nada que es de Santiago. Y él dijo que sí. Entonces, mi tía lo mandó al San Bernardo y lo internaron. Y ahí discutí con P: no te metas tanto porque después no voy a poder estar atrás tuyo acompañándote porque hay días que me levanto mal, que necesito hablar con alguien y no puedo.

Practicante -Sí podés, lo estás haciendo acá.

G -Pero con mi familia no puedo porque siento que me lo sacan en cara.

Practicante -Pero en realidad P, y tus otras tías te escucharon.

G -Y en realidad P había ido especialmente a verme a mí, porque quería un corte. Entonces, P empezó a llamar y preguntó porque no iba al hospital. Al otro día salí a bailar y me dijo “que ya tu tío te dio plata que ya saliste a gastar”. Entonces, yo si salgo va a ser para problemas. Dice que me voy a drogar y yo no hago eso. Entonces, ya no sé qué hacer, me siento estancado. Y el sábado fue la comunión, y le hice un pollo al horno a las chicas y una tortita. Y a todo esto estábamos comiendo y M se levantó a servir la comida, y P vino gritó y se fue. Y entonces, le dije tía coma, y eso me hace sentir mal. Y ella se hace la víctima. Le dije estábamos todos felices y viniste y gritaste y opacaste el momento ¿con qué necesidad lo hacés?, ¿qué buscás? Y dijo que yo salí a defenderlos a ellos. Y el lunes se levantó loca que levantate, que andá a ver a tu tío. Y vine acá y pedí turno para el psiquiatra. Pero no levantarme a las seis de la mañana. Yo me levanto a las nueve y lo vengo a ver a mi tío que está internado acá.

Practicante -¿Ella está con alguien? ¿O en pareja?

G -Ella dice que no va a depender de nadie, que el hombre le da asco, quiso ser monja. Acá no sos como en la iglesia le dije.

Practicante -Y cuando ella te da órdenes, ¿vos cómo reaccionas?

G -Me voy afuera y no necesito que me diga qué hacer.

Practicante -¿Se lo dijiste?

G -Sí. Yo sé que tengo que hacer. Me pongo a limpiar, hago cosas, limpio mi pieza, o me levanto a la noche, hago algo para comer. Y ella busca enfrentar, enfrentar, enfrentar. Ayer por ejemplo lo derivaron para el Oñativia, y dijeron que no que ahí no lo podían atender y como soy periodista hice notas que cómo puede ser que a un ciudadano Argentino no lo quieran atender. Y me habló el ministro y lo terminaron atendiendo a mi tío. Y nunca escuché gracias de P. Lo escuché de mi tío que me llamó llorando y me dijo gracias. Lo había hecho por mi tío, no para que ella me diga gracias. Porque ella es así.

Practicante -Vos decís hice todo por él y no me dio nada. Ahora P, hice esto y no me dio las gracias. ¿Por qué siempre esperando del otro? Estaría bueno trabajar esa necesidad de reconocimiento del otro.

G -Es que por ahí yo si agradezco cuando hacen algo por mí.

Practicante -Estaría bueno trabajar tu posición. Cómo te sentís vos frente a los otros. Porque vos sos importante, valés aunque no te agradezcan.

G -No sé.

Practicante -¿Qué pensás vos?

G -Que valgo mucho. No por lo que hago sino por lo que soy. Me considero una persona que si hago algo no espero nada.

Practicante -Pero, sí estás esperando.

G -Un gracias. Pero, después que vos me devuelvas no.

Practicante -Me parece interesante trabajar esa espera tuya de que el otro te de algo y cuando no te lo da te angustiás.

G -(Silencio).

Practicante -Porque hoy fijate viniste angustiado. Tu pareja primero dijiste yo hice tanto por él y él no me devolvió nada.

G -Y no hizo nada, me hizo mierda. Por buscar esa felicidad que busque para él.

Practicante -Y eso ¿qué genera?

G -Asco, bronca. Le dije me da asco.

Practicante -Y ¿hacia quien más sentís bronca?

G -A P no la quiero ver. Siento odio ahora.

Practicante -Sentís odio porque vos das y no recibís lo que esperás.

G -No, siento odio porque ella busca problemas, problemas. Ordeno callado, mis tías me dijeron si ella se tiene que ir que se vaya, decimos.

Practicante -¿Qué pasaría si vos no esperás tanto del otro?

G -Es que no siento eso.

Practicante -¿Qué sentís?

G -Yo sé que yo hago mucho.

Practicante -Mmm.

G -Pero, por ahí yo siempre dije gracias, así sea una lapicera, pero siento bronca porque (silencio).

Practicante -Esperás.

G -Espero un gracias. Si no lo esperarías tanto no sé qué pasaría. El jueves yo fui al colegio porque me ofrecieron un cargo de secretario y yo fui al colegio no con esa intención hay pobrecito, o me cagaron todos a pedo me retaron me hicieron atender con la psicóloga del colegio, mi profe de psicología me recomendó que vaya a alguien, y yo le dije que estaba en tratamiento psicológico y me dijo que igual vaya. Pero, no fui. Ya todos se enteraron pero no quería que se enteren. Y P también me recomendó a un amigo psicólogo, y yo no quiero eso.

Practicante -Pero más allá de lo que piense P, ¿que pensás vos?

G -Salir adelante, no tener más problemas.

Practicante -¿Y cómo pensás eso?

G -Yo ya intenté hablar con P que no busque problemas, no puedo estar tranquilo, no puedo ni dormir pensando que ya va a venir P.

Practicante -Pensando en qué va a hacer el otro.

G -Busco estar tranquilo, mi felicidad. Me siento feliz cuando no estoy en casa, cuando voy a la peluquería, la profe me dice vos sabés enseñar.

Practicante -Cuando muestran tu valor, cuando la profe les muestra a los otros que vos valés.

G -No porque las chicas no la quieren a la profe le dicen vieja chota. Y un día en clase le dije a la profe esa técnica de corte no es, y ella me dijo que tenía razón y que nunca había hecho ese corte, y te agradezco que vos hayas dicho eso, y me hace sentir bien. Y digo vengo al curso y no está P y me siento feliz. Pero vuelvo a casa, está P, y es volver a la tristeza, a la angustia.

Practicante -Con P no podés trabajar, con los otros tampoco, nosotros acá podemos trabajar.

G -No sé qué se podrá trabajar. Iba a decir algo pero no.

Practicante -¿Qué cosa?

G -Por ahí como que busco mucho el afecto familiar que lo tuve. Por ahí me siento solo y lo busco. El otro día la vi a mi mamá y es como que sigue como si nada. Y me

habló de mi papá, de ir hoy a buscarlo pero yo no necesito nada. Él solo va a venir como lo hizo una vez y no me enteré de que vino porque no querían que me vaya con él porque ellas no dejaron que yo lo vea a mi papá.

Practicante -¿Quiénes?

G -Todas mis tías y mi mamá. Un día me vio cuando yo estaba en el secundario y me dijo “¿sabés quién soy yo?”, no, “soy tu padre, querés que vamos a un lugar” y ahí me contó. Y dije cómo mis tías no me van a dejar verlo. Y mi papá se enteró y me dijo que si siento la necesidad de ir con él que vaya peor no conozco a sus familiares.

Practicante -Podrías ver esa opción.

G -Yo fui el sábado pero no me sentí cómodo.

Practicante -¿Por qué?

G -Las hermanas de él no aceptan.

Practicante -¿Él vive con ellas?

G -Sí, es una casa grande, y viven ellas y la madre también.

Practicante -¿Tu abuela?

G -Ella sí, me habló bien: “yo estuve cuando tu papá te quiso buscar, tus tías no lo dejaron”.

Practicante -Y ¿él tiene más familia?

G -Sí, y el chiquito tiene el mismo nombre que yo. Y estoy mal por eso, es como que ahora estoy amenazado por P. Que si sigo con mi papá ella me va a hacer mucho daño.

Practicante-¿Cuántos años tenés vos?

G -Veintiuno. Ella como que no quiere que me acerque a él. Si me puedo ir con él me voy a ir porque en casa no puedo estar tranquilo. Ella está haciendo crecer mi odio a mí porque por ahí tengo actitudes de ella.

Practicante -Estás entre P y tu papá.

G -Yo me quiero ir pero P me dijo que si me voy no vuelva. Pero, mi otra tía me dijo que no es la casa de P.

Practicante -Ponerle un límite entonces a P.

G -Sí. Además, mi abuela la puso a mi nombre.

Practicante -Ah.

G -Pero no busco enfrentamientos.

Practicante -Pero tenés que buscar tu lugar para que los dichos de los otros no te afecten.

G –Sí.

Practicante -Porque el que terminó mal y con un intento de suicidio fuiste vos.

G -(silencio). Yo le dije a ella que si se quiere ir que se vaya.

Practicante -Bueno puntualicemos. Esta bueno que vos te hagas valer que la casa es tuya, limitar un poco la irrupción de P en vos; y por otro lado, esto que traes hoy el hecho de estar relacionándote con tu papá y esto que dijiste yo busco afecto de mi familia, si no lo logras con P, podés fomentar el vínculo con tu padre y con otras personas.

G -Ahora P se baja en la casa de mi papá para ver si estoy ahí. Porque el justo vive a la vuelta de mi casa.

Practicante -Bueno cuando decimos hasta acá P limitamos esa influencia. Estaría bueno que veas hasta dónde tiene tanto poder P y hasta dónde se lo estás permitiendo vos.

G -(Silencio).

Practicante -Nos vamos a volver a ver el jueves, ¿podés venir 10:30?

G -Sí.

Quinta entrevista en consultorio externo

Practicante -¿Cómo estás?

G –Bien.

Practicante -¿Qué tal estuviste estos días?

G -Bien, no pasó nada.

Practicante -¿Hablaste con el psiquiatra?

G -Si ayer vine, me dio medicación porque le dije de los ataques. Ahora la voy a comprar.

Practicante -¿Qué te dijo?

G -Me dijo de la pastilla para que este más tranquilo.

Practicante -¿Tú casa?

G -Bien bien. No estuve ayer en casa todo el día. Estuve en el hospital por mi tío que está internado. Ayer lo vi a mi ex pude hablar, me quedé más tranquilo y hablamos bien. Me agregé al face, saque captura. Ayer nos encontramos tuve que decir que me iba al curso de peluquería. Me encontré con él, me pidió perdón, le dije que no me moleste su ex pareja.

Practicante -¿La travesti?

G -Sí y la llamó y le dijo que a mí no me joda que ella no le interesa y me dijo que piense si quería volver a intentarlo y le dije que no que quiero estar solo. Me pidió perdón que iba a cambiar y le dije que no, que estamos en contacto y será lo que el destino tenga preparado para nosotros. Por ahí no me gustó que lo llame para evitar problemas porque no soy yo, le dije sos vos el que la volvió a buscar. Y entendió que no es lo mejor volver con esa persona. Y hablamos de esa persona.

Practicante -Te tranquilizó que en cierta forma te elija a vos.

G -No sé si fue así. Lo único que necesitaba era hablar con él. Quería saber qué le pasó a él, qué hice mal yo, porqué se fue así.

Practicante- ¿Qué hiciste mal?

G -Eso me pregunto qué hice mal o algo que me equivoqué.

Practicante -¿Por qué él te rechazó?

G -¿Cómo?

Practicante- ¿Qué hiciste vos?

G -Él me dijo que “fue la desesperación de que yo estaba con ella y te estaba dejando y no pensé que vos me terminarías”. Y esa fue la reacción negativa que tuvo que pensó que yo iba a seguir atrás de él. Pero no, yo le corté y terminó ahí. Le dije ahora que esté tranquilo que vaya al gimnasio, que trabaje.

Practicante -Tener una respuesta de por qué te abandonó te tranquilizó.

G -Es que él no me abandonó, fui yo y si hubiera sido él no sé qué hubiera pasado.

Practicante -¿Qué hubiera pasado?

G -No sé, porque no sé nunca me pasó que a mí me terminen en una relación, y no sé que me pasaría cuando me terminen a mí. Y quedé en que nos vamos a ver para su cumpleaños el veintiocho porque yo sé de sus problemas igual que yo, con sus tías, lo mismo que yo con P que es una persona que ve problemas. Le digo tu tía es igual que la P, una persona problemática. Yo hablé con tus tíos, tu tía no entendió, pero tu madrina sí. Me dijo lo que podía pasar si volviéramos a estar juntos. Yo le dije a tu madrina que si ella te echaba mas allá de todo te iba a recibir en mi casa porque no me gustaría verte en una esquina tomando. Siempre tuve que hablarlo para que estudie, que lo que hacía no era correcto.

Practicante -Cuidarlo.

G -Lo cuide mucho porque tenía problemas. Me dijo “con vos fue con la única persona con la que me sentí en confianza, hablé y lloré. Me di cuenta cuando ya no te

tuve, por eso ahora quiero estar con vos". Yo le dije ahora no, estoy mal, lloro, me pasaron cosas por la cabeza. Pero si nos vamos a ver en tu cumple. Le compré un regalo.

Practicante -¿Qué te pasó por la cabeza?

G -Problemas, todavía no caigo por qué intenté suicidarme, qué se me pasó por la cabeza. Si me decís si lo haría, no. No, porque no está en mis cabales. Entonces yo le dije eso. Después los problemas, si voy a discutir con P, o si se levanta bien o no, yo ya sé que mejor me voy. Hoy se levantó bien, desayunamos, lo fuimos a ver a mi tío.

Practicante -Está bueno esto que decís yo ya sé cuando ella se levanta mal.

G -Lo que yo hago ahora si la veo mal, me levanto hago lo mío y me voy.

Practicante -Bien. Porque son conflictos que terminan afectándote a vos.

G -Y cuando se levanta bien estamos bien. Yo tuve un ex de cinco años que te conté. Este chico lo conoce toda mi familia; y bueno, el otro día me dice que vuelva con él, ella me hizo entender que la única persona que podía estar cerca era él. Y para mí no pero no le dije nada.

Practicante -Porque esa es decisión tuya.

G -Y me hizo la contra, y lo llamó para que venga al hospital porque ella busca unirnos. Y no lo saludé, lo ignoré para que P se dé cuenta que no quiero con él. Pasaron muchas cosas. Yo lo terminé porque no sé cómo se siente cuando te terminan, el dolor, va no se pienso que debe ser doloroso. No me pondría a hablar de eso porque no lo viví. Terminamos bien, no tuvimos más contacto, solo hace dos meses hola y chau.

Practicante -Es importante que tengas claro que con él no querés volver, y ¿con A?

G -Sí, yo me di cuenta que si quiero volver, pero quiero que se dé cuenta de sus errores. Ya me pidió perdón, lloraba como un niño. Le dije que se dé cuenta que piense que estoy cuidándolo a él y se fije, se dé cuenta.

Practicante -Mmm. Hay que ver también que en todas estas situaciones de conflicto con la pareja quien terminó en un intento de suicidio fuiste vos.

G -Yo creo que en el intento de suicidio no tiene nada que ver A. Es más él vino al hospital, estaba conmigo. Yo lo vi cuando él entró, fue como un balde de agua fría. A ver ¿cuándo pasó mi intento de suicidio, el mes pasado?

Practicante -Tenemos que trabajar en que vos estés bien.

G -Te puedo decir que aunque esté destrozado no volvería a caer en esa situación. Tengo amigos que tienen problemas y toman. Para mí esa no es la solución.

Practicante -¿Cuál te parece que fue la solución?

G -Yo me di cuenta que aquí puedo hablar sin que me juzguen. Con P no puedo hablar, me juzga. Si hablamos bien por dos o tres días, y ya me tira indirectas.

Practicante -Es que ella es tu tía, no es un profesional que te escucha sin juzgarte.

G -Ayer me invitaron a una iglesia evangelista y una me dijo que no hay dolor que pueda sanar un psicólogo o psiquiatra sino Dios.

Practicante -¿Vos qué pensás?

G -Sinceramente, cuando busque respuesta en Dios no la encontré. Yo le dije a ella sentí tanto odio por Dios. Me aleje de la iglesia, deje de ir, tuve pensamientos diferentes a P, y eso llevó a problemas con ella. Ella es maestra de religión, si hablamos de religión, pero también planteamos la división Dios y Estado pero desde el periodismo.

Practicante -Se me ocurre Dios, Psicólogo, Psiquiatra son diferentes caminos.

G -Claro yo le digo a la pastora cuando fui con Dios a conversar no me encontré, pero yo me siento bien viniendo acá, salgo tranquilo, me voy bien.

Practicante -Es para vos, es tu espacio para trabajar.

G -Antes de venir acá, P quería mandarme a un Psicólogo suyo.

Practicante -Lo importante es qué es lo que vos querés y que esto sea tu espacio, no el de P.

G -Yo tengo XO, pero es como un seguro. Yo le dije voy a ir a un psicólogo pero que no te conozca a vos, pasó el tiempo y no fui, y después pasó esto. Y yo la verdad vengo acá y me siento tranquilo, y me voy pensando si dije lo que pensaba, lo que pasó, y me siento bien. Vine para buscar respuesta a lo que a mí me pasó. No sé si lo hice por un problema, pero por qué tanto. Llegué a tanto, si yo no sería capaz de tanto.

Practicante -Este espacio es para trabajar eso que te hizo sentir bien y que no. La idea es que vos logres estar mejor y no vuelvas a vivir esa angustia. Nos vamos a volver a ver la semana que viene. Mismo día y mismo horario.

G -Bueno

Hasta esa cesión, el pasante pudo participar como observador no participante de las entrevistas clínicas. El paciente continuó asistiendo a las sesiones con el practicante en psicoanálisis.

Caso T: “Un demonio que me entra en ese momento”

Entrevista clínica con T en el Servicio de Jefatura de Guardia

Entramos a la sala de mujeres, el practicante pregunta por el pedido de interconsulta, el médico de sala le informa que la paciente se encuentra en el box 4. Entonces, se comienza por leer su historia clínica.

En la historia clínica se destaca lo siguiente:

-La adolescente es trasladada por la ambulancia del SAMEC desde su domicilio

-Diagnóstico de la historia clínica: intento de suicidio, heridas cortantes en ambos brazos auto infligidas.

-El médico de sala solicita interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología.

-Registra un antecedente de intento de suicidio, y también, haber sido asistida clínicamente por mareos y desmayos.

Servicio de Enfermería: las enfermeras dijeron al practicante en psicoanálisis que se trataba de una “niña rebelde” que había intentado suicidarse y se negaba a la realización de la sutura.

Al ser la paciente menor de edad, nos dirigimos a la puerta de entrada del Servicio de Jefatura de Guardia por donde ingresan los pacientes que se encuentran en la sala de espera de dicho servicio. Se le solicita al guardia que llame a algún familiar de la joven, viene su madre, se le explica que va a ser atendida por el profesional psicólogo, y se le solicita permiso para que el pasante pueda estar presente en las entrevistas clínicas llevadas a cabo por dicho profesional.

Nos dirigimos nuevamente hacia la sala de mujeres, box 4, se saluda al paciente y se le pide su consentimiento para que el pasante pueda presenciar las entrevistas clínicas llevadas a cabo por el practicante en psicoanálisis. El paciente acepta, firma, y entonces, comienza la entrevista clínica:

Practicante -¿Cómo te sentís para caminar?

T –Bien.

Practicante -¿No estás mareada?

T –No.

Practicante -Vamos a ir a un consultorio.

T –Bueno.

Nos dirigimos a un consultorio de traumatología que se encuentra disponible. Se continúa con la entrevista:

Practicante -¿A qué hora viniste?

T -Ayer a las once.

Practicante -¿Es la primera vez que venís acá?

T -No la segunda, la otra vez con problemas de desmayo, temblaba.

Practicante -¿Cuál fue tu problema?

T -Le dije a mi mamá que me dolía el pecho. Mi mamá piensa que es por mi novio, pero no.

Practicante -¿Por qué piensa eso?

T -Ayer fui a su casa, cumplía años y rompí el cosito con el que él se afeita y no lo quería dejar ir. Me pegó aquí. Bueno porque yo le pegué. Y después, me agarró un algo, no sé qué y bue. El lunes pasado fue la primera vez que me corté, pero ayer me corté más.

Practicante -Decís me agarró un algo.

T -No sé, acá me empezó (señala la sien) y me pongo re nerviosa.

Practicante -Un algo acá, ¿qué es?

T -No sé, me agarró la locura, ideas. Yo ayer fui con él. Pensé de hacer así y lo hice así.

Practicante -¿Qué idea era esa?

T -Yo fui ayer a su casa, me dijo que se tenía que encontrar con una persona a las ocho y yo le dije vos no te vas a ir, te vas a quedar conmigo.

Practicante -¿No querías que se encuentre con otra persona?

T -No.

Practicante -¿Quién era esa persona?

T -Una chica. Él busca personas de mi misma edad, así pendejitas.

Practicante -¿Cuántos años tiene él?

T -Treinta y cuatro.

Practicante -Y ¿vos?

T -Dieciséis.

Practicante -Mmm.

T -Es con él la primera vez que me pasa esto, así con él me agarra la locura. Si tuve una pareja, el primero y lo dejé porque él se drogaba. (Silencio).

Practicante -¿Qué pensás?

T -¡Qué me va a perdonar! con todo lo que hice.

Practicante -¿Por qué con él es distinto?

T -Capaz que porque es un hombre grande, no sé.

Practicante -¿Esperabas que él vaya, cambie de idea?

T -No. Porque yo sé que igual se iba a ir. Él dice que nunca está solo. Salió del penal hace un mes.

Practicante -¿Cómo lo conociste?

T -Por un tío con el que son bien unidos. Él le dio mi número, y me llamaba del penal. Y me decía “vamos a ver qué pinta, termine con mi pareja”, y me llamaba, hasta que salió el veintisiete de marzo y empezamos a salir el veintinueve.

Practicante -Y ¿qué pinta?

T -Pinta de todo (se ríe) me dice que nunca me va a faltar el respeto, de tomar juntos. Toda su vida de antes murió en el penal. Me llevó a su casa, me presentó a sus hijas, que quería estar conmigo. Nunca revise su celular y la primera vez que lo hice ahí empecé a reclamarle y a querer hacer cosas. Ahí empecé con la locura.

Practicante -¿Ahí empezó?

T -Sí, porque no era así, ahí empecé. Yo salía antes pero tranqui.

Practicante -Esto que me decís de la locura, ¿cuándo empezó?

T -Sí, hace un mes y medio.

Practicante -Y antes ¿qué pasaba?

T -Lo que yo hacía le molestaba a mi mamá porque él me decía que no tiene que saber nada porque lo pueden meter preso.

Practicante -¿A qué te dedicas?

T -A estudiar y mi papá decía que después tengo que empezar a trabajar.

Practicante -Y ¿qué pensás de lo que hiciste?

T -No sé qué me pasa. Como soy capaz de hacer esto, soy capaz de hacer otras cosas, mi mamá tiene miedo de que haga algo. Ella no me entiende.

Practicante -Y vos, ¿Creés que podés hacer otras cosas?

T -No sé, depende de la situación.

Practicante -Es tu mano, ¿por qué te cortaste?

T -(se ríe) no sé, (se mira las uñas).

Practicante -¿Sentiste dolor?

T -No.

Practicante -¿Te cortaste delante de él?

T -Sí.

Practicante -¿En qué momento te calmaste?

T -No, no me calmé. Me fui cuando tiré las cosas.

Practicante -¿Llamaste a alguien?

T -La llamé a mi mamá.

Practicante -¿Qué te hizo llamarla a ella?

T -No sé, algo de desesperación.

Practicante -¿Tu mamá te buscó?

T -Sí, con mi papá.

Practicante -Y ¿ahí qué pasó?

T -Me hablaba mi mamá que porqué hago esto, que hacerlo por una pareja no vale la pena. ¿Qué anota él?

Practicante -Toma notas para su trabajo de la universidad. Y decime C, ¿esto es por una pareja?

T -No, no sé cómo lo verán, no lo veo así. No lo hago por una pareja. Yo sé que él nunca está solo y yo tampoco.

Practicante -No vas a estar sola, ¿cómo es eso?

T -Estando con una pareja.

Practicante -A ¿quién te importaría perder?

T -No entiendo.

Practicante -¿Te importaría perder a alguien?

T -A mi mamá.

Practicante -¿Alguien más?

T -A mi hermana.

Practicante -¿Más grande?

T -Sí.

Practicante -¿Qué hace tu hermana?

T -Ella se fue con mi cuñado a Rio Gallego.

Practicante -¿Se fueron a vivir allá?

T -Sí pero igual viene. Ah yo la llamaba. Era la única que sabía que estaba con el chico. A ella no más le dije pero mi mamá ni se imagina.

Practicante -Tu mamá y hermana a las dos que llamaste. ¿Cómo te sentís ahora?

T -Sigo teniendo la angustia en el pecho.

Practicante -¿Al hablar de ellos sentís un poquito más?

T -Sí.

Practicante -¿Cómo fue la relación con tu hermana?

T -Y no sé, hace poco nos empezamos a tratar, más confianza. De chiquita nos hacíamos cagar siempre. Yo era la más loca. Yo le pegaba. Llegué a faltarle el respeto dos veces a mi mamá. Y entonces, me levantó y agarró de las mechas y al otro día yo fui a misa, yo decía cómo podía hacer esto. Es que mi mamá es hiriente cuando dice palabras, pero le duele, llora en silencio. Y la choque a mi hermana, nos agarramos a pelear. Yo le pegaba, pegaba, pegaba hasta que mi mamá me agarró y me dijo “sal Satanás” y me quedé más tranqui y me dolía el cuello.

Practicante -¿Cuántos años tenías?

T -Catorce.

Practicante -¿Te acordás de esas cosas? ¿Qué te tiene tan enojada?

T -No sé, ay no sé (ríe). Me dijeron que es por cambiar del colegio. Yo iba a otro colegio de tarde noche, salía iba a mi casa a las ocho. Y decidí cambiarme de colegio al XX. No sabía qué quería y me quedé ahí dos meses. Una noche me quedé sola y ahí fue cuando me corté los brazos.

Practicante -O sea, ¿tres veces te cortaste?

T -No, ayer y la otra vez.

Practicante -¿Te quedaste sola?

T -Yo le dije a él que si me dejaba yo me voy a matar. Y lo llegué a cansar y me dijo “hace lo que quieras pero afuera de mi casa”. Y le dije vos no te vas a ir, te vas a quedar conmigo. Pero no me animaba a hacerle daño a él.

Practicante -Mmm ¿a él no?

T -No. Yo cuando era chiquita me quería morir.

Practicante -¿Cómo es eso, que edad tenías?

T -Trece o catorce, yo le decía a mi mamá cómo es la muerte, miraba el cielo, en ese momento me quería morir. “No” me decía, me abrazaba, o quería que fuera a la psicóloga. Es que ella no piensa.

Practicante -¿Vos te animas a hacer tratamiento? ¿Qué pensás de tener un espacio para vos?, para ir trabajando esta angustia que te da en el pecho, esas ideas. Vos te preguntas sobre eso, no sé qué pasa decís, no me entiendo. Ella tampoco entiende, te has preguntado sobre la muerte, decís que tenés miedo a estar sola. Sin embargo, esas preguntas te están llevando a estas cosas, a hacerte daño a vos, a tu pareja, a tu mamá.

T -(Silencio).

Practicante -¿Qué pensás?

T -Mmm no sé, mi hermana me ha dicho que no esté con el chico ese pero yo no voy a estar con él. Siento que él me hace así, porque con ninguno me pasa así.

Practicante -¿Qué será?

T -La verdad que no sé.

Practicante -¿Tenés planes para vos?

T -Sí, el año pasado iba a hacer un curso. El año pasado me quedé de curso en tercero. Mi mamá me retaba y encima no teníamos plata y le digo bueno lo dejemos para el año que viene. Y ahora estudiando. Me gustaría volver al colegio. Era muy lindo, tenía amigos. Y en este colegio casi le tiro el mate a unos compañeros. A mí me molestan los chicos que joden. Y encima yo iba a un colegio de chicas y que me cambien.

Practicante -Te cambiaste de colegio, tu hermana se fue al sur, y empezaste una relación con este hombre.

T -(Silencio).

Practicante -Muchos cambios ¿no?

T -Mmm.

Practicante -Ahora, ¿dónde vivís?

T -En XX.

Practicante -¿Cerca de qué es de la ciudad?

T -De XY.

Practicante -C si yo te cito el jueves temprano, para que vengas.

T -¿A qué hora?, es que no se si al final me van a mandar al colegio.

Practicante -¿A qué hora entrás?

T -A las ocho, pero mi papá me dijo que no vaya por ahora, que descanse.

Practicante -¿Pensás que esto se puede repetir?

T -No sé.

Practicante -¿Por qué lo dudas?

T -Porque la primera vez que me corté lo hice y dije que no iba a volver a hacerlo y lo hice.

Practicante -La primera vez ¿a quién le dijiste?

T -A mi vecino y de ahí llamaron a la ambulancia para llevarme al hospital. Y ahí me curaron y me hicieron puntos. Y ahora no sé con tanta bronca que lo hice. Y encima yo estaba con mi tío y me dijo que le duele ver a los sobrinos así, que uno se preocupa por los hijos me dijo. Y me fui así sin pensar y hablé con mi compañera “¡voy a reventar todo!”, y me dijo tranquila sabés que es un hombre grande.

Practicante -Sin embargo, ¿reventó todo o reventaste vos?

T -Yo reventé.

Practicante -Ah vos reventaste. Lo importante sería empezar a ver estas preguntas que tenés y también a pensar esto que pasó.

T -(Silencio).

Practicante -¿Qué vas a hacer ahora te vas a casa?

T -Sí, mi papá me dijo que aprenda a tocar guitarra, quiero aprender a tocar.

Practicante -Bueno. ¿Tenés algún problema médico hormonal o de diabetes?

T -Sí, me dijeron que me tengo que tratar la tiroides. Me sentía muy gorda, era más gordita.

Practicante -¿Nunca te hiciste eso?

T -No.

Practicante -¿Dónde te dijeron?

T -En la salita. Pero a mí nunca me salió nada, así tengo problemas para mear pero nunca me salió nada. Me sentía gorda. Pensé en meterme los dedos y vomitar.

Practicante -¿Vos te ves gorda o alguien te lo dice?

T -No, yo no más. Yo como, como, y no bajo de peso pero ahora si bajé mucho. Mi mamá me dijo que me iba a ayudar, le pedí que me ayude y que me iba a cuidar.

Practicante -Bueno C, entonces...

T -A mí me gusta que me digan T.

Practicante -Bien, T, ¿cómo no me dijiste que te diga así antes?

T -No sé.

Practicante -¿Algo más que quieras contarnos?

T -Me gusta jugar a la pelota, yo juego todos los sábados, y por ahí tomar pero nada más.

Practicante -¿Alguna vez consumiste algo?

T -Bebidas solamente.

Practicante -¿Fumás?

T -Sí.

Practicante -¿Los fines de semana?

T -No me dejan salir mucho, pero nos juntamos ahí no más, cerca de mi casa con mis amigos del barrio.

Practicante -Bueno T, ahora vas a firmar el turno que te estoy dando y te espero el jueves.

T -Bueno.

El practicante en psicoanálisis le hace firmar el turno en su historia clínica.

Entrevista clínica con la madre de T

Practicante -Buen día señora, ¿usted es la mamá de T?

M -Sí.

Practicante -¿Qué nos puede contar de lo que pasó?

M -Ella es mi hija más chica, ella tiene dieciséis años. No sé qué problema tiene pero no me quiere contar (llora). Ya va a ser hace tres días que se cortó. Y ayer me llamó que se cortó, estaba en la B, y fui con su papá. Pero esta vez se hizo muy profundo, se cortó con Gillette. Ella me dice que se siente sola. Su hermana de dieciocho se fue y dice yo quiero que venga ella, la extraño. A mí hace poco me dieron un terreno, y en ese tiempo ella quedó en la casa de mi mamá y ahí empezó ella a salir. Yo pienso que se siente sola. Se siente mal porque ella siente que como que nos separamos como familia.

Practicante -¿Hace cuánto?

M -Hace seis meses. Mi hija se fue al sur con el novio, yo con el terreno, su papá trabaja. Entonces, yo le dije que se quede en la casa de mi mamá porque quería seguir estudiando. A partir de ese momento, ella empezó a hacer lo que ha querido pero le tengo desconfianza, me dice que se va a la casa de su amiga, no le creo. Me dice que está con su novio, pero no tiene problemas con él, dice que es ella, que no sabe lo que le pasa. Me dice ma me voy a poner las pilas y al otro día me dice que se quiere morir. Así, cambiante, me da miedo dejarla salir. Igual mi marido dice mejor que deje de estudiar, no sé qué es mejor. Mi marido dice que si va a la escuela vamos a estar con el Jesús en la boca.

Practicante -Y ¿esto cambió hace cuánto?

M -Y en este tiempo que fue en noviembre me dieron el terreno.

Practicante -Algo de lo que hace es una forma de llamarlos a ustedes.

M -Eso es lo que yo digo, es una forma de llamar la atención. Si T...

Practicante -¿Usted cómo le dice?

M -C.

Practicante -A ella no le gusta que le digan C sino T.

M -Ah sí, ¿eso le dijo? Y ella habló con una familiar pero dice que le entra por un lado y sale por otro. Yo no le tengo paciencia le digo las cosas de golpe. Mi mamá le tiene paciencia es a la que más escucha. Y así es ella, viene me da besos y al otro día empieza a tirar cosas.

Practicante -Ahora usted dice que la va a acompañar. No habría que tomar una decisión apresurada con el colegio porque ayuda con normas, y obligaciones pero si hay indicación de tratamiento psicológico para T el jueves a las nueve de la mañana.

M -¿Aquí?

Practicante –Sí, tiene que entrar por la puerta principal. La idea del tratamiento es ayudarla a lidiar con T y por otro lado evitar futuras autolesiones. ¿Qué le parece?

M -Bien porque incluso ella me dijo cuando me vas a llevar al psicólogo. La primera vez que se cortó se hizo superficial. “Ma yo cómo puedo hacer, yo me sentía sola, me decía algo hacete, hacete.” Ella estaba sola el día que se cortó, en la casa de mi mamá porque tenía el colegio cerca; y después se volvió conmigo acá a la casa.

Practicante -El día jueves vamos a evaluar si es necesario interconsulta con el psiquiatra pero por ahora los esperamos el día jueves. Los cuidados que hay que tener son mantener fuera de su alcance los elementos cortantes, las medicaciones, sogas.

M -Yo le digo si no está consumiendo algo. Le vi un paquete de cigarro, yo también fumo pero no quiero que fume cuando estemos en frente de alguien, ni yo me compro tantos cigarros.

Practicante -Algo hay que decir, algún limite poner.

M -Sí y le pregunté a mi mamá si la vio en algo raro. Pero me parece bueno que ella pida ayuda. Si fuera otra no me hubiese llamado para decirme ahí que la busque.

Luego de la entrevista clínica con la madre, el practicante en psicoanálisis coloca en la historia clínica:

Se realiza evaluación psicológica. Paciente lábil emocionalmente, orientada temporopacialmente. Presenta impulsividad hacia sí y hacia terceros. Se dan pautas de cuidado a la madre. Se indica tratamiento psicológico. Se la cita el día jueves a las 9 hs. en consultorio externo.

Entrevistas clínicas con T en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología

Las entrevistas clínicas que siguen a continuación se llevaron a cabo en los consultorios externos, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Primera entrevista clínica en consultorio externo. 09/05/2019

Practicante -Hola T ¿cómo estás hoy?

T –Bien.

Practicante -¿Cómo has estado?

T -Bien tranqui.

Practicante -¿Cómo es eso?

T -No sé, ayer me fui al cine, salí con mi primo.

Practicante -Y ¿qué viste?

T -Los vengadores, creo que se llama.

Practicante -¿Qué fue un plan que organizaste vos o te invitaron?

T -Me invitaron.

Practicante -¿Qué cosas te gustan?

T -Jugar a la pelota, salir de gira como dicen todos.

Practicante -¿Qué es gira?

T -No sé, juntarse con amigos a escabiar.

Practicante -¿Con qué?

T -¿Qué bebida?, vino blanco con jugo.

Practicante -Y esto ¿cada cuánto lo haces?

T -No mucho, yo no estaba saliendo mucho porque estaba en pareja.

Practicante -¿Cuándo fue la última vez?

T -Hace un mes y medio, cuando se fue mi hermana.

Practicante -¿Vos saliste con ella?

T -Sí, y el novio.

Practicante -Y ¿ella se fue de paseo?

T -Sí, a conocer la familia de su novio. El veinte va a estar llegando.

Practicante -Ah! ¿No se fue definitivamente?

T -No.

Practicante -Cuando el otro día lo planteaste, pensé que se había ido para siempre.

T -Ah sí, pero no. Yo lo sentí así. Ese día no la pude despedir. Estaba lloviendo y estaba viviendo con mi abuela.

Practicante -Y ahora, ¿con quién vivís?

T -Con mi mamá, ya volví.

Practicante -¿Cuánto tiempo estuviste?

T -Tres meses.

Practicante -¿Estabas de acuerdo con ir con ella?

T -Sí, en su momento sí. Pero cuando sentí que me faltaba mi hermana y mamá quise volver.

Practicante -¿Qué notabas que te faltaba?

T -El decirle mamá voy a hacer tal cosa, voy a ir, voy a volver, así más distante ella. Los fines de semana me daban permiso para ir a mi casa.

Practicante -¿Por qué decidiste irte a tu abuela?

T -Porque ahí me quedaba el colegio y no quería perder el año, y entonces, me quedé a vivir con ella.

Practicante -Y ahora, ¿con quién vivís?

T -Sí, con mi mamá me voy a quedar. Entonces, estamos averiguando para cambiar de colegio porque mi papá quiere que siga estudiando.

Practicante -¿Qué pensás de esto de poder seguir estudiando?

T -No quiero bajar los brazos, quiero seguir adelante y entrar a gendarmería.

Practicante -¿Qué te gusta de eso?

T -No sé, se levantan temprano, hacen deportes.

Practicante -Y vos ¿qué deporte haces?

T -Fútbol, juego los sábados y domingos, y entreno en la semana.

Practicante -¿Qué decidiste hacer con tu pareja?

T -Decidí borrar su número y va, lo sigo hablando así tranqui.

Practicante -¿Borraste o no?

T -Sí lo borré pero no lo tengo agendado. Él se quedó preocupado. “Buen día ¿cómo estás?, ¿cómo estás?, ¿cómo estás?”.

Practicante -¿Él empieza la conversación?

T -Sí, o sino yo.

Practicante -¿Qué sentís que es tranqui?

T -¿Tranqui?, no sé, recordar lo bueno, yendo en paz tranquila.

Practicante -¿Tranquila vos?

T -Sí.

Practicante -¿Qué sentís por este hombre?

T -No sé, yo le dije a mi mamá que así fácilmente no va a poder quitar a este hombre.

Practicante -¿Por qué él?

T -No sé, tiene cosas diferentes que nadie lo nota, todos piensan que es la misma persona que antes.

Practicante -¿Vos antes no lo conociste?

T -No, pero si me contó muchas cosas, dialogábamos así.

Practicante -¿Qué te gusta a vos T?

T -No sé, que sea atento, que te de cariño, así cuando estamos nosotros, confianza te dé, nos damos confianza, nos reímos. Dice que yo le saco una sonrisa y era que nos íbamos a alejar, nos tenemos que alejar, y es difícil.

Practicante -¿Cómo es eso que se tienen que alejar?

T -Yo le dije que no le quiero hacer daño. Y le conté a mi mamá y me dice que si yo sigo así que lo va a denunciar. Y aunque a mí me duela es por su bien. Y él me dice, a mi no me importa, “yo te quiero a vos”. No le importa enfrenar a la policía.

Practicante -Y ¿vos querés estar con él?

T -No sé, pero no quiero hacerle daño, bah es que mi mamá no quiere. Pero yo no me voy a apartar tan fácilmente de él, le dije no me digas nada porque así fácilmente no me voy a olvidar de él.

Practicante -Por ese lado está tu mamá, pero ¿vos qué sentís por él?

T -No sé, siento mucho cariño. Algo que me tira a estar con él. Un amor como él me dice de niña que el despertó de mi.

Practicante -¿Cómo es?

T -El despertó sentimientos de niños hacia mí. Lo hace sentir como un niño estando al lado mío.

Practicante -Mmm.

T -Pero me dice tampoco yo no soy una niña.

Practicante -¿Otras parejas tuviste?

T -Si uno más.

Practicante -Y ¿cómo fue tu relación?

T -Diferente, muy diferente porque él se drogaba mucho, le importaba más la droga que estar conmigo. Nos conocimos pero yo no sabía que se drogaba, y bueno la remaba, y conocí a su mamá y hermana. Y estaba todo el día con ella. Y no me expresaba sus sentimientos, le costaba y decidí terminar la relación.

Practicante -Ah ¿terminaste vos?

T -Sí. Y le dije que yo no puedo estar con él. Y sigo hablando con él porque es como una familia que tengo pero su mamá se fue al sur y se quedó con su papá. Pero así sólo nos vemos como amigos.

Practicante -¿Qué encontraste en la mamá de él?

T -Es re vagancia la señora.

Practicante -¿Cómo?

T -Es re churita te dice “cuidate”. Como su hijo es amigo, “ven, sentate, comé, ¿estás bien?”, y así hasta que se fue y él “no quiero ir”. Lo tuvo que dejar con su papá hasta que me enteré que estaba con otra persona con otra chica judía. O también, me invitaba venite negra y le digo no puedo hacer un par que no lo veo, y me lo cruce en el cole, venía de una marcha con mi mamá.

Practicante -De una marcha ¿de qué?

T -Ella está en un plan de pedir algo, igual no entiendo mucho pero yo voy para hacerle la segunda, voy para que diga que cumplimos.

Practicante -¿Cómo te sentiste estos días?

T -Bien si bien.

Practicante -Bien ¿cómo?

T -No tan feliz pero feliz porque la tengo a mi mamá en casa.

Practicante -La tenés a tu mamá, ¿te cuida?

T -Sí. Y me puse a pensar lo que hice y yo decía que no le iba a perdonar más. Los dos nos extrañamos.

Practicante -Lo extrañas pero pienso que dudas.

T -Lo dudo porque no quiero que mi mamá se entere. Por una parte no le quiero hacer daño pero quiero estar con él.

Practicante -Tal vez necesitas un tiempo.

T -Sí.

Practicante -T de lo que pasó, más allá de que te perdona.

T -¿De lo que pasó con él ese día?

Practicante -Sí.

T -No sé, no pensaba nada. Pensaba hacerme daño a mí y pensé en hacerle daño pero no podía. En pensar que se lo lleven arriba porque no quería que se encuentre con nadie.

Practicante -¿Qué sentiste?

T -No sé es como un demonio que me entra en ese momento.

Practicante -¿Cómo es ese demonio?

T -Así, como que me tiembla la mano, necesito algo.

Practicante -¿Celos?

T -Sí.

Practicante -¿Siempre?

T -No, ahora me pasó muy fuerte. Como te digo, a mí nunca me pasó con otras personas.

Practicante -¿Quién lo iba a llevar?

T -Yo, no sé, primero pensaba matarlo a él primero y luego a mí.

Practicante -¿Fuiste con esa idea?

T -No, pensé en ese momento y me dije pensá, pensá. Puedo ser maldita pero en ese momento no puedo matar a otra persona ni a mí, capaz que yo también cortándome el brazo me moría. Pero tengo miedo a morirme. Yo no puedo hacer así.

Practicante -¿Te sorprende haber llegado a ese punto?

T -No, con un chico no, pero con mi familia sí.

Practicante -¿Había celos con tu hermana?

T -No, sino que peleábamos porque. Ah sí. Pensaba que o sea las dos nos peleamos “vos sos la preferida de mamá”, “no vos sos la preferida”.

Practicante -La mamá.

T -Sí, le dije porqué le compras tal cosas. Si yo me portaba mal nos pegaba a las dos y si ella se portaba mal, nos pegaba a las dos. Era todo por parejo. Mas cariño me daba a mí porque ella está con su novio y la más chiquita era yo.

Practicante -¿Te quedaste como la más chiquita?

T -(Silencio).

Practicante -Después que pasó esto, ¿cambió algo?

T -Si más atención de mi papá y mamá, de mi ex pareja también más atención. Porque culpa de él le dije yo.

Practicante -¿Vos no tuviste nada que ver?

T -No sé, me parece que también era culpa de él y a quien le duele eso si sabés que él se va a encontrar con otra persona.

Practicante -Qué raro que te diga algo así porque si se va a ver con otra persona lo hace pero no te lo dice.

T -Quería que vaya ese día, yo no podía, y bueno y fui. Que se cague nadie lo manda a mentirme.

Practicante -El tema es que te cagaste vos.

T -Sí (ríe).

Practicante -Ese es el tema. Bueno vamos a dejar acá. ¿El martes podés?

T -Sí.

Practicante -9:30, te damos certificado para el colegio de que viniste.

T -Bueno.

Segunda entrevista clínica en consultorio externo. 14-05-2019

T -¿Cómo estás?

Practicante -¿Bien vos?

T -Bien.

Practicante -¿Cómo?

T -Así piola, remándola siempre.

Practicante -¿Qué venís remando?

T -Mi vida.

Practicante -¿Qué cosas has tenido que remar?

T -Con mis viejos.

Practicante -A ver, ¿cómo sería?

T -Es que me sigue reclamando y me embola, de este chico. Tratando que, bah, que mi papá no sabe nada y remándola de que no salga de ninguna.

Practicante -¿Tu mamá?

T -Me pregunta y me da bronca, me harta hasta que termino insultándola, culiada de mierda. Entro, ahí me siento y está con el celular dos horas y me hace enojar. Y después, estaba cagada de bronca y le dije a mi mamá andá a la mierda, me fui y después volví.

Practicante -¿Qué te hizo volver?

T -(ríe) No sé.

Practicante -Esto con tu mamá ¿es de ahora o siempre?

T -No de siempre, sino que siempre hubo como peleítas.

Practicante -¿Cómo?

T -Nos decimos cosas. ¿Ah sí? fuiste maldita orgullosa. Y le vas a decir una palabra que te vas a arrepentir y duele. Y me dice que todas las palabras se las pasa por el culo. Somos iguales, somos la misma persona, somos dos diablitas.

Practicante -¿Cómo es el diablo?

T -Así fuerte, loquita (ríe).

Practicante -¿Alguna vez la viste peleando con alguien?

T -No.

Practicante -¿Con tu papá?

T -Sí.

Practicante -Y ¿cómo pasó?

T -Ahora tranqui, pero antes se puteaban. Yo decía ah que se hagan cagar. Hacían el intento de pegarse pero mi hermana se metía y ella se hacía pegar porque después mi papá le pegaba por atrevida de mierda.

Practicante -Mmm.

T -Yo nunca me metí, los dejo que hablen.

Practicante -Y ¿con tu hermana, con ella peleabas?

T -Sí, mucho.

Practicante -¿Ya vuelve?

T -No, el domingo.

Practicante -¿Qué hiciste estos días?

T -Nada en cama, boludeando por ahí

Practicante -¿Volviste al colegio?

T -No, mañana si vuelvo.

Practicante -¿Seguís en tu casa?

T -Sí.

Practicante -¿Vas a volver a tu abuela?

T -No.

Practicante -¿Cómo te resulta quedarte en casa?

T -Bien, tranquila.

Practicante -Algo parece que te tiene inquieta.

T -No.

Practicante -¿Qué pasó con tu pareja?

T -Ahí anda se va, dice no sé dónde.

Practicante -Pero ¿siguen juntos?

T -No. Ahí estaba leyendo un mensaje.

Practicante -¿Qué dice?

T -Muchas cosas.

Practicante -Bueno a ver contame una.

A -Que te voy a extrañar, un abrazo, así la última palabra que me acuerdo.

Practicante -Y ¿vos lo vas a extrañar?

T -Se va porque le va a hacer la denuncia esta gila.

Practicante -¿Tu mamá?

T -Sí. Mi cuñado quería saber para ver si nos seguimos mensajeando para que pise el palito. Y Mi abuela se enteró. Esta vieja culo le quiere contar a mi papá. Por Dios que se muera esta vieja, porque mi papá no sabe nada.

Practicante -Todos haciendo para que tu papá no se entere. ¿Qué pasaría si se entera?

T -No sé, a mi me da igual si se entera o no. Le va a agarrar un paro. El otro día le agarró una parálisis en la cara.

Practicante -¿Te da igual pero te importa que le pase algo? Contame de tu papá.

T -Trabaja, toma los fines de semana, se va a su casa. Ahora se va a fumar, siempre se iba con mi mamá pero ahora no me quiere dejar sola.

Practicante -¿Cómo te llevas con él?

T -Bien, con él bien. Yo tengo el mismo carácter de mi mamá y mi hermana de mi papá. Y siempre que viene le agarra y el reclama cosas. Ahora se recató porque está en pareja.

Practicante -Y vos ¿cómo andas?

T -Yo ando bien, un poco triste por el tema este, no sé cómo haré para olvidarlo.

Practicante -¿Qué querés olvidar?

T -Mi amor, porque yo sé que va a volver.

Practicante -¿Cómo estás segura?

T -Porque es diferente.

Practicante -¿Qué cambió?

T -Porque él era mujeriego y ahora le da igual. Me dijo que se va re dolido porque nos separan y me dice y yo estoy mal me metí con una chica que no tenía que meterme. Así que mejor que se vaya.

Practicante -Esta vez, ¿podés tolerar que se vaya?

T -Puede ser, no sé.

Practicante -Mmm.

T -Vamos a ver si soporta mi corazón. No sé, me da igual, lo que me está causando dolor es mi mamá.

Practicante -¿Por qué?

T -Porque lo quiere denunciar, porque está conmigo. Le hicimos creer que no seguimos.

Practicante -¿A dónde se va él?

T -A una parte de Río Gallego, no sé dónde, Madrid. No sé de dónde saco eso.

Practicante -¿Puerto Madryn?

T -Sí.

Practicante -Y ¿lo debes haber estudiado o no?

T -Sí.

Practicante -Y ¿ya buscaste dónde es eso?

T -En el sur. Se va para ahí porque tienen familiares. A donde está mi hermana. Hoy me decía a dónde se iba.

Practicante -¿Hoy vas a saber?

T -Sí, igual creo que no me va a contestar.

Practicante -Bueno un tiempo él se va al sur, trabajará. ¿Qué vas a hacer vos acá?

T -No sé, trataré de estudiar, esperaré a mi hermana y cuando venga me voy a ir de gira.

Practicante -¿Te vas de gira?

T -Si esa gira que es para matar.

Practicante -¿Cómo es?

T -No sé, escabio, chicos, chicas, escabio.

Practicante -Eso suena a volar la cabeza.

T -Y eso es lo que imagino yo.

Practicante -¿Qué imaginas?

T -Que salga a escabiar.

Practicante -¿Con qué escabias?

T -Vino blanco con jugo, vino toro con pomelo.

Practicante -¿Cuánto?

T -Depende cuántos somos, si somos dos capas que cinco vinos.

Practicante -¿Quiénes?

T -Mi cuñado y yo y mi hermana no.

Practicante -Esta gira ¿para qué es?

T -Para abrir mi mente y dejar de pensar.

Practicante -¿Te vas a atontar un ratito?

T -Claro para olvidar problemas, dejar de pensar, mi pareja que estará haciendo, con quien estará.

Practicante -Mmm, los celos de nuevo.

T -Sí.

Practicante -Y ¿cómo quedan ahora, se dieron un tiempo de espera?

T -La verdad no sé cómo quedará. Igual no quiero seguir la conversación porque me duele decir chau.

Practicante -¿Está bien así?

T -Sí, para mí sí, porque me duele.

Practicante -Está bueno trabajarlo acá.

T -¿Quién?

Practicante -No a él no, eso poquito que duele, que hoy no lo podes hablar pero más adelante.

T -Sí.

Practicante -¿Volvés al colegio?

T -Sí, creo que sí.

Practicante -Mmm.

T -Sí.

Practicante -¿Necesitas certificado?

T -Sí, creo que sí. No sabés lo que me pasó el partido pasado, tuve que hacerme pasar por otra persona para jugar a la pelota.

Practicante -¿Ah sí?

T -Sí.

Practicante -¿Vas los sábados?

T -Y domingos somos las girls.

Practicante -Y ¿por qué no podes jugar vos como T?

T -Porque no puedo sacarme la foto cuatro por cuatro, para hacerme el carnet.

Practicante -O sea que ¿hace rato venís jugando así?

T -Sí, pasa que si juego tengo veintidós años.

Practicante -Y ¿cuándo vas a jugar como T, con tu carnet?

T -No sé, me dijo que me lo quede para cuando juguemos.

Practicante -Y girls ¿por qué es?

T -Chicas o amigas.

Practicante -¿No investigaste?

T -No.

Practicante -¿Tenés teléfono?

T -Sí.

Practicante -Bueno buscalo y me contás vos a mí. Bueno, entonces este es tu turno, no lo vayas a romper.

T -(Ríe).

Practicante -Por si estamos en la guarida, nos esperas aquí.

T -¿Usted está en la guardia?

Practicante -Ah sí, parece que pasó mucho.

T -Sí, no, no tanto.

Practicante -Y ¿de ese día a hoy cómo te sentís?

T -Tranqui. Y ¿el certificado de que estuve internada tengo que pedirlo aquí adelante?

Practicante -Sí.

T -Ah bueno.

Practicante -Bueno nos vemos el martes.

T -Bueno, adiós (ríe).

Comentarios del practicante:

Tolera más que él se vaya porque está volviendo la hermana y se va de gira con ella.

Es importante pensar ¿Qué función cumple la gira?, esto de olvidar, atontarse un poco.

Y además ya está con la mamá. Se ha instalado una pausa en relación a su impulsividad.

Hasta esa entrevista fue mi experiencia con la paciente. Luego dejó de asistir al consultorio, y el analista practicante llamó a su madre para citarla nuevamente.

Entrevistas Clínicas realizadas en el Servicio de Jefatura de Guardia

Paciente J

Historia clínica

Ingresa al Servicio de Jefatura de Guardia trasladado por la ambulancia del SAMEC.

52 años.

Diagnóstico intento de suicidio por intoxicación medicamentosa.

Examen físico: aliento etílico.

El analista practicante le informa sobre la presencia del pasante, le solicita su consentimiento, y el paciente accede y firma el consentimiento informado.

Entrevista clínica

Practicante- ¿Sabe dónde está?

J –Sí en el San Bernardo.

Practicante- ¿Qué es lo último que recuerda?

J – Fui al baño y volví. Y no me acuerdo más, me desperté acá.

Practicante – Mmm.

J –No sé, como un desmayo, inconsciente total. No sé si me caí o no me caí. Me levantaron supongo. Me desperté y no sabía dónde estaba. Y es para asustarse puede ser un problema del corazón.

Practicante- ¿Tiene familia?

J –Sí, mi señora y tengo tres hijos, dos varones y una nena. De 26, 24 y 23. Viven con nosotros. Uno va a la X, está haciendo también una pasantía como está haciendo él. El otro trabaja en una empresa, y está haciendo un terciario, pero en una práctica tuvo un accidente y lo abandonó. Está recuperándose con fisioterapia.

Practicante -Y ¿su hija?

J –La nena va a la X, está en segundo año de Nutrición.

Practicante -¿Y su señora?

J –Mi señora trabaja en una escuela.

Practicante –¿Usted trabaja?

J –Trabajaba en una empresa de chofer, deje de trabajar. Era un vaivén, un día me iba bien otro día por el piso y decidí irme. Y estoy trabajando en casa.

Practicante –Es decir, está trabajando en su casa, tiene sus proyectos. Y ¿cómo se está sintiendo?

J -¿Cómo me siento?, bien más que bien. Estamos en camino. Hay problemas como todos. El más grande de mis hijos parece que no tiene suerte, por ahí reniega y nos transmite ese bajón. Cambio de carrera, terminó haciendo un terciario. También es grande. Y mi otro hijo se accidentó, estaba haciendo una pasantía y en la empresa no lo cuidaron, y le hicieron firmar un papel. Ni siquiera le pagaron. Yo le dije es tu cuerpo es tu vida. Lo pudieron haber prevenido, yo le dije todo siempre es evitable en la medida que se toman precauciones.

Practicante –Mmm.

J –En la empresa que yo trabaja había higiene y seguridad, ahí no.

Practicante – Eso lo dejó preocupado, este hijo le preocupa.

J -Me preocupa y me deja insatisfacción. Yo quería cosas más lindas para él que sea un poquito más. Por eso nunca deje de trabajar, para que vaya a la X.

Practicante –¿Lo va a apoyar en lo que quiera?

J –Sí.

Practicante - ¿Él dice qué quiere?

J –Por ahí lo veo entusiasmado por una cosa y después cambia. Y estaba en electrónica, y cambió y ahora se metió a un terciario. Se cae pero va adelante. Se cae por cualquier cosa.

Practicante –Tiene recursos para salir adelante.

J –Por supuesto que cuando hace cosas mal me enoja, pero lo apoyo. Le digo hace cosas por vos, para vos, para que hagas tu plata y la pases bien y tengas tu profesión, sino vas a trabajar en algo feo.

Practicante -¿Genera sensación de frustración?

J –Para mí sí.

Practicante –Que importante poder habilitar al otro para que diga lo que quiere.

J –Tampoco voy a vivir amargado, la nena de 23 años mientras estudia te da alegría. Y así es la vida, tampoco se puede con todo.

Practicante -Y usted ¿tiene amigos?

J -Compinches no más.

Practicante –¿No es de salir?

J –No, no. Trabajo de remisero los domingos.

Practicante –¿Es de tomar algo?

J –Un vino. Cuando manejaba todos los días, no tomaba. Cuando no tengo que manejar tomo una botella con dos o tres amigos.

Practicante –¿En su casa?

J –Eventualmente un domingo.

Practicante - ¿Toma solo?

J –No me da eso. Desde que deje de trabajar no fumo, no gasto, no tengo vicios. Lo que si no se porqué a la noche orino muy seguido y siento frío en las piernas. Algo debe haber en el organismo.

Practicante - ¿Tuvo sensación de tristeza alguna vez?

J –Eh no, cuando falleció mi papá. Después pude pensar que todo pasa y la vida sigue.

Practicante –Y ahora, ¿Qué cree que pasó?

J –Ni yo me lo explico. Nunca sentí nada de querer desmayarme. Es extraño. Sé que había una persona al lado mío que pudo poner algo para que me desmaye. Pero yo solo tome una bayaspirina con un vaso de cerveza. No hay mucho más que contar.

Practicante -¿Su familia sabe?

J –Sí, a las diez vienen.

Practicante –Bueno lo vamos a dejar descansar.

J –Bien, gracias. Hasta luego.

El practicante en psicoanálisis coloca en la historia clínica del paciente:

Se inicia evaluación psicológica, el paciente se encuentra lucido, vigil, orientado temporoespacialmente, presenta curso y contenido de pensamiento conservado, lo cual se traduce en discurso lúcido y coherente. No se evidencian alteraciones sensorperceptivas, al momento de la presente entrevista.

El paciente se encuentra emocionalmente estable, sin monto significativo de angustia, ni emergencia de ansiedad. Tiene recursos simbólicos pertinentes, capacidad para historizar, establecer lazos afectivos significativos. Precisa punto de angustia en torno a la situación vital de un hijo, lo cual le genera frustración.

Al momento de la intervención, refiere haber consumido un analgésico y una cerveza sin intención autolítica. No se evidencia ideación ni planificación suicida en su discurso.

Paciente: M

Abordaje interdisciplinar entre el analista practicante y el psiquiatra

Historia clínica:

20 años.

Diagnóstico: intento de suicidio por ingesta de lavandina.

Fecha: 19/03/2019

Ingreso: 4:50

Intoxicación

En este caso el médico de sala realiza la interconsulta con salud mental.

Entrevista clínica

Practicante -¿Sabés dónde estás?

M- En el hospital.

Practicante -¿Te acordás cómo llegaste?

M -No.

Practicante -¿Qué es lo último que te acordás?

M -Cuando le di un beso a mi mamá y le dije que duerma. (Silencio).

Practicante -¿Qué está pasando en tu vida?

M -No sé, no soy tan fuerte como pensé. Mi cabeza me jode siempre. O sea me banco lo que sea en el momento. Pero después, me empiezo a acordar cuando estoy solo. Me acuesto y me trae recuerdos.

Practicante-¿Podes salir de ese estado?

M -A veces sí, a veces no. Me acuesto y ahí caigo. Cuando me acuesto en silencio. No quiero que pase eso.

Practicante- ¿Recuerdos que aparecen?

M -Sí.

Practicante -¿De qué son?

M- Son de cosas que me pasaron. Para mí algo chico se hace grande y eso me jode la cabeza, y no me gusta.

Practicante- ¿Me podés decir un ejemplo?

M -¿De qué recuerdo? Sí, no sé. Creo que todo empezó cuando yo era el único varón y después tuve un hermano. Mi hermana y mi mamá quedaron embarazadas. Primero me enteré de mi mamá y quería que sea nena. Me entusiasmaba que sea una hermana también para cuidarla. Por eso, a mi otra hermana chica también, yo le enseño a ser fuerte. Supongo que por eso yo quería tener una nena, una hermanita nena.

Practicante -¿Esto de dejar de ser el único qué implica?

M -No sé, estaban mis hermanas, mi papá y mi mamá. Si tenía primos pero no es lo mismo.

Practicante- ¿Qué cambió en la casa?

M - (Silencio) No sé, sentí como que estaba así (silencio), llegaron y (silencio).

Practicante -Y ¿qué pasó?

M- Y de ahí me sentí abajo (llora).

Practicante -¿Mucha tristeza?

M -Sí.

Practicante -¿Qué pasó anoche?

M -Me sentí menos.

Practicante -¿Menos?

M -Sí.

Practicante -¿Es algo que ya habías pensado antes, lastimarte?

M -Sí, sí.

Practicante -¿Hace cuánto?

M -Dos años.

Practicante -¿Qué te detenía?

M -Mi mamá.

Practicante -¿Qué fue diferente ayer?

M -La mente en blanco.

Practicante -Esa sensación de tener la mente en blanco, ¿cuándo aparece?

M -Hace dos años. Había visto un video que se cortaban las muñecas y me acordé mucho. También cuando conocí a mi primo por parte de mi abuelo. Él me contaba sus mambos, y yo los míos. Me contó que estuvo en la cárcel, me decía que tenía muchos problemas y que cuando le ganaba mucho la bronca le daban ganas de hacer cosas, pero se controlaba iba y se hacía un tatuaje.

Practicante -Y ¿ese tatuaje tenía algún significado para él?

M -Sentía que el dolor valía la pena. Era el único dolor que quería sentir, y ahí yo empecé.

Practicante -¿Qué dice tu tatuaje?

M -“Para mi Dios es mi viejo”.

Practicante -¿Calmó algo?

M -No sé.

Practicante -Y ¿qué dijo tu mamá del tatuaje?

M -Ella no quería, yo me lo hice igual. Pero una vez, un sábado, me puse a tomar con mi primo. Yo estaba bajoneado y le dije ya fue vamos yo me voy a hacer un tatuaje. Íbamos en moto, y apareció la vial, y yo no tengo carnet así que dejamos la moto (silencio). Yo desde que pasó eso de mi hermano me siento libre, soy algo más en mi casa.

Practicante -¿Algo o alguien?

M -Algo... Desde los quince, yo hago lo que quiero. Mi mamá no me pone un alto, por eso que capaz que yo me hago así. Ahora que tengo 20 ya no salgo.

Entra el psiquiatra (P)

Practicante -¿Me podés explicar cómo es la sensación de tener la mente en blanco?

M -Yo lo veo como que no sé, tengo un problema, pongo la mente en blanco. Me siento en un lugar y me quedo mirando o escucho música. Y ahí creo que no hay nadie que me pueda hacer pensar en otra cosa.

Practicante -Y ¿anoche?

M -Pasó eso. Me acuerdo hasta que le di un beso a mi mamá y salí para afuera, fui al baño y no recuerdo más.

Practicante - Y ¿cuándo aparece esta idea de poder lastimarte?

M -Dos años pasaron. Había empezado cuando vi un video. Mi primo puso un estado de WhatsApp, aparecían muñecas cortadas de gente que se hacía daño. Me llamó la atención como gente puede hacerse daño. Y yo empezaba a lastimarme pero me quería hacer un tatuaje. Seguía siendo el nene de mamá sin ser.

Practicante -¿Sin ser ya?

M -Sí.

P -Mostrame los tatuajes. ¿Qué dicen?

Practicante -“Para mi Dios es mi viejo”

P -Y el otro ¿qué significa?

M -Esfuerzo, fuerza y salud. No. Esfuerzo, fuerza y salud mental en el sentido de lo pacífico.

Practicante -M ¿tenés más tatuajes?

M -No.

P- ¿Te acordás que te pasó?

M -No. Si me acuerdo beso a mi mamá y hermana menor y a mis otras dos hermanas. Y después voy al baño.

Practicante -No me queda claro qué pasó.

M -Sé que mi mamá dice que nos quiere a todos por igual (silencio) yo sentí que a mi mamá le doy lo mismo.

Practicante -Y ¿tus hermanas?

M -No, son mujeres. Yo era el único varón. Tenía mi mamá y mis tres hermanas y mi novia. Enterarme que mi mamá y hermana se habían embarazado al mismo tiempo me puso contento quería que sean nenas. Pero después eran varones. Me pegó no ser el único. Mi mamá me daba todos los gustos, me daba permisos.

Practicante -Y ¿ahora?

M -Ahora hago lo que quiero pero siento que soy libre de hacerlo.

P- Y ¿está bueno?

M -Obvio que sí, pero yo quiero que mi mamá me ponga límites o algo. Antes cuando salía si no llegaba me mandaba un mensaje, ahora no.

Practicante - ¿Con tus límites qué hacés vos?

M -Tomar.

P -¿Alcohol?

M -Sí.

P -¿Drogas, marihuana?

M -No.

P -¿Tomás mucho?

M -A veces sí. Yo empecé a salir de chico 14, 15 años. Mi mamá me controlaba. Y ahora me cuido yo.

Practicante -¿Te cuidás vos?

M -Sí. Salía y veía a gente y decía como pueden tomar tanto. Sé lo que tengo que hacer.

P- ¿Qué pasó con la lavandina?

M -No sabría qué decir, tenía la mente en blanco, no sabía qué hacer (silencio). Tabo saliendo con una chica, tenía problemas. Iba bien hasta que ella encontró mensajes. Yo no tengo muchos contactos de acá de salta, 20 entre amigos y familiares. Esos mensajes simplemente eran mujeres amigas que se puede hacer a la distancia. La vi a mi novia, estaba con su mamá, me tenía que ir a trabajar. Le dije que me llame para ver si lo encontraba. Y le llega un mensaje a mi primo “encontré su celular”, fui y me lo pasó. Yo la veo bipolar. A veces está de lo más bien, a veces me hace sentir mal sacándome en cara esos mensajes. Empezamos a salir hace un año.

Practicante -¿Cuándo fue esto?

M -En febrero, después de dos semanas que estábamos saliendo.

Practicante -¿Qué pensás de lo que pasó anoche?

M -No sé... Hoy no la vi a mi mamá, no sé cómo esta ella. Escuché que mi hermana fue la que me encontró. No sé cual.

P- ¿Qué tomaste?

M -No, no dije que tomé nada. Tenía la mente en blanco.

P- ¿Pensás que te podías haber muerto?

M -No sé. Anoche hablé con mi primo, y le escribí un mensaje “abrazo” le puse.

Practicante -Te despediste de tu primo, hermanas y mamá.

P- Y ¿tu papá?

M -Está en San Juan. Se fue a trabajar.

Practicante -¿Esto se podría repetir?

M -No.

Practicante -¿Por qué no?

M -No sé (silencio) ¿Cómo está mi mamá y hermana?

Practicante -Están afuera ahora las vas a ver. Nosotros vamos a regresar a verte en un rato.

Ambos profesionales deciden que lo más conveniente es sugerir permanencia institucional por 24 hs, y continuar con las entrevistas.

El practicante en psicoanálisis escribe en la Historia clínica “*Se sugiere permanencia institucional por 24 hs en virtud de riesgo psíquico inherente.*” Además, evoluciona que el paciente está orientado temporo espacialmente, emocionalmente lábil, con rasgos depresivos, presenta conflictos en la relación que tiene con la madre y con el lugar que ocupa dentro del sistema familiar, dificultad para dar cuenta del suceso, e ideación relacionada con automutilación de las muñecas.

El practicante en psicoanálisis me comenta lo siguiente:

Se trata de un Acting out. Hay una identificación con el primo de quien armarse. Hay algo sosteniendo con pinzas en la mirada del Otro.

Cuenta con recursos frágiles. La mente en blanco es una forma de acallar algo.

Dejar de ser el único para él es dejar de existir. A los 15 años nace su sobrino e hijo al mismo tiempo, ve a la madre y a la hermana como Otro deseante.

Se define como objeto, cae de la mirada del Otro. Se ven rasgos depresivos.

Sostenido con pinzas en la mirada del Otro. Dejar de ser el único es para él dejar de existir.

Entrevista clínica con la madre de M

Practicante -Por motivos de cómo está su hijo nos pidieron una interconsulta.

Madre -En primer lugar yo no sabía qué pasaba. Yo estaba durmiendo y mi hija me avisó que mi hijo estaba tirado en el suelo. Me levanté y estaba tirado en el suelo. ¿Síntomas de que tomó?, No. Antes de irse me dijo mamá, dormí vos descansá. Me dio un beso en la frente. Entraba, me daba beso y yo no entendía por qué. El dejó su celular en el baño prendido. Vivimos todos en una pieza 4x4, todos dormimos en diferentes camas. Tengo mi moto y él sale en mi moto. Y vi que tenía el rayo roto. Le pregunté por qué los rayos están rotos. Me dijo desde el viernes están así. ¿Sabés lo caro que sale hacer centrar una moto? Le dije. Y de ahí que me dio un beso y salió, y no salió afuera, se fue al baño y se encerró en el baño. A las 2 am siento que el perro torea y me levanto, prendo el celular, la luz, y no lo veo a él. Y primero miro afuera, la luz del baño prendida, no tenemos la puerta puesta. Veía que había luz en el baño, digo éste que no sale. Él es de estar media hora en el baño o más, con su celular juega. Y me volví a la cama y me dormí. Y a la hora, viene mi hija mamá M está tirado en el suelo. Y fui. Caído, estaba medio morado, mojado con su baba. Lo limpio y en la mano siento olor a lavandina. Él nunca hizo eso.

Practicante -¿Tomó o se le pudo haber caído la lavandina?

Madre -Encontré la jarra que se sirvió, y dije no, este se tomó lavandina. Hasta ahí no más sé. Él tomado no estaba.

Practicante -¿Notó algún cambio en la conducta de él?

Madre -Lo sentía de mal humor. Una curandera lo curó para que el levante su autoestima, se dedique a trabajar. Antes se pasaba en la cama, todo el 2018. Él terminó su quinto año. Se iba a hacer changas. Tiene su amigo (llora). Mi mamá lo llevó, lo hizo curar para levantar autoestima. Él no salía porque no tenía plata. Yo tenía 5 hijos con él, al más chiquito también le tenía que comprar cosas. Dijimos con mi marido, no le vamos

a dar plata para que se preocupe por trabajar. Después me dijo, mami me voy a trabajar a una finca. Noté cambios, se preocupó más por él, cobró su primer sueldo ganó quince mil. Ves lo que es hijo trabajar y ganar su propia plata, su papá le dijo lo mismo. Se hizo bien compinche con mi primo E, se contaban cosas. Ese día lo llamé y le dije vos sabés que M se mandó una macana. Y E me dice que M le dijo que tenía problemas con su novia.

Practicante -Y ¿usted qué pensaba de su novia?

Madre -No aceptaba que esté de novio con ella, porque tiene 15 años como su hermana. Porque tenés que ponerte de novio con una pendeja irresponsable que yo pienso que ni su bombacha debe tener limpia, la tiene llena de aca. Se sonreía como agrade. Yo no estoy de acuerdo.

Practicante -Un poco queríamos escuchar la actividad que hay en la casa, cómo se organiza. Por hoy consideramos que es fundamental que él se quede acá. Para conocerlo un poco más, y luego, la indicación va a ser tratamiento psicológico y psiquiátrico. No significa que este loco, sino que él tomó una determinación con la que se intentó quitar la vida. Va a quedar internado.

Madre -Pero él ¿se puede quedar solo?, lo note enojado.

Practicante -Sí. No es conveniente que firme el acta voluntaria. Lo mejor es que se quede. Luego, haremos una derivación de tratamiento a X, y requiere de continuidad.

Madre -Su papá está en San Juan, no sabe nada.

Historia clínica, el practicante en psicoanálisis escribe: *“Se realiza entrevista con la madre de M, se sugiere permanencia institucional por 24 hs en virtud a riesgo psicológico inherente.”*

Hasta esa entrevista fue mi experiencia con ese paciente.

Paciente H

Historia clínica:

Paciente trasladado desde el Servicio Penitenciario

Prendió fuego al colchón de su celda y aspiró, dificultad respiratoria. No se quemó.

El médico de sala del Servicio de Jefatura de Guardia solicita interconsulta con el servicio de Psiquiatría y Psicología para saber si fue un intento de suicidio.

Entrevista clínica

Practicante -Buen día.

H -Buen día.

Practicante -¿Por qué estás acá?

H -Me intenté suicidar, me intenté quitar la vida. Estoy detenido, pienso mucho en mi familia, en mi hija. Mi señora va me dice que no tienen para comer. Hace 6 años que no caigo preso. Tengo tres hijos. Trabajé en cuatro empresas y en la última estaba trabajando en una mina, trabajé. Y yo ahí caí preso.

Practicante -Caíste preso, ¿cómo fue esto?

H -Mi hermano le disparó a un chango en un pie. Como los dos vivíamos en la misma casa caí yo. Pero yo no tengo nada que ver con el hecho. Me acusan. Yo vivo castigado, ahora cuando llegue me van a pegar lo celadores.

Practicante -Mmm, ¿te acordás qué pasó antes de esto?

H -Yo no aguantaba más, el día anterior yo llamé a mi hijita, estaba llorando, no tenía para comer.

Practicante -¿Qué pensaste?

H - Que capaz que sí me pasa algo a mí. No llegué a pensar mucho. Tengo una hijita de once años, y cuando me llamaron. Estoy todo el día encerrado en un régimen de castigo, no veo tele.

Practicante -¿Por qué es el régimen?

H -Los celadores me buscaban la agresión.

Practicante -¿Cómo es eso?

H -Por ejemplo, yo quiero saber algo y ya me insultan o contestan mal. Quiero ver si puedo hacer una denuncia, yo inhale mucho humo, convulsioné adentro. Tardaron quince minutos.

Practicante -¿Tenés abogado?

H -Sí. Mi señora y mi mamá siempre van a verme, y ahora el domingo no vino nadie. Y yo me siento mal porque ellos no le avisan que me prendí fuego.

Practicante -¿Te quemaste?

H -Acá y acá.

Practicante -Poquito.

H -Después inhale humo, porque no es muy grande, es una celda de dos por dos.

Practicante -¿En la alcaldía hay psicólogo?

H -Sí pero ahí no me atienden, somos muchos.

Practicante -Mmm.

H -Tuve otro intento de suicidio porque me ahorqué por la misma razón, mi familia dice que no tiene para comer. Me mandaron al Ragone, me daban dos pastillas.

Practicante -¿La seguís tomando?

H -No.

Practicante -¿No vas a los controles?

H -No. Con eso yo ya me estaba portando bien y en eso el celador, vino parece que había tomado y me sacaron a las nueve y me dijo a ver báñate. Y me le acerco y le digo que tengo que dormir hasta las doce u once, y se hizo el malo que si él quiere me iban a hacer pegar y llamó a los lagartos y me hizo pegar. Y más el problema que tuve con mi hijita, me sentía eufórico y bueno no pensé las consecuencias. Ahora si pienso por mi hijita quién la va a ver, porque mi causa es leve, ya en unos meses salgo.

Practicante -¿Cómo pensás manejar esta situación?

H -Y ahora me van a poner régimen de castigo. Yo lo tengo a mi papá en la cárcel de X y yo quiero que me pasen para ahí porque no aguanto eso. Cuando me dicen algo soy eufórico.

Practicante -¿Sos como impulsivo?

H -Pero no en mi casa, ni con mi señora, ni con mi hija, la saco a pasear al centro. Tengo casa propia. No vivo con mi mamá, vivo solo. Yo me crié con mi abuela, no con mis padres. Pienso en eso y con eso me busco trabajo y siempre busco. Pero, así con otro cuando estoy encerrado soy eufórico, pero si no estoy privado de la libertad soy tranquilo.

Practicante -¿Consumís?

H -Consumo marihuana.

Practicante -¿Desde qué edad?

H -Diecisiete años.

Practicante -¿Qué pensás hacer en este tiempo?

H -Quiero estar en la cárcel con mi papá, que me contenga porque se porta bien, tiene condena larga, yo lo quiero hacer caso y puedo llegar a trabajar para pasarle plata a mi hija.

Practicante -¿Tenés tatuajes?

H -Si el nombre de mi hija y S.

Practicante -¿Por qué te dicen S.?

H -Por el lunar en la cabeza. Y una lágrima de cuando falleció mi abuela.

Practicante -¿Tenés motivos para seguir?

H -Sí, por mi hija.

Practicante -Se va indicar que hagas tratamiento psicológico.

H -Es que ellos son muchos, no sé si ha visto la tele que hay más de ochocientos.

Practicante -Pensá cómo podés llevar esto de la mejor manera posible para vos.

H -Sí, me pegan.

Practicante -¿Por qué estás ahí, por qué te hacen pegar?

H -No, me pegan, me castigan.

Practicante -Habría que pensar si ya es una situación difícil, por qué te sumás el castigo del golpe. Porque esto va a estar siempre. Pensalo, vamos a volver en un momento.

Se asienta en la historia clínica que al momento de la evaluación, el paciente se encuentra ubicado temporo espacialmente, contenido y curso del pensamiento conservado, emocionalmente lábil, no presenta alteraciones motores. Sugiriendo permanencia institucional para continuar con las entrevistas psicológicas durante el transcurso de la mañana.

Cuando volvimos con el practicante para que continúe con las entrevistas clínicas, ya le habían dado el alta. En su historia clínica, se observó que el Psiquiatra lo entrevistó luego de que nosotros lo vimos y escribió que el paciente no presenta conducta psiquiátrica.

Paciente S

Historia clínica

Paciente derivada de X

22 años

Diagnóstico: politraumatismo

La paciente sufrió un accidente de tránsito a las 18 hs. Vuelco de auto tras el cual ella salió despedida. Con asistencia médica inmediata. Alteración sensoria y excitación psicomotriz.

El neurólogo solicita interconsulta con el Servicio de Psiquiatría y Psicología porque la paciente presentaba alteración psicomotriz, para descartar que no se trate alguna patología psicológica. Presenta shock traumático, angustia y ansiedad.

Entrevista clínica

Practicante -¿Cuál es su nombre?

S -S.

Practicante -¿Cuántos años tenés?

S -Veintidós.

Practicante -¿A qué te dedicás?

S -Nada, por ahora estaba sólo en la casa con mi mamá yo le cocino.

Practicante -¿Y tu papá?

S -Viven separados.

Practicante -¿Tenés hermanos?

S -Ocho, yo soy la mas chica de todos.

Practicante -¿Estudiaste?

S -Sí pero no terminé, a ver por falta de plata. Cuando mi mamá se separó de mi papá comencé a trabajar.

Practicante -¿Ahora trabajás?

S -No.

Practicante -¿En qué trabajabas?

S -Varias cositas, atendía tiendas, cuidaba chicos.

Practicante -¿Por qué dejaste?

S -Quería estudiar pero llegué tarde, no me pude inscribir.

Practicante -¿Dónde estamos?

S -En Salta.

Practicante -¿Qué pasó?

S -En realidad el que volcó fue mi novio, no yo.

Practicante -¿Él manejaba?

S -Sí. Él dijo que se le cruzó un perro y volcamos.

Practicante -¿Cómo fue?

S -Él me fue a esperar y yo lo noté que él estaba medio tomado, siempre estaba así y nunca volcaba. No me imaginaba que iba a pasar.

Practicante -¿Te acordás del accidente?

S -Me acuerdo que él iba muy fuerte y de ahí ha volcado. Íbamos nosotros no más.

Practicante -¿Y él? ¿Qué pasó con él?

S -Él vino a visitarme recién. Dice que se lastimó en los codos y la rodilla.

Practicante -¿Cuándo fue?

S -El domingo.

Practicante -¿Cómo te sentiste?

S -Los primeros días me sentí mal, me acuerdo que gritaba, no veía por el golpe.

Practicante -¿Por qué gritabas?

S -Porque me sentía en un lugar que yo no estuve, no conocía. Ahora estoy tranquila, ya sé donde estoy y por qué estoy aquí.

Practicante -¿Dormís de noche?

S -Poquito. No puedo dormir. Anoche esperaba que vinieran mis familiares a visitarme.

Practicante -¿Sos nerviosa?

S -Sí, poquito.

Practicante -Los doctores me dijeron que te movías mucho.

S -Yo movía las piernas y brazos para ver si me dolía o no. Así despacio. La pierna la levantaba así despacito y la volvía a bajar. El enfermero me dijo que yo moviera para ver si sentía dolor.

Practicante -Y ¿qué pensás de lo que pasó?

S -Bueno es lógico que yo piense cómo pasó el accidente y qué pasó, y por eso estoy acá, pero yo quiero recuperarme pronto para salir de acá.

Practicante -¿Nos querés contar algo más o preguntarnos algo?

S -Yo quisiera saber si me van a dar el alta.

Practicante -Eso le vas a preguntar al médico de sala. Bueno que te mejores. Hasta luego.

S –Chau.

Se asienta en la historia clínica de la paciente que se encuentra adecuadamente orientada temporo espacialmente, lúcida, emocionalmente estable, contenido y curso del pensamiento conservado. Y que la misma refiere que los movimientos se debían a que no sabía dónde estaba.

El practicante me comenta que en este caso la demanda viene por parte de los médicos, y que, si bien fue un accidente, no necesariamente tiene que ser traumático para el sujeto, puesto que no ressignifica nada anterior, entendiendo que el trauma se da en dos tiempos. Practicante: *“Habría que preguntarnos si estamos en una situación de urgencia o solamente son manifestaciones somáticas.”*

Paciente O

Historia clínica:

Sala de varones, box 7. Intento de suicidio por ahorcamiento N/N.

25 años.

El paciente ingresa al Servicio de Jefatura de Guardia trasladado por la ambulancia del SAMEC, por presentar un intento de suicidio por ahorcamiento.

Examen físico: intento de suicidio por ahorcamiento, aliento etílico.

Diagnóstico de enfermedad: intento de suicidio por ahorcamiento.

Se solicita interconsulta con Neurología y TYO.

El neurólogo redacta: paciente 25 años, comprende las consignas, sin déficit neurológico.

El traumatólogo: paciente con antecedentes de intento de suicidio, con collar cervical, con dolor. Pide interconsulta con salud mental.

El practicante en psicoanálisis pregunta a las enfermeras y médico de sala por sus familiares. Le responden que su hermano va a venir.

Primera entrevista clínica (fecha 30-4-19)

Practicante -¿Cuál es tu nombre completo?

O -O. C.

Practicante -¿Usted sabe dónde está?

O -Sí, hospital.

Practicante -¿Qué día es hoy se acuerda?

O -Lunes.

Practicante -¿De qué mes?

O -Junio o abril.

Practicante -Y ¿el año?

O -Dos mil diecinueve.

Practicante -¿Con quién vive usted?

O -Con mi madre.

Practicante -¿Cuántos años tiene ella?

O -Cuarenta y siete.

Practicante -¿A qué se dedica usted?

O -Trabajo, hago jardinería.

Practicante -¿Ha estudiado?

O -No, hice hasta séptimo.

Practicante -¿Duele la cabeza?

O -Mmm, sí.

Practicante -Cuénteme ¿por qué vino acá, que pasó?

O -Estaba medio tomado y dice que me quise ahorcar.

Practicante -¿Quién dice?

O -La doctora que me encontró ahorcado, estaba colgado.

Practicante -¿Qué es lo último que se acuerda?

O -Estaba con mi hija, después fui a la casa de mi amigo me invitó a tomar y eso, y después a la noche dice que estaba re borracho perdí la cabeza me quise suicidar y de ahí desperté acá.

Practicante -¿Su hija estaba con usted?

O -No, con su mamá. Si tomo, la llevo.

Practicante -¿Toma seguido?

O -No.

Practicante -¿Cada cuánto toma?

O -Yo el domingo había tomado.

Practicante -¿Esto fue el domingo?

O -Sí.

Practicante -¿Cuántos años tiene su hijita?

O -Seis.

Practicante -¿Cómo se llama?

O -A.

Practicante -¿Vive con su mamá?

O -Estaba viviendo conmigo.

Practicante -¿Por qué vive con usted?

O -Por que la dejó a mi cargo.

Practicante -Y ella, ¿la mamá?

O -Está en su casa tiene otros hijos. Pero yo la fui a dejar con ella porque sabía que estaba tomado. Me volví a la casa de mi amigo a seguir tomando y después me desperté acá.

Practicante -O ¿estuvo preso?

O -Seis meses estuve, hace una semana que salí.

Practicante -¿Por qué estuvo preso?

O -Un hecho, un problema con mi ex pareja. Ella pidió exclusión.

Practicante -Y esa exclusión ¿por qué la pidió ella?

O -Tomaba mucho.

Practicante -Ah y ahí ¿qué pasó?

O -Me iba a drogar, me portaba mal, vendía todo.

Practicante -Y ¿qué consumía?

O -Pasta base.

Practicante -¿Cuándo empezó?

O -Hace un año.

Practicante -Y el alcohol, ¿desde cuándo?

O -A los quince años.

Practicante -¿Es la primera vez?

O -¿De suicidio? ¿De colgarme?, Sí.

Practicante -¿Intentó otras formas de lastimarse?

O -No.

Practicante -¿Esto es algo que podría repetirse?

O -Ahora que estoy bien, no.

Practicante -¿Cómo sería estar bien?

O -Que no estoy alcoholizado, me sorprende.

Practicante -¿Qué lo sorprende?

O -Que estoy bien, que estoy acá. Me han dado otra oportunidad.

Practicante -Mmm ¿qué piensa?

O -Quiero salir para ir a verla a mi hija.

Practicante -Mientras estaba en la cárcel, ¿tuvo la idea de hacerse algo así?

O -No.

Practicante -¿Qué dice su tatuaje?

O -El nombre de mi hija.

Practicante -¿Cómo se llama?

O -A (silencio).

Practicante -¿Nunca hizo tratamiento?

O -Estaba haciendo tratamiento en X.

Practicante -¿Con quién?

O -Hoy tenía que ir a las nueve.

Practicante -¿Se acuerda el nombre?

O -No me acuerdo, ¿hoy hay paro de colectivo?

Practicante -Pareciera que no.

O -Porque me dijo que si había paro me iba a pasar el turno.

Practicante -¿Hay algo que quieras contar?

O -No, que me ha hecho mal tomar, tengo que hacer el tratamiento.

Practicante -¿Vino alguien de tu familia?

O -Mi hermano.

Practicante -¿Vos crees que esto podría repetirse?

O -Si no tomo, no creo.

Practicante -¿Por qué creés que tomás?

O -Estaba charlando con mi amigo y amiga y hace mucho que no los veo y tomé.

Practicante -Has empezado a tomar a los quince y no paraste. ¿Por qué será no?

Pensalo un poquito. Ahora te vamos a dejar descansar y luego volvemos.

El practicante en psicoanálisis me comenta:

Se ve que tiene en claro el riesgo del consumo para el suicidio. Primero no se implica “dice que me ahorque” y luego, sí. Su hija es un punto de angustia para él, deja de tomar para llevarla con la madre y luego sigue tomando. Se evidencia un discurso pobre. Sale de la cárcel, vuelve al consumo y hace un pasaje al acto.

El practicante pregunta al médico de sala si el analista paciente tiene algún pedido médico. Él le responde “Una resonancia”. El analista practicante interroga “¿Lo van a dejar internado?”. Le contestan que quedaría a cargo de salud mental. Entonces el practicante en psicoanálisis responde que Salud Mental no tiene Guardia Activa ni Pasiva y que mañana feriado no hay nadie. Dialogan en la sala de la guardia de varones para ver qué es lo más conveniente que se puede hacer.

Historia clínica. Evolución.

El practicante en psicoanálisis evoluciona:

Psicología: Se inicia evaluación psicológica. El paciente se encuentra lúcido, temporo espacialmente ubicado, de pensamiento conservado, de tipo concreto. Sin alteraciones sensorceptivas, al momento de la entrevista. Emocionalmente lábil, sin indicios de impulsividad. En torno a patologías del acto, se enmarca en un pasaje al acto vinculado al consumo etílico.

El paciente localiza el foco de riesgo en el consumo de alcohol. Incipiente implicación subjetiva de consumo. Pendiente entrevista a familiares.

Se continuará abordaje de la especialidad psicológica psiquiátrica. (9:10 hs).

Segunda entrevista con O en el Servicio de Jefatura de Guardia, en el mismo día.

Practicante -¿Cómo está O?

O -Bien, me sacaron radiografía.

Practicante -¿Se acuerda que estábamos conversando?

O -Sí.

Practicante -¿Pudo pensar algo?

O -Nada.

Practicante -¿No hay nada para pensar?

O -(Hace que no con la cabeza).

Practicante - (Silencio).

O -En nada, no estoy pensando en nada.

Practicante -¿Desde cuándo?

O -Ayer.

Practicante -¿Estás dolorido?

O -Ah.

Practicante -¿Qué duele? ¿La garganta para hablar?

O -Eso.

Practicante -¿Cómo llegaste a X?

O -El juzgado me mandó.

Practicante -¿Vas yendo a todas las sesiones?

O -Hoy tenía que empezar.

Practicante -¿Estás dispuesto a ir?

O -Sí.

Practicante -¿Tenés que hacer un seguimiento por patronato?

O -No sé.

Practicante -¿Qué es lo que te lleva a tomar?

O -La verdad que ni idea (se tapa la cara, al frente).

Practicante -¿Duele la cabeza?

O -Sí.

Practicante -Están esperando a que venga tu hermano o alguien de tu familia por el otro estudio que te tienen que hacer. Hoy es martes, mañana es miércoles feriado, pero el día jueves si te dan el alta podrías venir a psicología.

O -Y ¿dónde es eso?

Practicante -Acá en el Hospital San Bernardo.

O -Y ¿eso para qué es, el psicólogo?

Practicante -Te acordás qué te trajo acá, hay cosas que podes empezar a hablar, tenés ahora a cargo a tu hija.

O -Ah.

Practicante -Para empezar a hablar, para que lo hagas lo mejor posible.

O -(silencio).

Practicante -¿Te sentís nervioso?

O -(Silencio).

Practicante -¿Alguna vez tuviste abstinencia?

O -Saliendo.

Practicante -¿Adentro?

O -Un poco.

Practicante -Bueno O, entonces te esperamos el día jueves en Psicología, entra por la puerta principal del hospital y le preguntas al guardia por el consultorio de Psicología y el te va a indicar.

-Ah.

El practicante en psicoanálisis pregunta a la enfermera sobre qué es lo que se va a hacer. La enfermera responde: *“ahí escribió el psiquiatra”*, menciona que busca darle el alta por el feriado.

En la historia clínica del paciente, el psiquiatra evoluciona: *“Paciente con ahorcamiento con abuso de alcohol. Sin familiares al momento de la evaluación. Refiere “no saber lo que pasó por estar bajo efecto del alcohol.”*

El analista practicante evoluciona en la historia clínica lo siguiente:

“Psicología: Paciente lábil emocionalmente, se cita a tratamiento ambulatorio día jueves a la mañana. Hora 12:20”

Paciente L

Historia clínica

Edad 17 años.

Diagnóstico: intento de suicidio por ahorcamiento.

Paciente ingresa al Servicio de Jefatura de Guardia trasladado por el SAMEC desde su domicilio donde se encontraba ahorcándose con una piola apenas unos minutos. El paciente no colabora con el interrogatorio, ingresa con cuello ortopédico.

Se realiza pedido de interconsulta con Salud Mental, con Otorrinolaringología

No refiere patologías

Cama 7

El médico de sala menciona que el paciente quiere retirarse.

Primero se llama al familiar de L, en este caso la madre a quien se le solicita autorización para que el pasante presencie las entrevistas clínicas llevadas a cabo por el practicante en psicoanálisis. La madre autoriza a las mimas y firma el consentimiento informado.

Luego se le solicita al joven su consentimiento, accede y se comienza con la entrevista.

Entrevista clínica 16-04-2019

Practicante -¿Cómo te llamas?

L -L.

Practicante -¿Sabés dónde estás?

L -San Bernardo.

Practicante -¿Qué día es hoy?

L -Martes.

-¿Qué fecha?

L -Dieciséis de abril.

-Y ¿qué año?

-Diecinueve.

Practicante -¿A qué te dedicas?

L -Estoy haciendo un curso de peluquería y hago tatuajes.

Practicante -¿Estás trabajando?

L -Estoy empezando un curso de peluquería y trabajo haciendo tatuajes.

Practicante -¿Con quién vivís?

L -Padres y hermana.

Practicante -¿Más chica?

L -Sí.

Practicante -¿Tenés novia?

L -Sí, estamos juntos, tenemos un bebé.

Practicante -¿Hace mucho?

L -Tres años.

Practicante -¿Viven juntos?

L -No, ella vive en su casa, yo lo cuido al bebe cuando ella va al colegio.

Practicante -L, ¿Sabés por qué estás acá?

L -Por una tontería que se me pasó por la cabeza. Tengo muchos problemas en mi casa.

Practicante -Cuando decís problemas, ¿a qué te referís?

L -No sé cómo explicar, no sé cómo explicar.

Practicante -Como puedas, empezá con lo primero que se te ocurra.

L -No me puedo llevar bien con mi mamá. Por eso yo trato de irme de mi casa. Por eso yo trato de irme de mi casa.

Practicante -Tratas de irte de tu casa. Y ¿desde cuándo?

L -Desde hace poco, porque dejamos de pelear con mi mamá. Yo le dije que la iba a dejar de hacer renegar. También ella está enferma.

Practicante -¿De qué está enferma?

L -Ella tiene depresión creo que tiene, pero ya está curada, está tomando pastillas.

Practicante -¿Dónde hace tratamiento?

L -En el X, pero ya no va.

Practicante -Y ¿qué pasó L?

L -Tuvimos una pelea por así decirlo. Yo creo que a ella le molesta que yo ande, que salga.

Practicante -¿Cómo son esas peleas?

L -Son insultos, levantamos la voz. Pero yo no quiero faltarle el respeto.

Practicante -¿Te contenés?

L -Sí, y me voy.

Practicante -¿Tuviste alguna vez impulso a golpear?

L -No, nunca eso. Solo de levantarle la voz.

Practicante -Con tu papá ¿cómo estás?

L -Bien.

Practicante -¿Con tu hermana?

L -Con mi hermana bien, todos me hablan. Están contentos con mi hijo.

Practicante -¿Cómo se llama tu hijo?

L -T.

Practicante -Y ayer, ¿te acordás qué fue lo que pasó?

L -Ayer estaba solo en mi casa. Discutí con mi mamá y me corrió de mi casa y estaba solo y no tenía dónde irme. Tuve la idea de terminar con mi vida porque soy un estorbo para mi mamá.

Practicante -¿Qué te hace pensar que sos un estorbo?

L -Porque no tengo apoyo, siempre estoy solo.

Practicante -¿Por qué sentís eso?

L -Siempre cuando hablan me retan, me dicen cosas, que yo no estoy a cargo de mi hijo, pero yo estoy con él. Me molesta que me digan cosas. No aguantaba.

Practicante -¿Te acordás las frases de esas discusiones?

L -Le decía a mi mamá que me iba a ir con mi hijo sólo, y eso quiero hacer con mi novia y mi hijo. Irme a vivir.

Practicante -¿Cuándo esa idea se cruzó, qué pasó?

L -Primero lo pensé, después lo hice.

Practicante -¿Qué pensabas?

L -Me puse mal, qué iba a ser de mi hijo si no tiene padre, y mi familia sé que no me apoyan mucho, se que se van a preocupar.

Practicante -Y ¿qué fue lo que pasó?

L -Fui a la pieza de mi mamá, me puse la soga, y me colgué, y justo llegó mi cuñado.

Practicante -¿Te despediste?

L -A mi novia no más le dije que me iba a ir

Practicante -¿Qué te acordás?

L -No me acuerdo, porque estaba así como desmayado y me desperté acá.

Practicante -¿Qué pensás de esto que pasó?

L -Me arrepiento de lo que hice.

Practicante -¿De qué te arrepentís?

L -A mí no me gusta ver mal a alguien y bueno yo lo vi mal a mi papá y a mi hermana chiquita.

Practicante -Te arrepentís por ellos.

L -Sí.

Practicante -Y ¿por vos?

L -También, si yo quiero salir adelante, tener mi peluquería.

Practicante -Pero, eso no fue suficiente para que no lo hagas.

L -No.

Practicante -¿Vos tenés tus planes?

L -Sí, quiero salir adelante con mi hijo.

Practicante -¿Cuántos años tiene T?

L -Dos meses.

Practicante -Bueno, ahora yo voy a volver en un ratito para que sigamos charlando.

L -Bueno.

Luego de que el psiquiatra lo asiste, se juntan a hablar del caso con el practicante en psicoanálisis.

El psiquiatra insiste en derivarlo al Ragone. El practicante sugiere que no es conveniente porque le darían el alta automáticamente. El practicante comenta algunos puntos:

-Mucha dificultad en la relación con la madre.

-Tiene un hijo de dos meses.

-La mamá lo hecha de las casa, es un chico que está impotente.

-Nada de lo que hace esta bien para los otros.

-En resumen, se pelea con la mamá, se fueron todos, él se quedo pensando cómo se sentirían los otros si él se muriera. Él piensa esto y va al cuarto de la madre y ahí se ahorca.

Diálogo entre el analista practicante y el psiquiatra

Practicante -Le pregunté si se despidió.

P (Psiquiatra) -De la novia

Practicante -Lo internamos 24 hs.

P- y lo mandamos al Ragone.

Practicante -La mamá está angustiada, él no está angustiado. Lo pensó.

P -Acting con sogá es jodido.

Practicante -Le señalé que ni su hijo ni proyectos fueron suficientes para que no lo haga.

P -Pedimos 24 hs.

Practicante -Déjame ver una entrevista. Es un acting pero además hay una cosa perversa de angustiar al otro porque en él no hay nada de angustia. No pierde el hilo del discurso. El Punto de quiebre es la discusión con la madre. Cae pero no hace caída subjetiva del todo. Va dirigido a la mamá. No veo lógica del pasaje al acto, esto de la caída total, sin el Otro. Él se queda pensando qué le pasaría a ellos qué sentirían ellos.

P -Tiene dos hermanas, una chiquita y la otra grande. Mamá y papá. Un hombre con intento de suicidio por ahorcamiento es un riesgo elevado. Él dice que se quiere ir, que lo quiere ver a su hijo

Practicante -Tiene dos meses su hijo.

P -Él tiene planes estudia peluquería, quiere poner su salón, habla de su señora.

Practicante -Sería bueno una segunda entrevista para definir.

P -Para la psiquiatría con su situación tiene un riesgo elevado. Ahorcado suma 4 de riesgo.

Practicante -Veo una cuestión perversa, no como estructura, sino como rasgo. Dejarlo acá también puede ser avalar el acting. Tiene recursos.

P -Fue muy impulsivo.

A -No fue tan impulsivo.

P -Son momentos, tampoco calculó tanto.

Practicante -No está la marca de la ahorca.

P- Y los ojos están bien. Tienen quemado cuando se ahorcan por lo general. (Le comenta al pasante).

Practicante -La madre si está angustiada.

P -Yo no entiendo porque no la quiere a la nuera.

Volvemos al Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Deciden que una opción oportuna es darle 24 hs de internación y mañana volver a entrevistar.

Volvemos con el practicante en psicoanálisis al Servicio de Jefatura de Guardia.

Se evoluciona en la historia clínica la indicación de tratamiento psicológico, se destaca que no representa riesgo para otros, no presenta impulsividad, ni presenta angustia. También se destaca que no hay antecedentes de consumo.

Entrevista clínica con el padre de L

Practicante -Cuénteme ¿qué pasó?

Padre -Ayer me sorprendió, yo estaba en el trabajo. Pensé que era una broma pero es la primera vez que él hace así. Más allá de que él tiene problemas con su mamá. Tiene un bebe y hay recalco mas por parte de su madre que lo atienda y trabaje.

Practicante -Y los problemas con mamá ¿tienen que ver con su hijito?

Padre -No, el tema es que no hace caso.

Practicante -¿Esto fue hace mucho?

Padre -El bebé tiene un mes.

Practicante -¿Noto algún cambio en la conducta de L?

Padre -Sí, él no sabe para qué lado correr. Si estar con ella (novia) o estar en casa. Pero yo pienso que la solución es que él salga a trabajar.

Practicante -¿Él está trabajando?

Padre -Estaba trabajando, dejo de ir.

Practicante -¿Por qué?

Padre -Y bueno ya se empacó, y bueno discutió con su mamá. Se enfrenta con su mamá y ahí empezaron los problemas.

Practicante -¿Qué piensa usted de lo que pasó?

Padre -Me parece raro. Nunca le pegó ni a ella ni a sus hermanas, solo era de levantar la voz por eso me llama la atención.

Practicante -Bueno, por prevención vamos a pedir que se quede 24 hs para que se calme, evaluar el riesgo. La indicación cuando se le dé de alta va a ser tratamiento psicológico para que él pueda adecuarse a sus emociones, preguntarse por lo que lo llevó a esto, y así evitar otra situación similar. No hay que dejarlo solo, ni con elementos cortantes, ni con medicación, por un tiempo. Y estar atentos a cualquier cambio de conducta.

El practicante me comenta: Se ve que L se queja de los otros, pero tampoco consciente a lo que dicen.

En la historia clínica de L, el practicante coloca:

Se inicia evaluación psicológica, el paciente se encuentra frágil, globalmente orientado, cuerdo de contenido de pensamiento.

Sin impulsividad al momento de la presente entrevista. Sin antecedentes en relación a conductas auto lesivas.

Existe conflicto parental con la madre, sentimientos de frustración e impotencia, oposición a las reglas familiares.

Por lo evaluado y en virtud de riesgo inherente se solicita permanencia institucional por 24 hs.

Se dan pautas de alta y cuidado a su padre.

Al día siguiente (17-04-19), a las 8:05 aproximadamente, el pasante y el practicante en psicoanálisis se dirigen al Servicio de Jefatura de Guardia para ver a L para seguir con las entrevistas clínicas. Cuando llegan notan que no se encuentra en la sala, el practicante pregunta por él y le informan que se encuentra internado en clínica médica de varones, dentro del hospital. Entonces, ambos se dirigen hacia allá.

Una vez allí, el analista practicante pregunta a las enfermeras por él y le comunican que pidió el alta voluntaria a las una de la mañana. Lee en la historia clínica que el paciente firma el acta voluntaria. En la misa dice: *“se habla con los familiares, el hermano y padre sobre los riesgos sin la valoración psicológica. Se piden dos testigos que se hagan cargo ya que corre riesgo su vida. (Testigos: padre y hermano).”*

El practicante le comenta al pasante lo siguiente: *“El paciente con intento de suicidio no puede firmar su alta voluntaria, solo puede hacerlo la familia. En el acta de alta voluntaria se firma que se niega a recibir tratamiento.”*

El analista decide llamar a su casa y citarlo al hospital.

El practicante en psicoanálisis asienta en la historia clínica que no se pudo completar el tratamiento por alta voluntaria, pone el horario 8:20. Se llama y cita a sus familiares. Se le informa a la madre que su hijo está citado para el lunes a la mañana.

Llama a su casa, atiende su madre, y le dice que se había indicado 24 hs de internación a su hijo por riesgo inherente por lo que había sucedido, como medida de prevención para seguir con la evaluación psicológica por el riesgo psíquico. Se le informa sobre el alta voluntaria y que firmó su hermano y padre. Se le comunica que la evaluación no quedó completa. Se cita a L a las 8:00 del día lunes, en el consultorio 15 de Psicología.

El practicante le señala al pasante que con este acto busca que el sujeto se implique de algún modo, que vea que hay consecuencias de lo que hizo, no a modo de castigo súper yoico, sino de responsabilidad. Y destaca que se puede ver como con su acting está manipulando a todos. Además, dice que es aconsejable poner la hora en las historias clínicas para que vean que volvimos a verlo a las 8:20 hs y no a las 12hs.

Ambos vuelven al Servicio de Psiquiatría y Psicología, y el analista practicante completa una ficha de notificación suicidio-intento de suicidio. La misma se envía a guiaf (Grupo Interdisciplinario de Abordaje en Episodios de Suicidio e Intento de Suicidio). Se manda a través de epidemiología.

Se pone X70 (Diagnóstico del cie 10) (suicidio lesión autoinflingida por ahorcamiento).

En observación se coloca: en virtud de alta voluntaria firmada por familiares.

L no viene a su cita con el analista practicante.

Paciente X

Historia clínica:

Diagnóstico: síndrome convulsivo.

Ingresa al Servicio de Jefatura de Guardia trasladada por la ambulancia desde su domicilio, tras sufrir un episodio de pseudocrisis a las 14 hs. Sufrió una caída de su propia altura.

2016 asistida por el neurólogo.

2017: antecedentes de crisis convulsivas y episodios de violencia de género. Estuvo en un hogar para mujeres maltratadas.

El 22/04/2019 ingresa por síndrome convulsivo. Paciente encontrada en su domicilio, con pérdida de conciencia por probable crisis convulsiva.

Refiere conflictos familiares, pérdida de un familiar. Mareos y excitación psicomotriz. Crisis vs. Pseudocrisis. Toma Alprazolam.

Entrevista clínica

El practicante le solicita a la paciente su consentimiento para que el pasante presencie las entrevistas. Ella accede y comienza la entrevista.

Practicante –Usted ingresó ayer, ¿se acuerda por qué?

X –No me acuerdo. Yo estoy a cargo de mi mamá y hace un año y medio falleció mi hermanita invalida. Me shockearon. Somos cinco hermanos y desde que llegué me dijeron hacete cargo.

Practicante -¿Desde dónde?

X –Del trabajo que me dieron. Han entrado a la pieza y me han violado. Mi hermano me pegó. Yo estaba saliendo con un hombre, al principio era amor te quiero fue pasando el tiempo y fue cambiando me metió un cachetazo. Me dice que vas a ir a tu casa, nadie te va a recibir. Pero me fui con mi mamá.

Practicante – ¿Cuándo pasó eso?

X –Fines de marzo de este año.

Practicante –¿En qué año estamos?

X –En el diecisiete pasó. Me dejaba con llave y se iba el fin de semana. Agarré y llegué a la casa de mi hermana. Estaban todos reunidos ahí. El hijo de mi hermana consume droga, está preso. Mi mamá estaba mal por el fallecimiento de mi hermana. No

fue ninguno de mis hermanos. Tengo que ser fuerte ella no quiere que me vaya. Tengo mis hijos grandes cada uno con sus negocios.

Practicante –¿Usted tiene hijos?

X –Sí.

Practicante- ¿Cuántos?

X –Tres. Esto fue antes de la fiesta.

Practicante –Y su hermana, ¿cuándo falleció?

X –El ocho de enero del diecinueve.

Practicante –¿Este año?

X –Claro. Ayer la fuimos a ver con mi mamá.

Practicante – ¿Usted está trabajando?

X –Tuve que dejar el trabajo y estar con ella. Tuvo un ACV. Ella se cayó. Mi padrastro toma. Usted no tiene derecho a decirle así a mi mamá, le dije. Se burlaba juajujua. “Que me van a hacer algo con mi edad”. Antes de ayer se ha caído también. Que voy a hacer. Ir a ciudad judicial que me digan bueno X tenés que hacer esto. Cuando yo trabajaba me hice hacer una piecita y vivía ahí. A cargo estaba mí otra hermana de la chiquita inválida y mi mamá se quejaba de que no la cuidaba y me quedé pensando que puedo hacer yo. Mi papá se metía puta grita.

Practicante – ¿Es violento con las dos?

X – Sí con las dos. De palabras y de golpes. Y un día tuve que llamar a la policía. Díganle ¿Qué es lo que quiere de mí? Conmigo no va a conseguir, conmigo que no se meta, no me toca ni un pelo. Se metía adentro y decía “Aleluya Virgen Dios jajajaja”.

Practicante -¿Esto estás viviendo ahora?

X – Sí.

Practicante – O sea ahora usted no trabaja, vive con su mamá y su padrastro.

X – Sí.

Practicante – ¿Está en pareja?

X – No. Si alquilo a un hombre en esa piecita que yo hice hacer ahí. Y es un pesito que entra. Padre dice a mi tráigame dos cajas de vino. Mi mamá reniega, le digo vení, no te quedés ahí. Este día me ha consumido la situación de la fiesta del Milagro.

Practicante - ¿La fiesta del Milagro?

X –Ve, la fiesta de Pascua.

Practicante - ¿Qué planes tiene para usted?

X –Yo quiero irme a trabajar. Conseguir un trabajo, lejos pero mi mamá no quiere. Y ¿Qué voy a hacer con mi mamá? Mis hermanas no la cuidan. ¿Qué es lo que hice? Están enojadas porque el padrastro es hermano del novio de ella. Salen a favor del tipo porque tiene fincas. Una noche llegó un hermano de mudanza, las otras viven en el Autódromo. Agarran y dijeron acá me voy a hacer una casa yo. Están esperando a que cerrés los ojos.

Practicante – ¿Cuántos años tiene usted?

X –Yo tengo cuarenta y tres. Falleció la más chica.

Practicante -¿en qué orden de los hermanos estaría usted?

X –Yo vengo a ser la tercera. Me vinieron a culpar. Se enteraron que la chiquita falleció. Yo la traje aquí. Anda decile a que vos la acompañas al Anses a cobrar, si vas vos yo no, yo con ella. La tratan mal. A la madre tienen que tenerle un poquito de respeto. No le dijeron nada a mi mamá que el hijo estaba preso.

Practicante –¿Por qué?

X –Por droga y por matar a pedradas a alguien.

Practicante -¿Fuiste al colegio?

x- Eh lo que pasa, complicada. Yo fui a parar a una familia de evangélicos, muy buenos conmigo. Fui al colegio.

Practicante -¿Terminaste?

X –No.

Practicante -¿Hasta dónde hiciste?

X –Primer año no más.

Practicante – Cuando te pregunto por vos hablas de tu mamá, una cosa es tu mamá y otra sos vos.

X –Yo no sé qué voy a hacer. Tengo mis hijos pero yo no quiero ser una molestia. Eso es lo que yo no quiero.

Practicante – ¿Estás haciendo tratamiento?

X –Lo tenía a uno.

Practicante –Un psicólogo.

X –Si, a él lo vi acá cuando me golpeó el hombre ese y después no lo vi más.

Practicante - ¿Vos podés venir una vez por semana?

X –Sí.

Practicante – Y que te parecería tener tu espacio para hablar y trabajar tus cosas.

X –A la tarde puedo. A las cuatro.

Practicante -Yo te voy a dejar una derivación. Y ¿Cómo te sentís para ir a casa?

X –Bien. No sé qué habrá pasado por qué me vine a internar.

Practicante -¿Qué es lo último que te acordás?

X -Me desmayé en la cama. Antes le dije a mi mamá van a venir como cuervos, están esperando que te mueras. Mi padrastro también es igual que ellos.

Practicante -Que importante pensar que quiere cada uno.

X –Claro porque yo ahí en la pieza me quería poner un kiosquito.

Practicante –Ah bien ¿y?

X –Y mi padre pidió un préstamo y mi mamá sufrió un ACV y le digo cómo la va a sacar, eso está mal. Mi mamá no quería hacer la denuncia, no sé cómo la voy a llevar. Que él haga lo que quiera, mientras tanto yo la voy a cuidar. Una madre para mí es (silencio) más que yo esto con ella. El tipo al hace tomar. Ahora sabe que estoy yo y entonces, se comporta mejor. Un día le quiso gritar, y le digo no se le grita a las mujeres, se las respeta. Un día trajeron remedios de mi hermanita y una noche gritaba y algo le duele. Agarre la traje al hospital. Antes que fallezca, le hicieron estudios y el médico me llamó y me dijo “¿como la van a dejar así?, se tienen que fijar”. Mi hermana que es la apoderada de ella no la cuidaba.

Practicante- Bueno pareciera que usted se dedicó a cuidar a su mamá, a su hermanita, logró poner un alto a esta situación de abuso. Sin embargo, habría que empezar a pensar que quiere para usted.

X –En mi mente no tengo nada y mis hijos me decían ponete un kiosquito ahí para que estés con la abuela.

Practicante –Bueno vamos a dejar hasta aquí. Aquí tenés tu turno para la psicóloga, para que vayas a la tarde.

X –Bueno.

Se evoluciona en la historia clínica lo siguiente:

Salud mental. Se empieza evaluación psicológica. La paciente se encuentra vigil, parcialmente orientada temporo espacial. Presenta dificultad en la organización de las ideas. Discurso desorganizado, pensamiento concreto. Presenta rasgos de dependencia y desvalorización. Recursos simbólicos empobrecidos. Reactivación de situaciones vivencias de manera traumática durante la entrevista. Se indica tratamiento psicológico.

Comentarios del practicante en psicoanálisis:

Tiene una cuestión no elaborada, recursos empobrecidos, pensamiento concreto, falta de instrucción, vivencia familiar endogámica. Parece que hubiera una reactivación de

una situación traumática, se desorienta temporalmente, habla del año diecisiete como si fuera este año y lo hiciera ahora.

El practicante habla con el señor al que la paciente le alquila la piecita, y éste le comenta que la encontró al regresar a su casa a las 12hs, en su cama con baba, mojada la boca y llamó a la ambulancia. El analista practicante le menciona sobre el turno que le dio a la paciente.

Paciente B

Historia clínica

Ingresa al Servicio de Jefatura de Guardia trasladada por el SAMEC

Diagnóstico: Consumo de pasta base. Golpeada por otra chica. Y mordida por un perro.

Edad: 34 años.

Entrevista clínica

Practicante -Buen día.

B -Buen día.

Practicante -¿Qué ha pasado?

B -Me golpearon en V, personas que creían que yo era otra, se confundieron, me golpearon. La chica esta se llama E. Que estaba consumiendo yo en ese momento.

Practicante -¿Consumís?

B -Sí, volví a recaer, yo quiero volver a ser como era antes.

Practicante -¿Cómo era antes?

B -Vivía en V, todo el tiempo me drogaba, andaba golpeada pero salí adelante, me recuperé y volví a recaer.

Practicante -¿Cuándo pasó eso?

B -Fue en diciembre en las fiestas de navidad discutí con una amiga que tiene la guardia de mis nenas.

Practicante -¿Se las dio la justicia?

B -Sí y yo también porque la conozco estuve viviendo con ella, en su casa con su mamá, estuve trabajando en una agencia de tómbola. Justo un día me dijo que yo iba a dejar de trabajar y me fui sola y la debilidad me ganó, nos peleamos.

Practicante -Es decir te fuiste a vivir con ella, tenías trabajo, tus hijas. Y ¿de repente qué pasó?

B -Ella me dijo que me vaya a vivir sola.

Practicante -Y ¿qué pasó ahí?

B -Ella se puso en pareja y quería estar con ella.

Practicante -¿Había celos?

B -Sí.

Practicante -Y ¿vos estás en pareja?

B -Me pelié con mi pareja por esta mierda de la droga.

Practicante -El tema de perder, esto de las drogas.

B -Siempre me hace perder a alguien.

Practicante -¿Hiciste tratamiento?

B -Sí. Yo no sé cómo deje, estaba embarazada de seis meses de mi nena de seis años, y yo desde y deje, no sé cómo.

Practicante -¿A dónde ibas?

B -A un centro de rehabilitación con una psicóloga.

Practicante -¿Cómo trabajabas con ella?

B -Bien, no sé. Te voy a ser sincera, no me servía, yo entraba y me decía como te sentís y eso era todo. Y yo quería charlar de otras cosas.

Practicante -Y ¿nunca le dijiste quiero charlar otras cosas?

B -No, no me animaba.

Practicante -Me da la impresión que te estás evadiendo.

B -Tengo muchos problemas, cosas de mi pasado.

Practicante -¿Cómo vuelven esas cosas?

B -Cuando me insulta mi pareja. Me dice que soy sucia porque me drogo.

Practicante -¿Eso te trae recuerdos?

B -(Llora).

Practicante -¿Son intolerables para vos?

B -Yo no la quiero perder, ella es muy buena.

Practicante -¿Tenés más familia?

-(Silencio).

Practicante -¿Papá?

B -No.

Practicante -¿Mamá?

B -Sí, está ciega.

Practicante -¿Hermanos?

B -No.

Practicante -Tenés a tu pareja y a tus hijas.

B -Y a mi mamá.

Practicante -El tema es ¿qué relación querés tener vos con ellas?

B -(Llora). Quiero tener una buena relación, volver a trabajar, quiero tener a mis hijas. ¿Y si me drogo?

Practicante -Ahí perdés, como decís vos, te perdés, te vas de todo.

B -(Llora).

Practicante -Bien, ¿qué querés hacer?

B -Yo ahora, lo primero que quiero es abrazar a mi mamá, pedirle perdón, abrazarla. Ya le pedí perdón a mi pareja y me dice “yo ahora no quiero nada con vos. Quiero ver los análisis.” Y salieron bien. Y se los voy a mostrar. No quiere volver. Me hace sentir rechazada. Y después quiero tomar empezar a hacer secciones o algo quiero volver a tenerla.

Practicante -¿Qué estás dispuesta vos a poner para lograr eso?

B -Dejar la droga, empezar a trabajar, empezar a hacer terapia psicológica, porque yo soy el problema.

Practicante -Ah bien, ahora vamos.

B -Porque siento que estoy bien y después mal.

Practicante -Tenés que desintoxicarte ahora.

B -Tengo que desintoxicarme, pero en otro sentido, con uno mismo. Limpiarme lo que tengo adentro querer cambiar.

Practicante -¿Vos te das cuenta que querés olvidar pero te vas, evadís? Sin embargo, volvés de eso y esa sensación es más fuerte, y después sentís culpa y sensación de que perdés. Entonces, ¿qué creés que te puede ayudar?

B -El amor, el amor a la familia.

Practicante -El amor es ida y vuelta, ¿qué vas a poner vos para sostener ese amor, esa familia? Los hijos necesitan de una mamá que los cuide.

B -Sí, quiero ocuparme de mis hijas.

Practicante -¿Cómo sería ocuparte de tus hijas?

B- A una la llevaba a la escuela, y a la bebe la llevaba a curaciones. El día lunes se la doy a la chica hasta el martes, y no volví a buscarla hasta hoy.

Practicante -O sea que vos sabés que necesitan de cuidados de una mamá.

B -Sí.

Practicante -¿Estás dispuesta vos a asumir eso rol?

B -Sí.

Practicante -Eso hay que ir construyendo día a día.

B -Si hoy en día elijo ocuparme de mis hijos y no salir a drogarme.

Practicante -Pero, ¿qué te ayudaría a sostener esa situación?

B -¿Qué me ayudaría?, un tratamiento.

Practicante –Vamos a hacer lo siguiente, nos vamos a comunicar con el CEDIT, el centro de rehabilitación para que puedan darte un turno, porque ellos están especializados para atender y trabajar con la rehabilitación de personas que consumen. Y la idea nuestra es que te ofrezcan un buen tratamiento. Te diste cuenta de lo que querés y de lo que sabés.

B –Sí.

Practicante -Cuando te den el alta, ¿a dónde vas a ir?

B -A la casa de mi ex pareja.

Practicante -¿Te vas sola?

B -Sí, me dijo que me dejaba plata para el remis.

El analista practicante se comunica con el CEDIT, consigue turno, se lo da, deja todo asentado en la historia clínica.

Me comenta lo siguiente:

La intervención apunta a qué va a poner ella para sostener su familia, conseguir trabajo. Sería distinto a lo que los otros le dan. No sirve decirle vas a perder a tus hijos a modo superyoico. Ella está totalmente caída del Otro social y no porque el Otro la expulse, ella hace para terminar así.

Entrevistas Clínicas realizadas en el Servicio de Jefatura de Guardia y en Consultorio Externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología

Paciente C

Entrevistas clínicas en el Servicio de Jefatura de Guardia.

Historia Clínica

Box 3 de sala de mujeres

Ingreso 20/5/19

32 años

Diagnóstico: intoxicación medicamentosa, intento de suicidio.

Ingresa al Servicio de Guardia con suero. Fue trasladada por la ambulancia del SAMEC desde el domicilio a la guardia del hospital por ingesta de un medicamento.

Se pidió Laboratorios y la asistió el psiquiatra quien colocó en a historia clínica que la paciente estaba sedada por efecto de la ingesta de medicación, por lo que no pudo realizar la evaluación correspondiente.

Figura una Interconsulta con salud mental solicitada por el médico de de sala.

El profesional psicólogo pregunta al jefe de sala de mujeres por dicha paciente. Él le contesta que tomó un antidepresivo y que no se sabe si es de ella o de la familia.

Alrededor de las nueve, como la paciente no se despertaba aún, se colocó en su historia clínica desde el Servicio de Psiquiatría y Psicología, que por estar bajo efecto de la medicación, continúa aún en condiciones de ser evaluada por la especialidad. Y que no se encontraron familiares para ser evaluados. Y además, se coloca que la paciente no puede retirarse sin acompañamiento familiar o con responsable.

Hacemos llamar a algún familiar con el guardia. Estaba la mamá de C, nos presentamos, le digo que soy alumno pasante, le solicito su consentimiento, y que el profesional Psicólogo le iba a hacer una entrevista por lo ocurrido con su hija.

Entrevista clínica con la madre de C

Practicante -Buen día, por el ingreso que tuvo su hija, necesitaba hablar con algún familiar para que me cuente qué pasó.

Madre -Mi hija es casada, tiene dos nenitos, una nena y un varón. El varoncito con capacidades diferentes, no habla y no camina, está con su tratamiento. Ella vive con problemas de pareja desde el año pasado. Un divorcio muy conflictivo con el padre, hubo violencia y se hizo la denuncia, y el también le hizo la denuncia y los chicos, bueno. En principio él pidió la cautelar, él se había ido del hogar por problemas, volvió y la situación se volvió insoportable. Usted me dirá, dos personas que se odian creo yo no pueden estar juntas. El 6 de marzo, le tocó la exclusión, se fue de la casa. Y tuvieron la mediación, y en mayo se cae la cautelar, y ella queda en la casa con los niños. Lo único que no hubo acuerdo en lo económico. Ella pide una cantidad, él dice que no. Yo no vivo con ellos, trabajo de lunes a viernes. Yo no vivo, voy todos los fines de semana o feriados largos. No puedo saber lo que pasa en el transcurso de la semana. Me cuenta si lo lleva a fono el señor que vino a verla, es del transporte. Ayer me quede a dormir, me vine a trabajar. Aparentemente estaba todo bien y mi amiga habló con ella y le dijo que tenía la presión baja. Y a la tarde fue la sorpresa, la llamé, me atendió la nena, me dice si mi mamá se fue; y me llama este señor y me dice “M, se mandó una cagada”. (Suenan el celular) J estoy con el Psicólogo no puedo hablar (corta la llamada). Es el padre de mis nietos.

Practicante -El doctor me dijo que estas pastillas no se pueden conseguir si no es por receta, porque tiene efectos adversos colaterales como fobia e intentos de suicidio. ¿Ella ha consumido antidepresivos, ella estaba en tratamiento?

Madre -No para nada. En todo este tiempo entre peleas y divorcio el juzgado los puso en tratamiento psicológico al padre y a mi hija. La realidad cual es, mi hija lo lleva a fono, a fisio, le da de comer, de 14 a 18 horas para que pueda hacer el tratamiento. Tendría que ver con quien dejarlo para ir al psicólogo. Yo le digo C eso te va a servir, “no es que no puedo”. Ella no es una criatura, yo no puedo estar diciéndole que vaya, va eso es lo que yo creo.

Practicante -Mmm.

Madre -En todo este tiempo de peleas, yo entiendo que pudo estar mal. Yo madre que digan me van a quitar mis hijos... yo digo como pasó lo de la mediación, ganaste, entonces ¿por qué hacer esto?

Practicante -Mmm ¿qué piensa usted?

Madre -Yo tengo un carácter, digamos soy bien jodida. Entonces, a mí se me pudo haber ocultado, no le digas a la mamá, soy consciente de que se me pudo haber ocultado. Quizás porque ella no vivía conmigo, se crió con los padrinos pero con la visita mía y yo aportaba lo económico. Vivía en la calle.

Practicante -¿Por qué la dio en adopción?

Madre -Porque cuando la tuve a ella tenía dieciséis años. Yo me crié con mis padrinos, también. No me faltó nada, no tuve carencias, mientras vivía con ellos no tuve carencias. Me quede embarazada, y yo trabajaba en una casa y el matrimonio no podían tener hijos, y hubo un intento de adopción y no se podía, y C se quedó y se quedó con ellos. Esa familia pasó a ser nuestra familia.

Practicante -¿Usted vivía con sus tíos?

Madre -Sí y al lado los que la adoptaron a ella.

Practicante -¿Y el papá de C?

Madre -El padre de C es una relación que fue nada, un acto sexual y nada más. Ella se crió con un papá a su lado. Ella tiene la figura de su padre el que la crió.

Practicante -¿Y el papá de sus nietos?

Madre -Desde el seis de mayo, él no está en la casa. Ella lo llamó por teléfono ayer a las doce del mediodía a J, que fuera a la casa, que no se sentía bien, que tenía un dolor en el pecho, que no podía respirar. Pero, como él no puede acercarse, él la llamó, ella fue, él fue y entonces, ahí fue. Él le cocinó para los chicos, le dijo que no la deje sola que tenía mucho miedo y fue, él comió y se fue a trabajar.

Practicante -¿Notó algún cambio en su conducta?

Madre -C es una persona híper mentirosa, ustedes sabrán interpretar. Justifica todas las macanas que se manda con una mentira.

Practicante -¿Nos cuenta un ejemplo?

Madre -Todo esto se desencadenó el año pasado. Yo le pago la inscripción de inglés de mi nieta, le di la plata de la inscripción y los meses. Y cuando fui a pagar un día mayo, y me dijeron viene a pagar marzo, y me di con eso. No pasa que yo estaba enferma y necesitaba la plata me dijo. Un día me pidió plata, y le digo qué no cobraste la pensión de F. “No lo que pasa es que yo perdí la tarjeta para cobrar y ahora es otro trámite”. Después converse con el señor del transporte y me dice no, si fuimos a cobrar con la tarjeta.

Practicante -Mmm.

Madre -Y el padre de sus hijos la denuncia que ella consume, y no sé, ella dice que no. Y como ella miente, yo no sé. Todo esto fue el año pasado. Se debía colegio, fisio, se debía todo.

Practicante –Todo, mmm.

Madre -Sí. Yo digo que no tenga que depender de su marido económicamente, si él no colabora eso es violencia económica. Y a la gente que le dice nadie me ayuda. Y yo que digo, no puedo comprender si no me cuenta. Su madre falleció en enero.

Practicante -¿No formó una nueva pareja?

Madre -Tiene otra relación que fue a raíz de esto y que para mí fue una conducta indebida porque no funcionaba su matrimonio y no te quiero y no te quiero. (Suena el celular). El teléfono yo lo tengo y no se lo quiero dar. Yo digo en una situación como esa para qué quiere un teléfono. Y se desbloquea con su huella. ¿Para qué?, algo esconde. Y bueno ahora tiene una delgadez extrema, al señor del transporte el nene le dijo “mi mamá no come”. Y la nueva relación que tiene, no está mal una nueva relación pero este no es el momento. Yo le hable y le dije déjalo en stand by hasta cuando termine esto. “Si, si, si, voy a hablar”. Y yo sé que hasta hoy sigue, que miente.

Practicante -¿Con quién vive ella?

Madre -Ella vive con sus dos hijos.

Practicante -Al momento que se le dé el alta, ¿a dónde va a ir?

Madre -A su casa, porque anoche la jueza autorizó para que él ingrese a su casa y cuide a los nenes hasta que le den el alta.

Practicante -¿Quién la va a acompañar?

Madre -Yo pero hasta la tarde trabajo.

Practicante -¿Qué le parece internarla veinticuatro horas?

Madre -Me parece perfecto. Le pregunté ¿cuántas pastillas tomaste?, “tres”. El blíster era de cuatro, pero como no le creo le dije pero el doctor me dijo que es de cuatro. No eso lo tome otro día.

Practicante –Mmm.

Madre -Ella no canaliza conmigo, ella tiene eso que yo si digo algo eso está mal, no es que yo quiera que ella haga tal cosa. Podes salir a un asado pero tenés que volver porque te están esperando tus hijos, tiene que volver. El Viernes Santo ella se fue, “yo voy a salir con mis amigas”. Y yo digo Viernes Santo, y es un día para estar con la familia, no le creí. Pero salió. Yo no sé cómo es, creo que si digo vuelvo temprano vuelvo temprano, ¿o no? “Dejame la llave”. Y no se la dejé y me la traje al trabajo, y la vino a

buscar y la rete: nosotros cuando salimos tenemos que volver porque yo entiendo se cansa de F, de bañarlo, pero le digo por qué no volviste. “Porque había control de alcoholemia no podíamos pasar, no podíamos volver”. Y que, ¿se van a tomar la vida que no podían volver?

Practicante -El hecho ahora es trata de estar, de ayudarla a que no repita esto. Evaluar qué la llevó a esto, y que logre recursos para que no vuelva a hacerlo. O sea que de entrada se indica tratamiento psicológico. Y al momento que se le dé el alta, tiene que acompañarla por un tiempo. En la casa hay que tener ciertos cuidados, ni sogas, ni cables. Si hay un cambio de conducta muy marcado o esto de decir que se quiere matar, la llevan a la guardia del Hospital Ragone, no porque este loca.

Madre -No, no, no. ¿Cómo tenemos que tratarla a ella? Yo estoy enojada, para mí, yo pienso un acto de egoísmo de ella. Yo estoy enojada. Tiene todo, ¿por qué hacer eso? Para mí no es así.

Practicante -Es conveniente, en su momento, no ahora, poder decir esto me enojó. Pero en este momento, toca estar acompañarla, no justificar lo que hizo marcando que hay otros modos. Pero, ahora, toca estar y cuidar a C.

En la Historia clínica el practicante en psicoanálisis asienta lo siguiente:

Se realiza entrevista a la madre de la paciente quien refiere conductas de rebeldía y dificultades con el manejo del dinero y salidas. Manifiesta que la paciente atraviesa un divorcio complejo, violencia de género, y denuncias. Se puede apreciar un discurso rígido, severo, desafectado. Además, alude al fallecimiento de su madre adoptiva. Se dan pautas de cuidado para prevenir otro episodio.

Entrevista clínica con C

Nos trasladamos con C desde la sala de mujeres del Servicio de Jefatura de Guardia a un consultorio de traumatología del mismo Servicio.

Se le comenta que estoy realizando una pasantía académica y le pido si me puede firmar el consentimiento informado, a lo que accede.

Practicante -Por el modo en que vos entraste a la guardia vamos a conversar.

C -Bueno.

Practicante -¿Cómo estás?

C -Soy ama de casa, tengo una nena y un varón, de nueve y diez años. El varoncito con discapacidad, y bueno yo me ocupo de él, me ocupo de los dos pero a él le dedico más.

Practicante -¿Qué discapacidad?

C –Encefalopatía. Y mi hija va a la mañana al colegio y a la tarde a inglés, y yo la llevo y traigo. Vengo de una separación difícil pero creo que todo se va ir resolviendo por vía legal.

Practicante -¿Por qué estás acá?

C -Porque tome unas pastillas de más.

Practicante -¿Qué pastillas?

C -Unos antidepresivos.

Practicante -¿Por qué las tomas?

C -Yo las tomaba antes, es un antidepresivo y para dormir.

Practicante -Estas pastillas ¿te las receto alguien?

C –Sí.

Practicante -¿Estabas en tratamiento?

C -Sí. Pero, deje. Estaba con una psiquiatra particular. Pasa que ella me dio una muestra, tenía que hacer un tratamiento de seis meses. Me dio la muestra que me iban a durar veinte días y después de eso íbamos a continuar pero, como yo deje el tratamiento por eso tenía el blíster. Cuando me sentía mal tomaba.

Practicante -¿Cómo es sentirse mal?

C -Es una sensación de angustia, taquicardia, miedo constante de estar sola, algo desesperante, no lo puedo manejar.

Practicante -¿Y con la medicación te ayudabas?

C -Sí. Y bueno ayer, tomé más de lo que debía tomar.

Practicante -¿Cuántas tomaste?

C –Tres.

Practicante -¿Por qué tres?

C -Tomé uno primero y después dos más, capaz que pensé que si tomaba los tres me dormía más rápido o ya directamente no iba a sentir nunca más nada.

Practicante -Eso de sentir nunca más nada sería morir, ¿lo pensaste?

C –Sí.

Practicante -¿Habías tomado la decisión?

C -No había tomado la decisión pero que pase lo que tenía que pasar.

Practicante -¿Te dormías o...?

C -No me despertaba.

Practicante -¿Estabas sola?

C –Sí.

Practicante -¿Tus hijos?

C -En el colegio.

Practicante -¿Le avisaste a alguien?

C -No a nadie.

Practicante -¿Qué pasó antes?

C -Mi hijo... el señor del transporte me dice te veo re mal ¿estás bien?. Después le mande un mensaje a él veinte minutos, me siento re mal y era esa sensación de angustia, soledad de no saber qué hacer para no sentirme así. Ya está voy a tomar algo le dije. Cuando mi hijo se fue a la escuela, él le preguntó cómo estoy yo, y él le dijo está durmiendo la mamá. Y entonces, él entró porque yo no respondía y llamó al papá de mis hijos y él mando la ambulancia.

Practicante -¿Cuándo apareció esta sensación de ansiedad?

C -No me acuerdo si acontece a un hecho específico, pero si hace dos meses o tres meses.

Practicante -¿Fuiste al psiquiatra?

C -No, antes de la fiesta ya me había ocurrido, y ahí me dio y no volví más. Tenía que hacer el tratamiento pero bueno yo tome la decisión, fue mía, yo sabía que no estaba bien.

Practicante -¿Qué pensás de todo esto?

C -Es como que me pasa que a partir de esto se pueden complicar algunas cosas. Como que mi vida se puede complicar de acá en adelante.

Practicante -¿Cómo sería?

C -Porque tal vez si en algún momento tome la decisión de tomar estas pastillas, en un momento de desesperación tome pastillas, más adelante, ¿cómo podría volver a ser? Si vuelvo a pasar por la misma situación.

Practicante -¿Crees que se puede repetir?

C -No.

Practicante -¿Por qué no?

C -Porque tal vez ahora lo pienso y no era necesario tanto.

Practicante -¿A quién pedís ayuda?

C -No soy de pedir ayuda. Cuando me siento triste no soy de hablarlo con nadie, espero que se me pase, lo olvido pero llega un punto...

Practicante -Mmm.

C -Cuando junto un poquito de esto y aquello, no saber para dónde ir.

Practicante -¿En quién te podés apoyar?

C -En nadie.

Practicante -¿Mamá, hermanos, amigos?

C -(llora) Sí, alguna amiga.

Practicante -Y tu mamá, ¿cómo es la relación con ella?

C -Me visita los fines de semanas, conversamos sobre muchos temas, pero yo no tengo la confianza, nunca la tuve, de decirle me pasa esto, siento esto, no quiero hacer esto.

Practicante -¿Cómo definís la relación con ella?

C -De conocidas.

Practicante -¿No hay afecto?

C -Sí, pero no de madre hija.

Practicante -¿Ese afecto lo sentiste con otra persona?

C -Sí. Mi mamá que me crió.

Practicante -Y ¿ella?

C -Falleció en enero, estaba enferma, yo la cuidaba a la noche venía a verla.

Practicante -¿Cuándo se enfermó?

C -En noviembre, cuando salió de diálisis, la llevaron al O y fue empeorando y no pudo salir de ahí.

Practicante -¿Cómo te sentís ahora?

C -Pensaba en que tal vez había llegado el momento de volver a verla.

Practicante -¿La estabas extrañando?

C -Sí, porque la pienso.

Practicante -¿Cómo era ella?

C -Era una persona trabajadora, exigente muy buena y generosa también. Era buena siempre me inculcó lo mejor. La crió a mi hija también. Si teníamos nuestros roces porque era la dueña de la razón y la verdad pero, siempre fue buena, siempre dio lo mejor.

Practicante -¿Cuándo pensás en ella sentís que surge la angustia en vos?

C -Sí porque había momentos en que la soñaba a ella, volver a donde vivíamos y que no esté en donde hace poquito estaba.

Practicante -¿Con el papá de tus hijos mantienen relación?

C -No tenemos relación.

Practicante -¿Y tenés algún plan para vos? ¿Qué te gustaría hacer?

C -Sí, me gustaría mucho encontrar un trabajo, trabajar.

Practicante -¿Lo intentaste?

C -Sí, dejé algunas solicitudes pero está muy difícil

Practicante -Ahora, esto que pasó, ¿crees que podría volver a ocurrir?

C -Creería que no.

Practicante -¿Por qué no?

C -Porque (llora) no quiero estar acá.

Practicante -¿Acá dónde?

C -Acá en una habitación, en la guardia.

Practicante -¿Qué te hace sentir estar acá?

C -Que estoy mal.

Practicante -¿Vos te ves mal?

C -A veces sí, a veces sí, pero trato de lidiar con eso digamos.

Practicante -¿En qué te ves mal?

C -Anímicamente (silencio).

Practicante -¿Qué representa para vos volver a casa?

C -Estar tranquila, estar con mis hijos.

Practicante -¿Quién te acompañaría?

C -Nadie porque vivo sola con ellos.

Practicante -C, ¿has estado consumiendo algo?

C -No.

Practicante -¿Qué hacés para entretenerte?

C -Para entretenerme, estas últimas dos semanas nos estuvimos yendo con mi hija a casa de una prima, hacemos cosas, vamos a la peluquería, volvemos a mi casa, o si va a inglés sale de inglés y vamos a la psicóloga, o tengo una amiga un sábado nos juntamos comemos algo, nada más que eso.

Practicante -Mmm, ¿has vuelto a formar pareja?

C -No, no surgió nadie.

Practicante -C, ¿vos sabés que sería óptimo que volvieras a hacer tratamiento psicológico? Vos decís no suelo pedir ayuda pero con esta situación de angustia, temor a la soledad que decís, para poder ver de qué se trata esta soledad de la que hablas. Y además, tomaste medicación con la finalidad de dormir, de encontrarte con un ser querido; y ahí hay un duelo que tenés que hacer por tu mamá. A nosotros nos gustaría verte mañana. ¿A qué hora mandás a tus hijos al colegio?

C -Mi hija va a la mañana a las siete hasta las doce, y mi hijo a la tarde.

Practicante -Si tenés que venir acá a las ocho y treinta, ¿con quién lo dejarías?

C -Tendría que consultar con su papá si él puede cuidar a mi hijo.

Practicante -A vos alguien te tiene que acompañar y estar con vos en casa, ¿podría ser tu mamá?

C -(Silencio).

Practicante -¿Quién podría ser?

C -(Silencio) no sé, no me gustaría que este mi mamá.

Practicante -¿Por qué?

C -Porque no, ella siempre ve lo malo, en mi casa está constantemente criticando o diciendo si haces tal cosa por qué lo haces, no tiene sentido una persona que le baja el autoestima a cualquiera; y tener alguien así al lado no me hace bien.

Practicante -Y ¿Quién podría estar?

C -Yo podría quedarme sola.

Practicante -¿Podes venir mañana a las nueve?

C -Sí.

Practicante -Es un compromiso que estás asumiendo, queda registrado en tu historia clínica y firmado por vos. ¿Hay algo que quieras saber?

C -¿Si en algún momento me vuelvo a sentir así?

Practicante -¿Hoy por ejemplo?

C -Sí.

Practicante -Hoy te podés recostar, descansar y si esto no funciona podés salir un rato caminar, y si te sentís muy mal, como eso que decís que sentís angustia, temor, podés ir a la guardia del Hospital Ragone, no significa que estés loca, sino porque ahí hay profesionales capacitados para bajar tu ansiedad. ¿Vos creés que puede volver a ocurrir?

C -No sé, ojalá que no.

Anota en la historia clínica: “Paciente vigil, lucida, ubicada temporo espacialmente. Comenzó tratamiento psiquiátrico antes del fallecimiento de su madre. Labilidad emocional. La paciente refiere angustia, ansiedad y temor a la soledad. Se la cita para el 22-05-19.”.

Comentarios del analista practicante:

Se ve como en momentos de soledad aparece el vacío y cae.

No habla de amigos, de vínculos de afecto. No registra vínculos afectivos de lazo social

Esta la separación con la pareja.

El punto de angustia es la muerte de la madre.

Entrevistas clínicas con C en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología

Primera Entrevista con C 22-05-19

Practicante -¿Cómo estás?

C -Bien. Me costó un poco dormir anoche, me dormí viendo tele.

Practicante -¿Qué costó?

C -Cuando llegué a casa me bañe para relajarme pero me costó dormir.

Practicante -¿Estabas ansiosa, cómo estabas?

C -No estaba ansiosa. Pensé que capas que hubiera sido bueno veinticuatro horas más en el hospital.

Practicante -¿Por qué?

C -Porque el hecho de estar acá rodeada con personas con aquello, con lo otro, pensás que tendría aquella por qué se queja. En cambio, en mi casa sola con los chicos.

Practicante -Acá como que estabas conectada con otra gente.

C -Sí.

Practicante -Y al volver a casa ¿en qué quedas?

C -En como lo mismo.

Practicante -¿Te planteaste hacer de lo mismo algo diferente?

C -Si me planteé hacer algo diferente.

Practicante -Y ¿qué te respondiste?

C -Me gustaría hacer deporte de nuevo pero yo tengo un niño con discapacidad, te comente.

Practicante -Si me comentaste.

C -Entonces, en los horarios en los que él está en actividad o en su escuela, y no tengo quien lo cuide.

Practicante -¿Qué deporte hacías?

C -Yo jugaba hockey en X.

Practicante -¿Nunca pensaste en volver?

C -Sí, pero yo no tengo movilidad y no puedo llevarlo.

Practicante -Y ¿el papá?

C -Él es policía y tiene horarios complicados, y no tenemos mucha relación. Fue una separación difícil, se tuvo que ir de la casa. No quedamos en buenos términos.

Practicante -¿Podés hablar de esa separación?

C -Sí, nos separamos porque me cansé de querer salvar algo que no funcionaba. Estuve diez años con él, dos de casada. Cuando nació mi hijo con este problema yo nunca tuve el apoyo de él. Ir a médicos, a control, era yo, yo, yo. Y no tenía el acompañamiento de él. Los fines de semana eran para él, sus pescas, amigos, nosotros nada. Y lógico que el domingo iba a querer descansar. Nunca compartimos nada como familia. O venía del médico y le decía y me decía sos una exagerada.

Practicante -¿Él no te acompañó en todo ese diagnóstico?

C -No, él era desde lejos o “ah mira vos capas que no era para tanto”. O cuando mi hijo empezó el tratamiento psiquiátrico decía “esa psicóloga no sirve”. Entonces, me cansé de esperar algo que nunca iba a llegar. Tuvimos un conflicto y decidí abrirme de él. Y cuando él quiso volver, le dije que no, tuvo diez años para hacerlo y no lo hizo.

Practicante -Cuando decís “decidí abrirme”, ¿cómo lo planteaste?

C -Tal vez no tuve el valor para planteárselo frente a frente, y comencé a tener actitudes para que se dé cuenta que ya no quería más. Después vino y me preguntó y le dije. Y bueno después tenemos problemas. Volvió diciendo que yo no cuidaba a los menores y comenzó una guerra de él contra mí. Y empezamos el tema del divorcio, pero él se quedó en una pieza. “estás loca, necesitas tratamiento psicológico, lo que haces no lo hace alguien normal”.

Practicante -¿A qué se refería?

C -Conocí a alguien y se lo dije, que conocí a alguien que me trataba bien y me hacía sentir importante y querida, no como él. Y yo sabía que si tenía que irme él estaba, entonces salía y me mandaba mensajes diciéndome espero que valga la pena perder tus hijos por una persona. Le decía estoy tranquila porque sé que mis hijos están con su papá y los va a cuidar bien. Cuando vos te vas nadie te molesta, yo los cuido, los baño, y les doy la comida, medicación y por eso te vas tranquilo, sino creo que no te irías. Si te vas es porque sabés que yo si los puedo cuidar. Venía alterado, me decía que sos una enferma, te tenés que ir. Todo eso porque yo me iba. “hace tu vida, se feliz, dejame tus hijos”. Todo esto está en un proceso legal. Si la justicia determina que me tengo que ir me voy a ir, pero hasta tanto no. Entonces, venía pasando una situación habitual. Un día era feriado, le dije yo me voy a ir a la peluquería. Y él tiene un hijo más grande, le dije le podés decir que venga a cuidarlos a los chicos. Y me fui a la peluquería con mi mamá y volví a las diez de la noche y estaba con mi hija. Y yo entre a la habitación para sacar ropa y me dijo “vení estemos juntos”. No le dije, vos sabés porque estás aquí. Ah ¿qué me tengo que acostar con vos para que me des plata? No. Y empezamos a discutir. Mi hija salió. Y le

dije que no quería tener trato con él y fue y me denunció. Y pedí la exclusión del hogar. La convivencia era insostenible. Y después de un mes y medio se fue. Fue una situación difícil para mí y los chicos y para él.

Practicante -¿Hay un divorcio?

C -Sí

Practicante -¿Continuás en pareja con esta otra persona?

C -Mmm, no sé.

Practicante -¿Por qué?

C -Yo lo vi a él hace poco la semana pasada, conversamos porque nos alejamos un poco por estos problemas y es como que yo le planteé esta situación y le dije de vernos e ir un poco más despacio, porque no quería tener problemas y que él tampoco. Me dijo que entendía. Y como que se enfriaron un poco las cosas. Él es una persona muy celosa.

Practicante -¿Es más grande?

C -Cuarenta y dos años. Yo lo conocí a él hace diez años, trabajábamos juntos. Tuvimos una historia que no se pudo concretar. Y después, nos volvimos a encontrar y pensando que él estaba solo, y yo también, podríamos intentarlo. Y él es una persona muy celosa, él me dijo tenés que ser sólo mía y no podés hacerlo.

Practicante -¿Hacer qué?

C -No sé.

Practicante -¿Qué implica ser sola de él? ¿Te lo preguntás?

C -Por sus actitudes, los mensajes, si pasan once minutos me dice ¿recién me respondes? Y por eso le doy el celular a mi hijo para que juegue, y por eso tardo en responderle. O por ahí estoy en la cocina. “no me respondés el teléfono, me dejás al medio de una conversación”. Y le digo si no te respondo un mensaje puede ser porque me dormí, estoy con mis hijos, pero por eso.

Practicante -Claro, es algo que ocurre a diario. ¿Estás dispuesta a ese tipo de relación?

C -No sé, no estoy dispuesta a que nadie maneje mis tiempos, actividades, mis amigos.

Practicante -Y ¿tu ex pareja?

C -Jamás. Él nunca me controló, siempre salía y todo bien. Y de repente estar con alguien que si es como que muy fuerte, no sé.

Practicante -De un hombre un poco indiferente en su mundo a un hombre demasiado presente.

C -Entonces, hace mucho tiempo que dejé de juntarme con mis amigas y hacer deportes. Él me decía “ah tenés tiempo para hacer deporte y no para mí”. Y le dije que no me ponga en esa postura de tener que elegir, “ah vos ya elegiste”.

Practicante -Cualquiera de estas dos situaciones pareciera dejarte en el mismo lugar. El otro porque no estaba y éste no quiere que hagas nada. Estar en casa se ha vuelto un problema para ti, ¿qué pasa?

C -Me pregunto, capaz que si lo intento soy lo que esa persona quiere que sea para él. Pero bueno, ahora como las cosas se enfriaron. Yo lo hablé, le dije que los problemas con mi ex pareja estaban resueltos que podríamos estar sin problemas. Y me dijo que se cansó de esperarme, que a mí no me importó lo que hacía y cómo estaba.

Practicante -¿Esto cuándo fue?

C -El viernes.

Practicante -Y a partir de ahí, ¿qué pasó con vos?

C -Bueno es como que empecé a pensar (tose) a pensar que capaz si fue mi culpa, que capaz que él está en esta situación como está ahora. Y yo quiero revertir si es que se puede, si él quiere.

Practicante -Dijiste algo fundamental, si él quiere. Y vos, ¿te planteaste qué querés?

C -Yo sí la verdad estoy muy enamorada y lógicamente si me duele pero (llora) también soy consciente que no puedo obligar a otra persona a estar conmigo (llora) y pienso capaz que sea mejor. Todas mis amigas me dijeron que él es una persona que no me haría bien.

Practicante -Mmm.

C -Pero no sé, me pregunto muchas veces si podría. Y creo que eso fue un gran detonante de tomar la decisión que tome ayer.

Practicante -¿Esto tiene que ver con la soledad que hablabas ayer?

C -Sí (llora).

Practicante -Sobre esa decisión, ¿Qué pensás?

C -Pienso tal vez, en cualquier otro momento, si podría volver a tomar la misma decisión.

Practicante -¿Por qué?

C -Porque me siento y me pasa que realmente a pesar de tener una familia y dos niños, siento que no podría vivir sin esta persona a mi lado (llora).

Practicante -Mmm.

C -(llora, silencio)

Practicante -Y ¿cómo querés vivir con esta persona a tu lado?

C -Como antes, compartiendo momentos, saliendo. Compartíamos muchos momentos nosotros. Cada vez que podíamos dos o tres veces a la semana.

Practicante -¿Esta persona se enteró de lo que pasó?

C -No.

Practicante -¿No le dijiste, no lo llamaste?

C -No tengo mi teléfono. Cuando me pasó esto, el señor amigo de la familia, le dio el teléfono a mi mamá, y no lo traje.

Practicante -¿Pensás que hay algo que te aferre acá?

C -¿Acá donde?

Practicante -A la vida.

C -Ahora, en estos momentos no.

Practicante -¿Pensás en los chicos?

C -No.

Practicante -¿Qué pensás que puede pasar cuando hables con él?

C -No sé, no lo sé (llora).

Practicante -¿Qué esperás escuchar de él?

C -¿Qué me gustaría escuchar?, lógicamente un llamado de atención y que si que efectivamente me diga que sí podemos intentarlo como antes (tose, llora) (silencio).

Practicante -Mmm.

C -(Silencio).

Practicante -¿Creés que es momento de hablar con él o tal vez sea momento de que vos clarifiques un poco tus sentimientos, lo que vos querés? Tampoco se trata de que aceptes incondicionalmente todo, sino de construir con el otro. ¿Por qué aceptar todo?

C -Nosotros ya habíamos hablado de problemas entre nosotros y los hijos y pero, después e comenzaron a complicar las cosas con el papá de mis hijos. Si bien no tenemos nada, decía aguanta un poco más, y como tenía el apoyo de él. Y después pasó una situación donde él se enojó mucho. Nos fuimos a la pile con mi hija, y él se molestó porque yo subí una foto. Y le dije es una foto que no tiene nada de malo, y me dijo seguro subís esa fotografía para buscar algo. Y no, a mi no me parece subir una fotografía para buscar algo. Y bueno, a partir de eso se enojo, pasaron los días sin hablarme, y me llamó un día a la madrugada para saber si estaba en casa. Y siempre esas cuestiones, veía la última conexión “porque estabas despierta a las seis de la mañana”. Y yo llamo a mi hija

al celular y a veces abro el cel, y “cuando yo te escribo no me respondés, y si te conectás”, o cuestiones de redes sociales “¿para qué ponés eso?”.

Practicante -Esas cuestiones parecen molestarte.

C -Claro, totalmente. Yo tengo amigos, familiares, tengo una vida.

Practicante –Totalmente.

C -Me mando mensajes con mi hija, está en la otra habitación y él “¿con quién te mensajeás? ¿Por qué no dormís temprano?” y con mi hija.

Practicante -¿Cansa un poco no?

C –Sí, cansa contestar siempre lo mismo. Me levanto temprano, llevo a mi hijo. Entre las doce y doce y treinta trato de no tocar el celular para cambiar a mi hijo y cuando él se va, me siento a almorzar a las dos de la tarde. “tanto te cuesta decirme estoy comiendo y listo, a vos no te importa lo que yo siento, me contestás cuando se te da la ganas”; bueno pero cuando yo te llamo a tu trabajo y no me atiendes, no te voy a molestar, espero a que respondas cuando puedas. Y entonces, yo le explico que esto hago todos los días.

Practicante -Exacto, es tu rutina, vos tenés una vida, una vida organizada con tus hijos, tenés tus amigos, tenés tus familiares, tenés cosas que te gustan, tenés el deporte. Y también, tenés esta relación. Me da la impresión que si no aceptás estas condiciones esto se acabe, pero también tenés que plantearte si esas condiciones son las que vos querés. Me gustaría verte el jueves

C –Sí.

Practicante -¿En qué horario podes?

C -A las nueve.

Practicante -Vas a arancelar esto, no te cobran nada, y me lo traes el jueves.

Segunda Entrevista con C 23-05-2019

Practicante -Hola C ¿cómo estás?

C -Bien.

Practicante -¿Cómo te estás sintiendo?

C –Bien.

Practicante -¿Bien cómo?

C -Normal con estado anímico igual que ayer.

Practicante -¿Cómo pasaste ayer?

C -Ayer a la tarde salí a hacer trámites, con mi hija, luego volvía. Entonces, me puse a hablar con el padre de mis hijos sobre un problema con mi hija de por qué hace lo que hace.

Practicante -¿Qué pasó?

C -El papá le revisó el teléfono, leyó una conversación con un compañero que decía que yo había sido abusada, yo era bisexual que había tenido decepciones. Y el papá estaba como loco, me preguntó si era verdad y le dije que no. “Qué hacemos, hablemos sobre esto con la psicóloga, por qué ella miente. Si esto llega a leer alguien afuera los dos podemos tener problemas. En la próxima sesión plantéaselo a la psicóloga y que le diga realmente lo que está pasando.” Entendemos que al ser una separación conflictiva, pero ya pasó tiempo. Ella lo ve a su papá y también tiene apoyo psicológico.

Practicante-Y ¿qué dice ella?

C -No ella no dice, él le dijo anda al baño, se encerró y conversamos con su papá. Y bueno hablar con la psicóloga para ver qué explicación tiene.

Practicante - Tu nena, ¿cómo reaccionó?

C -Se quedó callada y luego se largó a llorar. Su papá le decía “¿me estás mintiendo?, yo le voy a preguntar a tu mamá” y sí, dijo que había mentido.

Practicante -¿Te sorprende?

C -Sí, yo ya había leído conversaciones de el chico este con ella, hablaban sobre del aborto, no me pareció mal pero, yo le dije a ella porqué habla de esos temas que no conoce porque le dije cuando seas más grande y puedas entender recién vas a hablar con este nene que es de séptimo y es un nene grande, vos no podés juntarte con alguien más grande. Me dijo que él estuvo cuando hubo problemas en casa. Compórtate como nena que sos. Y dijo “si yo te prometo que no le voy a decir nada.” Y cosas así. Y el papá encontró y dijo y no sé si es por querer aparentar algo. La psicóloga me dijo que busca un grupo de pares para estar. Hay algo más allá o le miente a la psicóloga o no sé.

Practicante -¿Por qué comenzó a ir a la psicóloga?

C -Con todos los problemas de la separación, nos dijo “ustedes piensan en ustedes y no en lo que yo siento”. Bueno vamos a buscar una psicóloga que te ayude y puedas contarle cosas que no nos podés contar a nosotros. Y ella “sí, yo quiero ir a una psicóloga”. Y tomamos la decisión de llevarla.

Practicante -Sin embargo, esto no te angustia, no te deprimiste, tomaste una decisión, pudieron hablar con el papá.

C -Sí, pudimos.

Practicante -Y pudiste hacerte cargo de la situación.

C -Sí, esto yo se lo planteo a él, es algo que yo cargo. Ya tener una carga como al condición de F y encima sumar esta nueva carga. Vos imagínate que para mi estar todos los días con estas dos cargas es mucho. Y un día lloré y le dije a mi hija yo entiendo que querés estar con tu papá, si no te sentís cómoda conmigo hacemelo saber y ella no que la perdone que no quiere vivir con su papá y le planteo al papá de ellos llega un momento que colapsas.

Practicante -¿Se lo decías a él o un poco a vos?

C -Se lo dije a él.

Practicante -Y ¿entonces?

C -“Si te entiendo, me imagino que no debe ser fácil, pero ahora yo no sé si voy a poder, tengo que lidiar con la madre de mi hija y con mi hija, y son dos personas que tengo que cuidar”. Y le dije yo siento que lo primordial es actuar en esta situación por ellos, y si estás de acuerdo hacemos esto y hablamos con la Psicóloga o cambiamos de psicólogo, capas que no le hace bien.

Practicante -Él dice tengo que cuidarlas, ¿te sorprendió?

C -Sí, me sorprendió.

Practicante -C, ¿hace cuanto sentís a los chicos como una carga?

C -Eh mmm tal vez un poco más de un año, en el momento que caí en que estaba sola, con alguien pero sola y en el momento que quedé realmente sola.

Practicante -¿Te acomodaste a esta situación?

C -Si me acomodé.

Practicante -A lo largo de estos años, ¿dejaste de sentir el peso?

C -No, no lo deje de sentir. Estaba acostumbrada. Esto me tocó y lo tengo que hacer.

Practicante -Mmm ¿qué esperas para tus hijos?

C -Para mi hijo generar una mayor independencia a nivel motriz que sea más autónomo. Y en cuanto a mi hija, que se recupere sea una persona de bien, no cometa los errores que cometimos sus papás. Uno busca ayudarla pero por más diálogo que tenga con otras personas como que no le ayuda.

Practicante -¿Qué crees que puede ayudarla?

C -No sé, ella hizo hincapié en que su papá no estaba en casa. Pero yo le explique que venían pasando situaciones que no eran buenas, y lo mejor era que se vaya, yo sé que esto te duele, pero te acostumbrarás. No se hay tiempo para acostumbrarse.

Practicante -Para procesarlo.

C -Pero, no sé, ella intentó superarlo o demuestra que está todo bien pero no está a la vista que este mal, pero uno descubre ciertas cosas pero de que está mal está mal.

Practicante -Un poco como vos que no demostrás y ¿por qué surge esto de hablar con la psicóloga y no intervenir ustedes como papás?

C -Su papá me dice me siento mal, me duele la cabeza, no puedo hablar del tema. Yo soy de la idea de intervenir en el momento porque nos dijiste eso. O nos miente a los dos o nos dice la verdad. Yo iba a hablar con ella, y me dijo no le digas nada, lo dejemos ahí, hablemos con la psicóloga.

Practicante -¿Hace cuánto que no tenías diálogo con él?

C -Hace más de dos meses.

Practicante -Acerca de lo tuyo, ¿pudieron conversar algo?

C -No, si bueno poco (tose). Me preguntó cómo me sentía, si me siento bien que no me iba a dejar sola, me iba a ayudar, que me necesita, esos chicos te necesitan, a pesar que no podemos vernos yo voy a estar presente para ayudarte, pero tenés que dejarte ayudar.

Practicante -Dejarte ayudar. Eso que se presenta como una carga que ya lo vamos a hablar, él se ofreció a ocuparse un poco más. ¿Cómo podría?

C -Y bueno llevarlo a terapia a mi hijo a la mañana, llevarla a mi hija a inglés y ahí como que me alivianaría las cosas. Yo sé que no lo va a hacer o no sé. Él es una persona que nunca estuvo presente y cambiar eso no es imposible pero difícil.

Practicante -¿Alguna vez le pediste algo concreto, como llevarlo a F a terapia?

C -Si en un momento y me dijo que no tenía cómo llevarlo que busque la manera de hacerlo.

Practicante -Más allá del padre y los chicos, habría que ver ¿con qué tendrá que ver esa carga que estás llevando?

C -Una consulta ayer la vi a mi mamá. Salí alivianada, y cuando salí estaba ahí. Le pedí por mi teléfono y dijo que no lo trajo. Y dijo yo tengo la autorización del profesional para no darte el teléfono.

Practicante -Mmm no.

C -Basta ya, harta que me organice la vida.

Practicante -No dártelo en el momento de la internación, como forma de cuidado, ahora ya transcurridas tres sesiones el teléfono es tuyo.

C -Entonces, yo dije ya basta de organizarme mi vida. Tenés que dármelo porque es algo mío, te estás quedando algo que no te perteneces.

Practicante -Por mí no hay problema que te lo dé, y si quiere venir a hablar conmigo que venga. Pero está bueno que vos empieces a hablar de lo que te pasa y a alivianarte y poner esta distancia con lo que los otros quieren organizar. La idea es que vos encuentres los ejes de lo que vos querés para vos.

C -Si.

Practicante -El próximo turno es el martes a las 7:45

Tercera entrevista con C 27-05-2019

Practicante -¿Cómo estás?

C -Bien, me sentí bastante bien.

Practicante -¿En qué lo notaste?

C -Empecé a replantearme y hacerme preguntas, porque aquello, porque así, en relación a distintas situaciones con mi mamá, amigas, conmigo misma. Porque hacer cosas para hacer sentir bien al otro, si es mejor hacer cosas que me hagan sentir bien a mí. Si el otro quiere compartir que lo haga. El temor y la fuerza de decir yo quiero utilizar ese alcohol no aquel.

Practicante -¿A quién?

C -Ante mi mamá, por ejemplo. Sacarme ese miedo y decir mi postura lo que pienso. Si para mí es no es no, en muchas situaciones. A mí no me parece, es mi vida, la vivo como quiera, pero es mi vida. Soy una mujer de treinta y dos años, no sé si me he realizado, fracase en mi matrimonio, tengo dos hijos y quiero manejar mis cosas.

Practicante -¿Las querés manejar?

C -Sí, las quiero manejar.

Practicante -¿Por dónde empezarías?

C -Primero seguir con este tratamiento y valorarme como persona, ser humano, y de ahí partir con mi hija ponerle límites porque no sé si tengo el carácter de decirle no. Ayer estuvo haciendo tareas hasta la tarde cuando tuvo todo el fin de semana. Es te sentás y lo haces, y no es para que me diga ella tengo tarea.

Practicante -Y ¿en el día a día de ella, vos no estabas presente?

C -A medias, no le revisaba el cuaderno, no es que no me interese sino para que pueda aprender. Quería darle la confianza para que ella sea responsable sola. Cuando le revise los cuadernos, me di cuenta que tenía tareas incompletas. Yo te di la confianza y me fallaste. Ah no, no sabía que tenía que hacer. Sí, sí sabés.

Practicante -¿Qué cosas compartís con ella?

C -Compartimos cuando almorzamos, conversamos, cuando la llevo a inglés, o compartimos una película, o el estar día a día. No tenemos algo específico, por ahí la peluquería.

Practicante -Y ¿con tu hijo?

C -Bueno yo me ocupo de él todas las mañana, de llevarlo y de traerlo, pero no tengo un momento de recreación mas allá de cosquillas en la cama que le hago o salir a caminar. Uno demanda más atención que el otro, pero los dos deberían tener la misma atención. Y uno impone a él y por ahí a ella se la deja porque es más sana.

Practicante -Y ¿ella te demanda atención?

C -Sí, pero estamos acostumbrados. Es que uno es prioridad porque necesita más de otro. Por ahí vamos al cine los dos o vamos en el colectivo y va con el teléfono. Y creo que el teléfono como que ha cortado la comunicación. La tecnología habla por nosotros mismos.

Practicante -Mmm. Tenías una situación con ella la semana pasada.

C -Yo lo hablé con ella, me dijo que no sabe por qué, intenta cambiar o quiere aparentar o ser algo que no es. Pero a esa magnitud de decir esas cosas, el mentís a la psicóloga. “No mami yo quiero cambiar que estés orgullosa de mi, pero no sé porqué lo hago”. Y hay que estar e insistí sino no lo dice.

Practicante -¿Juega solo con el celular?

C -Sí, o se encierra en su pieza y escucha música y baila.

Practicante -¿Amigas?

C -Si tiene una amiguita a la vuelta y se ven un rato en días.

Practicante -¿Alguna vez te acercaste a conversar con ella?

C-Si varias veces, que tenga la confianza de decirme qué siente y me dijo que ella sólo habla con su psicóloga.

Practicante -Es su espacio, bien, y ¿te surgieron preguntas sobre la maternidad, de esto que te venias preguntando vos?

C -Anoche veía una película donde el padre le leía un cuento a su hija y pensaba que le compramos un libro de Harry Potter, y pensaba acostarme con ella y en vez de que ella lo lea, leérselo yo y que sienta que si me interesa, que si me importa.

Practicante -Hacer cosas que la llenen a ella como hija y a vos como mamá.

A -Sí, le leí un libro.

Practicante -Esto de querer ocupar un lugar como madre.

C -Sí.

Practicante -Vamos a dejar aquí, y te voy a dar otro tuno.

C -¿Qué durara el tratamiento?

Practicante -Me parece que hoy no podemos hablar de un tiempo, sino ir viendo como trabajas vos.

C -Y usted cree, ¿cómo me ve?

Practicante -Trabajando, trabajando para estar mejor, así te veo.

C -Te doy un turno para la próxima semana.

-Bueno.

Comentario del practicante en psicoanálisis:

Hoy recién tenemos algo, ella no subjetivo en el dispositivo lo que pasó, su intento de suicidio, recién comienza a implicarse y hay una apertura al inconsciente, el querer saber. Posición frente a la madre, a las cosas, de la maternidad con su hija. En la guardia uno busca que vuelvan, que se enganchen con lo simbólico, pero la urgencia no termina ahí.

La paciente dejó de asistir al consultorio.

Paciente R

Entrevistas clínicas en el Servicio de Jefatura de Guardia

03/05/2019

Historia clínica

Modalidad: Intento de suicidio por consumo de ansiolíticos y antidepresivos.

Ingresa a la guardia trasladada por el SAMEC.

Le pusieron una sonda para sacarle las pastillas y también le administraron reliveran.

La asisten el practicante en psicoanálisis y el psiquiatra, primero uno y luego el otro.

Entrevista clínica con R en el Servicio de Jefatura de Guardia

Practicante -Buen día I ¿sabés dónde estás?

R -Sí, en el hospital.

Practicante -¿Por qué estás acá?

R -Porque tomé pastillas.

Practicante -¿Tomaste pastillas? ¿Qué pasó?

R -Solamente quería descansar de los pensamientos negativos.

Practicante -Descansar de los pensamientos negativos, ¿esos pensamientos como son?

R -Son pensamientos suicidas.

Practicante -¿Son pensamientos o voces?

R -Son pensamientos que si en este mundo estaría o no sería lo mismo. Nadie se daría cuenta.

Practicante -¿Esos pensamientos surgen de repente?

R -Sí, surgen de repente.

Practicante -¿A qué te dedicas?

R -Ama de casa.

Practicante -¿Desde cuándo aparecen estos pensamientos?

R -Desde el primer año que me casé.

Practicante -Contame más.

R -Pasaba la mayor parte del tiempo sola. Vivíamos en el X, mi marido trabajaba, salía a las seis am y volvía a las diez de la noche, y yo pasaba todo el día sola.

Practicante -¿Sola en casa?

R -No soy muy dada que digamos y soy más retraída.

Practicante -¿Cuántos años tenes?

R -Veintinueve.

Practicante -Cuando decís retraída ¿cómo sería?

R -Que capaz que tengo vida pero no quiero que me juzguen mal.

Practicante -¿Nunca compartiste esto con alguien?

R -No, solo con mi papá, mi papá también es depresivo.

Practicante -¿Estás en tratamiento?

R -Si con el doctor N.

Practicante -¿Cuándo lo viste la última vez?

R -Hace un mes.

Practicante -¿Hace cuánto estás casada?

R -Tres años.

Practicante -¿Desde entonces estos pensamientos o aparecieron antes?

R -A los dieciocho habían aparecido. Me repuse, fui a misa y me curé. Y cuando me case volvieron otra vez.

Practicante -¿Cómo era tu vida a los dieciocho?

R -Linda, iba a la secundaria, hacia el último año, tenía varios amigos y sobre todo no pasaba mucho tiempo en casa. La pasaba con mis compañeros haciendo proyectos y eso me divertía, me sacaba de lo que yo pensaba.

Practicante -¿Después del secundario que hiciste?

R -Trabajé.

Practicante -¿Los pensamientos estaban?

R -No.

Practicante -¿De qué trabajaste?

R -De todo, de niñera, empleada domestica, en una pollería.

Practicante -¿Cómo lo conociste a tu marido?

R -En la construcción de un edificio. A mí me gustaba la construcción y estude maestro mayor de obra y lo conocí a él y me pareció que era una persona, no me fijo en lo lindo sino que me pueda sobrellevar a mi emocionalmente.

Practicante -¿Cómo es eso?

R -Cuando tenga caídas emocionales este ahí, no se escape ni le de miedo o quiera dejarme.

Practicante -¿Cómo son esas caídas emocionales?

R -Son por ejemplo cuando estoy pensando algo y no lo doy a conocer y me agarran convulsiones.

Practicante -¿Cuándo no puedes poner en palabras el cuerpo convulsiona?

R -Sí.

Practicante -¿Qué hace que no lo quieras contar?

R -Porque no quiero herir a otras personas, son pensamientos feos. Es feo decirle a tu papá o mamá que no tenés ganas de vivir. Prefiero no decirlo pero luego el cuerpo me deshaba, me dan convulsiones.

Practicante -¿Esas convulsiones te dan cuando estás con alguien?

R -No, sola, y también con otras personas.

Practicante -Y ¿estos pensamientos aparecen en algún momento o cuando estás con alguien?

R-No, están siempre.

Practicante -Dijiste que tenes a tu marido que te sostiene emocionalmente, ¿cómo sería?

R -No me juzga.

Practicante -¿Algo dice?

R -Dice “mi amor ya vas a salir adelante”.

Practicante -¿Qué ha pasado esta vez, por qué tomaste las pastillas?

R -Estaba cansada de los pensamientos.

Practicante -¿Qué dicen esos pensamientos?

R -Que no valgo nada.

Practicante -¿Hay pensamientos que dicen matate?

R -Sí.

Practicante -¿Esos pensamientos dicen cómo hacerlo?

R -Se me ocurre mil formas de hacerlo.

Practicante -Se te ocurren mil formas de hacerlo, ah. Esta vez fueron medicamentos que tomaste, ¿Otra vez qué pasó?

R -Me cortaba un montón, tengo cicatrices.

Practicante -¿Al cortarte te tranquilizabas?

R -Sí. Y hace dos meses atrás también tomé cincuenta pastillas.

Practicante -¿Esas pastillas eran de tu medicación?

R -Sí.

Practicante -¿A la medicación te la da alguien?

R -Mi esposo.

Practicante -Si quisieras trabajar, ¿podrías hacerlo?

R -Sí.

Practicante -Y ¿por qué no buscas trabajo?

R -Porque por ahí me siento tan mal, que me quita fuerza de los brazos y piernas y simplemente quiero estar en cama.

Practicante -¿Qué pasó ayer?

R -Pensé que le hacía un favor a mi esposo, él sufre mucho a la par mía.

Practicante -Él es tu sostén, ¿está con vos?

R -Sí.

-Bueno vamos a volver en un momento.

Diálogo entre el analista practicante y el psiquiatra

A (Analista Practicante) -Pensamientos que se imponen no como voces que también están presentes en la psicosis. Parece una cuestión melancolizada, se le hacen insostenibles los pensamientos. Es depresiva como su papá. Y su marido es como un sostén emocional. No tiene planes, nadie que la ate a la vida, si trabajó. Estos pensamientos que se imponen cuando se hace intolerable no puede hablar y convulsiona sola o frente a otros. Tomó 50 pastillas.

P (Psiquiatra) -Si quisiera matarse toma penicilina.

A -¿Por qué?

P -Es alérgica a eso.

A -La medicación se la da el marido. Hay como una imposición del pensamiento melancolizada. Se define como depresiva.

P -El marido dice que ella lo llamó, le dolía la cabeza. La otra vez tuvo una discusión, ella lo llamó al trabajo, no podía ir él luego llegó. Es una paciente inestable no se le dio antidepresivo sino también anti psicótico para estabilizarla.

A -La imposición de pensamiento produce agotamiento físico y mental. Podríamos pensar en una histeria melancolizada que cae con el objeto y cae. No hace episodios de angustia.

P -Por eso está más del lado de la angustia. Tiene su psiquiatra. Hay que decirle a la familia que se comuniquen con él para ver si la puede ver hoy y le damos el alta, sino queda internada 24 hs.

A -La citamos para el lunes que venga a consultorio.

Entrevista clínica con el esposo

Practicante – ¿Buen día, sos familiar de I R?

Esposo –Sí, soy su esposo.

Practicante – ¿Ella tiene algún pasatiempo? o ¿trabaja?

Esposo -Muy pocas veces sale de la casa, no trabaja.

Practicante -¿Viven en el X?

Esposo -No, acá en salta, cerca de la Y.

Le pide que se comuniquen con el psiquiatra. Continúa la entrevista el psiquiatra.

Entrevista clínica con la madre

Practicante -¿Usted se comunicó con su psiquiatra?

Madre -Ahora estoy tratando de comunicarme con él.

Practicante -Y nosotros necesitamos verla el día lunes.

Madre -Bien sí.

Practicante -¿Con quién vive ella?

Madre -Actualmente está viviendo con nosotros.

Practicante -¿Y su marido?

Madre –También, con nosotros.

Practicante -Bueno aquí tiene el turno para el día lunes, ingrese por la entrada principal y a mano derecha está el consultorio quince de Psicología.

Practicante -Esta no es la primera vez.

Madre- Si la estábamos vigilando, es como que se confundió un poco él. Le dejó un blíster al alcance y se fue a trabajar, y en el apuro se olvidó.

Practicante -No vamos a dejar elementos cortantes, ni cuchillos, ni tijeras, ni nada cerca de ella, cualquier cambio en su conducta que observen llaman al psiquiatra. La indicación es tratamiento psiquiátrico que ya lo tenía y psicológico el día lunes a la mañana.

El practicante en psicoanálisis evoluciona en la historia clínica:

Psicología: paciente emocionalmente lábil, inestable, con ideación suicida de larga data. La paciente refiere intromisión de pensamientos no alucinatorios. Antecedentes de conductas auto lesivas, recursos simbólicos frágiles. Manifestación esporádica somática. Tendencia a conductas evitativas, dificultad para establecer lazo social, incapacidad para mantener actividad laboral y permanencia prolongada en cama. F32.2 (depresión grave sin síntomas psicóticos). Familiares piden interconsulta con médico psiquiatra tratante. Se le da turno para el lunes 6.

Firman ambos profesionales

Comentario del practicante al pasante: *“No está ella en los pensamientos, no hay elaboración de su parte, está en la decisión. Hay que indagar más en la posición.”*

El jefe de Psiquiatría solicita la firma de la madre y del esposo en la historia clínica. Puesto que se le da el alta desde salud mental ya que se han contactado con el médico psiquiatra y la asistirá él.

Segunda entrevista en el Servicio de Jefatura de Guardia

Practicante -Hoy te ve tu doctor, te estoy dando turno para el lunes con la psicóloga, ante cualquier cosa si vos te sentís mal, es importante que pidas ayuda. Y vos también vas a firmar tu historia clínica para que tengas control del turno que te estoy dando, así venís el lunes.

R -Firma y ¿qué más?

Practicante -Firma y aclaración. Te espero el lunes.

R -Gracias.

Ese día, el practicante en psicoanálisis no atendió en consultorio externo por asistir este caso.

Comentario del analista practicante: *“Se juega a la urgencia de quien puede esperar más.”*

Al volver, los pacientes le reclaman al practicante analista por su turno. Les explica que, si bien tenían turnos, no pudieron ser atendidos por que tuvo que asistir un caso de urgencia. Les da turno para la próxima semana en el mismo horario.

Entrevistas clínicas en consultorio externo del Servicio de Psiquiatría y Psicología

Primera entrevista con R en consultorio externo 06-05-2019

Practicante -¿Cómo estás I?

R -Estoy desde anoche en el médico, me agarró crisis nerviosa.

Practicante -¿Qué pasó?

R -Me corté las muñecas y no podía parar de llorar.

Practicante -¿Qué pasó?, ¿qué te llevó a cortarte las muñecas?

R -Tengo problemas en mi matrimonio voy a separarme.

Practicante -¿Cuándo surgió esta decisión?

R -Hace poquito.

Practicante -¿Es una decisión tuya?

R -No.

Practicante -¿Una decisión de tu esposo?

R -Sí.

Practicante -¿Nos querés contar algo de eso?

R -Es que él ya no aguanta vivir más conmigo y con la depresión.

Practicante -Con vos y con la depresión. ¿Qué dice él?

R -Que somos una carga muy pesada.

Practicante -¿Esta es una conversación que tuvieron el fin de semana?

R -Anoche.

Practicante -¿Estaban peleando o hablando?

R -Estábamos hablando.

Practicante -Estaban hablando.

R -Yo quería que nos reconciliemos y le pedí un abrazo pero él no quiso. Siento que cada vez lo pierdo más.

Practicante -¿Se fue o se quedó?

R -Me dijo que me vaya a mi casa, a la casa de mis padres en donde estoy parando ahora.

Practicante -¿Dónde estaban?

R -En la esquina de la casa de mis padres.

Practicante -Mmm.

Practicante -Ya va a ser dos meses que estoy parando en la casa de mis padres porque él trabaja y no me puede cuidar mucho.

Practicante -¿Vos te fuiste?

R -Sí, llorando me fui. Anoche lo llamé y le mandé mensaje pero no respondió. No puedo ni dormir.

Practicante -¿No dormiste anoche?

R -No.

Practicante -¿Cuándo te fuiste de acá pudiste dormir?

R -No.

Practicante -Lo viste a tu doctor.

R -El doctor me llamó, me dijo que venga aquí a ver al psicólogo que era importante.

Practicante -¿Cuándo te llamó?

R -La semana pasada.

Practicante -¿No fuiste a su consultorio?

R -No pude porque su esposa tenia quimio y el no iba a atender.

Practicante -¿Llegaste a casa de tus papas anoche?

R -Y lloré, lloré como nunca antes había llorado. Nada me consolaba (silencio). No pude dormir, mis padres se fueron a descansar y a eso de las tres de la mañana entré al baño y me empecé a cortar las muñecas, sentía que me aliviaba el dolor que sentía.

Practicante - (Silencio).

R -(Silencio).

Practicante -¿No llamaste a nadie?

R -(dice que no con la cabeza).

Practicante -¿Tus papás saben de esto que pasó?

R -Sí.

Practicante -¿Cómo se enteraron?

R -Yo les dije.

Practicante -¿A la madrugada los despertaste o a la mañana?

R -A la madrugada porque estaba perdiendo mucha sangre, les dije y porque me escucharon porque no podía parar de llorar, me trajeron al San Bernardo, me atendió un doctor trató de tranquilizarme pero no podía, no podía parar de llorar. Todavía me duele el pecho de llorar.

Practicante -Ya no llorás.

R -Es que ya no tengo lágrimas. Siento que me estoy rompiendo por dentro.

Practicante -Mmm (silencio) (la mira).

R -(Silencio prolongado).

Practicante -¿Ahora con quién estás?

R -Con mi mamá.

Practicante -Con tu mamá, bien. ¿Qué pensás de esto de haberte cortado?

R -No pienso nada, solo siento dolor.

Practicante -¿Es un dolor como el de anoche?

R -Sí.

Practicante -Mmm ¿te inyectaron algo en la guardia?

R -No.

Practicante -¿Lograste calmarte vos sola?

R -El doctor me habló una hora.

Practicante -¿Qué te dijo?

R -Que lo había pasado, y que sabía que era un dolor muy grande, que me entendía.

Practicante –Sí.

R -Que yo podía salir de esto.

Practicante -(Silencio).

R -Y que tenía unos padres muy buenos y luego me hizo llorar lo más fuerte que pueda.

Practicante -Y ¿pudiste?

R –Sí.

Practicante -Y ¿cómo te sentiste?

R -Estaba relajada pero medio perdida así que me hizo acostar en la camilla y le dijo a mi mamá que me deje el tiempo suficiente hasta que yo vaya despertando o reaccionando. Me costó dos horas reaccionar, estaba shokeada.

Practicante -Pero reaccionaste.

R –Sí.

Practicante -Ah bien. Y hoy estás acá y lo estás pudiendo contar.

R –Sí.

Practicante -O sea que no todo está roto, parece que hay mucho mas en vos.

R -¿Usted cree?

Practicante -Sí, ¿vos lo crees?

R –No.

Practicante -¿Por qué no?

R -Porque siento que ya di todo.

Practicante -¿A quién?

R -A mi esposo.

Practicante -Ahora, ¿el mundo es solo tu esposo?

R –No.

Practicante -No. ¿Qué más hay en el mundo?

R –Gente.

Practicante –Mmm.

R-Vida.

Practicante -¿Qué más hay?

R –Felicidad.

Practicante –Mmm.

R -(Silencio).

Practicante -Es decir que el mundo no se acaba con él.

R -(Silencio) Pero, ¿qué hago si lo pierdo?

Practicante -¿Por qué?

R -Mi depresión.

Practicante -¿Será que vos sos toda depresión, o que también hay algo más que solo depresión?

R -¿Cómo qué?

Practicante -Esto que vos ves en el mundo felicidad, otra gente.

R -(Silencio) como que sí.

Practicante -Bien mmm.

R -(Silencio).

Practicante -¿Qué pensás de ir a casa ahora y tratar de descansar un poco?

R -Sí.

Practicante -Necesitas dormir, no dormiste en toda la noche.

R -Es que no pude dormir.

Practicante -Vamos a ver a un médico psiquiatra de acá para ver si te puede dar algo para dormir y te voy a proponer otra cosa. Vos ahora no te sentís bien pero también ves que hay muchas cosas más. Vamos a descubrir juntos esas cosas y para eso tenés este espacio para que descubras esas cosas. Esto va a pasar también. ¿A mí me gustaría verte mañana, estás de acuerdo?

R -Sí.

Practicante -Vamos a verlo al psiquiatra para que te de la medicación para que puedas dormir y esa medicación la va a manejar tu mamá. Mañana nueve de la mañana te espero.

Le da turno para las 9 hs. de la mañana.

El practicante me dice: *“vamos a reiterar pautas de cuidado y alerta en casa.”*

Entrevista clínica con la madre de R que se encontraba en la sala de espera

Practicante -Señora ¿cómo está usted?

Madre -Un poco preocupada como todavía no solucionó su situación de matrimonio. Una como que está del lado de afuera.

Practicante -¿Hubo discusión entre ellos?

Madre -No, sólo que por ahí se entendían y por ahí había cosas que no concordaban sobre la mejor manera de que ellos se lleven. Yo pienso que tendrían que pulir las diferencias.

Practicante -Pareciera que él no está dispuesto a seguir.

Practicante -Yo le decía a mi hija que capas él está enojado y cuando se le pase venga a solucionar su matrimonio como debe ser. Porque yo no creo que el matrimonio tenga que llegar a esto.

Practicante -Eso se verán en el futuro, ahora R está pasando una situación aguda. Nosotros la citamos mañana pero es fundamental que la vea su psiquiatra, ¿la vio ya?

Madre -No pudo verla.

Practicante -Sería fundamental que la vea hoy porque está sin dormir.

Madre -Ayer cuando la traje a la Guardia durmió dos horas. El médico la calmó, la habló y ella quedó dormida se relajó.

Practicante -Las medidas necesarias para ella, para su cuidado, vemos que se cortó, entonces, vamos a ver todo lo cortante y lo vamos a sacar.

Madre -Es que el espejo estaba medio roto y le sacó un pedacito y con eso se cortó.

Practicante -Saquemos maquinas de afeitar, espejo rotos, tijeras todo lo que pueda usar para cortarse. ¿Usted cree que su psiquiatra la pueda ver hoy?

Madre -Creo que sí.

Practicante -Sería lo óptimo por su estado, porque no está pudiendo dormir. Mañana está citada a las nueve de la mañana.

Madre -Mi hija, sí.

Practicante -Si usted la ve muy angustiada la lleva a la guardia del Hospital Ragone ahí la van a contener y estabilizar si es necesario.

Madre -Si pensé llamar al SAMEC.

Practicante -Lo ideal es la Guardia del Ragone, la van a saber contener. Mañana la espero a las nueve.

Interconsulta con el psiquiatra. El analista practicante le comenta el caso, le pide medicación para la paciente, el psiquiatra le hace una receta (de ansiolíticos y antipsicóticos) y se la da.

Cometario del practicante en psicoanálisis: *“No parece acting out, no manda mensaje al Otro. Lloro y la escuchan los padres. No está él y ella como que se desgarran, cae. El médico la armó un poco desde lo imaginario con identificaciones y luego durmió.”*

Segunda Entrevista con R en consultorio externo. 07-05-19

Practicante -Disculpa la espera.

R -No, está bien.

Practicante -¿Cómo estás vos?

R -Más tranquila, solo que ahora me bajo mucho el cansancio.

Practicante -¿Tomaste la medicación?

R -Sí.

Practicante -¿Pudiste dormir?

R -Sí.

Practicante -¿De ayer a hoy cambió algo?

R -Pude hablar con mi esposo y bueno él me dijo que él si quiere que estemos juntos pero el problema que tiene es que cada vez que me enfermo caigo con la depre, y me voy con mis padres.

Practicante -No entiendo, ¿cómo sería?

R -Él no se lleva muy bien con sus suegros. Estem él no quiere que vaya con mis padres. Yo lo entiendo.

Practicante -¿Qué pasaría si durante el día tus papas te fueran a visitar a tu casa?

R -Eso sería otra opción. El único que me visitaba era mi papá a las cinco cuando salía del trabajo. Pero desde la mañana hasta esa hora yo estaba sola. Y la verdad es que esa cuestión estaba interfiriendo en mi matrimonio.

Practicante -Decís que esto está trayendo.

R -Problemas en mi matrimonio.

Practicante -¿Por qué no estás en la casa?

R -Claro.

Practicante -¿En qué horario te ves con tu esposo?

R -A la noche.

Practicante -Y los problemas ¿por qué son?

R -Mis padres interfieren mucho en mi matrimonio por la salud mía, dicen que mi esposo no me entiende. La cuestión es que ellos no se llevan muy bien con mi esposo y mi esposo no se lleva bien con ellos.

Practicante -Entonces ¿esto trajo dificultades?

R-Sí.

Practicante -Y ¿por qué ahora es diferente?

R -Porque ya se cansó que siempre que me enferme termine en la casa de mis padres y el también y yo me siento dividida porque no se qué hacer. Yo quiero estar bien con mi matrimonio y también quiero estar bien con mi salud.

Practicante -¿Y por qué no podrías estar bien con tu salud y con tu matrimonio?

R -No, bueno mis padres me hacen ver como que si porque, como que ellos me dan bastante ayuda emocional, en otras ocasiones pasaron cosas así. Pero, yo quiero buscar una manera en que no interfiera con mi matrimonio.

Practicante -Esa interferencia ¿cómo es? dame un ejemplo.

R -Por ejemplo, si nosotros estamos por salir ellos dicen “a qué hora se van y a qué hora vuelven”. Y a mi marido le revienta, me dice que está cansado, pero no lo hace de malo. Y yo me encuentro en el medio, si respondo a eso mi esposo se molesta, y sino, mis padres. No sé qué hacer.

Practicante -Que tema esto de estar en el medio.

R -Sí.

Practicante -Y ¿si te preguntan vos que querés hacer?

R -Quiero tener una vida de matrimonio normal y que mis padres se den cuenta que ya no soy una niña.

Practicante -¿Cómo te sentís ahora?

R -Como una niña, por los cuidados, porque me siento indefensa, porque no puedo tomar buenas decisiones. Es como que no se qué hacer.

Practicante -Y ¿quién decide por vos?

R -Si no es mi esposo, mis padres.

Practicante -Pareciera que eso ya no te funciona que decidan por vos.

R -No, y no porque me molesta que todos salgan favorecidos pero yo no. Si estoy con mis padres no estoy con mi esposo y lo extraño y lo mismo me agarran crisis y estoy pensando, estoy preocupada y si estoy con mi esposo paso mucho tiempo sola y la soledad me mata.

Practicante -No me queda claro, ¿por qué habría que elegir?

R -No sé, es como que si no elijo a mi esposo es como que lo pierdo. Él me dio a entender algo así, y si no elijo a mi familia ellos dicen “te vas a enfermar peor”.

Practicante -Sigo sin entender ¿por qué hay que elegir por uno u otro?

R -Yo tampoco entiendo, ¿no se puede ser feliz con las dos cosas?

Practicante -Pero para ser feliz con las dos cosas es como que algo tenés que poner vos.

R -Límites (silencio). Pero, no sé cómo hacerlo, no sé encontrar la ecuación para que esas dos cosas funcionen bien.

Practicante -Primero podrías encontrar la ecuación en vos. Has tomado la decisión de casarte formar una pareja vivir juntos, pero parece que hay momentos que necesitás estar acompañada. Puede haber esto de que puedas estar en casa, pasar el día en la casa de tus padres y a la noche ir con tu esposo. Por ahora paso a paso hasta que surja en vos el modo de resolver la ecuación. Pensalo R, nos vamos a volver a ver el día jueves.

R -Bueno.

Practicante -Te doy a las once del día jueves.

Tercera entrevista con R en consultorio externo. 21-05-19

Practicante -Hola R.

R -Hola.

Practicante -¿Cómo estás?

R -Más o menos.

Practicante -¿Qué te anda pasando?

R -Ando con mucho pánico.

Practicante -¿Desde cuándo?

R -Desde la semana pasada, me hicieron una terapia cognitivista de imanes y me hizo enfermar.

Practicante -¿Dónde te hicieron?

R -Una amiga mía tiene un local, ella me hizo para desintoxicarme de tantos remedios, y me enfermó.

Practicante -¿Cómo es esa terapia?

R -Te ponen imanes en la cabeza, muñecas, en todas partes, para ver si tenés líquidos en las piernas y pies, si se junta líquido o como andaba del vientre, aparato digestivo. Y me sentí mejor con eso pero al otro día me enferme. Como me iba a desintoxicar por tres días.

Practicante -Enfermar ¿cómo?

R -Con diarrea, vómitos, dolor de estómago.

Practicante -Mmm. Y ¿cómo surgió la idea de hacer esto?

R -Ella me dijo que me iba a desintoxicar y, y desestresar.

Practicante -¿Dejaste de tomar las pastillas?

R -No, en ningún momento se me ocurrió dejar la medicación.

Practicante -¿Dijiste algo de pánico?

R -Me dio miedo estar sola, si estoy sola me entra ansiedad y ganas de salir corriendo.

Practicante -¿La semana pasada tuviste esa sensación?

R -Sí, después que me hicieron esa terapia. Y tuve una crisis me agarró nervios y no podía parar de gritar, sentía mucha bronca.

Practicante -¿De qué?

R -De mi misma, de estar enferma, de no poder hacer cosas. Los vecinos pensaban que me estaban golpeando y vino la policía y les tuve que explicar que me agarró una crisis y que tomo medicamentos. Después de esa crisis que hice el jueves, el viernes quedé en cama.

Practicante -¿La mayoría de las crisis son por bronca?

R -Sí.

Practicante -¿Esa bronca, cómo la sentís? ¿Son sentimientos?

R -Sentimientos de inutilidad, de que no me entienden.

Practicante -¿Quiénes?

R -Mi esposo.

Practicante -¿Habías discutido algo con él?

R -Había discutido sobre un tema porque él trabaja de plomero, y una maquina se echa a perder y me dijo que su patrón le dijo que si no la arreglaba le pagaban una nueva. Pero él la arregló, y yo le dije que eso es aprovecharse de su patrón. Y a mí me pareció injusto, me molesta mucho cuando se hacen cosas injustas. Me quedé callada. Después me dijo “amor era una broma, yo sé que está mal”. Pero no me gusta que jueguen así conmigo porque me despierta sentimientos feos y no sé cómo manejarlos.

Practicante -¿Cómo serian esos sentimientos?

R -De enojo, bronca, molesta de que mi marido no actúe bien como una persona honrada. “Yo te hice jugando” pero y ahora no estoy bien.

Practicante -¿Se hacían difícil de controlar porque se hacen muy intensos?

R -Sí, se hacen muy fuertes y se me juntan sentimientos de bronca que tengo hacia sí misma. Quiero partir todo, destruir todo.

Practicante -¿Y qué hacés?

R -Mi esposo dice que no me puede controlar, porque lo empuje, lo peche.

Practicante -¿Qué le hacés a él?

R -Lo empujo porque estoy molesta, tengo miedo de hacerle daño.

Practicante -¿Tenés miedo de vos misma?

R -Sí.

Practicante -¿Se cruza alguna idea?

R -Sí.

Practicante -En esta última crisis, ¿qué fue?

R -Tenía ganas de agarrar un cuchillo y lastimarme.

Practicante -¿Qué te detuvo?

R -Mi esposo.

Practicante -¿Y en vos algo hizo que te detengas?

R -Que no puedo seguir causándome daño.

Practicante -Bien, ¿eso deseas?

R -Sí.

Practicante -¿Cada cuánto vienen estas sensaciones?

R -Una vez por semana seguro, que no me haya salido algo como hubiese querido o no me hago entender y me da bronca.

Practicante -¿Cómo pasas el día?

R -Me levanto nueve y treinta, desayuno, voy a la casa de mi mamá y vuelvo a las cuatro o cinco de la tarde porque mi marido ya vuelve de su trabajo. Almuerzo con mis hermanos aunque cada uno está en su mundo cotidiano, hacen sus cosas.

Practicante -¿Has pensado en alguna actividad?

R -Sí, asistente terapéutico, me gusta mucho. Cuñado Susana estuvo con cáncer la cuide y aprendí muchas cosas, a poner el suero, tomar la presión.

Practicante -¿Te gusta?

R -Sí.

Practicante -¿En algún momento pensaste en estudiar?

R -Estudie administrador de empresa.

Practicante -¿Te recibiste?

R -Me recibí.

Practicante -¿Nunca has trabajado?

R -Eh sí, trabaje con la administradora J con ella trabaje.

Practicante -¿Qué hacías ahí?

R -Administraba los pago de alquileres, administraba quien salía quien entraba. Ahí trabaje cinco años.

Practicante -¿Vos dejaste?

R -Sí porque me consumía mucho tiempo, entraba las ocho y salía a las once de la noche.

Practicante -¿Cómo te sentías ahí?

R -Bien, me sentía independiente.

Practicante -¿Había crisis?

R-Sí, por ahí sí, porque mi patrón me trataba mal. Y yo no soy de reaccionar ante una persona que me trató mal. Me voy a quedar callada y cuando la pienso, no actuó en ese momento.

Practicante -No actuó, pero pareciera que con tu esposo si actúas.

R -Sí.

Practicante -¿Qué es diferente?

R-No sé, con él me siento con la libertad de sacarme lo que siento.

Practicante -Bien, que pasaría si empozas a sacar todo lo que sentís acá, en este espacio.

R -Y ¿si hago crisis?

Practicante -Lo llamamos al doctor N y te venís acá al día siguiente a la mañana, siempre hay gente.

R -Bueno.

Practicante -Hay que ver con que tiene que ver esa bronca, esa tristeza. Este espacio esta para ayudarte a hacer otra cosa con lo que sentís.

R -Bueno.

Practicante -¿Dónde estudiaste?

R -En el XX en un instituto privado.

Practicante -Y ¿no volverías a trabajar?

R -De eso no.

Practicante -¿Por qué?

R -Porque te decía que encontré mi vocación de ayudante terapéutico

Practicante -Y ¿para eso hay cursos o algo?

R -Sí, es un curso que dura un año.

Practicante -¿Lo vas a hacer?

R -Sí lo quiero hacer.

Practicante -Bueno, bien. ¿Pensás que podes repetir esta terapia de los imanes?

R -No sé.

Practicante -Y ¿vos sentís que te hace bien?

R -Me aflojó la espalda (ríe).

Practicante -Y ¿después, cómo quedas después?

R -Me enfermo unos días.

Practicante -Yo te propondría lo siguiente, vos estás saliendo de crisis, me parece que hay que hacer descansar al cuerpo. Te propondría que trabajes acá y con el doctor N, y dejes la otra terapia de imanes para otro momento que vos estés mejor. ¿Te parece?

R -Sí.

Practicante -El compromiso es el siguiente, si te sentís muy angustiada o ansiosa venís por acá.

R -Sí.

Practicante -No es algo que necesariamente va a ocurrir. Y tenés tus sesiones una vez por semana, y si es necesario dos veces por semana. Hoy es martes, ¿podrías venir el día jueves?

R -Sí.

Practicante -A las once y treinta.

R -Bueno.

Practicante -¿La semana pasada lo viste al doctor?

R -Sí, él me dio un medicamento y me dijo que me tranquilice y no faltara a las sesiones con usted y si tenía pensado trabajar, lo hiciera.

Practicante -Excelente, entonces no vemos el jueves.

R -Bueno.

Comentarios del analista practicante:

Estructura más cerca de la psicosis que oscila entre manía y depresión. Impulsividad hacia ella y otros.

Intervención para que traiga a sesión esa impulsividad y se la enmarque

La bronca es lo que la deja cerca del acting out o pasaje al acto.

En la psicosis no se propicia la división, no se lo desestabiliza. Se busca anclar. Aún en las psicosis ordinarias que hay un como si, una identificación que lo tiene amarrado, ver que significantes sostienen al sujeto.

Cuarta entrevista con R en consultorio externo. 03-06-2019

Practicante -¿Cómo estás?

R -Estuve más o menos, yendo al psiquiatra seguido, no me sentía bien. Bastante mal.

Practicante -Bastante mal ¿cómo?

R -No me sentía bien, sin fuerzas, no podía ir al baño. Es como que me sentía desplomada, me dolían las piernas, brazos. El doctor me dijo que son dolores psicosomáticos. Me preguntó si aquí atiende V y me dio las indicaciones para que le dé. Porque él no sabe que es lo que me puede estar empeorando.

Practicante -¿Con la medicación?

R -Sí, con la medicación que tomé.

Practicante -Y ¿tomás otra cosa?

R -No, yo tomo para la tiroide pero a mí me controlan eso.

Practicante -¿En dónde?

R -En XY me hago controlar con el doctor para ver si eso puede estar afectando, pero salió todo bien.

Practicante -¿El doctor N que piensa?

R -¿El doctor N que piensa?, que estoy enojada, que con Dios estoy enojada.

Practicante -Mmm.

R -Y él me dijo que eso puede ser lo que me está abrumando.

Practicante -¿Con qué estás enojada?

R -Con la vida.

Practicante -¿Con toda la vida?

R -Con esta vida.

Practicante -¿Qué de tu vida?

R -No le hayo sentido. Siento que el doctor dice que Dios me está poniendo una prueba pero no hice nada malo para que me ponga una prueba.

Practicante -Y ¿en qué consistiría esa prueba?

R -En mi enfermedad.

Practicante -¿Esta vez sentís que fue más fuerte?

R -La vez pasada.

Practicante -¿Cuándo fue?

R -El domingo. Tomé (le da una hoja) esos son todos los medicamentos que tomo.

Practicante -¿Esto es del doctor N para V?

R -Él lo va a llamar por teléfono. “yo voy a hablar con G para que él te vea”.

Practicante -¿Él no va a seguir siendo tu psiquiatra?

R -Sí, pero él quería que el doctor me haga una supervisión, creo que así le dicen

Practicante -Ah bien. Entonces, estábamos hablando de tu vida, del enojo, las pruebas pero a mí me gustaría si podés contarme un punto que te enoje.

R -Por ejemplo, el domingo pasado me enojé porque mi esposo fue a jugar al fútbol y me dejó sola. Mi razón de mi enojo era que yo sentía que la pelota valía más que yo.

Practicante -Y ¿es así?

R -Sí, para mi cualquier cosa vale más que yo.

Practicante -Y ¿para él?

R -No sé, no le pregunté.

Practicante -Ah. Y ¿vos pensás que cualquier cosa vale más que vos?

R -Me considero muy poco para ser de valor, creo que hay cosas más importantes que yo, mucho más importante. Creo que en esta vida me toca ser poca cosa.

Practicante -Te tocó ser poca cosa, vos decís, pero ¿vos querés ser poca cosa?

R -Lucho para no serlo, pero algo sale mal y termino frustrada.

Practicante -Y ¿qué pasa?

R -Algo sale mal, no funcionan los planes como esperaba, se desmorona todo.

Practicante -¿Tenías algún plan hoy?

R -Venir acá.

Practicante -Bien, acá estás. Funcionó. ¿Otro plan?

R -Cocinar al medio día,

Practicante -Y ¿qué tenés pensado cocinar?

R -No sé.

Practicante -¿Cocinas lo que te gusta a vos o a otros?

R -Cocino lo que dé el bolsillo.

Practicante -Excelente. Y hoy, ¿para qué te da el bolsillo?

R -Para un guiso.

Practicante -¿Qué podría evitar que cocines?

R -Estar cansada, tan cansada que no me pueda levantar ni para orinar.

Practicante -¿Te ayuda alguien?

R -Mi esposo.

Practicante -Sin embargo, ya que hoy te has levantado, podrías volver, cocinar y después lo calentás.

R -Sí pero más quiero dormir. Tuve que hacer una planificación para venir hoy.

Practicante -¿Cómo sería?

R -Me fui a la casa de mis padres porque mi esposo juega al volley y termina a las una am, así que dije si yo me quiero levantar temprano, me tengo que acostar temprano, y y tomé mi medicación y me acosté a dormir pensando que hoy yo quería estar acá.

Practicante -¿Querías venir?

R -Sí.

Practicante -¿Pensás en volver?

R -Sí.

Practicante -El día jueves.

R -Bueno.

Practicante -¿Al doctor N cuándo tenés que verlo?

R -El viernes, pero él quiere que primero lo vea a V.

Se realiza interconsulta con Psiquiatría y se consigue turno para que la vea el doctor.

Quinta entrevista con R en consultorio externo. 12/06/2019

Practicante -¿Cómo estás?

R -Más o menos de salud. Media enferma, con gastritis.

Practicante -¿Qué te pasó?

R -No sé, el doctor dice que son los nervios porque yo hace años que ando bien, y de repente empecé con cólicos y vómitos. Y vine al San Bernardo y no me quisieron atender porque atienden traumatología y me derivaron al Milagro.

Practicante -Y cómo que atienden traumatología, ¿qué atienden?

R -Casos graves de accidente, eso me dijo la que me recibió. Me fui al Milagro viejo con mi papá. Me internaron y yo sentía las piernas acalambradas. Me pusieron suero y me pincharon, cosa que no me gusta. Me pusieron buscapina, reliveran y otro que es para los vómitos. Salí a la mañana. Y me vio el gastroenterólogo y me dijo que puede ser un virus en el intestino. Y me dio para hacer análisis. Mañana tengo turno con él y con el psiquiatra.

Practicante -Aha.

R -Tengo una mañana movida.

Practicante -Es decir que tuviste este problema de salud, y ¿cómo te sentiste vos?

R -Me sentía bien porque estaba pudiendo movilizarme pero me costó recuperarme. El jueves no pude dormir por el dolor. Me costó recuperar el cansancio pero me sentía contenta porque había podido ir al médico, yo por mis propias formas de cuidar mi salud.

Practicante -Excelente. Te movilizaste y encargaste de vos.

R -Ahora los días que tengo que venir a la mañana al médico me acompaña mi mamá. Y esas noches me quedo en la casa de mi mamá hasta que me ve el médico, me

atiende y vuelvo a mi casa. En ese sentido me siento mejor. El doctor N me dijo “vamos bien con la medicación”. Pero yo también estoy trabajando.

Practicante -Bien, ¿qué cosas estás trabajando?

R -No quedarme tanto en cama. Algo que me gusta es jugar con mi sobrino.

Practicante -¿Qué te gusta hacer con él?

R -Me gusta hacer muñecos, ir a la plaza, que juegue, que sea más interactivo. Que no esté sólo con la tablet o con la computadora. Me gusta que él se mueva, juegue a la piyadita como cuando yo jugaba, cuando era chiquita. Así que saco todas las energías para jugar con él.

Practicante -¿Cómo se llama?

R -T.

Practicante -¿Cuántos años tiene?

R -Tres años. Y él dice que ama a su tía R y para mí eso es suficiente para terminar el día.

Practicante -¿Qué otras cosas?

R -Comer juntos con él. Yo ahora estoy haciendo dieta, y el brócoli no le gusta por el olor, pero después bien. Yo me siento poquito mejor, más tranquila, con más ganas de hacer otras cosas.

Practicante -¿Las estás haciendo?

R -Sí, las estoy haciendo. Supuestamente tengo que salir a correr pero no estoy saliendo pero corro con mi sobrino, le enseño que pronuncie bien las palabras. Tiene sus padres separados, así que se que va a ser una infancia difícil y cuando vaya creciendo.

Practicante -¿Qué días va él?

R -Los domingos viene y se queda hasta el miércoles y no la extraña a su mamá para nada. Una noche duerme con mi hermana, otra con mi hermano y otra conmigo. Él es quien le da sentido a mi vida, alegría.

Practicante -Alegría y además de él. ¿En qué otras cosas has trabajado?

R -En poder levantarme temprano porque me costaba mucho por la medicación. Así que por ahí me levanto media borrachina pero me levanto.

Practicante -Te levantás.

R -Y cumplo con la cita con los médicos.

Practicante -Es decir que además de la medicación que te ayuda, hay una decisión tuya por hacer otras cosas, disfrutar.

R -Sí, sí. Por sentirme mejor.

Practicante -Bien, lo vamos a dejar acá. Nos vamos a ver el próximo martes.

R -Bueno.

Practicante -Lo seguís viendo al doctor V ¿es?

R -Sí, y también al doctor N.

Practicante -Bueno.

Hasta esa entrevista fue mi experiencia con esta paciente. Cabe destacar que la paciente continuó con el tratamiento.

Paciente A

Entrevista clínica con A en el Servicio de Jefatura de Guardia.

Historia clínica

Derivada de XX

En 2014 ingreso por mareos y vómitos

En 2019 ingresa por:

-hipotiroidismo

-politraumatismo grave

Paciente derivada de XY, tras accidente automovilístico

Se pide interconsulta con TYO y Neurología

5 médicos firman la amputación 28/04/19

Interconsulta con salud mental solicitada por un médico.

Entrevista clínica 30/04/2019

Practicante -Hola buen día

A -Buen día

Practicante -Somos del servicio de salud mental, el es un alumno Pasante de Psicología. Si usted lo permite va a estar presente en las entrevistas. (Se le ofrece el consentimiento informado para que lo firme).

A -Sí

Practicante -¿Cómo se siente hoy?

A -Bien, ayer ingresé.

Practicante -¿Usted es de acá?

A -De XY. Tengo un padre en XY.

Practicante -¿Con quién vive?

A -Con mi hija pero ella se encuentra sola estudiando acá. Quede viuda hace nueve años.

Practicante -¿A qué se dedica?

A -Soy docente.

Practicante -¿Estuvo antes en el hospital?

A -El año pasado en octubre. Y también, mi mamá de 82 años se cayó y se quebró. Hace dos años la internaron porque tuvo un resfriado en realidad no fue un resfriado, tuvo

trombosis en el pie izquierdo. Y ayer le dio una infección respiratoria, la contrajo, así que está en patología internada. Entonces yo me traslade de mi casa a Rosario. El sábado llegue a XY a verla y el domingo a la mañana quise ir caminando y yo sentí como que el vehículo me siguió. Eran jóvenes escuchando música. Y en determinado momento, se me ocurrió que me iban a chocar. Entonces, crucé, me acerqué al puente y sentí la presencia del vehículo.

Practicante -¿Usted se cruzó?, ¿el puente era angosto?

A -Sí, es angostito. Y de ahí me crucé hacia el lado contrario y el vehículo me atropelló y luego quiso huir. Entonces dio marcha atrás y como no podía salir, me volvió a atropellar. Veía todo dado vuelta, me lastimó cerca del tobillo hasta acá arriba. Yo le pedía que no me dejara tirada acá pero se fue. Otro hombre que estaba del otro lado del puente me dijo “ya viene ayuda”. Y una chica que se acercó “señora no se preocupe que no la voy a abandonar”, le dije acá en el bolsillo tengo el teléfono, marca, le doy la contraseña. Yo estaba agarrada a la baranda sino me caía. Le dije que llame a mi hermano y le diga que tuve un accidente y ya llegaba al hospital. En el hospital le dije al doctor que me trasladen, y luego me enteré por mi hermana que eso me salvó la vida porque si me quedaba no me iba a salvar. El doctor cuando me vio, le dije que no me deje acá. Él estaba viendo a mi mamá porque es el médico general del hospital. Me derivó y salimos.

Practicante -¿Quién la acompañó?

A -Vino mi cuñada y hermano. Yo lo que pedía es que nadie me viera, los enfermeros si pero mis hermanos no.

Practicante -¿Qué la llevó a pedir eso?

A -Porque era muy feo. Creí que se iban a impresionar. No creí que me amputaran una pierna.

Practicante -¿Le contaron porque tomaron esta decisión?

A -Sí, vino el traumatólogo y me dijo el riesgo que habría si no lo hacían y que era una forma de salvarme la vida. Yo quiero recuperarme para ver a mis padres. Mi papá hace tres años que quedó ciego (llora) y ellos viven solos. Yo ahora tengo traslado, antes donde yo trabajaba los visitaba poco.

Practicante -¿Desde cuándo pidió el trasladado?

A -Desde octubre fui a su casa para estar con ellos. Estoy haciendo un curso de gestión directiva. (Llora, calla).

Practicante -¿Ellos están con alguien?

A -Están mis hermanos. Yo desde que mi papá quedo ciego, todos los fines de semana iba a verlos. Y por mi mamá también, ella está sin poder comer.

Practicante -Mmm

A -(Silencio).

Practicante -¿Qué piensa?

A -Yo tengo muchas ganas de recuperarme, tengo un proyecto que quiero cumplir. Yo amo evangelizar, quiero evangelizar. Me dedicaba a evangelizar, lo hacía pero no tenía tiempo. Trabajaba en mi escuela jornada completa. Para mi evangelizar es llevar a Cristo de distintas maneras para mejorar la calidad de vida de todos.

Practicante -Veo que tiene muchos deseos de continuar con su vida y proyectos.

A -Sí.

Practicante -Nosotros la vamos a acompañar en su recuperación, y si surge algo que quiera hablar vamos a estar para escucharla, seguramente de acá la van a pasar a sala. ¿Hay algo más que quiera decir?

A -Tengo duda respecto al manejo. A mi hija no la dejaron entrar.

Practicante -En general el guardia dice horario de visita y pasan.

A -Y ella estaba ahí y no la dejaron pasar. Y también tenía que ir a rendir.

Practicante -El horario de visita es a las diez de la mañana.

A -Y también, quisiera ver a un medico clínico, porque estoy con un poco de flema. Mi mamá empezó así, y después terminó internada. No quiero que pase eso.

Practicante -Bueno, aquella doctora es médica clínica, y ahora la va a ver. Nosotros la vamos a dejar, y la vamos a estar visitando en estos días.

A -Bueno muchas gracias, que Dios los bendiga.

Practicante -A usted también.

Comentario del Analista practicante:

Ella está psíquicamente armada

No podemos decir que hay negación de lo que le ocurrió pero si un desplazamiento de la angustia.

Todavía está en la urgencia de los otros (padres y su hija), pero no puede contactarse aún con su propia urgencia.

Hay que trabajar su esquema corporal

Tiene proyectos, lazos sociales significativos, afectos.

Es bastante fálica, las cosas pasan por ella.

Hoy la angustia sigue en torno a los padres. Hoy no es momento de perturbar su defensa, la misma va a ir cediendo con la internación. Veremos si luego puede hablar.

Hoy solo escuchamos un poco y vemos que trae, que presenta.

Después habrá que trabajar su potencia fálica y mucho su esquema corporal.

Lo está vivenciado desde afuera.

El practicante en psicoanálisis coloca en la historia clínica: “Evolución. Paciente vigil, lúcida, adecuada ubicación temporo espacial. No se evidencia subjetivación de la amputación. Desplazamiento de su angustia en relación a asuntos familiares. Defensas psíquicas elevadas. Se continuará el abordaje durante periodo de internación. Demanda en torno al cuerpo.”

Analista practicante:

Si ella armó algo que le permite sostenerse, no desarmamos nada. Todavía está en situación de urgencia médica.

Hay cierta negación, desplazamiento de la angustia que se puede ver cuando dice “quiero que venga a verme un medico clínico” por la flema.

Hay que escucharla, tampoco reforzarla con significantes como vos podes, usted es fuerte va a salir adelante, Dios la va a ayudar, etc. Sino nunca va a poder reconocer lo que le ocurre.

Alojarla, permitirle hablar, y vamos a seguir trabajando.

Entrevistas clínicas con A en la sala de internación de mujeres del Programa de Traumatología.

Primera entrevista clínica con A 02-05-2019

Practicante -Buen día, ¿cómo está?

A -Buen día. Aquí estamos (nos muestra el muñón de su pierna) se tiene que poner bien (lo mira y nos mira, sonrío).

Practicante -¿Recién pasaron los médicos?

A -Sí.

Practicante -¿Qué dijeron?

A -Lo que ocurre es que el accidente fue muy traumático. A diferencia de una diabetes por ejemplo en donde se puede ver o saber cuál va a ser la evolución de la amputación. Los médicos tienen que esperar a ver esta parte que se delimite bien (nos señala), y una vez que se delimite la capa del muñón la van a sacar, amputar, y de eso va a depender el muñón (llora). Y de eso va a depender para poner la prótesis. Hoy en día hay tantos avances tecnológicos y sino me haré la idea de una silla de ruedas y voy a seguir (silencio).

Practicante -Mmm

A -Hay gente que tiene problemas peores. Una vez que cicatrice tendrá un final. Lo único que me hice la idea que no iba a avanzar, por eso.

Practicante -Mmm

A -Lo único que el doctor me dijo que había dejado ese lugar para poner la prótesis. Esto no me va a frenar, tengo un proyecto y si Dios y la Virgen quiere lo voy a hacer.

Practicante -¿Cómo lo piensa?

A -¿Cómo lo pienso? Y primero tengo mis padres. Esperar que ya no estén acá para dedicarme a mi sueño, llevar la palabra de Dios y ayudar. Antes pensaba con mi vehículo ir por las calles y ahora, creo que este tiempo me voy a dedicar a la palabra de Dios, a leer, va a ser un tiempo oportuno. (llora) estas lágrimas que son algo que ya pasa.

Practicante -Que son necesarias también, es bueno permitirse sentir.

A -Paso a paso, vamos a salir las dos paso a paso me dice mi hija. Es un cambio total. Mi hija está pensando que vivamos acá en una casa. Me quiere traer las cosas de mi casa, mis plantas. Para mí los lugares no es algo de lo que yo me apropie. Yo creo que lo fundamental es lo espiritual.

Practicante -¿La idea es quedarse en Salta?

A -Por un momento sí, porque seis meses demoraran para ponerme alguna prótesis una vez que se forme el muñón. Lo único que me preocupa es que mi mamá está enferma.

Practicante -¿Su mamá sabe?

A -No. Ella, la sacaron de terapia recién y la llevaron a intermedia. ¿Así se dice no?

Practicante -Sí, a sala intermedia.

A -Sí, ella pregunta por qué no estoy y bueno le dijeron que yo estoy trabajando. Eso me hace mal, no poder verlos a ellos.

Practicante -¿Podría hacer una llamada?

A -¿Si, no?, Si Dios quiere sí.

Practicante -Con su mamá, una video llamada también.

A -Si eso hacía yo con mis hermanos, les ponía la video llamada para dos y ahí nos veíamos con mis padres. Ya esto va a pasar.

Practicante -¿Cómo se sintió en estos días?

A -Bien.

Practicante -¿En qué ha pensado?

A -Ayer en realidad vinieron todos mis hermanos, tuve visita todo el día. Después tenía presión alta. Dice mi hermana que debe ser por los calmantes que tomé.

Practicante -¿En qué momento?

A -Y tarde noche, ya a la noche no aguantaba y le dije que tenía nauseas, tenía la presión alta, y dijo al enfermera si le bajamos el gotero y ahí estuve bien, dormí bien. Es un shock lo que me acaban de decir.

Practicante -Eso lo vamos a ir trabajando.

A -(Llora se tapa la cara) En realidad, creo que va a ser ese camino, el dar un pasito a la vez. Empezar a ver cómo voy a poder caminar, ir haciendo todas mis cosas, sé que no va a ser fácil ¿no?, un cambio rotundo ¿no?, y de pronto ahora saber que va a haber un cambio en mi vida. Y bueno trataré con la ayuda de Dios se que no va a ser imposible ir asumiendo este camino.

Practicante -Su objetivo final es poder caminar, para eso vamos a ocuparnos de los pasitos intermedios.

A -Sí.

Practicante -¿Quién vino a verla hoy?

A -Mi hermana me está acompañando. Ayer vinieron todos mis hermanos y mis sobrinos y se turnaron porque tienen que estar con mis padres. Mi hija tuvo que suspender sus estudios, tenía que rendir una materia. Porque yo soy directora y ella está viendo los papeles que tengo que entregar; y ella está viendo y arreglando con la docente a cargo.

Practicante -¿La docente a cargo sabe lo que tiene que hacer?

A -Sí. Le dije a mi hija porque quise allanarle el camino que me traiga la compu y trabajar acá.

Practicante -Mmm.

A -Yo cuando recibí la dirección no tuve ayuda de nadie, todo lo hice sola, y no quería que le pase eso a ella.

Practicante -Es muy bueno que piense en trabajar acá.

A -¿Me permitirán?

Practicante -Sí.

A -Y estoy haciendo un curso de Gestión Educativa y es un proyecto que quiero terminarlo.

Practicante -Bien, voy a volver a verla mañana, también me parece que hay que pensar en hacer un pequeño duelo.

A -Sí, es necesario.

Practicante -Pero, no perder de vista el proyecto de vida.

A -Sí, yo me doy cuenta que tengo que hacer un duelo y también de mi marido que murió. Mi duelo empezó hace nueve años. Me guardé mucho, me guardaba todo y me hacia mal a mí. Y ahora a mi me preocupa mi hija.

Practicante -Bueno pero su hija tiene sus recursos va a estar bien. Ahora toca mirarse un poquito a usted.

A -Sí. Les agradezco esto. Dios los bendiga a los dos para que puedan seguir ayudando.

Practicante -Gracias, Dios la bendiga a usted también.

Comentarios del analista practicante:

Hoy sin perturbar nada, se ve que hay angustia en relación a ella. Está en un momento más catártico. Algo de la angustia empieza a emerger a partir de la noticia de los médicos que tendrán que ver de volver a amputar una parte. Tapa eso enseguida. Hay mucho del deseo, es una mujer fálica, le cuesta dividirse. El trauma toca su cuerpo. No está dispuesta a renunciar a su defensa. Vamos a acompañarla en el proceso que va haciendo. De ese marido algo hay. Vamos a ir despacio, respetando su tiempo. Tiene muchos recursos, que se ponga a trabajar con la computadora. Esa subida de presión indica que algo se angustió.

Segunda entrevista clínica con A 08-05-2019

Practicante -Buen día

A -Buen día, yo los estaba esperando a ustedes para que me ayuden con algo que no puedo controlar que es el miembro fantasma.

Practicante -Bueno.

A -Ya termino esto, ya lo guardo (su netbook), porque me interesa mucho.

Practicante -Bueno A, excelente que esté trabajando.

A -Ayer empecé a trabajar en el pos título que estoy haciendo pero no sé si podre seguir porque es presencial. Estoy bastante débil, me cuesta estar, me costó hacer esto. Mi hija me ayuda y me dice bueno mami terminalo, siempre te gustó y de paso me ayuda a salir de esto.

Practicante -¿De esto?

A -Esto, qué le llamo esto. Pase un duelo de nueve años de mi esposo. Aprendí que el duelo no es solo pérdidas de un ser querido sino también cosas materiales, una pareja... y si fue, acepto que se me perdió parte de la pierna, y sé que hay algo que me está afectando, el miembro fantasma. Es una carga muy pesada yo no tengo dolor, es importante aceptarla, es lo que me va a permitir tener una prótesis. No la rechazo, la estoy aceptando. Trato de apoyarme de este lado, para poder darme vuelta, me ayudo

agarrándome para buscar algo. A la noche lo hice solita, y luego dos o tres veces más porque me dijeron que así me voy a recuperar más rápido.

Practicante –Mmm.

A -Quiero mi vida normal de nuevo. Quiero salir rápido. Soy una mujer que pase situaciones muy difíciles. Mi esposo me había abandonado, me quedé con una empresa, no dormía, la saqué adelante y lo logré con mi esfuerzo, enfermedades, y gracias a Dios y a la Virgen a mi hija no le faltó nada. Trabajé y ahora esto el cargo directivo. Cuando empiezo a quedarme sola, me enfrento a mi realidad y comencé a seguir un camino que no conocía, que se enfrenta sola y con mucho sacrificio lo logré. No sólo lo económico sino también lo espiritual que me ayudó mucho. El cargo directivo, ahí aprendí y éramos sólo mi hija y yo. Le decía no sé cómo hacer tal cosa y me hacía una video llamada y me decía cómo y aprendí computación y ella siempre ayudándome, y luego vino el accidente. La semana pasada quiso aflorar en mi la rabia, el culparlo al chico.

Practicante –Mmm.

A -Ese día lo llamé a mi hermano, le dije del accidente. Decía que la iba a ver a mi mamá. Cuando llegó a XY, yo les decía que estaba con mi padre y mi madre de 82 años que se quebró la cadera, quedó internada, y se contagió neumonía. Este año no podía caminar, yo iba intentaba que camine y sufrí un poco de estrés. Cuando fui a Rosario allí me... cuando los cuide sola a los dositos y tenían personas que los cuidaban pero quise cuidarlos yo porque mi padre tiene 93 años y comenzó con demencia senil, hay que sacarlo a pasear, para higienizarlo hay que hacerlo jugar, a veces no quiere. Me agarró un pico de estrés. Estuve enferma el 28 de enero estuve haciendo rehabilitación y lo tuve que suspender el 15 de febrero porque comenzaba las clases. Y bueno, luego volvía, el domingo estaba con ellos y lo preparaba, papá mira tengo que ir a trabajar pero el viernes estoy acá. Y ese día que pasó el accidente yo no pude despedirme. Llamé a mi hermano, tenía miedo de que mi mamá escuchara. Y me llamó el otro día mi hermano “te tengo una sorpresa” y hablé con mi viejita, me dice C vení aquí. Sentí que me moría. Y gracias a Dios que me dio fortaleza para decirle y mantener el mismo tono de voz, y le dije mamá sabés que la supervisora me está dando mucho trabajo. Ayer sentí por primera vez rechazo y enojo hacia ese chico. Y mi hija me dice “mamá no vale enojarse, eso te va a hacer mal a vos, siempre pone fuerza para recuperarte en vez de enojarte para estar con mamá” tenés razón hija.

Practicante -Enojarse también tiene que ver con emociones más normales. ¿Ese enojo qué la lleva a pensar?

A -Yo cuando sufro el accidente recuerdo patente que yo estaba, cuando yo iba, yo este, Salí hacia el hospital. Sentía la necesidad de recoger algo, rezo mucho, iba rezando en el camino. Y dije yo quiero ir por esta mano. Me agarré con la mano derecha y mi cara va a apuntar hacia adelante cuando sufro el accidente, estoy agarrando la baranda con la mano derecha y estoy mirando hacia el lado contrario. Yo sé que en ese momento yo sentí un sacudón fuerte y dije Señor esto no, por mi cabeza. Calculo que en ese momento me agarré del puente y eso evitó que me matara porque me chocó dos veces. Calculo que quiso retroceder y puso primera quizás me volvió a atropellar. Porque me revienta la pierna porque el puente tiene tres varillas y a mí me agarró entre el medio y quedó mi pierna ahí. Si me hubiera agarrado del otro lado no sé. Yo me agarro y calculo que al agarrarme evito que me mate. Y él agarro y ya tenía el auto para el otro lado y se iba. Y yo le digo no te vayas, no me dejés aquí, llamé a un médico. Y él lo mismo se fue. Y alguien que estaba del lado contrario me dijo no se preocupe ya llamé a la policía y a la ambulancia. Y había un chica y me dijo quiere que llame a alguien y no me quería soltar. La chica me saca el celular y fui indicándole, le di la contraseña, luego le dije ingresá a contactos y busca tal contacto y lo llama, lo marco. Y cuando estaba llamando a mi hermano, me atiende y yo le dije hermano sufrí un accidente, anda al hospital y voy a estar ahí. Mi hermano creyó que era algo sin importancia por el tono de mi voz. Cuando llegó la ambulancia a mi me conocían del hospital porque salía de XY y me iba a ver a mi madre que estaba internada. Y le dije al chico de la ambulancia no deje que mi familia me vea así y me dijo “¿cómo la levanto?”, y le dije no se preocupe yo lo ayudo. Levante la cadera yo no sentía dolor y luego me puso en la camilla y dije cómo duele y me dijeron suéltese de la baranda y yo iba rezando el rosario. Entonces, en la urgencia, y el médico que me atendió le pregunté cómo está mi viejita de la pieza dos. Y él no podía hablar, y le digo doctor no me deje acá. Soy muy interactiva, mi hija me dice que como soy maestra soy muy mandona.

Practicante –Mmm.

A -Y me dice, usted tiene obra social. Recién ahí habló, porque el doctor no reaccionaba. Solo cuando le dije deriveme fue que reaccionó. Prepárenla ya, cúbranla de gas y llénenla de Perbinox. Seguí rezando, pidiendo a Dios.

Practicante –Mmm.

A -Por los médicos, por los camilleros. No me imaginaba que me la iban a cortar y estaba abierta. Hoy me trajeron pollo, no pude comer. Lo vi y no pude comer.

Practicante -¿Sintió asco?

A -Sí, porque lo vi como a mi pierna, como estaba allá en el puente. Como que perdí la conciencia.

Practicante –Mmm.

A -Venía en la ambulancia.

Practicante -¿Con quién iba?

A -Con mi hermano y el muchacho de la ambulancia le dijo tu hermana no quiere que la veas, y él se quedó y entró mi cuñada que es enfermera. Y bueno el doctor me dijo a dónde quiere que la derive, al mejor centro hospitalario. La voy a derivar al SP. Cuando llegamos no había traumatólogo. Cómo hacemos. El chico de la ambulancia no quería traerme acá y entonces mi cuñada que lo conoce al médico, lo habló para que le explique la razón, y me trajeron acá. Eso me contó mi hermano después. Cuando me acuerdo que me desperté estaba parado un doctor y que empezó a querer explicarme debe ser terrible no saber cómo explicar, cómo va a reaccionar alguien al decirle que le tienen que amputar la pierna, debe ser horrible. Y me dijo que tuvo un accidente y le digo que si recuerdo, le pregunto cómo está mi pierna y me dijo que podía generar infección que corría peligro mi vida (llora) y le dije bueno doctor yo soy muy directa y me dijo que tenían que amputar y necesitaban mi consentimiento y puso el papel y yo firme. Y luego, estuve en terapia. Y ahora me preocupa mi hija, tengo que buscar una ayuda para ella, si se le puede brindar desde acá o desde afuera, si tengo que buscar. Porque ella llevó la peor parte porque recibió la peor noticia, y cuando murió su padre también. Yo no sabía que había defunción parcial y ella tuvo que asumir todo.

Practicante –Mmm.

A -Y yo me imagino que debe ser difícil y ella lo hizo cuando le entregaron la bolsa con la pierna, el doctor la ayudó. No se iba a poder llevar a un crematorio por una pierna, tenía que mandarla al cementerio. Ella soportó todo. Y ella estudia abogacía, y yo siempre fui muy cumplida con presentar y entonces ella se tuvo que encargar de eso pobrecita, ella tuvo que ir a hablar con el supervisor presentar los papeles, hacer todas las cuestiones burocráticas. La veo tranquila pero me asusta mi hija.

Practicante -¿Qué le asusta?

A -Yo cuando tuve que enfrentarme me quedé sola con la empresa, no tenía a nadie y busqué ayuda, se necesitan muchas fuerzas y ella pobrecita está haciendo lo mismo y entonces uno como que va dejando el dolor adentro. Y todo ese dolor que hay adentro nos va dañando.

Practicante -¿En su caso cuándo surge ese dolor?

A -El surgió después de que me separé, todo el dolor (silencio).

Practicante –Mmm.

A -Yo me ocupe tanto de la empresa y era docente, dormía cuatro horas por día, mi hija tenía once años, yo surgió todo el dolor cuando empance a buscarlo más a Dios en los grupos de la Iglesia. Fui muy criticada, nunca los juzgue, ellos tenían su punto de vista. Dios me hizo verlo así porque en realidad yo era muy cambiante y al buscar a Dios me ayudó a ir sanando. Y el Padre me dijo que sea paciente que Dios me va a sanar por dentro. Iba todos los días a recibir a Jesús sacramentado. Se me acababa la licencia, iba a clases y mi hija me acompañaba a misa los domingos. Llegaba me sentaba y y me sentaba a llorar. Y desde que empezaba la misa hasta que terminara lloraba y luego el Señor me salvó milagrosamente. Tomaba una medicación que me hizo muy mal. Mi hija pobrecita cargó conmigo, me llevó. Necesitaba a Dios y quería que me lleven a la iglesia de la santa cruz. Llegamos a la iglesia, yo arrastraba los pies y ella me ayudaba y cuando oraba el Padre, yo sentí que me tiraban de la rodilla hacia abajo. Hija llevame al baño. Defecué, devolví y cuando salí, caminaba por mí misma. Yo le pedía a Dios que me desintoxicara. Cuando iba sentía que la gente decía se está liberando. Y cuando salí, salí caminando. Y antes, había decidido ir a B. por los Neurólogos de allá, pero la obra social no me recibía pero como tenía los ahorros de la universidad de mi hija, decidí irme. Empezaron a hacer todos los tratamientos. Le decía doctor no doy más. No me gustaba, y me golpeaba la cabeza contra la pared por el dolor.

Practicante -Y ahí golpeándose ¿qué pasaba?

A -Y no sé el dolor era en otro lado.

Practicante -Dolor por dolor.

A -Y hacia re mal el tratamiento, y me dice el doctor tengo un amigo para derivarte y su amigo dijo “no, esto necesita un psiquiatra”. Y entonces me fui a la catedral y lo vi al Padre y le comenté y me dijo “si le pide que vaya, vaya. De todos modos yo le voy a hacer una oraciones”. Y era en junio del 2010, pero acá en Salta. Y fui a la iglesia y cuando llegue me hizo oraciones. Al otro día en la catedral hacían imposición de manos. Y el sacerdote me hacía a mí y es un estado de abandono en ese momento que yo caigo veo que había un pozo, tres escaleras vi que estaban en la luz y el resto en la oscuridad. Le dije Señor que me querés decir con esto. Al otro día hago un retiro, y muestran en un video el mismo pozo. Y la escalera significaba la sanación que Dios me puede dar, es lo que me explicaban. Y me dijo que venía a Salta un amigo suyo que era un Psiquiatra convertido.

Practicante -Un psiquiatra convertido, aha.

A -Y mi hija estaba esguinzada del tobillo y le pareció algo bueno, y me dijo yo te voy a acompañar y entonces, me acompañó al retiro, ella se volvió a casa y ahí pedí por la sanación de mi hija. Cuando termina el psiquiatra de hacer la oración de sanación yo ahí decía ¿será señor qué le sanaste el pie a mi hija? Entonces, yo llegué a mi casa desesperada para ver, y mi hija estaba parada con unos tacos y no tenía nada.

Practicante -Que había encontrado su mayor punto de fortaleza, se apoyaba.

A -Al otro día el psiquiatra pide por la sanación de la psiquis de los hijos no deseados. Yo siento que no la quiero a la Virgen, que no la amo. Amo a Jesús. Será que usted tiene problemas con su mamá me decía el sacerdote. Bueno y en un momento de la oración de sanación veo una mujer flaquita de cabello lacio con una pancita de cuatro meses chiquita y me pasó lo mismo que en la misa, siento que algo me tira al piso. Y el sacerdote me preguntó si estaba bien y le dije que sí. Y después le pregunté a mi mamita como era ella cuando estaba embarazada de mí y se describió tal cual como la había visto yo, no si se a ustedes les pasó algo así. Desde allí, amo a la virgen María y aprendí a amar a mi madre. Quiero perdonar a mi madre porque me maltrato mucho, yo viví toda su ira.

Practicante -Hay distintos modos de ir perdonando, creando un vínculo diferente. Hoy su hija la está ayudando. Ahora es bueno que pueda reconocer todos los sentimientos que van surgiendo. El enojo este que siente es normal, y poder hablar sobre eso, poder sacarlo y con su hija poder aceptar su ayuda, ahora la vamos a dejar descansar y la vamos a ver mañana ¿le parece?

A -Bueno.

Practicante -Hasta luego.

A -Que Dios los bendiga.

Practicante -Igualmente.

Comentarios del analista practicante:

Esos sentimientos que tiene también hay que hablar. Es una histeria fálica. Se ven cuestiones de mística y sugestión. Padre que sostiene. Se vale de la potencia paterna, algo hace ahí. Relato gozoso en el sentido de que yo todo puedo, hago. Se ve algo de su novela familiar. Hizo catarsis. Vuelve con la negación de lo real. Lo que la molesta es la sensación del miembro fantasma pero enseguida lo recubre con la cuestión de que ella puede, o desplaza su angustia a su hija.

Entonces, se trata de hacer desde la institución y con la institución pero sin perdernos en la prisa del otro, poner una pausa. Y nosotros nos regimos por otros tiempos, los tiempos lógicos, pero sin perder de vista el perfil del hospital.

Tercera entrevista clínica con A 09-05-19

Practicante -¿Cómo está? ¿Cómo se siente?

A -Hace rato tuve una limpieza en el quirófano, lloré por supuesto pero ellos todos me contuvieron. Soy humana tengo que llorar.

Practicante -Por su puesto.

A -Así que ya hice ese duelo, ya sabía que se tenía que dar porque luego de eso yo sentía olor.

Practicante -¿Dolor?

A -Olor, me descompuso el antibiótico que necesite luego de la limpieza para poder atacar bien la infección.

Practicante -¿A qué hora es el toallet?

A -No sé si es a la noche. No vino el doctor, ahí cuando venga después que pase revista le voy a preguntar. Sentía mucho dolor fuerte. Me dijeron, no, te van a poner anestesia. Y ahí me tranquilicé.

Practicante -¿Qué cree que la hizo llorar?

A -Hay que cortar un poquito más el hueso, luego hay que hacer un injerto. Esto va a tomar más tiempo del que yo creía. Es una limpieza profunda y eso implica mayor tiempo para la cicatrización.

Practicante -Es una instancia más.

A -Mi hija me decía “vos ya sabías eso”. Bueno pero yo pensé que por ahí no iba a ser tan profundo para sacar esa placa necrótica. Y esa limpieza más profunda que iba a exigir el injerto. Cuando el doctor dijo no va a ser tan liviano el proceso y eso me desubicó, pero ya hice el duelo.

Practicante -Es interesante que usted lo plantee como pequeños duelos, para ir llevando la angustia que va surgiendo, pero trae alivio el poder llorar.

A -Sí. Yo les decía chicos soy humana, sí siento ganas de llorar. Me saltan las lágrimas y sino lloraría no sería humana. Me entiende. Lo que me ocurrió a mi no es algo chiquito, esto es demasiado groso. Y entonces, en un momento dije pucha, ¿van a seguir cortando? ¿hasta dónde? Y no me van a poner la prótesis, y dije ya está, si tengo que usar muletas voy a usar eso, no me va a parar para salir a hacer lo que yo quiero hacer.

Practicante -Mmm, el modo lo vamos a ir trabajando.

A -El miembro fantasma investigamos por la compu. Si puedo tener dolores leves. Se puede sentir un leve cosquilleo. Se puede sentir por un accidente como el mío tan traumático. Eso sufre, pasa a ser de un miembro fantasma a convertirse en un dolor

fantasma, y eso depende de no sé. Le dije a mi hija ya estoy cansada, no quiero seguir leyendo.

Practicante -Está bien.

A -Ya está, suficiente.

Practicante -El miembro fantasma es cuando siguen las conexiones neurológicas. Hay algo que tenemos que se llama esquema corporal, es lo que construimos y es lo que vamos a ir trabajando.

A -Sí, me produjo mucho malestar ver a una persona amputada. Me produjo asco, me revolvió el estomago.

Practicante -¿Ese asco con que tendría que ver?

A -No sé, fue el hecho de ver un video, porque estaba viendo los ejercicios que puedo hacer. Uno está acostumbrado a ver el cuerpo de una forma y de golpe, verlo así me movilizó.

Practicante -A veces ver la imagen es como estar frente a un espejo, produce un primer impacto. Esta sensación del asco podría tener que ver con un rechazo.

A -(Silencio).

Practicante -Vamos a continuar mañana, es una internación tranquila programada. Continuemos con mayor tranquilidad.

A -Bueno. Muchas gracias.

Comentario del analista practicante: *“el olor que ella percibió, el asco a la pata de pollo y ahora a ver la figura humana y no querer ver más. Histeria. Ve en espejo. Leer no lo toleró. Algo de esa negación sigue”*.

Cuarta entrevista clínica con A 15-05-19

Practicante -Buen día ¿cómo está?

A -Ayer estuve muy enojada. Me hubiera gustado tenerlo al chico adelante porque estoy luchando mucho. No encuentro el medicamento exacto. No tengo ganas de comer.

Practicante -¿Por qué?

A -Porque me provoca nauseas, ayer intenté comer y no pude.

Practicante -¿Sólo nauseas o apareció la sensación de asco?

A -Asco por esto no, porque me di cuenta que es parte de mí y no puedo sentir asco. Le decía a mi hija que me gustaría tenerlo adelante decirle me arruinaste la vida porque esto es una lucha, es muy fuerte. Tantos antibióticos. Solo Dios me da las fuerzas para seguir luchando, para seguir.

Practicante –Mmm.

A -No siento lastima de mi misma sino que...

Practicante –Sino.

A -Que me gustaría salir más rápido de esto. Me gustaría apostar más de mí para salir porque tengo infección, sale una secreción purulenta.

Practicante -¿Usted mira cuando la curan?

A –Sí.

Practicante -¿El médico o enfermero lo hace?

A -El médico sólo el médico. Había una secreción purulenta y los médicos van hablando y uno ve los rostros y te hablan.

Practicante -Y ¿qué ve en esos rostros?

A -Que no gustaba como estaba y que habrá que buscar el antibiótico. Y bueno es una lucha.

Practicante -¿Una lucha contra qué?

A -Una lucha interna, siento que tengo que poner mucho de mí y, a veces, estoy débil, me obligo a comer. Y le dije a mi hija que me compre para comer. Ayer las colaciones no las podía comer. Me dieron de nuevo pata de pollo, y no podía, intente vislumbrar que es una pata de pollo y no es mi pierna.

Practicante -Mmm y ¿estás tomando los antibióticos?

A -Antes de ayer tenía uno, ayer dos, y hoy ya es el tercer antibiótico y es más fuerte. A mí me favorece que saber que me están dando, siento que así puedo luchar. Al menos dominar lo de querer comer.

Practicante -Esta comida le produce asco, pero no hay que quedarse sin comer tampoco.

A –Exacto.

Practicante -Ahora dice que está enojada.

A -Me enojé porque dije esta lucha, los médicos no pueden enfrentarla solos. Me decía por qué tengo que seguir luchando, si tenía una vida normal, no hacia mal a nadie, y de pronto sentí que me había sido arrebatado toda una vida, no sólo una pierna porque este tiempo que estuve acá no puedo estar haciendo lo que hacía, pero una vez que salga voy a poder hacer.

Practicante -¿Qué tiene pensado?

A -Me voy a jubilar, porque trabajo en una zona desfavorable, no puedo entrar así.

Practicante -¿Cuándo tomó la decisión?

A -En realidad es estratégica porque si volviera quedaría como maestra y es un sueldo menor. Entonces, conviene jubilarme, no me puedo dar el gusto. La asesoraron a mi hija y ella inicio los trámites. Yo en realidad quería volver a las salas pero me puse a pensar qué imagen iba a llevarle yo a los chicos.

Practicante -¿Por qué?

A -Ellos me conocieron como la señorita que iba a todos lados yo iniciaba las clases bailando para descontracturarnos. Y qué tiempo me va a llevar para volver a trabajar. Por eso me voy a jubilar. Yo tendría que incorporarme tres meses y luego pedir licencia y yo no quiero que los chicos tengan un impacto negativo.

Practicante -¿Necesariamente sería así?

A -Y me tendrían que ver sin la prótesis. También pensé que yo tengo que ver mi parte, y ellos tienen que verme así, sería distinto ponerme algo, taparme.

Practicante -Vamos a tomar dos puntos para trabajar. El primero es esto que dijo “no me arrebataron la pierna, sino la vida”. No va a volver a ser lo mismo su vida después del accidente. Pero va a depender de usted lo que pueda hacer.

A -(Le dan nauseas, agarra su tachito y hace arcadas, escupe).

Practicante -Y segundo, esto que piensa en los demás, un impacto negativo para los otros, pero eso va a depender del modo en que usted lleva este proceso, no es necesario ir de frente.

A -Yo pienso, mi mamá me tiene que ver, pero la tengo engañada, yo no me puedo presentar así, sería la muerte para ella. Mi mamá es muy impresionable, y no me gustaría que mi mamita lo viera.

Practicante -Llegará el momento de ver cómo hacer, quizás una video llamada.

A -Sí, eso estoy haciendo.

Practicante -Pero vamos a concentrarnos en usted. Ese enojo que empezó a aparecer es lo más sano.

A -Si, por eso le dije a mi hija eso.

Practicante -Tiene que expresar esos sentimientos sino estaríamos negando y no atravesando el duelo, la vamos a acompañar.

A -Gracias.

Practicante -Y la sensación de asco va a ir pasando.

A -Yo siempre fui asquerosa y con los antibióticos más. Tengo que aceptar que soy un cuerpo, un ser humano que se puede sentir mal. Hoy por hoy estoy atravesando esto, y bueno.

Practicante -Pero está iniciando un proceso para elaborar su duelo.

A -Ojalá que no haya otro toallat, porque si los antibióticos hacen el efecto que corresponde. Siguen investigando, esto puede detenerse, y cambiar el proceso. No van a tener que intervenir sino si lo van a hacer.

Practicante -Bueno esperemos, ahora la vamos a dejar. Vamos a venir en estos días a ver como está.

Comentarios del analista practicante:

Ante la intervención “no me arrebataron pierna sino la vida...” empieza a querer vomitar. Asco histérico. Le traemos sus propias palabras y le da nauseas. Con lo que va elaborando, está en sus tiempos lógicos. Preocupada por su imagen, por el impacto que va a provocar en otros. Dice que no va a poder dar clases como las daba pero no dice, no se enoja. Todavía no está implicada subjetivamente. Habría que preguntarse si esta mujer no está frente a su urgencia, toca lo real del cuerpo. Un cambio después. Preguntarse si entra en un caso de urgencia subjetiva.

Quinta entrevista clínica con A 20/05/19

Practicante -Buen día, ¿cómo esta?

A -(Se despierta) Con presión muy alta.

Practicante -¿Desde cuándo?

A -Desde el viernes.

Practicante -¿Qué pasó?

A -No sé, subió, diez veinte de presión tenía.

Practicante -¿Cómo se dio cuenta?

A -La primera vez cuando subió diez siete, yo sentí en la nuca un dolor, y después, se me sube.

Practicante -La presión, mmm. ¿Qué piensa usted?

A -Que me gustaría saber por qué se me sube. Me llevaron a la guardia el sábado, me atendió el cardiólogo. Me dieron hidrocortisol para bajar la presión y enanapril. Y a la madrugada, tenía catorce siete, y a las ocho ya tenía ocho diez pero no sé.

Practicante -¿Estaba pensando en algo?

A -Nada, porque estuve muy descompuesta del estómago. Dice el doctor que es por mucha medicación. Y va bastante bien la pierna, ya está controlada.

Practicante -¿Volvieron las nauseas?

A -Sí, nauseas nada más.

Practicante -Y ¿cómo se estuvo sintiendo?

A -No pensaba en nada. En ningún momento se me cruzaron ideas feas, estuve bien tranquila.

Practicante -¿La visitaron?

A -Y la gente siempre viene a visitarme, y no los atendí como debía porque no me sentía bien.

Practicante -¿Cómo sería atenderlos bien?

A -Y de pronto conversando pero tenía nauseas y no tenía ganas de abrir la boca.

Practicante -Y ¿hoy?

A -Y hoy me siento bien. Desayuné, lo único la preocupación de la presión alta y haciendo trabajar la pierna. Mi hermana me ayuda y me dio un masaje.

Practicante -Y ¿estaba haciendo movimientos?

A -Por el momento no, lo que pasa es que primero tenía puesta no sé cómo es el casco de yeso pero me di cuenta que cuando estuvo eso sano mejor la herida. Trate de no hacer movimientos, y anoche mi hermana me baño y pude hacer movimientos y levantar mi pierna derecha.

Practicante -Bien va notando los avances.

A -Sí, eso lo que hacia la principio, antes de la cirugía hacia mucho más.

Practicante -Bien, necesita más tiempo pero va bien.

A -Si yo estoy saliendo, sabía que era un proceso lento pero de a poquito se va saliendo

Practicante -¿Continúa el dolor de cabeza?

A -No. Solo tuve cuando me pasó eso y me pusieron un paño de agua y me medicaron. Yo lo que no me di cuenta que bueno yo una vez se me subió la presión alta y era en el dos mil diecisiete, y el doctor me dijo que estaba bien mi corazón y me dio un relajante natural, té de lechuga y dormía bien, y estaba tranquila, pero tenía problemas.

Practicante -¿Por qué?

A -Asumía la dirección y había muchos problemas del entorno.

Practicante -¿Del entorno?

A -Si del entorno institucional, y bueno yo tomaba esa agua y me sentía mejor.

Practicante -Y también por que se iba acomodando.

A -Si me fui acomodando, fui una persona que se manejaba por el reglamento y tuve que dar a conocer el reglamento de la institución porque muchas personas creían que los agredía, pero solo hacía cumplir el reglamento.

Practicante -¿Cómo lo hizo?

A -Solicite ayuda a los directivos y ellos me ayudaban, me decían hace tal cosa, tal otra y las cosas fueron cambiando.

Practicante -Es decir que se apoyó en sus recursos y también en la ayuda de afuera.

A -Sí.

Practicante -Teniendo en cuenta esto antecedentes y suba de presión, ¿hoy podemos pensar que esta también atravesando una situación nueva?

A -No entiendo el origen, si ya la pierna va sanando, no sé cuál podría ser el origen de mi nerviosismo (silencio).

Practicante -Sentimientos, sensaciones ¿quizás?

A -Ahora no estoy pensando en nada, soy egoísta y estoy pensando en mí porque mi hermana me dijo “pensá solo en tu sanación”. Así que me di cuenta que pienso solo en mí, no pienso en nadie.

Practicante -Pensar en usted es un cambio. Usted pensaba en otros y en buscar soluciones para ellos, ahora toca pensar en usted. ¿Pensar en qué?

A -En tratar de salir, de seguir adelante. Por ejemplo, si veo a alguien que sufre pido a Dios por esa persona y mi hermana me dice reza, pedí por vos, después, cuando estés bien, lo vas a poder hacer. Ahora rezo menos que antes.

Practicante -Mmm podría orar por usted.

A -Sí, pedí a Dios que me ayude a entregarme a él, para que pueda sanar mi herida.

Practicante -Y ¿cómo será entregarse, que pensaste?

A -Y la parte espiritual. A veces nosotros tendemos a pedir yo quiero esto, esto, y esto y entonces, decir Señor (silencio) yo por ejemplo siempre tuve muchísimas varias enfermedades muy dolorosas y en esas enfermedades recibí la sanación milagrosa y en ese momento yo le pedía al Señor que me diera de su fortaleza para seguir adelante, y siempre la tuve.

Practicante -¿Hoy encuentra esa fortaleza?

A -Sí, porque sino no estaría acá. Soy consciente de lo que me pasó es algo groso. Y el hecho de que lo haya tomado como lo tomé no es algo humano, es una fuerza que viene de Dios. Y tengo una vida a pesar de que no tenga una pierna, puedo seguir viviendo.

Practicante -Bueno, está cansada.

A -A veces, me quiero cansar, me aburre el hecho de estar en cama. Soy una mujer muy inquieta, buscando el bienestar de los demás, en la escuela, a las ordenanzas, a las señas, a los chicos. Si había yuyos en la escuela me ponía a palear los yutos, arrancarlos.

Un día unos chicos iban a arrancar un yuyo y les dije no lo hagan y lo hice yo y cuando los agarré y me dio un dolor profundo, se me infló el dedo y me lo oriné en el baño y se me fue.

Practicante -Que buena reacción y ¿con eso estuvo mejor?

A -Sí, intento hacer lo que escucho y poner en práctica la sabiduría de los demás

Practicante -Momento de ponerla en práctica para usted. Hay que pensar esto de los nervios y de la presión.

A -(vomita). Eso es lo único que siento, la presión y las nauseas (suspira, silencio).

Practicante -El punto que vamos a retomar hay algo ahí cuando empieza a preocuparse por usted que repercute en el cuerpo.

A -Yo si me ayudan a vislumbrar que es, sería muy fácil.

Practicante -¿Qué ve usted en común entre los nervios de esa vez y los nervios de ahora? Piénselo. Vamos a volver el miércoles ¿sí?

A -Bueno, hasta luego.

Practicante -Hasta luego

Comentarios del analista practicante: *“cada vez que se tiene que implicar, ella lo pone en el cuerpo: nauseas, vómito. Ver si se implica o no, pregunta por cuestiones de su vida”*.

Sexta entrevista clínica con A (22-5-19)

Practicante -Buen día.

A -Buen día.

Practicante -¿Cómo está?

A -Me hicieron un toallet hoy y me tengo que volver a hacer.

Practicante -¿A qué hora fue?

A -Cinco de la tarde.

Practicante -Porque cuando pasamos la llevaron a rayos.

A -Y hoy cuando pasaron revista dijeron que van a hacer otro quizás quedaron restos.

Practicante -¿Le dolió?

A -No, gracias Dios, sólo que me molesta el calmante, me hace mal.

Practicante -Y ¿sigue con nauseas?

A -Si nauseas y cansancio. Así, con sueño. Temprano desayuné, tomé una taza de té.

Practicante -¿Sigue la sensación de asco a la comida?

A -Sí, no puedo comer leche, fruta. Eh no se que más a ver. La verdad que ayer estaba contenta de no tener que hacer esfuerzo para comer.

Practicante -¿Tenía dolor?

A -No, tengo gastritis, pero es el asco.

Practicante -¿Con qué tiene que ver?

A -Yo tengo un poquito de flema, siempre fui asquerosa. Con respecto a la pierna no, ya lo superé. Lo que si estoy cansada, no es que tiré la toalla.

Practicante -Cansa el tiempo, la internación.

A -Yo creo que tengo deseos de volver a levantarme, sé que está lo otro, que la rehabilitación va a ser dura porque tengo que buscar el equilibrio.

Practicante -Buscar el equilibrio.

A -Bueno pero sé que eso lo voy a tener que hacer porque al no contar con un miembro es lo justo.

Practicante -¿Por ahora si tiene fisioterapia?

A -No, yo hago ejercicios para fortalecer el miembro sano, cuando nadie me ve. Porque no me gusta como estoy sin ropa, le digo a mi hermana hagamos ahora que nadie nos ven. Y bue hay que aguantar un poquito que termine con la lucha esta. Ayer cuando me hicieron el toallet tomaron una muestra para ver si había otra bacteria.

Practicante -Bueno eso lo van controlando, ahora esto de volver a encontrar el equilibrio en el cuerpo y también en sus actividades, en su vida.

A -Yo estoy, yo como dije siempre, estoy con algo, con un proyecto y mi hija me decía mamá volver a estudiar. Pero yo siento que no voy a tener una larga vida. Quiero hacer lo que siempre deseé. Quiero volver al hospital, acercar y prestar mi servicio a quien lo necesite, acercar un vaso de agua, una chata.

Practicante -¿Armó ese proyecto en base a lo que vio acá?

A -Veo tantas necesidades, a veces no las percibimos, ver la forma en que comen, ver la necesidad externa, carencia y duele ver eso.

Practicante -Mmm. ¿La conmueve, la angustia?

A -Sí, llega a angustiarme. Siempre me angustio. Cuando trabajaba en la escuela de zona rural hay niños a los que le falta y les decía a mis colegas, y les decía a los niños traigan sus tapers de helado, y le llenaba de comida para que se lleven a su casa. Y les decía no te apures, comé, después la lleno de nuevo. Yo había fundado comedores

parroquiales, lo había creado con mis bienes propios y luego hice un proyecto con un sacerdote. Y cuando me fui a la escuela de zona rural ya no se pudo seguir.

Practicante -¿Esos comedores dejaron de funcionar?

A -Sí. Luego intenté hacer algo en mi casa, pero se enfermó mi mamá y tenía que viajar a verla. No tenía descanso, trabajaba en la escuela, a las seis y treinta ya iba a dar la leche. Y había un chico que cocinaba y mientras a los chicos les proyectaba películas, les hablaba de Dios y ellos se entusiasmaban. (Vomita). Los antibióticos me hicieron mal.

Practicante -Usted siempre fue una mujer emprendedora, de proyectar y emprender.

A -Sí, tuve una empresa de prestación de servicio de ahí hacia comedores. Luego murió y se cerró la empresa. Y luego, empecé con catering y entraba a contratar gente. Y un año quedó mucha comida. Y murió mi esposo, y le dije a mi hija, hay mucha comida y mucha gente que necesita, que te parece si compartimos. Había sándwich, empanadas, pizzas, gaseosas, sidras. Fue para navidad, y entonces me dijo mi hija bueno mamá te ayudo. Había mucha gente en la vía, y yo les iba llevando paquetitos. Y terminamos en el hospital y repartimos para médicos, y enfermeros. Y al año siguiente empezamos con el comedor. Como hacíamos catering para egresados, siempre quedaba comida y salíamos repartiendo.

Practicante -¿Es algo que retomaría?

A -(suspira) No sé si de la misma forma, porque bueno mi hija cambió, esta con sus estudios por ahí, voy a ver la forma de alquilar acá, no sé qué voy a hacer en mi futuro.

Practicante -Hay algo que dijo usted, que no quiere una vida larga.

A -Nunca quise ser una carga para nadie. Después de verlos a ellos como sufrieron le pido a Dios fuerzas para ayudarlos. No quiero ser una carga para mi hija.

Practicante -¿Cómo sería ser una carga?

A -Por ejemplo mi papá tiene ochenta y dos años, es ciego, y mis hermanos no van a visitarlo y se siente mal. Por eso, yo los fines de semana iba a atenderlos. A mí no me molestaba atenderlos, pero estaba sola. Eso me duele no poder estar con ellos.

Practicante -¿Alguien se estará ocupando de ellos?

A -Sí, yo este mes ayudé económicamente para que los cuiden. Mis hermanos me dijeron vos no te preocupes, los cuidamos nosotros.

Practicante -Ah ¿están ellos?

A -Sí. "No te preocupes ocúpate de vos."

Practicante -A veces, cuando uno no hace, los otros tienen que accionar.

A -Yo creía que era así pero no.

Practicante -¿No van todos?

A -Tengo una hermana que los está atendiendo a parte de dos señoras que los cuidan. Pero mis otros hermanos no están yendo.

Practicante -No van todos pero, hay alguien.

A -Sí, y también les mande una foto a mis viejitos. Me acuerdo mi hermana, sacaron las sabanas, me senté en el sillón, y les mandé, quería que me vieran. Y me gustaría que la veamos, la vean ustedes, son dos fotos sacadas con diferencia de dos minutos.

Practicante -¿Qué hay de diferente?

A -Lástima que no se las puedo mostrar. Estos días quede tan cansada por lo que me ponen para evitar el dolor cuando me hacen toallet.

Practicante -La anestesia.

A -Sí. Y entonces, no tengo ganas. Me llama y debe haber muchos mensajes, está lleno el teléfono de mensajes, gente que me llama, que conocí una vez, me mandan mensajes. Y entonces, saqué fuerza y le dije a mi hermana no quiero que me vean mal porque puede que este cansada físicamente pero estoy bien y eso se ve en la foto

Practicante -Lo que usted quiere transmitir.

A -Y yo me vi la vara, el rostro totalmente deformado, lo vi.

Practicante -¿Qué ve en ese rostro?

A -Mucho sufrimiento físico, cansancio.

Practicante -Tocan estos momentos de darse un espacio para descansar, recuperarse.

A -Yo quería estudiar para rendir el pos título que estaba haciendo pero estoy cansada.

Practicante -Claro, hay que tomarse un tiempo. Después de la cirugía, viene un momento de satand by, de recuperarse, darse un tiempo, vamos a conversar con foto en mano sobre lo que ve y siente. Después de cada cirugía reposo y recuperarse. Mañana vamos a volver.

A -Bueno, gracias.

Séptima entrevista con A 24-05-19

A-Buen día

Practicante -Buen día, provecho

A -Cambio la postura porque no doy más con los riñones, estuve primero noventa grados pero me mareaba.

Practicante -¿Cómo pasó su fin de semana?

A -Bueno, bien, bien.

Practicante -¿Visitada?

A -No vinieron a visitarme, les pedí que no vengan porque es mucho el gasto para que estén veinte minutos. Mi familia es del interior. Pero no siento ausencia porque todo el tiempo estoy acompañada por el whats app. Pero, a veces, no me dan ganas de abrirlo porque no me siento bien. La verdad que no tolero los antibióticos.

Practicante -Mmm.

A -El otro día mi hermano me trajo un guisito de lenteja calentito rico, y lo comí con tantas ganas. Porque la comida de acá del hospital es fría.

Practicante -Y ¿le pide a su hermana?, ¿le pide otras comidas?

A -El otro día deseaba comer queso y me compró un pebete (atendió el celular). Disculpen mi casa desde que me vine está abandonada. (Vuelve a hablar al celular). Es una vecina que me hace el favor de mirar la casa.

Practicante -Ah que bien buenísimo.

A -Si nos manejamos así en el interior, nos damos una mano entre todos.

Practicante -¿Por qué no hay ganas de comer?

A -No es que no tenga ganas de comer, sino que los antibióticos me están haciendo daño.

Practicante -¿Cuánto tiempo más de antibióticos?

A -Y creería que una semana más porque es de catorce a veintiún días.

Practicante -Vamos a dejarla comer tranquila, y vamos a volver mañana le parece.

A -Si porque hace un mes que estoy acá y quiero hablar.

Comentarios del analista practicante:

Primero amaba el muñón, estaba tomada por la negación, por ocuparse de los otros. Y en un segundo momento empieza a agujerearse eso, cuando tienen que volver a amputar. Recién ahora hay un encuentro con lo real. Aparece un enojo, ella antes estaba con Dios. El espejo que son los otros la moviliza. Cuando le decís algo lo vomita. Asocia tiene capacidad para historizar, construye una ficción. No hay apertura del inconsciente porque esta con esa resistencia. Al principio decía que el muñón es lo que le permitirá poner una prótesis, lo amaba, lo alababa. Ahora ya está más cortito el muñón y ya no habla de la prótesis.

Octava entrevista clínica con A 28/5/19

Practicante -¿Cómo estamos hoy?

A -Hoy como que (hace con el pulgar para abajo).

Practicante -¿Qué pasó?

A -Hoy hubo revista y como que sabía que hay nuevo toallet. La infección no cesa. Al parecer la bacteria es bastante resistente. Pregunte si había otra pero no, es la misma. Me bajonie bastante. En la curación me dijeron que tenía que ponerme morfina y dije no (llora).

Practicante -¿Con qué la asocia?

A -Con terminar.

Practicante -Mmm.

A -Le dije al doctor que no. Aguanto el dolor que yo prefería el dolor.

Practicante -No están indicando morfina para el tratamiento del dolor que eso sí se asocia a algo terminal, sino que lo están pidiendo como un tratamiento puntual.

A -Yo asocio con la muerte, con la muerte de mi muñón. Asocio con otra amputación del muñón porque la infección sigue. El doctor me explicó que está encapsulado en un saquito, que el toallet va a ser para sacar ese saquito. Yo sé que todavía quedan siete días porque el tratamiento son veintiún días. Siento que el lavado me debilita.

Practicante -Quedan siete días de antibióticos.

A -Sí. Yo la verdad que (silencio).

Practicante -¿La verdad qué?

Practicante -Que hace un mes que estoy acá hace un mes (llora) que hace un mes que mi vida cambió. Yo nunca imagine que me iba a pasar una cosa así. Sé que no se está exento de nada pero nunca se me ocurrió. Y ahora, cuando vino la amputación dije bueno esta amputación ya está, que era lo que creían que podía suceder los médicos (vomita) y no resultó así. (Vomita tres veces) (Toma agua). No quiero dejarme caer.

Practicante -¿Cómo es eso?

A -Me cuesta todo, pero me resisto, me cuesta, no puedo darme el lujo.

Practicante -¿Qué pasaría si usted dijera en estos momentos me cuesta en lugar de resistir eso?

A -Estoy enojada, sé que no lo debo sentir.

Practicante -¿Por qué no?

A -Porque tengo miedo de no resurgir.

Practicante -Tal vez, para resurgir necesite permitirse sentir esas emociones, sacarlas y después, apostar a seguir delante de la mejor forma. ¿Se acuerda que hablamos de un proceso?

A -Sí.

Practicante -Que va a llevar un tiempo.

A -Sí.

Practicante -Y está teñido de emociones usted dijo algo importante que nunca pensó que iba a pasar algo así, que cambio su vida. Hay un cambio en el cuerpo y en sus actividades y hay que empezar con ese duelo pero ese duelo no es sin dolor, sin lágrimas, sin pensar que uno no va a seguir. Pero en lugar de resistir hay que empezar a permitirse sentir y vivir las emociones que vayan apareciendo.

A -Yo me pregunto qué hubiera pasado si no me hubiese hecho las curaciones el doctor. Porque después de ahí fue todo doloroso. El doctor P no vino, mi hija fue a buscar enfermeras para que me vieran. Y a la tarde vino el doctor. No recuerdo el nombre. Le había pedido al doctor que me curara. Yo venía con una curación que era dolorosa, pero yo la soportaba. Y se paró, y quizás la forma de ser de él, y él, y le digo a la enfermera me puso aséptico, y sin diluir, y sin ganas, y le dio la gasa y me empezó a curar y dejó la herida totalmente abierta.

Practicante -Mmm.

A -Y fue dolorosísimo y de ahí como me cuesta, tengo miedo a la curación.

Practicante -Mmm.

A -Tuve miedo a la curación.

Practicante -Y va a tener miedo si le dolió.

A -Y solo me puso eso, y el otro doctor no me curaba, me ponía apenas. Y pero él no. Y le dije doctor porque me dolió así. “Y me dijo es vinagre lo que te puse”. Y por qué le dije. Y me dijo algo de la salmonela, yo no tenía así la piel y le dije porqué me hizo eso sin preguntarme y él me dijo que se usaba eso.

Practicante -Y ¿qué le explicó?

A -Que se usaba para otro tipo de bacteria que yo no tenía y después me quedó muy sensible la piel (llora). Y miedo de que me vayan a curar, y sentí dolor en el estómago. Siempre las vacunas fueron dolorosas pero yo las soportaba y eso que eran invasivas, porque tienen que ser invasivas. Pero me quedó esa cosa fea de la curación.

Practicante -¿No habló con usted?

A -No, vino y curó. Yo tendría que hablar porque no me gustaría que le pase a otro paciente.

Practicante -Siempre primero que no le pase a usted, y siempre hay que preguntar.

A -Si le pregunté, y me dijo que lo tuyo ya está, ya se sabe cuál es la bacteria, entonces es necesario cambiar la forma de curación.

Practicante -Está bien la predisposición suya a mejorar cuando dice “haga lo que tenga que hacer”. Ahora yo me pregunto porque aguantar el dolor si hay posibilidad de no sentirlo.

A -Siempre me pone el calmante y me abre. Si mi hermana es enfermera y me dijo como es.

Practicante -Y ¿el sábado cómo fue?

A -Y no sé, no recuerdo.

Practicante -Le dijo el doctor de poner el calmante.

A -Solo en ese momento lo necesito. Anoche por ejemplo mi hermana me estaba bañando y le dije no aguanto el dolor, es el miembro fantasma, es peor que tenerlo.

Practicante -¿Donde lo sintió?

A -Cerca de la rodilla, y mi hermana me decía tranquilízate, y me tocaba y me decía es el tendón. Soy una afortunada de tener a mi hermana.

Practicante -O sea que hoy lo que apareció es el miedo a algo concreto que son las curaciones.

A -Desde el veinticinco.

Practicante -Y la tristeza, ¿este miedo y tristeza?

A -¿Yo dije tristeza?

Practicante -No usted no dijo así, pero dijo bajón.

A -(Silencio, asiente con la cabeza).

Practicante -El miedo, como vamos a manejar el miedo frente a cada situación. Primero no es una situación que se va a repetir. Segundo, usted sabe la forma de curación y los calmantes y la morfina es un calmante que sirve para el momento.

A -¿No es adictivo?

Practicante -Eso habría que preguntarle al médico. Es sólo para aplicar en el momento, pero usted puede preguntar por qué morfina y no otro calmante.

A -No si le pregunte, me dijo que es casi lo mismo, es un poquito más fuerte.

Practicante -¿Por qué no prueba? y si no ve gran diferencia bueno.

A -Pero la curación es un ratito y los efectos de la morfina no los conozco.

Practicante -Bueno, eso hay que preguntar. Es importante también confiar en quienes si venían curando bien. Por otro lado, la muerte ¿no?

A -Me vi sin el fémur porque el doctor habló de la necesidad de conservar e hizo el la medida con los dedos, y es lo que tengo así.

Practicante -Te está dando batalla.

A -Sí (silencio).

Practicante - ¿Qué le parece si charlamos mañana?

A –Bueno.

Novena entrevista con A

Practicante -¿Cómo está usted?

A -Ya bien. Estoy corriendo riesgo de muerte (llora), la infección no cesa. Van a sacar todo el hueso. Yo me pregunto por qué me dejaron con una persona sin experiencia. No quiero que mi mamá y mi hija sepan esto que sufro. Vino un infectólogo, y dado que está cortito el fémur, tiene que cortar. Él me va a operar y es probable que tenga que quitar todo. Y justo hay un especialista de cadera, y no es necesario hacer una operación de cadera. (Silencio).

Practicante –Mmm.

A -Yo siempre quise ser monja, y miraba a Jesús sacramentado y quedaba arrodillada. Se iban todos de la iglesia y quedábamos rezando, luego aprendí que podíamos servirle al Señor desde otros lugares. Luego me casé y me di cuenta que fue un error, yo quería dedicar mi vida a Jesús. Luego me separé, mi esposo se fue, y me quedé con Jesús, luego lloré. No temo a la muerte, él me espera.

Practicante -¿No teme a la muerte?

A –No.

Practicante -Pero ¿usted espera eso?

A -Espero lo que quiera Él. Si me tiene que llevar que me lleve. Estos treinta días fueron dolorosísimos. Estos tres días fue dolor puro.

Practicante -¿Más allá del dolor que la aferra acá?

A -La voluntad de Dios. Yo no puedo decidir, no puedo pedirle eso a Dios. Hablé con mi hermana, que no lloré porque me siento bien, feliz. Yo nunca me vi con la prótesis, sí con la silla de ruedas. Si sobrevivo voy a andar en silla de rueda.

Practicante -¿Cuándo es la operación?

A –Hoy.

Practicante -Va a salir todo bien.

A -Sí, si es la voluntad de Dios.

Practicante -Y de usted también, de su fuerza, sus ganas de seguir.

A-Mi hermana pobrecita está desesperada.

Practicante -¿Su hija sabe?

A -No, no sabe nada, sólo mi hermana pobre.

Practicante -¿Cómo se llama el médico?

A -No sé, que lindo hubiera sido que estuviera antes, en estos treinta días.

Practicante -La vamos a dejar, todo va a salir bien, vamos a volver el lunes.

A -Gracias, que Dios los bendiga.

Practicante -Gracias, igualmente.

Se pregunta a la enfermera. Nos dice que le van a hacer un retoma de muñón.

El médico dice que son los últimos intentos para que se logre articular, se va a dejar abierto. Si no cede la infección va a ir a la desarticulación, porque si la infección sigue corre peligro su vida.

Decima entrevista clínica con A 03/06/19

Practicante -¿Cómo estás?

A -Más o menos.

Practicante -¿Qué está pasando?

A -Cansada.

Practicante -¿Cansancio anímico, físico?

A -Sí, de acá me sacaron porque ya llevo treinta y cinco días. Acá intentó hacerme un no sé quiénes son lo que me hacen, me hizo doler tanto. Y dije que me deje y dije doctor hágalo usted. ¡Qué bárbaro! Sufrí tanto ayer y no se me hizo nada. Y bueno, tengo puesto ahí y ahí (muestra donde le pusieron la sonda, en el cuello).

Practicante -Es para colocar la vía.

A -Sí, pero molesta. Y bue, nuevamente me hicieron el toallet. Cortaron un pedazo más de hueso.

Practicante -Mmm.

A -Renovaron piel, dijeron que ya esta lindo.

Practicante -Bien.

A -Pero, esa noche estuve con presión muy baja. Mi hermana le decía que perdí mucha sangre en cirugía, y los doctores decían que no. Y era eso. Cuando esa noche me hacen transfusión. Entonces, empecé a sentir, a la noche estaba en la Guardia, me toqué así un poquitito, quise levantarme y sentí mis dedos viscosos, y era todo sangre, y dije a la enfermera que llame al doctor, y no venía, y decía insistí no puede ser que me estén entrando sangre y que se me esté yendo. Y viene el doctor y me dice quédese tranquila que son vasitos, es normal. Y ayer de nuevo.

Practicante -¿Ayer de nuevo?

A -Ayer estuve toda la mañana en Guardia, y no veía la hora de salir de ahí. La verdad necesitaba muchas cosas, higienizarme. Así que no desayune, estaba con las manos sucias. Cuando llegó mi hija, llamaron al doctor y me trasladaron de nuevo y me higienice. Anoche estaba mi hermana y me cambió las gasas, me termina de bañar, y me dice que no le gustaba como estaba. Entonces le pide a la enfermera y no tiene respuesta, y les dijo a los médicos que vengan a verme. Y vinieron y le dije al doctor por favor no me vaya a echar el ácido porque quede con mucho miedo. Entonces entraron los dos doctores y le dijeron a mi hermana que salga, y ella no, les dijo que no iba a salir.

Practicante -Valiente su hermana.

A -Y yo creo que ella tiene mucha experiencia, mi hermana aprendió mucho. A veces, cotejo lo que dice ella con los médicos y cuando dice algo es justo lo que se hace. Y mi hermana se quedó. Y el doctor dijo me parece que hay que hacer un puntito. Porque él estuvo cuando me hicieron la cirugía, el doctor O. Y el otro doctor lo ayudó, y luego de hacerme la curación me dijo cualquier cosa que necesite me busca. Pero antes, me dijo que si bien es cierto que la cirugía está bien, como que (llora). Todo lo que se hizo, no era suficiente para la prótesis. Entonces, mi hermana le dice se le podría hacer un trasplante, y le dice que no, no se puede transplantar. Porque voy a hablar con sinceridad, como la piel está curtida no se puede. Para qué hacerme sufrir tanto, resistí tantos dolores, y dije bueno ya está, al menos que ya termine.

Practicante -Pasar esta etapa ya. Y usted dijo que nunca se imaginó con prótesis, si con silla de ruedas. ¿Esa imagen cómo es para usted?

A -No es mala, pero si la hubiera tenido en cuenta, no hubiera pasado por todo para que esto se mantenga.

Practicante -Eso habría que preguntar a los médicos, quizás consideraron que era una posibilidad.

A -Porque ahora se me hizo carne, como, y esta parte se me quedo sin piel. Y eso va a ser un constante sufrimiento. Si tengo que andar con silla de ruedas ese no es problema, sino sufrir, ¿entiende? Porque de pronto un fin de semana presión alta, el otro también, fiebre.

Practicante -¿Los fines de semana cómo son?

A -sinceramente creo que me equivoque, tendría que haberla dejado a mi hija que me sacara a un privado.

Practicante -¿Cómo fue? ¿Usted no quiso ir?

A -Yo no quise ir. (Escupe en su tachito) me da asco tener que tirar todo ahí.

Practicante -¿Piensa que hubiera salido distinto el resultado afuera?

A -Sí creo que sí, porque aquí son residentes. Yo no tengo ganas que me atiendan residentes.

Practicante -Y ¿hay un médico general?

A -Si el doctor P que me veía a mí, pero creo que estuvo solo, sino de pronto cómo llegas a esto, si son profesionales.

Practicante -Usted lo que quiere es que la vea alguien de cabecera.

A -Exacto, alguien con experiencia que pueda guiar al otro y no dejarlo experimentar, y sino, el hecho de poder supervisar. Me acuerdo yo cuando tuve que pararme frente al aula, tuve espanto, y busque gente con experiencia que pudiera ayudarme.

Practicante -Claro, tenía en quien apoyarse.

A -Yo creo que todo profesional se hace en el trabajo.

Practicante -Sería importante en este momento tomar una decisión de cambiar, quizás ir a una clínica como le dijo su hija.

A -Y en este momento no. La verdad que hoy vino el doctor P con el otro tan jovencito, tan inexperto que ya no quiero pasar por esto.

Practicante -Bueno, si ya pasó por todo esto, podría si usted quiere.

A -No lo había pensado la verdad.

Practicante -Bueno piénselo, nosotros vamos a volver en estos días.

A -Bueno, gracias.

Onceava entrevista clínica con A 05/06/2019

Practicante -¿Cómo está usted?

A -Mejor. Estuve con presión. Anoche se me fue a dieciséis. Tenía calor y le dije a mi hermana que me tome la presión. Y estaba con miedo, no sé.

Practicante -¿Con quién se siente segura?

A -En realidad la seguridad está repartida, la siento con la salud y con mi hermana, y luego la contención que me da mi hija a pesar de ser chiquita.

Practicante -¿Cómo sería?

A -Siempre la veo madura, siempre pensando en que esté mejor.

Practicante -La última vez habíamos conversado en pensar el traslado.

A -Si estuvimos viendo con una amiga, si vos querés traslado acá o en B. Y le digo pero no encuentro sentido, si mi pierna, si ya cesó al infección no le encuentro sentido porque mi hermana me dice “una vez que ellos vean que cicatrice ya te van a dar el alta”. Yo lo que estoy pensando es que necesito algo de sol por la piel. Y mi hermana me hace masoterapia, y hacemos ejercicios. Y yo siento que mi piel está reseca, y por eso hoy pensaba que falta me hace.

Practicante -¿Salir?

A -Que me dé el sol.

Practicante -¿Todavía no se sienta?

A -Todavía no porque me siento muy débil, si me levanto me dan nauseas. Acá en la cama si me siento tengo que aguantar un ratito. Yo cuando me siento me acomodo el muñón.

Practicante -Se va movilizand de a poquito.

A -Sí.

Practicante -O sea que es un tema del cual ahora prefiere esperar.

A -Sí, porque ahora entró un medico clínico que recién empezó a especializarse en traumatología, y él dice “No es que me haya recibido, soy médico viejito pero estoy recién con la especialización”.

Practicante -¿Qué pudo haber pasado que la presión subió?

A -Quizás, no sé, no podía dormir y me encontré pensando.

Practicante -¿En qué?

A -En diferentes situaciones. Nada, un poco en mi situación laboral que me gustaría dejar cerrada. Me gustaría hacer un cierre en mi escuela, siempre fui responsable.

Practicante -¿Quiere volver a la escuela para hacer un cierre?

A -Por un lado sí, y por otro no, no quiero que me vean los chicos. Hablé con la supervisora, estoy luchando con mi vida, hice lo que pude, mi hija está haciendo los trámites. Me dice que no lo tome a mal que no quiere que tenga problemas. Y yo le dije que no voy a tener problemas. Esta todo en orden en la escuela, porque justo esa semana deje todo archivado en la computadora. Pasa que hubo un problema entre ella y otro supervisor, y yo me encontré en el medio. Y ella pensó que yo tuve que ver pero no, en realidad, había sido una maestra. Y le pedí disculpas que yo no sabía.

Practicante -En el medio resolviendo, ¿eso se puso a pensar?

A -Estaba pensando en un dinero, y un intendente se había comprometido a ayudar, y pensaba en usar ese dinero para hacer otros arreglos en la escuelita rural que tiene

necesidades. Y le dije que me espere así hago la devolución de ese dinero. Y ella creyó que yo le estaba robando. El año pasado tuve que poner dinero de mi bolsillo para pagar las deudas de la escuela. Y ella me decía que le pedía mucho dinero. Lo malo es que estábamos muy lejos. Entonces, yo se lo había confiado a la seño, es mucho dinero que pedí y voy a tener que devolverlo. Lo bueno es que este año no hubo tanta inflación.

Practicante -Sin embargo, hay medio año para hacer eso, recién llegaron las vacaciones, estamos en junio, hay tiempo. No está con el tiempo corto, ni limitado.

A -Tiene razón.

Practicante -Bueno ahora la vamos a dejar, y vamos a volver a verla en estos días.

Doceava entrevista con A 14/06/2019

Practicante -Buen día, ¿cómo estás?

A -Mejor ya, el muñón dice el doctor que está muy bien. Si me salió un hongo pero ya vino el dermatólogo y estoy con el tratamiento justo. Me descompongo mucho, no veo la hora que me saquen los antibióticos.

Practicante -Y ¿cómo estuvo usted, más allá del cuerpo?

A -Cansada, muy cansada. Yo sentía la necesidad de movilizarme, de hacer algo. Yo me doy vuelta para ambos lados. Y hubo un momento en que se me contracturó el muñón y no me podía dormir. Después, bien, dentro de lo que se puede decir bien.

Practicante -Y esta semana, ¿cómo pasó?

A -Me di cuenta que me estaba bajoneando y le dije a mi hermana que voy a salir, que no quiero caer. Y mi hija me dijo “mami, y ¿si tejés?”, y si le dije. Y espero sentirme mejor porque la semana que viene quiero hacer papeles.

Practicante -¿De qué son?

A -De la escuela para ir dejando bien todo y cerrando. Algo que quiero hacer bien.

Practicante -Y ¿qué es bajón?

A -y no tenía ganas de estar despierta, de orar, y ahora cuando volví a tener deseo de hacer cosas.

Practicante -¿Qué ayudó a cambiar?

A -Creo que el darme cuenta que estaba en esa situación y quería seguir luchando. El doctor me dijo que la herida ya va bien con el tema del injerto.

Practicante -Va avanzando.

A -Si muy lentamente pero avanza. A veces, me pongo a tejer o leer y dejo porque no puedo porque me siento muy débil. Creo que si pudiera salir de la cama me ayudaría.

Practicante -Sí pero también esta bueno pensar que fueron unos días para tomar fuerza y volver y empezar a salir de todo.

A -(Silencio) Me descubrí con miedo. Miedo a estar muy dolorida. O sea yo sé que estoy muy contenida, pero el hecho de enfrentar las cosas es decisión mía, porque se produzco un cambio en mi vida, volver y ser independiente.

Practicante -¿Cómo sería esto de volver y ser independiente?

A -Para mi va a ser como aprender a caminar o movilizarme. Si bien cuento con mi hija y mi hermana que me ayudan, es como que yo les absorbo su vida, porque dejan muchas cosas para estar conmigo.

Practicante -En estos momentos lo necesita. ¿Ha pensado algo en torno a esa vida?

A -Todavía no. Porque como dije yo en el principio pensé que todo iba a ser más fácil, pero surgieron tantas complicaciones y siguen, y es cansador.

Practicante -Mmm. Complicaciones de las que va avanzando, de las que va saliendo.

A -Sí, sí. Gracias a Dios. Cuando empezó esto el domingo, le dije al doctor yo necesito una especialista, que diga esto es, y no como pasó otras veces que estaba viendo que era, y si el hospital no puede proveerlo, mi hija me va a traer uno. Y me dijo que tenga paciencia que ya había pedido la interconsulta. Y mi hermana empezó a hacerme curaciones, y se empezó a secar y lo llamó al doctor, y no estaba. Pero vino la dermatóloga y dijo esto es un hongo esa pomada no le va a hacer nada, y me dio otra. Y hoy por ejemplo ya estoy más tranquila.

Practicante -Bueno, apareció un temor dijo.

A -(Vomita).

Practicante -Empezar a proyectar en adelante, hacia adelante es lógico que surja temor a lo desconocido, pero hay una construcción por hacer, va a ir construyendo día a día, a veces el cuerpo y la cabeza necesitan descansar. No se puede vivir con esta expectativa de estar bien para todos y todos los días. Usted necesita un tiempo para estar mejor pero dijo no me quedo así y va a salir adelante. Ahora la vamos a dejar y vamos a volver el martes.

A -Bueno. Gracias.

Practicante -Buen fin de semana.

A -Igualmente.

Hasta esa entrevista fue mi experiencia con la paciente.

Modelo de Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Pasantía Académica

La Facultad de Artes y Ciencias de la Universidad Católica de Salta ofrece a los alumnos que se encuentran próximos a recibirse, la oportunidad de hacerlo mediante la realización de una Pasantía Académica como Trabajo Final de Grado. De esta manera, los alumnos adquieren competencias teórico prácticas a través de la inserción en la realidad profesional de su área de interés.

En esta oportunidad, se le solicita a usted que autorice la presencia, como observador, del alumno de la carrera de Lic. en Psicología Bosco Emanuel Alejandro DNI 32.805.695, en la/s entrevistas clínicas que llevará a cabo el profesional Psicólogo.

La decisión de que dicho alumno esté presente en su/s encuentro/s con el Psicólogo es voluntaria, y usted puede o no aceptar su presencia. Además, usted puede interrumpirla en el momento que lo decida.

Toda la información que surja será confidencial y se resguardarán tanto su identidad como la información que surgiera en las entrevistas clínicas.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO, UD. ESTÁ ACEPTANDO QUE EL PASANTE BOSCO EMANUEL ALEJANDRO DNI 32.805.695 PRESENCIE LAS ENTREVISTAS DEL PSICÓLOGO DURANTE EL TRATAMIENTO CLINICO QUE LE OFRECE.

LA PRESENTE PASANTÍA ACADÉMICA ESTÁ AUTORIZADA POR EL HOSPITAL PÚBLICO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA SAN BERNARDO Y LA FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA.

Yo _____ habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características de la Pasantía Académica, al firmar este consentimiento informado, acepto que el pasante Bosco Emanuel Alejandro DNI 32.805.695 presencie las entrevistas clínicas del psicólogo, durante el tratamiento clínico que me ofrece.

Firma: _____

Aclaración: _____ Fecha: _____

Planilla de Asistencia

Informe del Director

HOJA DE EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**Informe Final de Pasantía Académica
en el Programa de Emergencia del
Hospital Público de Autogestión San
Bernardo, Ciudad de Salta Capital.
Clínica de la Urgencia.**

Alumno: Emanuel Alejandro Bosco, DNI 32.805.695 _____

Director: Humberto Eusebio Pineda, DNI 20.247.600 _____

EVALUACIÓN

- Decisión:

- Tribunal evaluador:

Jurado:

Jurado:

Jurado:

- Lugar y fecha: