

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



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Pasantía Académica

**Las intervenciones de los practicantes de psicoanálisis en la atención y
tratamiento de urgencias subjetivas en el Servicio de Salud Mental del
Hospital Señor del Milagro, Salta Capital.**

Alumna: Blanca Graciela, Niz Acevedo.

Director: Lic. Humberto Eusebio Pineda.

AUTORIDADES ACADÉMICAS

- ❖ **Rector:** Ing. Rodolfo Gallo Cornejo.
- ❖ **Vicerrectora Académica:** Mg. Constanza Diedrich.
- ❖ **Secretaria General:** Mg. Silvia Alvarez.
- ❖ **Decana de la Facultad de Artes y Ciencias:** Lic. María Medina Bouquet.
- ❖ **Secretaria Académica:** Abg. Adriana Ibarguren.
- ❖ **Jefa del Departamento de Psicología:** Lic. Sonia Guijarro Cardenas.

AGRADECIMIENTOS

Durante mis años de carrera tuve la gracia de tener a mi familia presente, especialmente de contar siempre con el apoyo de mis padres tanto emocional como económicamente para poder estudiar lo que quería, a mi hermanito que estudiaba su carrera y era hermoso compartir la felicidad de aprobar finales o estar acompañándonos cuando nos iba mal a alguno de nosotros. Ellos fueron los que realmente han vivido en carne propia todo mi esfuerzo, cada día de cursada, rendidas, días buenos y malos siempre me han acompañado y agradezco profundamente su incondicionalidad. Al amor de mi gran familia de tíos, tías, primos y primas quienes se alegraban y festejaban cada logro que alcanzaba.

A mis amigas de la vida Rosario, Dana, Yamila, Sol, que con su amistad alegran mis días. A mis compañeras/os de carrera, algunas convirtiéndose en amigas como Liliana, Belén, Anita con quienes pude compartir últimos momentos de cursada y hasta lo que fue el recorrido de hacer la tesis, su empatía y compañerismo para alentarnos mutuamente nos ha hecho avanzar en el final del proceso. Además de acompañarme en un momento personal muy doloroso, alentándome con palabras y mucho afecto.

A mi director de tesis Humberto, quien siempre tuvo la disponibilidad para poder orientarme en relación a la definición del tema de tesis, darse el tiempo para revisar mi marco teórico, orientarme en aspectos a tener en cuenta para realizar el trabajo, además de su recomendación de lecturas, libros para luego realizar una organización de las reflexiones y conclusiones finales.

A Mariana que como metodóloga me ha orientado en la corrección del trabajo, el planteo de objetivos direccionados a lo que quise realmente obtener a partir de mi experiencia de pasantía, además como psicóloga su conocimiento en psicoanálisis me ha permitido una mirada mucho más específica y enfocada en lo que quise trabajar.

Un especial agradecimiento a mi tutora institucional María Isabel Allamandri que me ha guiado y acompañado en esta experiencia nueva para mí desde el primer momento, una excelente profesional que cada día se ha brindado con gran entusiasmo ante mi solicitud de ser pasante en la institución. Tuve la fortuna de conocer algunos de sus pacientes que llevan tiempo de tratamiento, quienes expresan profundo cariño y agradecimiento hacia ella como profesional y como persona. Su particular sensibilidad, alegría y entrega son cualidades destacables en su hacer cotidiano, y que hicieron de un ambiente muy agradable durante el tiempo compartido.

Sus años de experiencia trabajando en el hospital se ven reflejados en el cariño que le transmitía todo el personal del hospital y su habilidad para resolver cada situación nueva que se presentó con pacientes o con los profesionales de otras especialidades. Muchas veces actuando de nexo entre el paciente y otras especialidades a través de la solicitud de interconsultas para ampliar la mirada profesional sobre el caso en particular, lo que permitía que se construya una perspectiva más amplia en beneficio de la salud integral del paciente. Me ha transmitido su gran amor por la profesión.

Es importante para mí también hacer mención a las personas que he conocido y han formado parte de mi paso por la institución, en primer lugar a todo el equipo de psicólogos del Servicio de Salud Mental, de quienes he podido aprender de todos y cada uno de ellos. Gracias a Roxana por guiarme con algunas lecturas necesarias para complementar mi trabajo, compartir algunas guardias e interconsultas en sala. A Feliciano por su disponibilidad y amabilidad en mostrarme cómo realizar informes y comentarme sobre casos clínicos de los cuales siempre me gustaba escuchar con gran atención. Con Andrea además de interconsultas he podido compartir especialmente las guardias de los jueves, donde tuve la oportunidad de conocer a otros profesionales (Dr. Clemente, Dra. Manuela, Dra. Gabriela, Dra. Colque, Adm. Pedro) con quienes en sus momentos de distensión luego de atender pacientes entre charlas y risas se producía un ambiente muy ameno. Sin dejar de mencionar a los psiquiatras Sebastián y Romina de quienes me gustaba escuchar los casos clínicos que ellos compartían además de conocer sobre su mirada médica relacionada a los efectos de los psicofármacos en los pacientes.

A todo el personal del hospital, enfermeras, doctores y otros profesionales con quien he tenido el agrado de tener un pequeño intercambio o saludo, me han demostrado en el tiempo que transcurrió mi pasantía gran amabilidad y servicio. Especialmente a las chicas de Servicio Social que me han recibido con cariño y con gran entusiasmo cada vez que iba a consultar o visitarlas.

Por último, agradecer a todos aquellos que estuvieron presentes y a los que han decidido en algún momento irse de mi vida porque de alguna forma me han enseñado con su ausencia, a forjar una persona fuerte y con tenacidad para ser capaz de hacer todo lo que me proponga.

ÍNDICE

AUTORIDADES ACADÉMICAS	1
AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
MOTIVO DE ELECCIÓN DE LA PASANTÍA Y FUNDAMENTACIÓN.....	9
PLANTEAMIENTO DE LA PASANTÍA ACADÉMICA.....	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
VIABILIDAD	12
JUSTIFICACIÓN.....	12
CONSECUENCIAS DE LA PASANTÍA ACADÉMICA	13
MARCO TEÓRICO	15
Capítulo I: La Época de la Hipermodernidad.....	15
Urgencia Generalizada	17
Clínica del Trauma	18
Capítulo II: La Urgencia Subjetiva.....	21
Emergencia, Urgencia y Urgencias Subjetivas.	21
Los tiempos de la urgencia subjetiva.....	26
Presentaciones de la Urgencia Subjetiva: Acting out y Pasaje al acto.	29
Capítulo III: Psicoanálisis y Hospital	32
El psicoanalista en el hospital	35
El psicoanalista frente a la Urgencia	36
La Importancia del Diagnóstico : La urgencia en la Neurosis y en la Psicosis.....	40
La urgencia subjetiva en la Neurosis.....	42
La urgencia subjetiva en la Psicosis.....	43
MARCO INSTITUCIONAL	46
El Hospital como Institución de Salud Pública	46
Circuito de abordaje de emergencias de salud en la Provincia de Salta	47
Hospital Señor del Milagro	48
Breve recorrido histórico.....	48
Beneficiarios del Hospital Señor del Milagro.....	48
Fines del Organismo	50
Misión	50
Visión	50
Valores	51
Servicios que presta el Hospital Señor del Milagro:.....	51
Servicio de Guardia.....	51
Especialidades.....	52
Sectores Institucionales donde se realizó la Pasantía Académica:	52
Actividades y tareas desarrolladas durante la pasantía académica.	55

RECORRIDO DE LA PASANTÍA ACADÉMICA	59
Lo real y la urgencia subjetiva en el hospital.	61
EL ABORDAJE PSICOANALÍTICO DE LA URGENCIA SUBJETIVA	62
INTERVENCIONES DEL PRACTICANTE DE PSICOANÁLISIS EN URGENCIAS	
SUBJETIVAS	65
CASUÍSTICA	70
Caso R	70
Caso K	72
Caso A	75
CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
EVALUACIÓN.....	91

RESUMEN

El presente informe, que se realiza como Trabajo Final de Grado con modalidad de Pasantía Académica para la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, tiene la finalidad de plasmar por escrito el conocimiento adquirido por la pasante a partir de la observación no participante de las intervenciones en los dispositivos hospitalarios como guardia, internación y consultorio externo, realizadas por los practicantes de psicoanálisis en la atención y tratamiento de los casos de urgencias subjetivas asistidos por el Servicio de Salud Mental del Hospital Señor del Milagro de Salta capital, durante los meses de Agosto a Noviembre del año 2024.

Palabras claves: Pasantía académica, intervenciones, urgencias subjetivas, hospital público.

ABSTRACT

This report, which is carried out as a final degree project with an academic internship modality for the Bachelor's Degree in Psychology at the Catholic University of Salta, has the purpose of capturing in writing the knowledge acquired by the intern from the observation non participant of the interventions . in hospital devices such as on-call, hospitalization and outpatient clinic, carried out by psychoanalysis practitioners in the care and treatment of subjective emergency cases assisted by the Mental Health Service of the Señor del Milagro Hospital in Salta. capital, during the months of August to November of the year 2024.

Key words: Academic internship, interventions, subjective emergencies, public hospital.

INTRODUCCIÓN

Sigmund Freud, padre del Psicoanálisis, ha sabido llevar adelante un cambio revolucionario en la comprensión del psiquismo humano y su tratamiento. Los orígenes del psicoanálisis se vieron marcados por la oposición y la increencia de la comunidad científica de la época, pero gradualmente fue ganando aceptación y se convirtió paulatinamente en una de las corrientes con mayor influencia en el campo de la psicología y la psiquiatría.

Históricamente durante el siglo XX se han intentado realizar diversas adaptaciones del psicoanálisis a distintas prácticas psicológicas, en este sentido la aplicación del método psicoanalítico al ámbito hospitalario ha sido un tema que ha dado pie a interrogaciones en el campo teórico-clínico. Actualmente es un hecho, considerar que se pueden alcanzar efectos subjetivos o efectos terapéuticos rápidos en sujetos que atraviesan una situación de crisis y que son empujados a consultar en una institución hospitalaria por la prisa de obtener un alivio a ese sufrimiento que lo deja sin palabras, que irrumpe en su vida y que se manifiesta en su relación con los otros o con el propio cuerpo.

Freud (1992) sostenía que “cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones”. Actualmente ya se encuentran instalados profesionales psicólogos, practicantes de psicoanálisis en contextos hospitalarios, y son los mismos que dan cuenta de la efectividad terapéutica del psicoanálisis aplicado en sujetos que atraviesan una urgencia subjetiva. Ya sea por su propia práctica clínica, sus investigaciones llevadas a cabo en instituciones o incluso con la experiencia de estudiantes que realizan su práctica profesional en hospitales en la clínica de la urgencia.

Considerar el contexto actual, sociocultural, histórico, económico es fundamental en relación a los sujetos y sus malestares hoy en día. Así mismo, es que “el psicoanálisis surge para rescatar al hombre de su esterilidad discursiva” (Belaga, 2005, p. 66). En los tiempos actuales el objetivo es el mismo, Belaga (2005) describe en términos apropiados lo que acontece en los sujetos de esta época:

La pobreza del relato, del decir, la mudez, la jerga, contribuyen a alejar al sujeto de su propia marca, de su singular huella. Se evita, se niega esa letra que aspirará las experiencias, que las tornará significativas, imposibles de soslayar, únicas, incomparables, esa marca de un exilio que será la que encontremos en el *partenaire* y sin la cual la única posibilidad es abandonarse al goce más autístico que nos constituye. (p.66)

Este trabajo busca precisamente plasmar, a partir de la realización de una pasantía académica, la misión de conocer sobre las intervenciones que realizan los psicoanalistas, que forman parte del equipo de profesionales psicólogos, en la atención y tratamiento de urgencias subjetivas en un contexto hospitalario, específicamente del Hospital Señor del Milagro; a partir de la observación no participante de interconsultas que se presentan diariamente en los distintos dispositivos asistenciales hospitalarios ya sea en consultorio externo, guardia, o internación. Donde además de adquirir conocimiento y experiencia formativa, al finalizar la misma, y considerando los alcances y limitaciones como estudiante, poder precisar y reconocer qué es una urgencia subjetiva, conocer cómo es abordada por los profesionales psicólogos practicantes de psicoanálisis de esta institución a través de sus intervenciones y cuáles son las presentaciones actuales de las urgencias subjetivas que llegan al Servicio de Salud Mental del Hospital Señor del Milagro, el segundo Hospital de Salta Capital más concurrido y que prioriza en recibir pacientes con enfermedades infectocontagiosas.

MOTIVO DE ELECCIÓN DE LA PASANTÍA Y FUNDAMENTACIÓN

La intención de realizar una pasantía académica surge en primer lugar, a partir del interés personal fundamentalmente ligado al psicoanálisis, que durante el cursado de la carrera se ha originado en parte gracias a la transmisión del saber de algunos profesores, que ha despertado en mí el deseo por conocer el complejo pero cautivador campo del psicoanálisis. En este sentido, considerar la realización de una pasantía con orientación psicoanalítica desde un inicio, me ha parecido una excelente oportunidad para poder articular parte del saber teórico incorporado a lo largo de la carrera a un psicoanálisis aplicado, adquirir experiencia clínica y permitir un acercamiento a lo real de la clínica.

Otro motivo más personal ha sido que durante el año de pandemia las Prácticas Pre Profesionales de Clínica que se realizaban de manera presencial han tenido que adaptarse de manera virtual y esto me ha impulsado más aún a plantear la realización de una pasantía académica en una institución hospitalaria como Trabajo Final de Grado, lo que implicaría una aplicación práctica del conocimiento teórico ya incorporado, desarrollando habilidades y competencias en el área clínica. Considero de gran importancia nuestra inserción en el espacio clínico como practicantes de psicoanálisis, algo que considero fundamental para tener una primera aproximación y aprendizaje que incluye entre otras actividades: la observación de entrevistas con los sujetos que concurren a consulta, la realización de análisis de casos, además de recibir el acompañamiento y supervisión por parte de los profesionales de la institución tomando contacto con su saber y experiencia.

Por último, el hecho de realizar una pasantía que a su vez me permitirá desarrollar mi formación como profesional, una profesión que trabaja con la salud mental de las personas y que implica una gran responsabilidad social. Me parece interesante conocer especialmente cómo intervienen los profesionales psicólogos como practicantes de psicoanálisis en un ámbito hospitalario frente a casos de urgencia subjetiva, porque a mi parecer el psicoanálisis aplicado en las instituciones ya se encuentra instalado y a partir de la lectura de autores que ya planteaban hace unos años cuestionamientos teórico prácticos sobre si era posible la aplicación del psicoanálisis en las instituciones hospitalarias, hoy es una realidad tangible. Hay psicoanalistas que forman parte del equipo de psicólogos en los hospitales de Salta Capital, San Bernardo, Materno Infantil, Oñativia, Señor del Milagro,

como algunos de los principales a los que concurren los pacientes cuando necesitan atención. El hecho de haber elegido precisamente este nosocomio para realizar mi pasantía surgió ante una movilización personal al asistir eventualmente a una presentación de casos en el auditorio del hospital por parte de la Fundación Analítica Salta y escuchar a la Jefa del Servicio de Salud Mental presentando un caso atendido por ella en tiempos de pandemia, lo que produjo un deseo en mí por preguntar si existía la posibilidad de poder realizar mi trabajo en dicho hospital.

Ahora bien, mi interés en la urgencia subjetiva surge a partir de un acercamiento sobre la clínica de la urgencia teóricamente, y reflexionar sobre la frecuencia en que se presentan estos casos precisamente en un contexto hospitalario, donde psicólogos con orientación psicoanalítica intervienen para producir efectos terapéuticos ante ese sufrimiento que se presenta de forma insoportable, sin dejar de considerar cómo repercuten las características de la época actual en las subjetividades.

PLANTEAMIENTO DE LA PASANTÍA ACADÉMICA

Objetivo General

- Conocer las intervenciones que realizan los practicantes de psicoanálisis en la atención y tratamiento de urgencias subjetivas que concurren al Servicio de Salud Mental del Hospital Señor del Milagro de Salta capital, 2024.

Objetivos Específicos

- Articular conceptos teóricos de urgencia subjetiva con la práctica psicoanalítica.
- Reconocer una urgencia subjetiva y sus formas de presentación actual en pacientes que concurren al Servicio de Salud Mental del Hospital Señor del Milagro.
- Distinguir los modos de intervención en el abordaje de urgencias subjetivas que concurren al Servicio de Salud Mental del Hospital Señor del Milagro.

VIABILIDAD

Es posible llevar a cabo la pasantía dado que se dispone de los recursos materiales y de tiempo necesarios para realizarla. El marco legal que posibilitará la realización de la pasantía académica está configurado por el Convenio existente entre la Universidad Católica de Salta y el Gobierno de la Provincia de Salta (Resolución Rectoral 231/21), junto con el Protocolo Adicional correspondiente.

De esta manera, según las normativas vigentes de ambas instituciones tanto en Ucasal y en el Hospital Señor del Milagro, se estima contar con las notas de aprobación pertinentes antes de la realización de la pasantía académica, y obtener la autorización plena para dar inicio a la misma.

Para llevar a cabo el trabajo, por medio de la Universidad se contará con la póliza por accidentes personales emitida por una compañía aseguradora.

JUSTIFICACIÓN

En primer lugar es de suma importancia considerar que la psicología es una profesión que trabaja con la salud mental de los individuos, por lo tanto es fundamental tener en cuenta que la formación profesional implica que el conocimiento teórico y desarrollo de competencias que derivan de una articulación teórico práctica a lo largo de la carrera, configure a profesionales que sean competentes y responsables para tratar con respeto malestares, padecimientos y todo lo que ello implica en la salud mental de las personas.

Llevar a cabo esta pasantía académica permitirá que parte de esa configuración como profesional se optimice, siga ampliando conocimientos y habilidades aplicando lo teórico en la praxis y en la búsqueda de nuevos recursos y mejores instrumentos que sumen a la formación profesional.

Tener acceso a conocer el desempeño de profesionales en el área institucional donde tantos casos de personas se presentan a diario y necesitan de atención, será una experiencia muy enriquecedora. El Hospital Señor del Milagro es una institución hospitalaria provincial que prioriza en recibir pacientes con enfermedades infecto contagiosas, en este sentido las personas que concurren para recibir atención en los diferentes dispositivos asistenciales. De

esta manera puede existir el riesgo de contagio; por lo que pueden incluirse medidas de cuidado por los profesionales para el tratamiento de los pacientes.

Para concluir, observar y conocer las intervenciones que realiza el practicante de psicoanálisis en la institución frente a urgencias subjetivas y cuáles son las presentaciones clínicas de las mismas particularmente en el Hospital Señor del Milagro, se plantea como una cuestión de relevante implicancia, tanto académica como social, ya que se relaciona a un tema vigente sobre la cual es necesario crear conocimientos en el campo psicoanalítico.

CONSECUENCIAS DE LA PASANTÍA ACADÉMICA

Se busca garantizar un trabajo que se encuentre bajo las normativas y leyes vigentes, en primer lugar desde el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) se tendrán en cuenta los principios generales fundamentales en cada momento de llevar a cabo la pasantía académica:

- ❖ Respeto por los derechos y la dignidad de las personas, por su autonomía y privacidad.
- ❖ Competencia. Mantener la constante formación, capacitación y experiencia teórico-práctica.
- ❖ Compromiso profesional y científico. Responsables de desarrollar los recursos y técnicas actualizadas, desde una mirada ética ante los avances tecnológicos y científicos.
- ❖ Integridad. Informar sobre antecedentes profesionales y curriculares en el ámbito académico.
- ❖ Responsabilidad Social. Contribuir al desarrollo del bienestar de las personas, desde una postura crítica creativa y transformadora como parte del compromiso social.

En relación a las normas deontológicas que considera el código de ética, específicamente en cuanto al consentimiento informado se tendrá suma responsabilidad, al ser solicitado a las personas con las que se intervenga, es una obligación sustentada en el respeto por su autonomía, el cual será válido cuando la persona lo realice de manera voluntaria, y con plena capacidad de comprender las consecuencias de sus actos. Esto quiere decir que las personas deben de tener la capacidad legal, libremente tomar la decisión de aceptar y recibir la información necesaria importante y relevante para conocer los alcances de la intervención (FEPPA, 2013, p. 5).

Durante la pasantía los pacientes serán informados previamente, por parte de la psicóloga (supervisora institucional) acerca de la presencia de la pasante, como observadora no participante, en las entrevistas clínicas, no teniendo la obligación de aceptar. Para ello se cuenta con un modelo de Consentimiento Informado que será presentado para autorizar la participación o no de la pasante en el momento de la entrevista, el mismo se encuentra detallado en anexos.

En segundo lugar, a la luz de leyes relevantes en materia de Salud Mental como la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2013) se considerarán como fundamentales los primeros capítulos I y II, en especial el Art. 3° donde se menciona una definición de Salud Mental, planteada como:

Proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (p. 12)

Los alcances de la práctica en la pasantía considerará tal definición de Salud Mental y en especial los Derechos de las personas con padecimiento mental que figuran detallados en el Art.° 7.

Y por último tener en cuenta la Ley del Ejercicio Profesional N° 6063 que rige las obligaciones del profesional psicólogo en la Provincia de Salta, particularmente sobre el Capítulo I y II, el Art. 4° inciso a) sobre el desempeño del profesional en el ámbito clínico.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: La Época de la Hipermodernidad

“Toda época tiene efectos en la subjetividad y deja en ella sus marcas”

(Baudini, 2014, párr. 1)

La época actual pone a prueba a la subjetividad, las contingencias que han surgido este último tiempo repercuten en cada sujeto de una manera particular. Son tiempos donde la inmediatez y la efectividad de los procesos son la principal prioridad. Es necesario resaltar la gran importancia de considerar el contexto socio cultural, político, económico, histórico, familiar como factores que influyen en el desarrollo del ser hablante durante su vida.

“La modalidad y presentación del malestar que ocasiona esta realidad inexorable distingue el espíritu de cada época” (Coccoz, 2021, contratapa). Ya lo planteaba Freud en 1930 en su texto *El malestar de la cultura* cuando se pregunta sobre la infelicidad del hombre que vive en sociedad. Reconoce tres fuentes de sufrimiento que incluyen a la naturaleza que lo somete, el propio cuerpo como fuente de sufrimiento y las relaciones sociales mantenidas con los otros (Freud, 2011a). La sociedad contemporánea está caracterizada por la incertidumbre, la fragilidad y superficialidad de los lazos sociales, donde se encuentran individuos desprotegidos, desorientados y confusos.

Los términos incertidumbre y probabilidad, introducidos por la ciencia en estos tiempos producen angustia en los sujetos que viven en la constante probabilidad que algo les suceda, alguna contingencia que tendrá lugar en algún momento de su vida, no saben qué será ni cuándo acontecerá, por lo que a mayor incertidumbre mayor será la angustia atravesada. De esta forma es que con la caída de los grandes discursos que regían la sociedad, el capitalismo se centra como discurso que se instala hoy, que va en contra de la promoción de un lazo social, y en tanto deja a los sujetos aún más desorientados, coloca al individualismo y la superficialidad como aspectos comunes en las relaciones interpersonales, y sin olvidar los efectos producidos por uno de los postulados que promueve el capitalismo: “todo es posible” (Correa Cano & Bainer Sanchez Henao, 2017).

Baudini (2014) escribe una nota sobre el texto *Para una política del psicoanálisis en la época actual*, en la cual hace referencia y reflexiona sobre las coordenadas actuales de la época y las características de la misma que se presentan como desafíos para el psicoanálisis que busca

estar a la altura de las nuevas formas de subjetividad manteniendo sus principios fundamentales; donde la ciencia y el mercado se abren paso cada vez más ofertando un consumo ilimitado de objetos que se vuelven descartables, es decir se busca “obturar la falta con objetos de goce” (Baudini, 2014, párr.7). Además de ello, la ciencia y el mercado no sólo avanzan amenazando el lugar a la singularidad subjetiva sino también del psicoanálisis poniendo en duda su eficacia, frente a la expansión de las neurociencias, la psicofarmacología; las cuales tratan con reales distintos e irreductibles.

Las nuevas formas del síntoma, la multiplicidad de ofertas terapéuticas, las exigencias de medición y de evaluación de los resultados de los tratamientos, el imperativo de la brevedad, son algunas de las condiciones de la época que requieren sus respuestas, en el marco de una política que permita mantener el psicoanálisis a la altura de la subjetividad de la época. (Baudini, 2014, párr. 3)

Eric Laurent en un reportaje realizado por la *Revista Ñ* en 2016, señala que en estos tiempos, llamados de la “hipermodernidad” el psicoanálisis y los psicoanalistas se enfrentan a nuevos desafíos, donde el analista no sólo es necesario en su labor para responder a las nuevas angustias y síntomas que tienen lugar como la anorexia, bulimia, adicciones, ataques de pánico, entre otros malestares; sino que también para aportar alguna respuesta a aquello proveniente de lo social que impacta de alguna forma en las subjetividades, lo que origina nuevas causas de sufrimiento. Cabe destacar que dada la proliferación de los síntomas contemporáneos incluye por ejemplo “la toxicomanía como las adicciones, no sólo las que se relacionan con las de consumo de sustancias tóxicas, sino también las que están en función de las cirugías, los juegos, el internet, y muchos otros, donde el goce ilimitado toma lugar principal en la sociedad” (Correa Cano & Bainer Sanchez Henao, 2017, p. 41).

Las contingencias a las que se encuentran expuestos los sujetos en esta nueva “hipermodernidad” exigen una actualización de los paradigmas que sostienen la práctica analítica. El analista debe crear nuevos recursos para dar respuesta a las nuevas transformaciones derivadas del malestar actual (Zack, 2005, pp 89-91).

Para responder a lo real del siglo veintiuno, a las subjetividades sacudidas por las sustanciales transformaciones a las que estamos asistiendo una vez perimido el régimen edípico, contamos con la enseñanza del “últimísimo Lacan” que estamos pudiendo implementar gracias a Jacques Alan Miller. Un Lacan hipermoderno orienta la clínica variada, vigorosa, plena de sorpresas.

(Coccoz , 2014, p. 19)

Laurent (2000) en *Psicoanálisis y Salud Mental*, muestra que es posible y eficaz un psicoanálisis en estos tiempos que acompañe a las exigencias de la época, en un siglo XXI. El psicoanálisis se preocupa por su posición actualmente, a no dejar de preguntarse y fabricar respuestas, mucho menos que sean del tipo cerradas o estándar para todos por igual. Enfatizando al “ser hablante y al inconsciente, reverso de los nuevos paradigmas cientificistas que quieren ver desaparecer al sujeto, en pos de mediciones y segregaciones hormonales” (Seldes, 2019, p. 21).

Urgencia Generalizada

La “urgencia generalizada” es un acontecimiento nuevo como lo plantea Belaga (2004) en su libro *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Este fenómeno tiene lugar en la época actual, y es una forma clínica que incluye a las “urgencias subjetivas” como crisis, junto a otras características de la emergencia médica o psiquiátrica. El mundo actual se ve transformado y afectado con la influencia cada vez mayor de la tecnología y la globalización lo que ha dado lugar a un nuevo orden en la sociedad, producto de ello el surgimiento del sufrimiento subjetivo.

La sociedad se rige por un “nuevo padre”, el *padre moderno* que tiene lugar en las nuevas formaciones familiares que refleja una falta de la prohibición, es el “fin del orden tradicional patriarcal” (Belaga, 2005a, p. 9). Este nuevo orden repercute en la subjetividad a nivel particular, familiar y social, a diferencia de otros tiempos pasados donde se encontraban ciertos pilares que proveían de un ordenamiento para la formación subjetiva. Dicho en otras palabras “lo real irrumpe sin el ordenamiento que proveían en otra época las Identificaciones estables, al Otro, al Padre, a la ley” (Baudini, 2007).

En el campo clínico, ya no se encuentra algo que adopte la posición de prohibición, se desarrolla la vida del sujeto sin límite alguno, dejándolo en una situación precaria, acompañado de miedos que organizan su día a día. Estos tiempos de “urgencias generalizadas” se caracterizan por la caída de los ideales, de las instituciones que brindan soporte a los sujetos (Belaga, 2005b, pp. 33-34).

Leonardo Gorostiza en su prólogo en *Clínica de la Urgencia*, recuerda el nombre con el que Miller llama a la época actual: tiempos donde el “Otro no existe” (Sotelo, 2007). Entonces, si bien es un tema que da para profundizar mucho más teóricamente, en este momento se hace

énfasis en lo que Miller (2011) trata de explicar sobre este postulado, que el *Otro no existe*, en un sentido de lo real porque no puede hacer un pasaje por la lógica que sería el requisito para reconocer que algo es real y que existe, en términos lacanianos.

Para Lacan el Otro está fundamentalmente marcado por la falta¹, lo que se refleja en el concepto del "gran Otro barrado" o el "Otro castrado". En resumen, se está subrayando la falta y la incompletud del Otro como instancia simbólica. Ahora bien, referirse a estos tiempos donde el Otro no existe, metafóricamente hace referencia a una época donde los seres hablantes experimentan un gran desamparo y desorientación, ya que la falta de un Otro que esté totalmente presente y reconocido es lo que le genera angustia y confusión, dicho de otra forma; la presencia del Otro entendida como la figura que representa la autoridad, la cultura y el lenguaje está ausente en esta época, lo que produce consecuentemente angustia en los sujetos.

En suma se puede articular lo que propone Baudini (2007) de que “el concepto de urgencia generalizada es solidario de la época del Otro que no existe” (párr. 11). Esta frase describe estos tiempos hipermódnos refiriéndose al consecuente empobrecimiento del orden simbólico en la subjetividad actual. Desde la perspectiva clínica, se encuentran sujetos con una angustia insoportable, que los lleva a precipitarse de diversas formas ante la falta de la palabra y el recurso simbólico que permita tramitar algo de esa angustia que irrumpe en cada caso. Se trata de una época regida por los significantes trauma y urgencia, como significantes amo (Zack, 2005, p. 91).

Clínica del Trauma

En los tiempos de la “urgencia generalizada”, en los tiempos donde el “el Otro no existe”, en la “civilización del trauma” (Belaga, 2004; Miller, 2005; Laurent, 2002), tal como los nombra Gorostiza en su prólogo del libro *La Clínica de la Urgencia* (2007). Se muestra la caída de los grandes relatos que daban sustento a los sujetos y que como consecuencia tales sujetos que se encuentran desorientados, se manifiesta en una *clínica del trauma* que se correlaciona con la angustia (Gorostiza, 2006).

¹ La idea de Lacan de que el Otro está fundamentalmente marcado por la falta, es una idea que plantea en algunas de sus obras como *El Seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, *El Seminario, Libro 20: Aún* o en algunos de sus *Escritos* como: “La dirección de la cura y los principios de su poder” y “El estadio del espejo como formador de la función del Yo”.

Con la “clínica de la medicación”, Laurent (2000a) en *Psicoanálisis y Salud Mental*, sostiene que se modifica la sensibilidad del siglo y la clínica del sentido, de uso social, se va desvaneciendo y cobran importancia los psicotrópicos, añadiendo la creación del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) dando origen a una clínica global que incluye todas las diversas prácticas [...] dando lugar a una indiferenciación entre lo normal y lo patológico, y lejos de una integración de la enfermedad mental a la ciencia, se deriva a una “fabricación de nuevas normas para lo patológico” (Laurent, 2000a, p.7). De esta manera se plantea que “la extensión de la *clínica del trauma* en las clasificaciones psiquiátricas es la consecuencia lógica de la extensión de la descripción lingüística del mundo, ya sea en los modelos científicos o su extensión más o menos justificada en las neurociencias” (Laurent, 2002, párr. 23).

Coccoz (2021) menciona en *Nuevas formas del malestar de la cultura*, que es necesario otorgar magnitud a los “efectos subjetivos” de las catástrofes humanitarias en las víctimas, las cuales son tratadas en mayor medida a través de “actuaciones estandarizadas” y protocolares (p.177). Laurent (2002) analiza esta cuestión y señala que hay una impotencia en la lectura sobre el acontecimiento desde un sentido clínico, que implica tener en cuenta las secuelas físicas y psíquicas, no exclusivamente de manera colectiva sino que es preciso dar lugar a una lectura particular, de modo subjetivo (p. 44).

Como tratamiento, la clínica de la medicación hace surgir una confusión con respecto a la definición de los síntomas actuales bajo una clasificación muy extensa; en contraste con la clínica freudiana clásica, el analista en una institución hospitalaria puede encontrarse ante un conflicto sobre lo que implica esto, en algún punto Laurent (2000a) hace una salvedad y plantea que surge “algo nuevo”, señala que “el síntoma invade las normas del campo social. Constituye aquello que más bien pasa a llamarse *estilos de vida*” (p. 9). Las normas de lo viviente, que el DSM ubica como síntomas, son lo que Miller extrae de Lacan y llama “modos de gozar”.

Desde la mirada del psicoanálisis, según Belaga (2005b): “sostiene que la reacción frente al traumatismo es muy particular, que se debe escuchar la singularidad de cada uno, y que por lo tanto no hay un tratamiento estándar de los efectos de un trauma” (p. 13). Esto implica que el hecho que un sujeto haya sido parte de una experiencia que afectó a una multitud, de manera masiva por algún hecho perturbador, no quiere decir que necesariamente tal sujeto se encuentra traumatizado, cada uno responde frente a estos acontecimientos de manera particular a partir de los recursos que dispone y que a su vez no hay un único modo de tratarlos.

Es clave poder distinguir esta perspectiva del psicoanálisis en relación al trauma de lo que propone la ciencia de manera homogeneizante, que busca reducir “al hombre a un organismo vivo, despojado de su relación con la palabra, con la letra, con la memoria, con la historia, con el enigma, con la lengua” (Belaga, 2005b, p. 13-14). El sujeto del que se ocupa el psicoanálisis, es el que la ciencia busca forcluir de una manera aniquiladora (Belaga, 2005a).

Capítulo II: La Urgencia Subjetiva.

Emergencia, Urgencia y Urgencias Subjetivas.

“Un psicoanálisis no es sin urgencias, al inicio, al final, mientras dura” (Seldes, 2019, p.11)

Al comenzar este capítulo, es necesario hacer una distinción entre la concepción de los términos de emergencia, urgencia y urgencia subjetiva, cuáles son sus implicancias y esencialmente conceptualizar con precisión teórica lo que refiere a urgencias subjetivas.

Es curioso el hecho de notar que habitualmente en la jerga española, el sentido común ligue los términos de urgencia y emergencia o incluso sean tomados como sinónimos. Desde esta particular observación, es que ambos conceptos se encuentran relacionados y es necesario hacer una breve distinción entre ellos (De La Garza, 2017).

En relación a la palabra “emergencia” que viene del vocablo latino *emergens*, emerger, irrumpir, brotar (RAE, s.f.). El uso común del término se refiere a un accidente o a un acontecimiento que tiene lugar de forma abrupta y que requiere de acciones para evitar o minimizar los daños. “La emergencia en definitiva es un suceso que implica un desastre consumado o potencial” (De La Garza, 2017). La emergencia se relaciona con el tiempo cronológico, donde lo que cobra importancia es lo físico. Una emergencia médica o psiquiátrica, en ambos casos se opera bajo las coordenadas médicas, característica de la necesidad de una respuesta pronta del sujeto que se presenta pasivo ante la respuesta del médico o psiquiatra (Baudini, 2005, p. 27).

Por otro lado, “el término urgencia proviene del latín *urgens*, urgente, de *urgere*, urgir, que apremia, o requiere de *pronta* atención o que requiere de atención sin demoras. Algo que debe resolverse de forma inmediata” (RAE, s.f.; Villalibre Calderón, 2013). En la Real Academia Española (RAE, s.f.) la definición de urgencia se presenta con muchas acepciones, donde una en particular refiere a una “sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos”. En este sentido, el término urgencia se relaciona al dispositivo de guardia dentro de una institución hospitalaria donde se atienden casos de pacientes enfermos o heridos que necesitan de atención urgente, especialmente médica.

Desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la urgencia como:

La aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. (De La Garza, 2017)

La urgencia psiquiátrica que siempre está relacionada, Bulbena, Martin & Arcega (2007) la definen como “aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio paciente, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente” (p.2). El psiquiatra operará inmediatamente, muchas veces con medicación para buscar la estabilización del paciente, quien espera una respuesta rápida para tratar con sus síntomas que se presentan como amenazantes para sí mismo.

Al examinar estas definiciones, el punto clave radica en la irrupción de un hecho imprevisto que causa sorpresa, daño, genera estrés y que, en cualquier caso, requiere alguna forma de acción. Ya sea una persona o un grupo, están confrontados con la urgencia inmediata de tomar medidas. Existen diferentes tipos de urgencias, las cuales pueden ser algunas ya nombradas como por ejemplo del tipo médica, psiquiátrica, jurídica, política, económica, social etc, todas difieren en cuanto a la perspectiva en que se considera esa urgencia porque también determina el modo de abordarla.

Desde el psicoanálisis, una aproximación al concepto sobre urgencias subjetivas inicia con una noción en Freud en *Más allá del principio del placer* cuando se refiere a la urgencia como un momento de quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría causada por una irrupción pulsional (Freud, 2011b).

Lacan luego, a partir de su participación en el Hospital de Sainte Anne se refiere a la urgencia, como aquello “imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte” (Lacan citado por Sotelo, 2005, p. 100). “Divierte” es un término que hace referencia a *varité*, que se traduce en variedad, es decir que el sujeto se encuentra en la repetición de aquello imposible de soportar, donde nada puede variar o cambiar y la dimensión de sujeto queda removida (Sotelo, 2007). En Lacan, la urgencia se precisa como la emergencia de un real, considerado como aquel “que se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (Lacan, 1975, p. 84),

además hace hincapié en la angustia como “el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real” (Lacan, 1975, p. 87).

Estas primeras aproximaciones en relación a la urgencia, permiten ubicar dos variables de la misma que señalan Sotelo, Rojas & Miari (s.f), por un lado “la presencia de un padecimiento sin velo” y por otro “la dimensión temporal bajo la forma del apremio y de la prisa” (p. 6). Ese sufrimiento sin velo clínicamente se manifiesta de muchas formas, los sujetos presentan desde un mutismo extremo a una verborragia desbordante, lo que da cuenta de algo que urge por resolver.

Siguiendo las dos variables señaladas, en relación a la primera: Rojo, Caravotta, Puló, & Diedrich (2019) definen la urgencia subjetiva como aquel “momento particular en la vida de una persona en la que no dispone de los recursos simbólicos suficientes para hacer frente al momento traumático” (p. 88). Dicho de otra forma por Fuentes (2020) : “Hay *urgencia* cuando las significaciones habituales de un sujeto han sido desgarradas por la emergencia de un real traumático” (párr. 1). Lo común en estas definiciones es que ambas consideran que surge una situación de urgencia a partir de algo traumático para el sujeto, como ya lo planteaba Lacan en relación a la emergencia de un real. Por el año 1962, Lacan “coloca la idea de trauma en relación con lo real” (García, 2005, p. 35).

Seldes (2019) define a la urgencia en sus términos, considerando el aspecto traumático en el sujeto, como aquello “que irrumpe en su programación; es donde se enfrenta a la precariedad de su condición, y demanda efectos terapéuticos rápidos que le den sentido a ese agujero en el discurso singular y colectivo”. Por un lado se refiere a los recursos simbólicos que se vulneran frente a lo no programable de lo traumático y por el otro a la prisa de encontrar un alivio ante esa ruptura mediante intervenciones eficaces.

Un aspecto importante, es sobre la diferencia que existe entre cualquier tipo de urgencia, a la llamada “urgencia subjetiva” en este marco teórico es que señalarla como “subjetiva” supone una intervención analítica, en otras palabras, supone el encuentro con un analista en un dispositivo donde se recibe la demanda de un sujeto que padece; el analista apuntará a una respuesta singular. A su vez, es más preciso referirse a las “urgencias como subjetivas, destacando el plural en la medida en que habrá tantas urgencias como sujetos” (Laurent citado en Ochoa de la Maza et. al., 2018), al hacer hincapié en el aspecto particular de las urgencias como aquellas que se presentan en cada sujeto de manera única y exclusiva, ya que tienen que

ver con una respuesta personal.

En relación a lo que se viene planteando, se trata de una urgencia subjetiva cuando en un momento particular “el sujeto se ve desbordado en su cuerpo y en su pensamiento” dice Sette (2005, p. 227), reflejándose en la transformación de su relación con los demás, familia, trabajo y hasta con su propio cuerpo. El sujeto que asiste por cuenta propia o acompañado a una institución, se presenta en estado de crisis y puede responder presentando un mutismo total, haber cometido o a punto de cometer actos desesperados o incluso sentirse atrapado por la más terrible angustia (Sette, 2005, p. 227). En otras palabras ese desborde se refiere a una “ruptura que conduce al sujeto desde la inhibición a la impulsividad que puede llegar a poner en riesgo su vida y la de otros” (Sotelo, 2005, p. 100).

Desde la mirada psicoanalítica, “una crisis se produce cuando el discurso, las palabras, las imágenes, la rutina, o todo el aparato simbólico se encuentra imprevistamente impotente para temperar el real sin ley, el real desencadenado e imposible de dominar” (Seldes, 2019, p.19). Las condiciones simbólicas en las que suele presentarse un sujeto en crisis, son “como fuera de discurso, fuera del lazo social, en un goce autista que no se dirige a nadie” (Seldes, 2019, p.15-16). Esto explica el encuentro de un sujeto desconectado con lo que le ocurre en ese momento, abruptamente ha sufrido un cambio que afecta sus relaciones sociales, y se encuentra con un “goce autista”, *autista* viene del término griego “autos”, que significa “por sí mismo” porque hay un goce desregulado, donde no necesita del otro para gozar.

La definición de crisis se relaciona con la conceptualización de trauma que propone Belaga (2005b) “como todo lo ligado a la irrupción de una causa no programable” y que “entra en oposición con un dicho esencial en la vida del paciente” (p. 28). La causa no programable se puede identificar como el real desencadenado imposible de dominar y que irrumpe en el sujeto; y la oposición que surge sobre un dicho esencial, representa la contradicción con el discurso, la palabra, lo simbólico en ese sujeto que se ve imprevistamente impotente para temperar ese real sin ley². Así mismo se toma lo traumático, en el sentido que plantea Miller (2005) como “la consecuencia de una contradicción entre un hecho y un dicho”. En este sentido, es preciso destacar lo que plantea Germán García (2005) en *La civilización del trauma* con respecto a que “uno está enfermo de lenguaje, esta es la teoría de Jacques Lacan” (p. 32).

² El real sin ley al que se refiere Seldes (2019), es un concepto de real formulado bajo la última enseñanza de Lacan. A partir del Seminario 17, El reverso del psicoanálisis, pasando por el Seminario 20, Aún, hasta el Seminario 23, El sinthome, “en estos y hasta el final de su enseñanza, lo real es definido como lo real sin ley, lo real como imposible” (Zack, 2017, p. 31).

Explica que: “El único problema que hay [...] es que la gente aprendió a hablar y no puede estar fuera del lenguaje” (p. 33). El ser humano está atravesado por el lenguaje desde que nace, *lalengua* siempre estuvo previamente, el lenguaje es presubjetivo. “El órgano-lenguaje ex-siste al cuerpo, el sujeto está condicionado a encontrarle una función. O bien la recibe, o bien la inventa”³ (Seldes, 2019, p. 23).

Urgencia y trauma

Se llama urgencia a la “modalidad temporal que introduce el trauma” (Fuentes, 2020, párr. 1). Seldes (2019) afirma “la urgencia aparece por lo general relacionada a un trauma, y éste trastoca los límites de lo imaginario y lo simbólico” (p. 22). De esta forma el trauma es un evento psíquico que toca lo real al traspasar los límites del registro simbólico e imaginario. Las situaciones de urgencia son producto de los efectos de acontecimientos traumáticos en los seres hablantes. Lo traumático se rige por el impacto que puede tener de forma particular en la singularidad y no por la vivencia o el acontecimiento en sí mismo, lo fenomenológico.

Como señala Seldes (2019) “la urgencia no es el trauma sino su respuesta” (p.20) es decir que es producto del acontecimiento traumático. Se produce entre trauma y urgencia un encuentro inesperado, desconocido y perturbador, aquello que aparece “como irrupción de lo pulsional inasimilable, angustia traumática en Freud, real fuera de sentido para Lacan” (Setton, 2020, párr.2).

Sotelo (2005) plantea que el trauma tiene dos aspectos, el trauma como *proceso* y como *acontecimiento*. En este punto es fundamental especificar estos aspectos, el primero que hace referencia al *proceso* se refiere a la dimensión interna, la condición propia de todo ser hablante por estar en la cultura y estar atravesado por el lenguaje; mientras que como *acontecimiento* es cómo se presenta el trauma en algunos momentos cruciales en la vida del sujeto, donde irrumpe de forma sorprendente pudiendo a su vez desencadenar manifestaciones sintomáticas como por ejemplo miedos, insomnio, angustias, variaciones del estado del ánimo, pesadillas, amnesia y en casos más graves desencadenamiento o descompensación psicótica (p. 102). Gorostiza (2006) en otras palabras resume y distingue que por un lado se encuentra el trauma como estructural que es constituyente y por otro lado como acontecimiento es decir como

³ Seldes parafrasea a Miller J.-A. (2007). La invención psicótica. Virtualia: Revista Digital de la Orientación Lacaniana N° 16. Recuperado de <www.revistavirtualia.com/ediciones/16> y en Miller J.-A. y otros. (2015). Estudios sobre el autismo II. Colección Diva: Buenos Aires.

contingencia.

El trauma como acontecimiento, 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. (Belaga, 2004, p. 16)

En relación a esta definición Zack (2005) señala que el trauma produce un exceso de goce, “para lo cual el sujeto carece de los significantes que lo harían simbolizar, es decir, es un goce imposible de dialectizar”, lo relaciona con el real y va a decir que se “constituye en un real que escapa al decir” es el real que el fantasma no logra velar (p. 91).

Los tiempos de la urgencia subjetiva

Decir “urgencia” puede referirse a algo que apremia, a algo que no puede esperar, a la función de la prisa. El tiempo por sí mismo no significa nada, a menos que esté ligado a otra cosa. [...] para articular a la urgencia del sujeto con el tiempo, veremos que lo que se pone en juego es la elaboración de un saber. Tiempo y saber como dos variables. (Ferrante, 2020, párr.1).

Freud (1915) ya decía en *Lo inconsciente* que “los procesos del sistema inconsciente son atemporales, es decir, que no se ordenan con arreglo al tiempo, no se modifican por el transcurso de este ni, en general, tienen relación alguna con él” (p. 184). En este sentido, el inconsciente no se rige por el tiempo cronológico, es lo que diferencia los procesos conscientes de aquellos inconscientes.

Es interesante lo que destaca Ferrante (2020) sobre el abordaje del tiempo que plantea Enrique Acuña⁴ quien toma la física de aristóteles para distinguir dos características por un lado el tiempo como *cronos* que se relaciona con la sucesión de acontecimientos objetivos que son medibles, verificables, mientras que el tiempo como *kairos* ligado al concepto de duración en el sentido de “duración subjetiva” de manera que una persona pueda sentir con efectividad el transcurrir del tiempo. En resumen el tiempo cronológico que se presenta como una sucesión de eventos verificables, en un sujeto estos eventos pueden tener una connotación más o menos intensa, a eso apunta el tiempo como *kairos*, donde “cada relato singular da cuenta de una

⁴ Participante del curso dictado en el año 2008 en la Asociación de Psicoanálisis de La Plata, cuyo tema fue “El tiempo de saber –entre los otros-”

vivencia del tiempo diferente” (Ferrante, 2020, párr. 5).

Lacan (1987) en el Seminario 11 *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* define al inconsciente como fisura temporal donde “una cosa distinta exige su realización, una cosa que aparece como intencional, ciertamente, pero con una extraña temporalidad” (p. 33). Esa temporalidad en el inconsciente es la que se ciñe a una estructura temporal. Entonces se abre la siguiente pregunta ¿Cómo se relaciona este tiempo con la urgencia? En términos de Ferrante (2020): “porque aquello que detiene la cadena asociativa y provoca el cierre del inconsciente se puede ligar con la angustia, y tendrá más que ver con un objeto que no es del orden del significante” (párr. 7). Este punto es el que influye en la práctica y en el tratamiento de las urgencias subjetivas.

Tradicionalmente en términos lacanianos la urgencia se ha pensado como una “ruptura aguda de la cadena significante, la que produce un corte en el tiempo” (Seldes, 2019, p. 19). Esthela Solano Suarez, en su prólogo del libro *La urgencia dicha*, destaca lo que Seldes (2019) sostiene con respecto a la urgencia, la cual “aparece como una ruptura en la línea de tiempo, saca al sujeto de sus rutinas y lo fuerza a elaborar una nueva relación con lo real” (p. 13).

Lacan ubica la noción de tiempo lógico en *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada*⁵, a partir de un sofisma, específicamente en tres momentos: el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir. A partir de este sofisma se produce la formalización sobre la concepción del tiempo desde una mirada psicoanalítica (Sotelo & Fazio, 2019).

En lo que refiere a la urgencia, el “instante de ver: ¿De quién es la urgencia?” (Sotelo & Fazio, 2019, p. 299). Se presenta como el primer momento, dar lugar a la localización y alojamiento de la urgencia, es decir que “en primer lugar intentamos ubicar de quién es la urgencia, si proviene del paciente mismo, si viene de la familia, del juez, de la escuela... ¿Para quién esa es una situación insostenible que hay que resolver?” (Sotelo, 2007, p.25). Se precisa poder identificar de quién proviene esa urgencia.

El instante de ver se reconoce en el acontecimiento con el que se encuentra un sujeto “como una irrupción sin sentido, algo ha conmovido la realidad psíquica que se desarticula y lleva al sujeto a la consulta” (Sotelo & Fazio, 2019, p.299). En este punto la intervención del analista implica dar lugar a la emergencia de un sujeto y “hacer del grito un llamado”. Que

⁵ Lacan, J.-A. (2000). *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada: Un nuevo sofisma*. En *Escritos I* (pp. 187-203). Argentina: Paidós.

quiere decir esto en términos freudianos, en *Proyecto de una psicología para neurólogos* Freud plantea que el llanto se convierte en llamado cuando es interpretado por el Otro materno. Para Lacan el ser hablante se siente obligado a “poner en palabras su deseo”, que por más que se encuentren conectados, no puede articularse por medio de la palabra. “Esta diferencia estará siempre presente, ya que la interpretación del grito dependerá, exclusivamente, de cómo el Otro lo lea. El grito, entonces, puede devenir llamado, si hay un Otro que así lo interprete” (Sotelo & Fazio, 2019, p. 299).

De esta forma se introduce y se alberga la urgencia, por parte del analista; donde apuesta a “la producción de un saber inconsciente” y una “apertura de lo simbólico”. La posición del sujeto que en principio puede verse sin implicación puede empezar a conmoverse al considerar el espacio ofrecido donde la escucha es clave.

En la estructura del tiempo lógico la urgencia se precisa como un salto entre el instante de ver al momento de concluir. Para que el sujeto pueda subjetivizar su urgencia es necesaria la presencia del analista que intenta introducir y sostener ese momento de comprender (Seldes, 2019, p. 23). En este sentido, el tiempo de comprender implica la inserción de una pausa por el analista, “posibilitando la elaboración simbólica que se encuentra limitada como producto de la emergencia de un goce que, a la altura de la primera enseñanza de Lacan podemos caracterizar como emergente de lo imaginario” (Sotelo & Fazio, 2019, p. 299).

El tiempo de comprender tiene por objetivo la restitución del sujeto en tanto que se restituye también la cadena significativa que ha sufrido una ruptura, la introducción de una interrogación que implique al ser hablante en la elaboración de un saber sobre lo que en principio aparece como ajeno y que luego pueda reconocer como un saber que es preciso aceptar (Sotelo & Fazio, 2019). En otras palabras, para esclarecer la cuestión sobre la restitución del sujeto en el tiempo de comprender, como ya señalaba Lacan en 1960, en lo que refiere al significante como aquel que representa lo que es un sujeto para otro significante, entonces se puede entender que en la urgencia la imposibilidad de poner en palabras, esa “ruptura de la urgencia implica la mortificación del sujeto, su ausencia de representación” (Sotelo & Fazio, 2019, p.300).

Por último, para localizar el momento de concluir en la urgencia subjetiva se toma lo que señala Sotelo (2015) en cuanto a que se presentará como finalizada la urgencia cuando el sujeto haya podido establecer en relación a los fenómenos que se presentaron “una hipótesis provisoria de la causa”. En este sentido, una sensación de compromiso con lo que le sucede al

sujeto, lo mueve a querer iniciar tratamiento. El analista interviene en la subjetivación de la urgencia, produciendo en el mejor de los casos pasar de la consulta de urgencia a una demanda de tratamiento. Así mismo, Sotelo (2015) sostiene que “...una urgencia ha finalizado cuando a partir del trabajo con el paciente, ésta se ha subjetivado, es decir, cuando la urgencia ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto, ubicando en el lugar de la causa aquello que le concierne” (p.106).

Presentaciones de la Urgencia Subjetiva: Acting out y Pasaje al acto.

En estos tiempos modernos que se presentan como “tiempos de urgencias” las presentaciones clínicas más frecuentes son: la angustia, el acting out, el pasaje al acto, las toxicomanías, y en la infancia el fracaso escolar o el ahora llamado déficit atencional” (Sotelo, 2007, p. 12).

Las nuevas formas de presentación del malestar en los sujetos son producto de estos tiempos modernos que se presentan hoy en día. “Angustia, grito, silencio, perplejidad, mudez, pánico, agitación desanudada, violencia, son algunas de las presentaciones clínicas de la urgencia” (Setton, 2020, párr. 3)

El aporte novedoso de Lacan en cuestiones fundamentales dentro del psicoanálisis, es el tema que bordea al padre donde en la consideración del término realiza un pasaje, concebirlo como una manifestación a pasar a reconocerlo como una función, es decir que se pasa del padre, al Nombre del Padre. La época actual caracterizada por la caída de esta función es anticipada por el mismo Lacan en *Los complejos familiares en la formación del individuo*; donde el resultado de esos procesos se reflejan en las nuevas formas del malestar que se presentan como anorexia, bulimia, excesos en el consumo de tóxicos, psicosis ordinarias, depresión generalizada entre otras manifestaciones (Zack, 2016, p. 46).

Se destaca la importancia del contexto, para pensar a la urgencia como modo de satisfacción “que se encuentra implícita en los modos actuales de gozar, signos del malestar contemporáneo” (Seldes, 2019, p. 13). Los modos en que se presentan las urgencias subjetivas con frecuencia son el acting out, el pasaje al acto en adicciones, anorexias, donde la ruptura de los lazos sociales reflejan una “clínica de los tiempos del Otro que no existe, clínica de los desamarrados, de los inclasificables” (Laurent, 2000, citado en Sotelo, 2005, p. 22). Desde Lacan es referirse a la clínica continuista, que expone en su última enseñanza y que no podría establecerse sin la formulación de su primera clínica estructuralista; es una clínica que se orienta por el real sin ley, desde la pluralización de los Nombres del Padre.

En el *seminario 23: El sinthome*, Lacan se aparta de una clínica discontinuista, estructural, sustentada en la nosografía clásica (psicosis, neurosis, perversión) y va afianzando las bases de la llamada “clínica borromea”, “clínica continuista”, que no se sostiene en la forclusión del Nombre del Padre, sino que toma su fundamento a partir de ubicar nuevos paradigmas, como por ejemplo: la forclusión generalizada. (Zack, 2017, p. 30)

Actualmente, como señala Rubistein (2014): “La angustia llega hasta el extremo de los llamados "ataque de pánico"; y la depresión con su correlato de inhibición del deseo; el pasaje al acto y el acting out como modos de respuesta frente a Otro que "deja caer", que objetaliza; la compulsión al consumo en todas sus formas”. Estas son las nuevas formas de malestar contemporáneos, donde la angustia tiene un correlato a estos tiempos:

La angustia es un afecto inherente al ser humano y que estuvo presente en todas la épocas, lo que hoy podemos decir que ha cambiado son los modos de tramitar el goce, ya que los cambios de época tienen que ver con modos discursivos nuevos, con los avances de la ciencia y la tecnología, y la lógica capitalista (Rojo et. al., 2019, p. 102).

En cuanto al abordaje de la urgencia, los fenómenos que se manifiestan clínicamente se reducen en dos: la certeza y la angustia, que no mienten. La *certeza* se presenta en los sujetos de manera personal donde surge la extrañeza o perplejidad del propio cuerpo o pensamiento. Por otro lado la *angustia* como trauma y acontecimiento en sus versiones como presentaciones sintomáticas (miedo, pánico, vértigo entre muchos otros síntomas). Estos dos aspectos clínicos se presentan en una clínica correlativa a la neurosis (enigma del deseo del Otro); o en la psicosis, con la emergencia del Otro goce (Arellano, et. al., 2005).

Ante la angustia, Perelli (2005) hace una distinción para considerar por un lado al *acting out*, como un llamado al Otro, mientras que el *pasaje al acto* estaría relacionado con la separación del Otro, despedido fuera del discurso. En la clínica de la urgencia, es importante la diferenciación que un paciente presente manifestaciones de acting out o pasaje al acto para poder precisar los elementos en juego, el tipo de respuesta y el modo de la misma, dará indicios de cómo se presenta lo simbólico en ese sujeto (Perelli, 2005, p. 219). Por su lado Sette señala que “el acting out y el pasaje al acto responden a coordenadas distintas, ante la angustia, ambas son respuestas en el orden de la acción” (Sette, 2005, p. 228). Ambas maneras de reaccionar ante la angustia representan intentos de eliminar su certeza mediante la acción. En vez de experimentar angustia, se busca activamente la acción.

El pasaje al acto supone una salida total de la escena. Es una salida de la red simbólica, una disolución del lazo social. Implica una disolución del sujeto; por un momento el sujeto se convierte en puro objeto (Nisenbaum, 2005, p. 216).

Sette (2005) afirma también que “todo acting out indica una urgencia, pero no toda urgencia es un acting out” (p. 228), la urgencia implica una ruptura inesperada de la cadena significativa, el goce desbordante en el sujeto y llegar al punto de desencadenar una situación de gran riesgo, como un pasaje al acto.

Capítulo III: Psicoanálisis y Hospital

Para iniciar este capítulo, cabe destacar que desde la época freudiana, los psicoanalistas se han interesado por contribuir en el trabajo institucional ya sea en hospitales, centros terapéuticos, de rehabilitación, educativos, en servicios de psiquiatría (Coccoz, 2014, p.13).

Antes que nada, es importante considerar que el hospital se encuentra en el imaginario social como el lugar donde se asisten a los enfermos y se dirigen en busca de curación o alivio a un malestar que los agobia para volver a un estado en el que se encontraban “bien” previamente. El hospital es un lugar transitado, de paso, donde es necesario responder a la demanda, y donde el psicoanálisis aplicado a la terapéutica tiene como desafío promover un “bien decir” en la palabra y a su vez incluir integradamente en tratamiento conjunto recursos como fármacos, a través de interconsulta psiquiátrica, o intervenciones judiciales para contribuir a una amplia intervención, según el caso (Sotelo, 2005, p. 46).

“El hospital se organiza desde el paradigma médico, y por lo tanto, se sostiene en los ideales de “salud para todos” y en patrones adaptativos sociales” (Sotelo, Rojas & Miari, s.f). Es importante destacar que el hospital como institución apunte a una salud pública, para todos, ha surgido como producto de cambios socio políticos y sociales que ha impulsado a que el hospital sea un lugar donde se “cure” a las personas. Esta idea se expresa en Foucault (2008) quien reconoce que antes no era así, en el siglo XVIII el hospital era un lugar donde se iba a morir y no estaba asociado con la práctica de la medicina, mucho menos con la práctica psicoanalítica.

Los tiempos actuales y las presentaciones nuevas del síntoma que se manifiestan en la sociedad, llevan a que el psicoanálisis deba repensar constantemente la práctica analítica para responder a las problemáticas actuales, por lo cual la orientación lacaniana, permite una mirada clínica que se ayorna a estas cuestiones epocales que afectan al sujeto, y que tienen lugar en instituciones hospitalarias donde se verifica su efectividad a diario.

Según la Real Academia Española (RAE, s.f.) “instituir” es establecer algo nuevo, dar principio a un modo de operar con determinación y resolución, y se relaciona con la palabra “construir”. Considerando la definición del término, expresa Coccoz (2014) en su libro sobre *La práctica lacaniana en instituciones*, que una forma de hacer institución está determinada por el discurso que la respalda; por lo tanto, una perspectiva analítica implica una clínica que se opone a la segregación, cuyo propósito es garantizar las condiciones para llevar a cabo el

acto analítico (p. 11).

La introducción de un concepto que se vuelve operacional por medio de la lógica va a ser el que Lacan inventa y reconoce como *objeto a*, que es el núcleo de goce, un elemento real que se aísla de las pulsiones que actúan en la estructura subjetiva (Coccoz, 2014, p.13). Se trata de un concepto que va a dar lugar a la creación de una perspectiva diferente en los dispositivos institucionales. En términos lacanianos, cada vez que un sujeto habla se invoca la función del destinatario y así la función simbólica que instaura el lazo social, se comparte un discurso con los demás. Es por ello que cuando la función simbólica está “deslocalizada”, es decir que la función del Otro del lenguaje está desregulada, es cuando se da lugar en la relación con los otros a todo tipo de fenómenos de intromisión, de desmesura, sin regulación; así es como la vivencia del Otro del goce se presenta en forma de hostigamiento, caprichosa desalojando al sujeto de su lugar y enunciación (Coccoz, 2014, p. 14 -15).

Desde la mirada analítica, es válido hacer mención de lo que propone Coccoz (2014):

La institución, en la medida en que ocupa el lugar del Otro, del destinatario, debe tener muy en consideración esta realidad clínica para evitar que tome consistencia la versión amenazante del Otro que se expresa en los síntomas y en los pasajes al acto (p. 15)

El modo o la forma de hacer institución está estrechamente vinculado con el estado de los discursos (Coccoz, 2014, p.10). Evans (1997) define en el *diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano* el término “discurso” (discours, discourse) a partir de un breve recorrido por Lacan, quien refiere sobre “la naturaleza transindividual del lenguaje, el hecho de que la palabra siempre implica a otro sujeto, un interlocutor” (Evans, 1997, p. 73), expresado por primera vez en 1953 con la formulación sobre “el inconsciente es el discurso del Otro”, es desde 1969 que emplea el término de una forma un poco distinta, aunque sin dejar de considerar su aspecto de intersubjetividad empieza a ser tomado como “un lazo social basado en el lenguaje” (Lacan, 2008). Cada discurso implica ciertas posiciones o dinámicas que pueden manifestarse en diferentes contextos sociales, culturales y psicológicos. Lacan desarrolla en el Seminario 17, *El reverso del psicoanálisis* cuatro tipos de discursos a los que refiere específicamente como una configuración de posiciones y relaciones significativas, estos son: el discurso del amo, el discurso del analista, el discurso del universitario y el discurso del histérico (Lacan, 2008). Cuatro discursos que Evans (1997) retoma y define, como “cuatro articulaciones posibles de la red simbólica que regula las relaciones

intersubjetivas” (p. 73).

Ahora bien, al considerar esta breve conceptualización sobre discurso desde la formulación lacaniana, permite esclarecer lo que plantea Coccoz (2014) al señalar que “la forma de hacer institución se relaciona con el estado de los discursos”, da lugar a considerar que en la institución se entrecruzan diferentes discursos, y a partir de tan entrecruzamiento surgen las medidas, procedimientos y estrategias que establecen las relaciones interpersonales que acontezcan en ese contexto entre médico-paciente, profesionales, autoridades, empleados, etc.

Laurent (2000a) le otorga una posición de responsabilidad al psicoanálisis y a las instituciones. Esta propuesta se articula con lo planteado por Coccoz (2014) cuando en párrafos previos hace referencia a la institución desde una perspectiva analítica, como aquella que ocupa el lugar del Otro, y que como tal debe asumir una responsabilidad ante la posibilidad de tomar una posición que responde y actúa como destinatario de sujetos que son acogidos en una institución. Laurent (2000a) describe que el psicoanálisis se incluye en lo que se refiere a Salud Mental, en conjunto y combinación con otros tratamientos dada la complejidad de la época, y que “siempre tiene lugar donde hay algún imposible de tratar” (p. 39). Un imposible de tratar que se relaciona con aquello por lo que un ser hablante padece y no encuentra tratamiento en los parámetros médicos o de cualquier otro tipo que permita aliviarlo y que sea eficaz.

El psicoanálisis no es “para todos”, no tiene su lugar en todos lados, pero en todos lados puede recordar que el sujeto surge de la palabra -ser hablante, ser hablado, hablante ser- [...] propone una alternativa al peso angustiante del determinismo científico que no es la esperanza de un milagro. Sitúa el campo de lo necesario, mantiene el lugar de lo contingente. (Laurent, 2000a, p. 138)

Siguiendo a lo propuesto por Laurent (2000a) las instituciones que se inscriban en el campo de la salud mental como en la medicina deberían de otorgar un lugar a la singularidad, específicamente en instituciones donde el psicoanalista tenga un espacio y sea bienvenido a brindar su particular propuesta orientada a la cura, permitir al sujeto un lugar para la palabra, “para de este modo dar lugar al inconsciente” (p. 142). Además, plantea que lo que se busca por parte del psicoanálisis no es un dominio reservado provocando segregación, sino más bien la necesidad de instituciones, con disposición a orientarse en cuestiones del sufrimiento psíquico por efecto de la cadena inconsciente que afectan a cada uno de manera personal y

no por el camino de la identificación colectiva (p. 143).

El psicoanalista en el hospital

Es clave destacar que el *analista ciudadano* es la posición que apunta el analista en el ámbito hospitalario que en palabras de Laurent (2000b) señala:

Ser 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. Es el que sabe participar con su decir silencioso, decir silencioso distinto del silencio. El decir silencioso implica tomar partido de manera activa, silenciar la dinámica de grupos que rodea cualquier organización social. (pp. 114-115)

Desde una perspectiva psicoanalítica de orientación lacaniana que considera lo singular y particular del ser hablante como fundamento, frente a un discurso médico que tiende a la homogeneización de los tratamientos, generalizando los padecimientos y malestares; el analista permite ofertar una solución que sea eficaz para el alivio de muchos pacientes que necesiten otra manera de tratar su malestar particular.

Es esperable que un analista tenga la disponibilidad para alojar las distintas formas en que se expresa una demanda. Que sea inflexible en los principios analíticos y sin estándar en el uso del dispositivo. (Zack, 2017, p.11)

En un contexto hospitalario, la escucha analítica se dispone en cualquier dispositivo que ofrezca la institución, ya sea por guardia, interconsulta, consultorio o internación depende del momento en el que el paciente se encuentre y de aquello que necesite. El hospital ofrece una oportunidad para que los pacientes puedan subjetivar su sufrimiento, hacer que ese malestar se relacione con su historia (Sotelo, Rojas, & Miari, s.f; Martínez Mora, Pérez Pérez & Gómez Botero, 2005)

Siguiendo lo señalado por Martínez Mora, et. al. (2005): “En vez de coartación, la mirada psicoanalítica impulsaría a la elaboración y el intento de simbolización [...] combinar las herramientas psiquiátricas y psicológicas para poder dar al paciente un alivio” (párr. 24). El analista que puede formar parte de una intervención conjunta e interdisciplinaria en un contexto hospitalario, no condiciona que se guíe por el principio fundamental del psicoanálisis que es “el uno por uno”, que apunte a la particularidad del sujeto (Coccoz, 2021, p. 178).

El psicoanalista frente a la Urgencia

Calazans, R., & Bastos, A., (2008) refieren que el analista al enfrentarse a una urgencia subjetiva debe ser consciente de estas variaciones en la expresión: “El momento de precipitación que lleva al sujeto a la institución; el momento de la recepción del caso en la institución; y el momento de derivación para tratamiento” (Sotelo et al., 2007; Seldes et al., 2007)⁶. La situación de urgencia se puede presentar en cualquier momento del tratamiento y dispositivos de asistencia que se ofrecen en las instituciones hospitalarias, por lo que no necesariamente tiene lugar únicamente en la guardia, es por ello que el analista puede ser agente que aloje la urgencia en cualquier momento en que se presente para el sujeto, desde una asistencia durante un tratamiento, por medio de una interconsulta o por guardia (Ochoa de la Maza, et. al., 2018)

El analista en la urgencia hace “el par”, “hace pareja” con el sujeto que está en la urgencia para así restablecer el lazo de palabra cuando el sujeto ha sido rechazado del campo del Otro en el cual no se ha podido sostener. (Fuentes, 2020, párr. 8)

Lacan (2012a) en el *Prefacio a la edición inglesa del Seminario XI* plantea esta cuestión sobre el analista en la urgencia, en la manera que éste debe hacer “el par”, donde además el hecho que el analizante y el analista se encuentren implica una demanda por parte del analizante que no habría tenido lugar sin la urgencia previa.

En su Escrito *Del sujeto por fin cuestionado*⁷, Lacan dirá que “solo se puede afirmar que hay psicoanalista, cuando éste puede hacer pareja con la urgencia” (Fuentes, 2020, párr. 10). Por esto es que el estatuto de urgencia en psicoanálisis se relaciona con la formación del analista.

La labor analítica mediante la palabra debe orientarse a partir del trabajo del inconsciente [...] que siguiendo a Freud el trabajo del inconsciente intenta vincular, ligar el impacto real del trauma a representaciones, favorecer una nominación de lo que ha sucedido, reduce la brecha subjetiva -lo imposible

⁶ Calazans, R., & Bastos, A., (2008) Um exame da literatura revela que a expressão urgência subjetiva pode ser considerada em três momentos da clínica (Sotelo et al., 2007; Seldes et al., 2007): o momento da precipitação que leva o sujeito à instituição; o momento da recepção do caso na instituição; e o momento do encaminhamento para a condução do tratamento. Ou seja, quando estamos às voltas com a urgência subjetiva devemos estar atentos a essas variações da expressão.

⁷ Lacan, Jacques. “Del sujeto por fin cuestionado”. *Escritos I*. México, Siglo XXI Editores, p. 226.

de soportar y de pensar-". (Coccoz, 2021, p. 179)

El analista es aquel que se encuentra a disposición de reconstruir una red simbólica y de permitir una enunciación personal (Coccoz, 2021, p.180). La importancia del analista es facilitar en el paciente el desarrollo de un modo de poner en palabras aquello que lo ha atravesado particularmente.

Es preciso hacer mención de lo que señala Silvia Baudini (2005) sobre los resultados terapéuticos inmediatos observados durante el tratamiento de la urgencia subjetiva, ya sea en la reducción de los ataques de pánico, el alivio de la angustia o el aplazamiento de la realización de pasajes al acto (p. 30). Las presentaciones actuales del malestar, que son "modos de gozar", los sujetos en urgencia se presentan desbordados de goce, el analista interviene proporcionando un espacio para la tramitación de ese goce que excede.

En la urgencia subjetiva, tanto en el sentido dispositivo como fenoménico, el compromiso del analista está comprometido con el advenimiento del sujeto donde domina el sufrimiento y el cuerpo social pide una solución a lo imposible de soportar (Calazans & Bastos, 2008)⁸

El analista en la urgencia, se encargará de ofertar al sujeto un espacio que permita el despliegue de significantes para reconstruir la cadena de significantes que ha sido rota, brindar un tiempo de pausa para que surja una implicación subjetiva en lo que dice, a sus palabras, síntomas y el goce que se encuentra en ellos (Zack, 2005, p. 93). En otros términos pero siguiendo lo planteado, Prado Rivas (2014) señala que la "intervención específica del analista, que apunte a la emergencia del sujeto en tanto recupere su ligadura a los recursos simbólicos" (Párr. 26) será parte de la estrategia que emplea el analista en su encuentro con el sujeto.

Así mismo, Seldes (2019) plantea que lo fundamental en el abordaje clínico frente a sujetos en crisis es:

Ayudar a que el sujeto conciba otra narrativa "causando" al paciente para que reencontre reglas de vida con otro que ha sido perdido, para que invente a partir del traumatismo un camino nuevo. (Belaga, 2005b, p. 11)

⁸ Calazans, R., & Bastos, A. (2008) Na urgência subjetiva, tanto no sentido do dispositivo quanto no fenomênico, o empenho do analista está comprometido com o advento do sujeito ali onde o padecimento domina e o corpo social solicita uma solução para o impossível de suportar.

“Causar” a un sujeto para que reinvente un “Otro que no existe más”, implica construir nuevas vías para vivir ante un Otro frente al cual se ha desorientado y se ha sentido perdido (Seldes, 2019), dar lugar al sujeto, mediante la vía de lo simbólico.

Las estrategias que el analista emplea en el tiempo de urgencia, donde se encuentra frente a un sujeto desbordado, apuntan a abrir un espacio donde surjan interrogantes que lo impliquen (Seldes, 2008).

La estrategia es hacer hablar la urgencia, ponerla en palabras, otorgar un marco significativo a los fenómenos, aunque sepamos que para que el síntoma genere una pregunta que implique al sujeto, hace falta tiempo, un tiempo lógico, imposible de predecir, caso por caso. (Sette, 2005, p. 229)

El analista en la urgencia tiene aspectos importantes, sus intervenciones y su estrategia particular en cada caso, implica que tiene que estar ahí presente en el lugar donde acontece la urgencia del sujeto que consulta, debe “pagar con su presencia” (Buchanan, 2005, p. 210).

Esta oferta del analista como estrategia para intervenir en la urgencia, incluye “prestar el cuerpo” (San Miguel, 2005, p. 140). Juega un papel importante la intervención del cuerpo del analista en estas situaciones que se presentan en la práctica psicoanalítica, operando desde el deseo del analista, sosteniendo una ética y una singularidad (San Miguel, 2005, p. 141). Tal como refiere Seldes (2008) se trata de una “cita de cuerpos en presencia” (párr. 4).

La intervención a veces única del analista en urgencias con expectativas de dejar una marca, se dirige al sujeto inolvidablemente (Sotelo, 2005, p. 22). En esa intervención a veces única, José Luis González (2005) añade que el psicoanálisis puede ser aplicado sin contraindicaciones con efectos terapéuticos que son demostrables en dirección a la subjetivación de la urgencia, como así también poder transformar aquello insoportable del sufrimiento mediante la localización de puntos desanudados en la cadena significativa, para allí producir algo novedoso, con el fin de acotar la repetición y romper con la ilusión de volver a un estado previo.

Los analistas en la urgencia orientados por lo real, participan precisamente en la producción de sentido, ahí en donde el sujeto padece del sinsentido (Arellano, Bureau, et. al., 2005, p. 105). De una forma más esclarecedora Rojo et. al. (2019) señalan que “mediante la introducción del sentido (libidinal) que se ha perdido, es de lo que trata el trabajo con el sujeto

en la urgencia” (p. 90-91).

Lacan señalaba que “mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalista para responder a ciertas urgencias subjetivas...” (Seldes, 2005, p. 86). En estos términos se plantea que en tanto se mantenga vigente una práctica analítica que incluya la perspectiva de considerar lo particular, singular de un padecimiento, como el modo de intervenir desde el psicoanálisis, habrá analistas a la altura de las situaciones que se presenten.

Por último se plantea que “la ética del psicoanálisis se orienta por el deseo del analista” (p. 44). Sassaroli (2005) señala que “la eficacia clínica en este tiempo estará sostenida por el deseo del analista que está llamado a producir su acto desde el propio ser” (p. 187).

El Deseo del Analista y la urgencia subjetiva

Que “un psicoanalista y un paciente se encuentren, en el ámbito del hospital se sostiene del deseo del analista” (Campolongo, 2005, p. 45).

Lacan es quien anuncia y formula este sintagma, reconociendo su valor como concepto operativo en la clínica (Uribe, 2009). Otro aspecto, no menos importante, es el hecho de que esta conceptualización va modificándose y teniendo connotaciones a lo largo de la formulación lacaniana. Además, le asigna y elabora una topología, que sin dudas puede ser una herramienta para la clínica, pero a la que no se ahondará con mayor profundidad en este trabajo.

Una vez precisado que el sintagma: “Deseo del analista” es obra de Lacan, desde Freud cabe destacar que en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912)⁹ y en *Sobre la iniciación del tratamiento* (1913)¹⁰, ya se encontraban algunas prescripciones sobre el hacer del médico en su práctica del psicoanálisis.

En este sentido, el deseo del analista en términos operatorios que es lo preciso de destacar para este trabajo en lo que respecta a la clínica de la urgencia, se considera que “la función operatoria del deseo del analista [...] apunta a suscitar un contorno de espera” (Seldes, 2006, p. 35). Esto implica que el deseo del analista opera frente a un sujeto en urgencia cuando propicia

⁹ Freud, S. (1976). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912). En *Obras completas*, Vol. XII. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.

¹⁰ Freud, S. (1985). *Sobre la iniciación del tratamiento* (1913). En *Obras completas*, Vol. XII. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.

un espacio de espera, escucha, poniendo el cuerpo. La presencia del analista implica una oferta de escucha que permita una espera atentamente a que algo del sujeto aparezca, mediante el alojamiento de la urgencia, el trabajo de poner en palabras algo de su sufrimiento, el tiempo lógico del caso por caso no permite una estrategia pensada calculada o armada previamente (Buchanan, 2005, p. 210). “Si el analista está a la altura de introducir allí ese espacio temporal –hay aquí algo de lo “impiadoso” del deseo del analista en juego- si eso se logra, tal vez se pueda obtener ese primer significante que, en sí mismo, cuando se produce, es terapéutico” (Gorostiza, 2006, párr. 1).

La Importancia del Diagnóstico : La urgencia en la Neurosis y en la Psicosis

“Precisamos saber, en principio, de qué se trata, de quién se trata, en la urgencia; ahí está nuestro interés en afinar los diagnósticos” (Seldes, 2019, p.23).

Es clave resaltar que “el diagnóstico es el arte de juzgar un caso sin regla [...] donde el juicio del analista debe responder al caso y no a la regla” (Zack, 2016, p. 43). La regla hace referencia a la perspectiva universal que como ejemplo paradigmático se emplea en la psiquiatría, basando su diagnóstico desde el DSM, donde se rechaza la mirada de síntoma como solución, y únicamente se considera como problema; frente a ello el analista debe responder al caso sin perder de vista la singularidad, ya que la “clasificación universal aplasta al sujeto” (Zack, 2016, p. 43).

Freud le adjudicaba una gran importancia al diagnóstico diferencial en su obra titulada “Sobre la Iniciación del Tratamiento”¹¹. Enfocando su atención en la parte inicial del tratamiento, la importancia proviene de la idea de que en ese momento es cuando se encuentran o no las bases para fundamentar una demanda de análisis (Zack, 2017, p. 18). Zack (2017) se refiere a lo valioso de encontrar con precisión diagnóstica la estructura en que se ubica un sujeto y que “una precisión diagnóstica orientará al analista en la dirección de la cura” (p.18).

En lo que implica al analista, el hecho de “errar en el diagnóstico, errar en la dirección de la cura, puede generar el *yerro práctico*” (Zack, 2017, p.19), esto produciría una desacreditación del procedimiento analítico y no sería útil para el sujeto. Entonces la cuestión diagnóstica se relaciona con aspectos de la ética que el analista debe mantener en su praxis, un

¹¹ Freud, S. (1985). “Sobre la iniciación del tratamiento”. Obras Completas t. XII. Amorrortu. Buenos Aires.

ejemplo de ello podría ser que el analista ofrezca un dispositivo pensado para neurosis, cuando podría tratarse tal vez de una psicosis y producir un desencadenamiento durante el tratamiento, ya que el dispositivo usado no está articulado para tratar este tipo de estructura.

De esta forma, la prudencia es necesaria en el psicoanalista como así también el tiempo considerable para llegar a ciertas precisiones que permitan sostener un diagnóstico posible, este tiempo implica llevar a cabo entrevistas preliminares. Las entrevistas preliminares previas al inicio de análisis, implican “un momento donde se trata de la puesta en forma del síntoma que se estructura a partir de una pregunta sobre el origen del mismo, es decir, lo que no es universalizable” (Zack, 2016, p. 25). Queda claro que el momento de las entrevistas preliminares es cuando el analista da lugar o brinda el espacio para que el sujeto pueda preguntarse o al menos hacer surgir algún tipo de cuestionamiento personal sobre ese malestar, alguna pregunta que lo implique de alguna forma para poder avanzar a una entrada en análisis. “Las entrevistas preliminares están, entre otras cosas, para que el practicante pueda arribar a un diagnóstico estructural” (Zack, 2016, p. 30-31).

Por lo que un sujeto que se inscribe en una estructura psicótica se presenta bajo una urgencia distinta, distinta a la de las neurosis y es importante diferenciar este punto para tener en cuenta en el momento de diagnosticar, lo cual es relevante (Zack, 2017, p. 20). Los fenómenos clínicos que manifiesta un sujeto cuya posición subjetiva es neurótica se distinguen de aquel sujeto que se posiciona desde una psicosis, esta cuestión es clave para la precisión diagnóstica.

En síntesis, la importancia del diagnóstico en la praxis analítica y su precisión como labor ética del analista, es lo que permite “el servicio de facilitar, cuando es necesario, la fluidez de la palabra que posibilite que un sujeto se dé el lugar para ubicar las condiciones de goce que suele estar en el fundamento de su padecimiento” (Zack, 2017, p.22).

La aplicación del psicoanálisis en las urgencias, tanto en el ámbito institucional como privado implica respuestas rápidas por un sujeto que ha quedado desbordado en su organización ya sea de estructuración neurótica o psicótica (Campolongo, 2005, pp. 42-44). En este punto, es necesario hacer una distinción fundamental en relación a la práctica clínica, y es que una urgencia puede presentarse en un sujeto que posee una organización estructural del tipo neurótica o psicótica en particular. La urgencia como respuesta se manifestará por

medio de fenómenos clínicos específicos, por lo que el analista es quien mediante un diagnóstico presuntivo podrá orientarse con mayor precisión en cada caso particularmente. La situación de urgencia impacta de distintas formas, y la manera de reaccionar varía según los recursos estructurales y simbólicos de cada ser hablante (Sotelo, 2005, p. 233).

La urgencia subjetiva en la Neurosis

En el campo de la neurosis la clínica de la urgencia implica la subjetivación del malestar de aquel sujeto que consulta. En este sentido, el analista considera la situación de urgencia en tanto que un evento irrumpe en la vida de un sujeto produciendo un corte que permite dividir un antes y un después a partir de eso que aparece de forma ajena (Gasquet, 2019).

En relación a la subjetivación de la urgencia como intervención del analista en lo que respecta a la neurosis, “posibilitará que aquello que se presenta como ajeno al sujeto, la crisis, pueda subjetivarse y así inaugurar un nuevo tiempo” (Gasquet, 2019, p. 371). Esta intervención es formalizada como *rectificación de la relación del sujeto con lo real* y es lo que da lugar a la subjetivación por parte del paciente (Gasquet, 2019).

En *La urgencia generalizada* (2004) y *Tiempos de urgencia, estrategias del sujeto, estrategias del analista* (2005) se señala lo necesario de que el analista introduzca una pausa para dilucidar la singularidad de esa urgencia y la estrategia para continuar.

Sotelo (2015) plantea que el sujeto en la urgencia subjetiva está comprometido en la percepción de eso que lo implica. Tal urgencia se concluiría cuando el sujeto haya podido arribar a una especulación provisoria de lo que causa su malestar. En este sentido, lo que respecta a la localización de la urgencia en un primer momento es lo que podrá dar lugar o no a la elaboración de una demanda de tratamiento. El analista colabora en la localización de esa urgencia subjetiva junto con la posible demanda de inicio de análisis.

Lacan (1989) afirma en relación al paciente:

Entonces habla, y si habla nos pide. Su petición es intransitiva. No presupone ningún objeto. [...] Aún no pide que se lo cure o que se le haga conocer el psicoanálisis [...]. Su petición presente no tiene nada que ver con eso, incluso no es la suya [...]. Con oferta hemos creado demanda (p. 588).

Lo que se extrae de las palabras de Lacan, es que el analista se encarga de ofertar, ofertar

una escucha para que de alguna forma el paciente demande una entrada de análisis. No siempre puede surgir el deseo de continuar con un tratamiento, pero siempre aumentan las posibilidades dado que la oferta está presente y se imparte por el analista.

Gasquet (2019) sostiene que la táctica del analista en el entorno de la clínica de la urgencia de la neurosis, es acorde a lo que acontece, es decir, se procura en relación a la “singularidad de la temporalidad del inconsciente” (p. 371).

En consonancia con la lógica del discurso de quien consulta, las intervenciones del analista apuntarán a alojar el sufrimiento psíquico del paciente. En relación a la política, el analista ofertará su escucha al despliegue de los dichos y decires del paciente con la finalidad de producir el movimiento de subjetivación de la urgencia. (Gasquet, 2019, p.371)

La urgencia subjetiva en la Psicosis

En *vigencia de las psicosis* Oscar Zack (2017) intenta hacer un breve desarrollo pasando por Freud y luego por Lacan que permiten trazar algunas reflexiones acerca de una clínica posible de la psicosis; donde a partir de una formulación freudiana de no incluir a la psicosis como un fenómeno posible de tratar, se pasa a un Lacan que en su primer enseñanza empieza a explorar y a plantear una nueva perspectiva analítica frente a la psicosis, expresando que “el psicoanalista no debe retroceder frente a la psicosis” (Lacan, 1989). En este sentido, sin dejar por fuera a la psicosis, el analista no es indócil a esta posibilidad en la clínica, por lo que dependerá de su flexibilidad para adecuarse a las intervenciones en cierta estructura y determinado caso en especial. Para Lacan (1989) hay “tratamientos posibles” en lo que respecta a la psicosis.

Ahora bien, en cuanto a la “urgencia subjetiva” que se presenta en sujetos psicóticos sostiene Maugeri (2014):

Ruptura de la cadena significativa que da lugar a un abanico de presentaciones que se pueden ordenar en dos grandes polos: las del orden de la angustia, incluyendo la mostración del objeto en el acting out y la caída del Otro en el pasaje al acto, y las del orden del retorno en lo real de un significante en el desencadenamiento psicótico (p. 379)

En este sentido, Maugeri (2014) se hace las siguientes preguntas que permiten articular algo de lo que se busca esclarecer en este apartado: “¿Cómo se presenta la urgencia subjetiva en la psicosis?, ¿Cómo llega un sujeto psicótico a los dispositivos hospitalarios de atención de la crisis subjetiva?”. Son preguntas clave que surgen a partir de la práctica analítica que llevó a cabo este psicoanalista en un contexto hospitalario. A lo que desarrollará que existe la posibilidad de encontrar sujetos que presentan excitación psicomotriz o mutismo, y que es fundamental muchas veces en un primer tiempo “atemperar el goce desregulado que el significante en lo real implica” (Sotelo, 2006) donde el psiquiatra interviene en la prescripción de medicamentos, a veces fundamental antes de pasar por el analista. Y en este segundo momento donde interviene el analista, poder reconocer e identificar de quién se trata la urgencia, es decir si proviene del propio sujeto, la familia o de otra institución por ejemplo (Leserre, 2012).

Maugeri (2014) también plantea el problema que surge con la transferencia en relación al tratamiento en la psicosis. La dificultad para con estos pacientes afirma Freud (1917) es que “no tienen, ninguna capacidad de transferencia, o sólo unos restos insuficientes de ella” (pág. 406). El concepto del narcisismo en tanto retracción de la libido puede explicar el problema que encuentra Freud en la psicosis en cuanto a la transferencia (Freud, 1917).

Lacan quien sostiene desde sus primeras enseñanzas que es posible el tratamiento en la psicosis, abre camino al psicoanálisis para introducirse teóricamente en lo que respecta a dicha estructura. Lacan por 1958 considera en su primera clínica, y también advirtiéndolo que es necesario tener en cuenta el manejo de la transferencia en todo tratamiento posible de la psicosis tomando como premisa una “condición esencial”: la forclusión del Nombre del Padre en el lugar del Otro. “No está en el poder del analista injertarle ese significante -pero, sin embargo, está hecha la abertura de un saber supuesto- lo cual es esencial” (Silvestre, 1985, pág. 32). Esencial en el sentido que es necesario para dar lugar a la transferencia, y que la demanda inicial de un sujeto psicótico surge por la falta de ese significante Nombre del Padre (Silvestre, 1985).

Ahora en un segundo momento de la enseñanza de Lacan, introduce otro punto esencial para la mirada del problema transferencial con respecto al tratamiento en la psicosis, y es que como lo expresa Silvestre (1985) además de la primera demanda, “hay una segunda a partir de la cual la transferencia se orientará, por la cual el psicótico se ofrece al goce del analista para que éste establezca sus reglas” (Maugeri, 2014, p. 380). En ese momento la maniobra de la

transferencia consiste en oponerse a esta posición a la que el analista es convocado: “producir mediante la significación de este rechazo un lugar vacío, evacuado de todo goce” (Silvestre, 1985, pág. 37). A lo que el analista es llamado a ocupar una posición que como Soler (1988) sostiene es de *testigo* “porque un testigo es un sujeto al que se supone no saber, no gozar, y presentar por lo tanto un vacío en el que el sujeto colocará su testimonio” (p. 10). Después, la de orientar el goce con el recurso del significante en tanto que es el elemento simbólico que queda, a falta del significante Nombre-del-Padre, para barrar el goce. Este significante será tomado del propio discurso del sujeto porque en última instancia “el analista no hace otra cosa que apuntalar la posición del propio sujeto” (Soler, 1988, pág. 11).

MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital como Institución de Salud Pública

En primer lugar, es preciso considerar la definición de conceptos claves como Salud Pública y Hospital. Para empezar a desglosar, se toma en cuenta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) una conceptualización sobre Salud, como aquella que “no solo es la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad” (Navarro et. al., 1998).

Navarro (1998) hace una crítica a dicha definición elaborada por la Asamblea General de la OMS, creada luego de la Segunda Guerra Mundial con el objetivo de acompañar un movimiento que procure la mejora de la calidad de vida de la población mundial; tal definición de salud plantea un problema epistemológico que consiste en dar por sentado que existe un consenso universal acerca del significado y representación unívoco de ciertas palabras como “salud” y “enfermedad”, lo que implica que tal concepto no considere las variables históricas, políticas y sociales que tanta influencia y determinación tienen sobre la noción de salud o enfermedad para la población.

Determinar lo que es “población” también incluye conocer los cambios que abarca su conceptualización a partir de factores sociopolíticos e históricos, ya que son los que van a definir la forma en que se considera al sujeto de intervención, es decir la población.

De esta manera, es importante resaltar que establecer el concepto de Salud Pública como analiza Navarro (1998) implica una visión integral y a nivel “macro”, en consideración de variables socio culturales que pertenecen a un contexto histórico determinado, y a medida que se van redefiniendo “salud” y “población”, es esperable que tal concepción sobre salud pública evolucione y se modifique conforme cambia el contexto. En este sentido la Salud Pública que incluye el sector sanitario, debe poder coordinar lo clínico con lo social enfocándose en mejorar la calidad de vida de la población, responsabilizarse por un mayor alcance hacia el mayor número de sujetos que necesiten intervención.

Hacer referencia sobre lo que es un hospital, Sacristán de Lama (s.f), retoma la definición que sostiene la OMS:

El hospital es una parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-

sanitaria completa, tanto curativa como preventiva , y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial. (p.1)

Circuito de abordaje de emergencias de salud en la Provincia de Salta

Cuando se presenta una emergencia lo primero que suelen hacer las personas es llamar al Servicio de Emergencias (SE) 911, este es un primer paso para hacer saber la existencia de una situación de emergencia y que se necesita de personal policial, el SAMEC (Sistema de Atención de Emergencias y Catástrofes) o de profesionales que asistan la urgencia. “Los sistemas de emergencia son una forma de respuesta a las exigencias de inmediatez de la época, una de las características particulares de un sistema de emergencias es la oferta de una respuesta inmediata” (Rojo, C., et. al., 2019).

Un operador es el que recibe la llamada de emergencia para resolver el problema concreto, al tratarse de una urgencia objetiva se envía un móvil policial o se deriva a un hospital, así inicia la atención por parte del SE 911 cuando se trata de una urgencia objetiva, que como manifiesta la palabra es de aspecto generalizado. Si se trata de una urgencia subjetiva, es decir aquella que se encuentra en un “momento particular en la vida de una persona en la que no dispone de los recursos simbólicos suficientes para hacer frente al momento traumático” (Rojo, C., et. al., 2019), se encuentra el Servicio de Psicología del SE 911 para introducir un tratamiento de la urgencia que implique otra lógica que sea dando lugar a una pausa, y recibiendo de manera inmediata a la persona que necesita ayuda.

En la investigación conjunta de la licenciada Carolina Rojo y otros colaboradores (2019) se define que: “El Servicio de Psicología toma intervención en los incidentes clasificados como: urgencia psicológica, idea de suicidio e intento de suicidio”, la implicancia de que haya intento de suicidio supone que ya hubo algún tipo de daño en el cuerpo (cortes, ingesta de pastillas, intento de ahorcamiento), por lo que SAMEC, que atiende la urgencia objetiva, es el que debe asistir al paciente en primera instancia. Estos pacientes particularmente son trasladados a un hospital o centro de salud o bien quedan en el domicilio a cargo de un familiar.

Hospital Señor del Milagro

Breve recorrido histórico

El Hospital Señor del Milagro es una institución de salud de gestión pública ubicada en la ciudad de Salta. Su larga trayectoria data del 14 de Abril de 1895, cuando se inaugura la obra iniciada por el arquitecto Italiano Don Carlos Macchi, con fondos de la Sociedad de Beneficencia y apoyo de las Hermanas de la Caridad (Clínica-Web, 2023).

El sitio web desarrollado por la *Secretaría de prensa y comunicación del Gobierno de Salta*, brinda a la comunidad mediante una noticia el aniversario de 126 del Hospital Señor del Milagro, en 2021. Actualmente, en 2024 a tres años más de su existencia, se considera que el nosocomio tiene una antigüedad de 129 años.

Hasta 1960, cuando se inauguró el hospital San Bernardo, como policlínico regional, el hospital Señor del Milagro fue el establecimiento provincial que respondió a las necesidades de salud de la población salteña y enfrentó graves epidemias, como la gripe española de 1918 y la poliomielitis, en 1956. (Secretaría de prensa y comunicación, 2021)

Además cabe destacar que su estructura edilicia fue construida según las normas de arquitectura hospitalaria de la época y con el paso del tiempo se fue adaptando a las necesidades actuales (Secretaría de prensa y comunicación, 2021).

Históricamente una tarea importante que establece el Hospital incluye la “concientización sobre prevención” que se lleva a cabo de manera conjunta con otras tareas comunitarias y a través de actos educativos. “En el año 2000, recibió el Premio a la Calidad, primera edición, gracias a la excelencia de los servicios brindados. Desde entonces, el hospital se enfoca en mejorar aún más tanto en calidad médica como en trato con el paciente” (Clínica-Web, 2023).

Beneficiarios del Hospital Señor del Milagro

La asistencia a determinados pacientes con enfermedades infectocontagiosas ha sido una especialidad desde sus inicios como institución, además de que su misión consiste precisamente en “luchar contra las patologías que disminuyen la calidad y expectativa de vida de la comunidad salteña”(Clínica-Web, 2023).

La resolución 502 (2023) la Carta de Servicios del Hospital Señor del Milagro, incluye además los deberes y derechos del ciudadano/cliente beneficiario del hospital. Los derechos planteados son:

- Ser tratado con el máximo respeto por parte del personal que presta servicios asistenciales y no asistenciales en el Hospital.
- Recibir atención integral y humanizada.
- Recibir atención en un ámbito de higiene, confort y seguridad.
- Recibir información completa y permanente en relación a su proceso asistencial (diagnóstico, evolución, alternativas de tratamiento, riesgo y pronóstico). En los casos en que el paciente no se encuentre en condiciones de recibirla, la información deberá ser proporcionada a los familiares o personas legalmente responsables.
- A que no se realicen sobre su persona ensayos clínicos, investigaciones o experimentos sin información sobre fines, métodos y riesgos. Las actividades docentes también requerirán consentimiento expreso por el paciente. -
- El cumplimiento de la Ley de. Derechos del Paciente en su relación, con los profesionales e instituciones de la Salud y la Ley de Derechos del paciente Historia Clínica y Consentimiento Informado por parte de nuestro personal.
- Expresar su satisfacción o insatisfacción en cuanto a un hospital mediante los medios habilitados.
- Conocer el nombre de los profesionales que lo asisten, enfermeros o personal auxiliar. (Resolución 502, 2023)

Los deberes que se consideran para todo ciudadano/cliente beneficiario del hospital:

- Colaborar con las normas establecidas por la institución hospitalaria expresadas en la referencia normativa..
- Respetar los horarios de visitas en salas de internación.
- Respetar las normas, indicaciones y procedimientos señalados por los agentes de la institución.
- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de habitabilidad del Hospital, respetar al personal de la Institución, a otros pacientes y a sus acompañantes.
- Utilizar de manera adecuada y responsable el sistema sanitario.
- Utilizar información sobre las normas de funcionamiento de la Institución y los canales de comunicación. o utilizar las vías de reclamo y sugerencias.
- Conocer el nombre de los profesionales que lo asisten, enfermeros o

personal auxiliar.

La institución se compromete a abrir las vías y medios de comunicación con la población, a través de redes sociales, videoconferencias, encuentros y campañas de prevención, promoción de la salud, asesoramiento con profesionales, etc. (Resolución 502, 2023).

Fines del Organismo

Cabe destacar que el Hospital Señor del Milagro por resolución se responsabiliza para actualizar cada año la carta de servicios que ofrece a la comunidad, por lo que en base a la última resolución presentada en septiembre de 2023 se establecen como misión, visión y valores los siguientes:

Misión

Se trata de una institución pública de alta complejidad (Nivel 4) que busca:

- Asistir de manera integral, eficiente y segura a la comunidad y a los pacientes mayores de 14 años de edad, que concurren de manera programada, espontánea y urgente, abordando especialmente las afecciones infecciosas y enfermedades crónicas transmisibles, no transmisibles y otras diversas patologías, tanto de la capital como así también del interior de la provincia de salta, otras provincias y países vecinos. (Resolución 502, 2023)

Visión

- Aplicación de las mejores técnicas para la promoción integral de la salud, la prevención de Enfermedades prevalentes, la curación de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y la reinserción de las personas en su contexto social.
- Servir a la población desarrollando aplicaciones de tecnología de punta con el objetivo de mejorar la calidad de vida mediante acciones de salud, cuidado del medio ambiente y promoción de estilos de vida saludable.
- Constituirse en un modelo de institución con atención segura. y completa de pacientes internados, como así también en consultorios externos, además de enfocarse en el perfil científico y docente en colaboración de diferentes entidades educativas. (Resolución 502, 2023)

Valores

Son fundamentales para la institución estos valores específicos:

- **Compromiso:** Realización de tareas comprometidas para el bienestar del paciente y promover el adecuado funcionamiento del hospital.
- **Dedicación:** Se busca brindar el mejor esfuerzo y dedicación hacia el tratamiento integral del paciente.
- **Humanización:** Desarrollo de políticas, programas y acciones destinadas a velar por la dignidad del ser humano.
- **Vocación de servicio:** El paciente es el eje y la razón de existir como organización. (Resolución 502, 2023)

Servicios que presta el Hospital Señor del Milagro:

El Hospital cuenta con Consultorios Externos, 43 con exactitud. En ellos, se brinda atención en las principales especialidades médicas. Entre éstas se encuentran:

- | | | |
|------------------|----------------|---------------|
| ❖ Clínica Médica | ❖ Salud Mental | ❖ Cardiología |
| ❖ Oncología | ❖ Infectología | ❖ Ginecología |
| ❖ HIV y ETS | ❖ Hemoterapia | ❖ Zoonosis |

La institución dispone de 140 camas de internación, distribuidas en las áreas de Clínica Médica, Reumatología, Oncología, Inmunodeprimidos, UCI, Dermatología, Infecciosas, Tisiología, Emergencia y Geriatria.

El hospital también cuenta con Laboratorio (incluyendo especialidades en Hantavirus, HIV, Dengue y Virología), y servicio de diagnóstico completo (Clínica-Web, 2023)

Servicio de Guardia

El Hospital Señor del Milagro se encuentra en Avenida Sarmiento 557, dispone de un eficiente servicio de guardias médicas las 24 horas para la atención de distintas urgencias.

La guardia del Hospital Señor del Milagro, si bien resulta muy eficiente en su atención, tiene periodos de colapso por el alto número de pacientes que recibe. Ante casos de mayor

gravedad, los profesionales que allí atienden sabrán priorizar para una atención inmediata. (Clínica-Web, 2023)

Especialidades

Dentro de ellas se encuentran:

- ***Especialidades médicas:*** atención del cuerpo médico en especialidades como cardiología, cirugía, clínica médica, dermatología, ginecología, maternidad, obstetricia, oftalmología, pediatría, salud mental, etc.
- ***Estudios médicos:*** diagnóstico por imágenes, ecografía, densitometría, laboratorio, entre otros.
- ***Atención ambulatoria, consultorios externos y servicio de guardia.***
- ***Internación:*** consultar por disponibilidad de camas para internación general, intermedia y unidad coronaria, así como servicios de internación adicionales.
- ***Vacunación:*** a través de la consulta al personal de la institución por disponibilidad de servicios de vacunación en los consultorios externos del Hospital Señor del Milagro. (Clínica-Web, 2023)

Sectores Institucionales donde se realizó la Pasantía Académica:

La experiencia de pasantía se desarrolló acudiendo a los sectores donde tienen lugar el que hacer del practicante dentro del hospital. Durante la misma, se conoció que estos lugares no se limitaron al Sector de Salud Mental, en el que sólo se encontraban los consultorios externos, sino que también su recorrido abarcaba el sector de guardia y salas de internación. Por lo que vale precisar que la urgencia subjetiva podría presentarse en cualquier sujeto que se encontrara en alguno de estos ámbitos hospitalarios en los que el practicante interviene.

Este recorrido se realizó con el fin de conocer las intervenciones que realizan los practicantes de psicoanálisis en la atención y tratamiento de urgencias subjetivas que podrían encontrarse en guardia, salas de internación o consultorio externo que concurren en este contexto hospitalario específico como el hospital Señor del Milagro de Salta Capital. Dicho recorrido fue supervisado por la Jefa del Servicio de Salud Mental, practicantes del Servicio, el

director y la metodóloga de este trabajo, mediante conversaciones clínicas, presentación de casos.

La guardia

El sector de guardia se caracterizó por ser un lugar del hospital que espacialmente se distribuye en tres consultorios para personal médico, del cual la practicante solía hacer uso de uno de ellos o en caso de encontrarse saturada la guardia de pacientes, utilizar los consultorios externos que forman parte del Servicio de Salud Mental. Además, hay un departamento médico que usan los profesionales para almorzar, cenar o descansar; luego dos ambientes medianos en los que se encuentra el Servicio de enfermería, seguidos de dos habitaciones y una un poco más amplia conectada por un pasillo en las que se encuentran camas para el ingreso de pacientes de forma ambulatoria.

En cuanto a la dinámica que se observaba diariamente, los pacientes llegaban de manera particular, acompañados por algún familiar, por ambulancia por el SAMEC (Servicio de Atención Médica de Emergencias y Catástrofes), o con personal policial. Una vez ingresados eran atendidos por el servicio de enfermería y luego por el personal médico, quienes procuraban estabilizar orgánicamente al paciente y en los casos en los que se requería la solicitud de interconsulta con el Servicio de Salud Mental, ya sea por la mañana o por la tarde, dado que un profesional siempre está de guardia todos los días de la semana incluido los sábados y domingos por la mañana.

Salas de internación

Las salas de internación que forman parte del hospital son la Sala de Clínica Médica, Sala de Infecciosas B, Sala de Especialidades (que antes era la Sala de Infecciosas A), Sala de Tisiología, Sala de Adultos Mayores, Unidad de Cuidados Críticos. Cada sala cuenta con un servicio de enfermería, de comida y unidad médica donde se encontraban los profesionales médicos a cargo de los pacientes internados en cada sector. El practicante debía asistir a cada sala considerando pautas de cuidado y bioseguridad, utilizando barbijo y el continuo lavado de manos y uso de alcohol en gel.

Consultorios externos

El hospital cuenta con consultorios externos de distintas especialidades como Odontología, Nefrología, Cardiología, Oftalmología, Traumatología, Psiquiatría, Salud Mental

etc. En lo que respecta a los consultorios del Servicio de Salud Mental se encuentran al final del pasillo del ala izquierda al ingresar por la puerta principal del hospital.

El Servicio de Salud Mental

El Servicio de Salud Mental aborda diversas áreas de atención, incluyendo la terapia en consultorio externo para consultas generales y la realización de aptos psicológicos requeridos por trabajo o estudio. Además, se brinda asistencia a pacientes judicializados, como víctimas de violencia de género, y se colabora con el Servicio de Psiquiatría en interconsultas. Se ofrece tratamiento a pacientes con enfermedades como tuberculosis, patologías reumáticas y oncológicas, así como asistencia a adultos mayores y personas internadas en la sala de enfermedades infecciosas, incluyendo VIH. Asimismo, en la guardia psicológica se atiende a pacientes con trastornos de la inmunidad, adicciones, depresión, esquizofrenia e intentos de suicidio, proporcionando un abordaje integral de la salud mental en distintos contextos hospitalarios.

La atención por consultorios, se realizaba de manera alternada por los psicólogos que forman parte del Servicio, con horarios específicos para atender en los tres consultorios disponibles. Los pacientes solicitaban turno todos los días de manera espontánea o por derivación y eran otorgados según la agenda de cada profesional.

A veces cuando se trataba de pacientes ya atendidos por guardia que solicitaron turno para iniciar con un tratamiento psicológico se consideraba al profesional quien ha atendido a tal paciente. En caso de que se trate de una situación que amerite la pronta atención y no se encuentren turnos disponibles próximos suele recomendarse que ingresen por guardia por la tarde para ser atendidos por los profesionales que se encuentren ese día.

Para cumplir las horas requeridas por día (4 hs.) y para finalización (300 hs.) dados como requisitos de la pasantía académica, la misma se realizaría en un horario que se llevaría a cabo de 9:00 a 13:00. Cumpliendo las primeras dos semanas de asistir en este horario como así se refleja en la hoja de asistencia, se acordó posteriormente con la practicante que sería mejor un horario de 8:00 a 12:00 lo que me permitiría una mejor participación de las actividades que llevan a cabo los profesionales del Servicio de Salud Mental.

Cabe destacar que el Servicio de Salud Mental cuenta con guardias vespertinas de lunes a viernes, de 14:00 a 19:30, y guardias matutinas los fines de semana, de 9:00 a 13:00, en las

que los profesionales se turnan para asistir. De manera voluntaria, se participó en las guardias de la tarde, principalmente los jueves y viernes, aunque no de manera diaria. Si bien no era un requisito obligatorio, esta experiencia resultó enriquecedora para el cumplimiento de los objetivos de la pasantía.

Actividades y tareas desarrolladas durante la pasantía académica.

Considerando los alcances y limitaciones que corresponden como estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Salta y que el objetivo de la presente pasantía consistió en la adquisición de competencias teórico-prácticas en el área clínica de la Psicología, a continuación se presentan de manera progresiva las actividades que se desarrollaron simultáneamente en el transcurso de la experiencia de pasantía en el Servicio de Salud Mental del Hospital Señor del Milagro y en las áreas, sectores a los que se tuvo acceso:

Primer momento

- Lectura y estudio de conceptos psicoanalíticos vinculados específicamente a la urgencia, la urgencia subjetiva, su abordaje clínico y abordaje en el ámbito hospitalario.
- Aproximación al conocimiento del funcionamiento del Servicio de Salud Mental del Hospital Señor del Milagro en las distintas áreas en las que interviene y en relación a las demás áreas que forman parte de la institución.
- Conocimiento de las actividades y tareas que realizan los profesionales (practicantes de psicoanálisis) en el Servicio de Salud Mental y otros sectores del hospital, mediante entrevistas informales.
- Obtener información sobre posibles protocolos de intervención en el tratamiento de pacientes en situaciones o enfermedades en particular que asisten al hospital.

Segundo momento

- Observar y tomar conocimiento sobre el abordaje y tratamiento de urgencias subjetivas que llevan a cabo los profesionales de Salud Mental del Servicio en los dispositivos hospitalarios de consultorio externo, guardia, o interconsulta para la atención de pacientes.
- Se realizó una observación no participante de las entrevistas llevadas a cabo principalmente por la tutora institucional Jefa del Servicio Lic. Maria Isabel Allamandri, que

cuando se encontraba ausente por motivos de salud o viaje, en las entrevistas estuvieron presentes la Lic. Andrea Martinez o la Lic. Roxana Talocchino que también son practicantes de psicoanálisis; con pacientes que concurrieron por consultorios externos de manera espontánea o necesitaban atención por derivación, casos de urgencias ambulatorias, o en salas de internación (Sala de Clínica Médica, Infecciosas B, Especialidades, Adultos Mayores). Las entrevistas presenciadas contaron con la autorización verbal previa de los pacientes, quienes participaron voluntariamente y tuvieron la libertad de solicitar en cualquier momento la retirada de la pasante. Dado que siempre estuvo presente la tutora institucional o alguna de las otras dos practicantes de psicoanálisis, no fue necesario solicitar consentimiento informado por escrito.

- Se articularon preguntas y cuestionamientos teóricos que sin duda iban surgiendo durante la experiencia, las cuales incentivaron a recurrir por consulta con los profesionales y por supuesto la lectura de bibliografía, algunas facilitadas por los mismos, algunas recomendadas y otras que se encontraban en la pequeña biblioteca del Servicio siendo de mucha ayuda para esclarecer estas preguntas que se planteaban.

- Se accedió a realizar lectura de documentación cuando se trataba de casos judicializados, datos previos y específicos de pacientes que ya eran atendidos con anterioridad, importantes a tener en cuenta para conocer el tratamiento llevado a cabo por la profesional.

- Se observó que, a través del sistema Salta Salud, cada profesional accede con su clave personal y puede consultar los datos del paciente, registrar evoluciones y realizar interconsultas psicológicas. Además, el sistema permite visualizar estudios médicos y de laboratorio, así como las evaluaciones y diagnósticos de otras especialidades. También facilita el seguimiento de los casos internados y la solicitud de interconsultas. Sin embargo, una vez que el paciente recibe el alta, su información deja de estar disponible en el sistema.

Tercer momento

- Análisis de las entrevistas presenciadas, desde la perspectiva psicoanalítica, bajo la supervisión y control a través de conversaciones clínicas, presentación de casos entre los practicantes del servicio, el director y la metodóloga.

- Sistematización de la información obtenida a partir de la observación no participante.

- Elaboración de articulaciones entre conceptos de urgencia subjetiva y prácticas ante la misma desde una perspectiva psicoanalítica.

- Presentación de casos clínicos que dan cuenta de las intervenciones realizadas por los practicantes de psicoanálisis, en el tratamiento de las urgencias subjetivas, en los dispositivos de consultorio externo, guardia, o interconsulta.

- Presentación de conclusiones desde el marco psicoanalítico que da cuenta de la observación, descripción e interpretación realizada durante la experiencia de pasantía.

RECORRIDO DE LA PASANTÍA ACADÉMICA

La pasantía académica se llevó a cabo mediante la observación de intervenciones realizadas por la Jefa del Servicio de Salud Mental, Lic. María Isabel Allamandri, junto con otras profesionales del equipo, como la Lic. Andrea Martínez y la Lic. Roxana Talocchino. Se presenciaron intervenciones en diversos dispositivos hospitalarios, incluyendo la guardia, salas de internación y consultorio externo.

En este contexto, las profesionales asistieron a urgencias subjetivas a través de la solicitud de interconsultas en diferentes sectores del hospital, incluida la guardia, las salas de internación como Clínica Médica, Infecciosas B, Especialidades, Adultos Mayores, Tisiología y la Unidad de Cuidados Críticos (UCC o Terapia Intensiva). Y además, en el consultorio externo donde solicitaban turnos de manera espontánea o por derivación de otras especialidades intrahospitalarias o instituciones externas. En varias ocasiones, los pacientes llegaban de forma espontánea o de centros de salud u hospitales como el Hospital Miguel Ragone.

A través del sistema *Salta Salud*, los profesionales pueden acceder a valoraciones previas, historial médico y estado clínico de los pacientes internados. Esto permite contar con información previa antes de asistir por las salas de internación. Sin embargo, en varias ocasiones, la practicante consultaba directamente con los médicos, ya que el sistema a veces ofrece descripciones breves o utiliza terminología médica poco familiar para una psicóloga, lo que hacía necesario aclaraciones adicionales.

Por motivos de precaución y bioseguridad, todo el personal incluido los practicantes siempre utilizaron barbijo en la asistencia de cualquier paciente que se encuentre en los distintos dispositivos hospitalarios. Por ejemplo en la sala de Tisiología había que ingresar necesariamente con barbijos especiales (n95) para mayor protección dado que en esta sala se encuentran pacientes con tuberculosis que “es una enfermedad infecciosa causada por el bacilo tuberculoso, una bacteria que suele afectar a los pulmones. Se transmite por el aire cuando una persona enferma tose, estornuda o escupe” (OMS, 2024). Incluso para prevención se llevaban a cabo pautas de bioseguridad como el lavado de manos que permitían mayor protección, y fue importante consultar también con el médico de sala para saber si es necesario el uso de mameluco o el evitar hacer contacto con las superficies cercanas al paciente.

Se destaca que el hospital Señor del Milagro si bien se especializa en el tratamiento de pacientes con enfermedades infecciosas, como es el VIH/Sida, Tuberculosis, Hepatitis A y B etc., también cuenta con Servicio de Reumatología, consultorios externos de otras especialidades como Odontología, Oftalmología, Diabetología, Nefrología, Cardiología, Alergias, además se realizan estudios de laboratorio donde la población en general puede solicitar turno para ser atendida. Al contar con múltiples especialidades el hospital es considerado como público, uno de los más concurridos en Salta Capital, después del San Bernardo que se encuentra en primer lugar.

Esto nos permite tener un panorama de que sea habitual observar solicitudes de interconsultas intrahospitalarias entre los profesionales para obtener una mirada más amplia acerca del paciente que llega por guardia, es internado o incluso lleva un tratamiento por consultorio externo. Además de que existe gran demanda por parte de la población para solicitar turnos. Se ha observado un estrecho trabajo interdisciplinario entre el Servicio de Salud Mental y el Servicio de Psiquiatría. El aporte de los psiquiatras en relación con la medicación permitió conocer los efectos de los fármacos en los tratamientos de los pacientes.

En cuanto a las interconsultas no siempre se solicitaban de manera formal a través del sistema *Salta Salud*, sino que en muchas ocasiones surgían de forma informal, según el criterio de los profesionales, quienes intercambiaban valoraciones para lograr una visión más integral del paciente y favorecer su tratamiento. Si bien esta dinámica no se daba en todos los casos, en la mayoría de las situaciones se evidenció una disposición al intercambio de información en beneficio de la atención del paciente. Por ejemplo, en muchas ocasiones la practicante intervino pidiendo interconsulta con Servicio Social para gestiones que necesitaba un paciente y que lo angustiaba ya que se encontraba solo, hospitalizado e imposibilitado para realizar algunos trámites y gestiones.

Cuando se solicitaba una interconsulta al Servicio de Salud Mental, ya fuera a través del sistema o por llamada telefónica interna, la practicante acudía a la guardia o a salas de internación para asistir al paciente. Antes de la entrevista psicológica, la practicante verificaba los datos personales y estado actual en el sistema, y al llegar al recinto, revisaba la pizarra del Servicio de Enfermería, donde se registraban el nombre del paciente, diagnóstico, médico tratante y observaciones relevantes de médicos y enfermeros.

En situaciones especiales, como intentos de suicidio que suelen ingresar por guardia el psicólogo es el único responsable de completar una ficha con los datos del paciente, la situación

en la que se encuentra y la posible existencia de riesgo para terceros. Esta información se releva al Ministerio de Salud y queda registrada en el nosocomio para la recolección de datos epidemiológicos a nivel provincial y nacional, con el fin de promover la prevención y promoción de la salud mental en estos casos. Existen dos modelos de fichas, detallados en el anexo: un formulario más antiguo y otro actualizado con nuevos ítems. La cumplimentación de estos formularios forma parte de las intervenciones del psicólogo en el dispositivo hospitalario de guardia.

El tiempo de internación en la sala ambulatoria de guardia para pacientes con intento de suicidio suele ser de entre 24 y 48 horas. Los psicólogos registran si existe riesgo de un nuevo intento y, en caso de que el paciente esté somnoliento, priorizan conversar con un familiar para recabar información sobre su entorno y datos personales relevantes. El psiquiatra interviene cuando se considera necesaria la administración de medicación para estabilizar al paciente.

Los casos más frecuentes atendidos por interconsulta psicológica en guardia por ejemplo han sido las crisis sin causa orgánica aparente caracterizándose por dolores en el pecho, falta de aire, cefaleas y temblor de manos; así como también casos donde afecciones orgánicas producían desestabilización psíquica. También se observó actos impulsivos que afectaban su vida, sus relaciones o el propio cuerpo. Otra manifestación frecuente fue la sensación de agitación y desesperación en el momento de la asistencia.

Así fue como los casos de urgencia observados en el sector de guardia presentaban altos niveles de angustia, expresando haber sufrido ataques de pánico y manifestaciones de impulsividad, siendo estas las formas más comunes de malestar. Esto se evidenciaba en pacientes que afirmaban sentir que “no podían más” refiriéndose a una situación personal, mostrándose conmovidos y atravesando un momento difícil que los afectaba emocionalmente.

Lo real y la urgencia subjetiva en el hospital.

La sexualidad y la muerte son dos nombres por excelencia de lo traumático, donde el significante no alcanza a dar sentido a aquello que aqueja al sujeto (Gurevitz y Muraro, 2014). En el contexto hospitalario, estas cuestiones emergen con fuerza, especialmente en pacientes que enfrentan enfermedades graves o crónicas.

El Hospital Señor del Milagro, si bien se especializa en enfermedades infectocontagiosas, atiende un abanico de patologías que afectan no solo el cuerpo, sino también la salud mental de los pacientes. Desde una perspectiva psicoanalítica, detrás de toda enfermedad hay un sujeto

que debe lidiar con la muerte, la pérdida y el trauma (Mitre, 2018). Cuando esto se vuelve insoportable, pueden desencadenarse urgencias subjetivas, como intentos de suicidio, ideación suicida, fuga repentina, conductas violentas.

Durante la pasantía, por ejemplo el caso de una paciente con lupus que, ante la falta de acceso a su medicación, presentó una crisis de querer fugarse de la guardia. Frente al VIH, algunos pacientes manifestaron angustia y aislamiento, ya sea por un diagnóstico reciente o por el miedo a ser estigmatizados. Por otro lado, en la sala de adultos mayores, un paciente con cáncer de pulmón expresó el impacto de su sufrimiento al describirlo como “insostenible” y “constante”.

Además de la carga emocional de la enfermedad, se constató que las dificultades económicas influyeron en el modo en que cada sujeto enfrenta su padecimiento. La interrupción de tratamientos por falta de acceso a la medicación agrava el malestar y, en muchos casos, precipita crisis subjetivas. En este sentido, en el ateneo *"Remando contra la marea"*, profesionales del Servicio de Reumatología expusieron la problemática del acceso a tratamientos en pacientes sin obra social, evidenciando la relación entre lo social, lo económico y el surgimiento de urgencias subjetivas en el hospital a causa de lo recién mencionado.

EL ABORDAJE PSICOANALÍTICO DE LA URGENCIA SUBJETIVA

El practicante de psicoanálisis frente a la urgencia subjetiva

A diferencia de las intervenciones médicas y de enfermería, la labor del practicante de psicoanálisis frente a urgencias subjetivas se centró en ofrecer un espacio de escucha donde el paciente pueda expresar su sufrimiento y elaborar el malestar que lo aqueja. Más que enfocarse en el síntoma desde una perspectiva médica, su intervención busca comprender la historia y el origen de la urgencia, posibilitando un tratamiento acorde a cada sujeto. La practicante de psicoanálisis en su lugar lo que hacía era introducir o intentar abrir un tiempo de pausa. Habilitar un momento que le permitiera al sujeto decir algo de sí mismo, ofreciendo un lugar de escucha ante aquello que acontecía en ese sujeto dando lugar a la subjetivación de la urgencia.

De esta manera es que este espacio de escucha ofrecido va acompañado de una postura de escucha por parte de la practicante que considera uno de los principios de la ética del psicoanálisis al mantener una postura de “no saber”. No saber sobre ese paciente en particular,

sobre su malestar; para dar lugar a ese saber propio y personal que puede expresar. Escuchar desde la plena ignorancia esa singularidad de cada paciente.

Identificación de la urgencia subjetiva

De todas las demandas de asistencia que recibían los practicantes, no sólo se asistieron pacientes, en muchos casos el profesional médico se convirtió en el "urgido" antes que el propio sujeto. Otras veces, fue un familiar quien, afectado por la situación del paciente, expresaba su angustia y requería asistencia. Fue fundamental distinguir de quién provenía la urgencia, si es que se trataba de una configuración de urgencia subjetiva. Como así también fue necesaria una lectura clínica más precisa de las presentaciones subjetivas asistidas por la practicante.

Inicio de las entrevistas

Al inicio de cada entrevista la practicante se encargaba de evaluar la orientación temporo-espacial del paciente mediante preguntas como: "*¿Sabes qué día es hoy?*" o "*¿Dónde estamos?*", verificaba los datos personales del paciente como nombre, dni, edad. Esto permitía reconocer su estado de conciencia y determinar si estaba en condiciones de continuar la conversación. En algunos casos, como en pacientes bajo el efecto de sedantes, la entrevista inicial no fue posible, por lo que la practicante registraba la situación y asistía más adelante.

Dificultades al momento de intervenir

El contexto hospitalario impone a veces obstáculos que afectan la intervención. La falta de privacidad en salas de internación con múltiples pacientes y familiares limita la posibilidad de una escucha íntima. Frente a esto, la practicante buscó estrategias para garantizar un espacio mínimo de confidencialidad, por ejemplo, solicitando al familiar que espere afuera por algunos minutos. Asimismo, la somnolencia inducida por fármacos puede impedir un primer encuentro, requiriendo ajustes en la modalidad de abordaje.

De esta manera la practicante ha priorizado siempre la privacidad para poder otorgarle un lugar cómodo en el cual el paciente pueda hablar y decir algo, y mantener al paciente alejado de posibles miradas de otros que podrían tener efectos estragantes para el mismo.

Seguimiento y continuidad del abordaje

En muchos casos, el seguimiento del paciente se realizó desde su ingreso por guardia hasta su traslado a una sala de internación. Si el paciente lo consentía se mantenía el acompañamiento. No obstante, la mayoría de las intervenciones tuvieron lugar en encuentros únicos de corta duración o de un máximo de cuatro encuentros. La practicante ofrecía la posibilidad al paciente de que pudiera iniciar tratamiento psicológico si así lo quisiera, al poder solicitar turno por consultorios externos en el mismo nosocomio o incluso en otro lugar pero con el fin de abrir la posibilidad de que pueda continuar.

Evaluación clínica de la urgencia

El abordaje clínico distingue entre estructuras neuróticas y psicóticas para orientar la intervención. En lo que respecta a los casos de urgencias subjetivas presenciados, no hubo casos con estructura psicótica diagnosticadas previamente, se observó la presencia de mecanismos propios de las neurosis (represión, negación o proyección). Estos signos permitieron a la practicante indagar la posición subjetiva del sujeto urgido y evaluar la mejor forma de intervención para continuar con el abordaje de la urgencia y si era necesario, coordinar con otros profesionales para garantizar la atención del paciente.

Ética en la práctica psicoanalítica

Siguiendo los principios del psicoanálisis, las intervenciones se realizaron respetando la particularidad de cada sujeto, la practicante evitó encasillarse en determinados diagnósticos como los establecidos en el DSM-V o el CIE-10. En los registros hospitalarios, cuando no era necesario especificar un diagnóstico categórico, la practicante optó por términos como "*en seguimiento*" o "*en valoración*", priorizando el tratamiento caso por caso.

INTERVENCIONES DEL PRACTICANTE DE PSICOANÁLISIS EN URGENCIAS SUBJETIVAS

Las intervenciones del practicante de psicoanálisis en urgencias subjetivas en un ámbito hospitalario apuntan a la subjetivación del malestar del sujeto urgido, ya sea paciente, familiar o personal médico dependiendo las circunstancias; con el fin de ahondar en la causa de su sufrimiento más allá de los síntomas físicos. En un contexto donde prevalecen las urgencias médicas, el practicante interviene buscando que el paciente pueda expresar lo que está detrás de su sufrimiento.

Las maniobras del practicante no se limitan a sólo escuchar, sino que son intervenciones activas, en las cuales entran en juego muchas variables como el tono de voz, el ritmo, la respiración y la gestualidad que tienen un papel importante en la interacción. Tal como señala Vainer (2008), el analista interviene con su cuerpo, ya sea a través de preguntas, aclaraciones, silencios o interpretaciones, para provocar un cambio en el paciente y permitirle explorar su propio discurso. Este enfoque no se reduce a una escucha pasiva, sino que busca crear un espacio en el que el paciente pueda desplegar significantes y reflexionar sobre su malestar.

Las intervenciones varían según cómo se presente el caso, la posición subjetiva del paciente y las circunstancias particulares. El proceso de intervención se guía por los tiempos lógicos del sujeto propuestos por Lacan, que incluyen el instante de ver, el tiempo para comprender y el momento de concluir. Así, también se puede pensar una lógica del proceso bajo estos tiempos, por lo que las maniobras del practicante apuntan a facilitar el despliegue de los tiempos subjetivos y que se produzca la subjetivación de la urgencia.

Sin embargo, antes de puntualizar de manera más específica cómo se desarrollaron las maniobras de intervención, se pueden nombrar algunas que se identificaron:

-Escucha activa: La practicante escuchó atentamente, sin interrumpir el relato, lo que permitió que los pacientes se expresaran libremente. Esta escucha activa fue esencial, ya que implicó prestar atención no sólo a las palabras del paciente, sino también a los silencios y a la manera en que desarrollaba lo que decía.

-Interrogantes o preguntas: Se utilizaron preguntas abiertas o de orientación que invitaban al paciente a explorar y profundizar en su malestar. Preguntas como por ejemplo: "¿Cómo te sentís?" o "¿Desde cuándo empezaste con este malestar?". Hubo momentos durante

las entrevistas en las que la practicante introducía interrogantes para que den lugar a la fluidez de la palabra, ya que muchas veces el sujeto presentaba dificultad para articular palabras, en respuestas de forma escueta y muy sencilla como “*Si*”, “*No*”, “*Está bien*”, “*No sé*”. Frente a estas respuestas la practicante buscó indagar y repreguntar un poco más haciendo énfasis en las propias respuestas o incluso agregando algo más para dar circulación a la palabra e ir buscando significantes que logren ir nombrando algo de lo que estaba atravesando el sujeto.

-Aclaraciones: Cuando el paciente se expresaba de manera confusa o ambigua, el practicante pudo ofrecer aclaraciones para garantizar que ambos estén comprendiendo de manera adecuada lo que se estaba expresando. Esto también podía incluir la reformulación de lo que el paciente decía para clarificar acerca de lo que se estaba hablando.

-Señalamientos: Cuando el paciente mostraba por ejemplo contradicciones en su discurso, la practicante intentaba señalar estas discrepancias de forma respetuosa a fin de que el paciente pudiera reflexionar sobre ellas y profundizar en la comprensión de su propio malestar.

-Silencios: El silencio también fue una intervención clave. Considerando que no se trata de una falta de acción, sino de un espacio que invita al paciente a pensar y reflexionar sobre lo que acaba de decir o experimentar. El silencio lo que hacía era dar tiempo para que el paciente acceda a sus emociones o pensamientos. Ya sea luego de que la practicante realice algún interrogante, aclaración, señalamiento, o incluso después de una respuesta ofrecida por el paciente.

-Acompañamiento en la simbolización: Cuando la practicante consideraba que era apropiado, ofrecía algunos significantes, en su mayoría tomados del paciente, que faciliten el despliegue de respuestas, del relato. Que faciliten una red de enganche de significantes, permitiendo que el paciente pueda empezar a historizar.

-Afrontamiento de la angustia: En momentos de crisis o angustia, la practicante intervino para contener el sufrimiento desbordante del paciente y ayudarlo a procesar sus emociones, al proveer de afirmaciones que le permitieran al paciente sentirse seguro y resguardado en ese momento particular.

-Gestos y tono de voz: Fue frecuente observar que a veces, un cambio en el tono de voz de la practicante, una mirada o un gesto podían ser importantes intervenciones que acompañan el proceso verbal, proporcionando al paciente un indicio no verbal de apoyo, seguridad o

comprensión. La practicante enfatizaba con su tono de voz ciertas palabras o frases que le permitieran al paciente reflexionar sobre su sentido.

-Acotamiento: Cuando la practicante consideraba necesario realizar un corte o delimitación del relato del paciente que se presentaba como redundante o extenso sobre algún tema en específico. Se dió por ejemplo cuando la practicante necesitaba organizar y ordenar un poco el discurso que relataba el sujeto durante el encuentro.

Ahora bien, de manera más específica, se localizan algunas maniobras del practicante que intentaron favorecer el despliegue de los tiempos lógicos, que se pueden leer en el sujeto y que también permiten pensar los movimientos clínicos en el tratamiento, como una lógica del proceso que no necesariamente pueden presentarse de forma lineal o progresiva ya que no son etapas, pueden repetirse o reconfigurarse.

Sostener la urgencia, sin precipitarse a una conclusión anticipada: Ante un sujeto que se presenta atrapado en lo inmediato, la practicante evitó intervenir de manera intrusiva. Su fin fue acoger el sufrimiento sin buscar una clausura del mismo, permitiendo que algo del sujeto emerja en su discurso. A modo de ejemplo se cita a una paciente que ingresa por intento de suicidio y relata que *“Creo que hoy es lunes pero no sé muy bien... con lo que pasó.”*, a lo cual la practicante pregunta *¿Contame qué es lo que pasó?*. En este caso se introduce una pregunta que buscó abrir un espacio para que la paciente comience a situarse en su propio relato, en ningún momento dió por sentado a lo que se refería.

Ofrecer una presencia que sea atenta pero no invasiva: Este tiempo está marcado por la angustia y la tendencia a la conducta impulsiva por lo que la practicante encarnó una presencia que no buscaba interrumpir el tiempo subjetivo del paciente, sino que lo acompañó sin forzarlo. Con intervenciones mínimas que permitían mantener la situación como por ejemplo al decirle a una paciente *“Bueno cuando necesites sabes que puedes venir aquí o por guardia y siempre va a haber un psicólogo para que te atienda”*. Lo que funcionó como un anclaje evitando tal vez el pasaje al acto y habilitando la circulación de la palabra.

Señalamientos sobre la urgencia como algo concerniente al sujeto: La practicante ayudaba al paciente a comenzar a localizar su urgencia como una dificultad que lo implicaba subjetivamente, para evitar que el sujeto quede atrapado en una lógica de victimización o pura angustia desbordante. Por ejemplo frente al caso de un joven que ingresa por guardia y referirse que se separó recientemente de su novia, por enterarse que está por ser padre con otra chica, la

practicante interviene: *“Tal vez de alguna forma ahora pudiste cortar con la relación anterior, y hacerte cargo de este hijo que viene en camino ¿no?”*. Esta forma de intervenir permite de algún modo que el sujeto comience a situarse en su propio relato, ayudando a que el paciente pase de una descripción a un posicionamiento subjetivo.

Habilitar la interrogación, sin ofrecer respuestas cerradas: En este tiempo el sujeto busca certezas inmediatas o soluciones rápidas. Un ejemplo fue el de una paciente joven que consulta porque su madre la mandaba al psicólogo porque la pareja con la que estaba la *“llevaba por mal camino”*, a lo que la practicante intervino: *“¿Y vos querías venir?, ¿Pero vos cómo te sentís en esa relación?”*. La practicante aquí no buscó responder desde la lógica de la demanda, sino intentando introducir una pausa que posibilite otra lectura, sin imponer un saber.

Cuestionamiento de significantes: Para precisar la posición subjetiva del paciente y a interrogar los significantes que él mismo traía al encuentro. Ejemplos de ello fueron: A un paciente que manifestaba ataques de pánico: *“¿Cómo son esos ataques de pánico a los que te referís?”*. A un paciente que señalaba problemas en su pareja: *“¿A qué te referís con problemas? ¿Qué tipo de problemas?”*. A una paciente que refería tomar pastillas tras discutir con su novio: *“¿Por qué decidís tomarlas? ¿Eran muchas, pocas o un frasco entero?”*. Estas intervenciones no buscaron una respuesta inmediata, sino de abrir la posibilidad que el sujeto se escuche a sí mismo y se cuestione sobre su propio malestar. La practicante no responde por el sujeto, sino que propicia un espacio donde este pueda situar su deseo y su posición frente a la urgencia.

Sostener el tiempo lógico de la elaboración: Básicamente fueron intervenciones que se orientaron a sostener el tiempo lógico de la elaboración, es decir que en situaciones donde el sujeto se encontraba todavía sin pasar a un tiempo para comprender la practicante permitió abrir un espacio donde la paciente pudiera tramitar su angustia.

Señalamientos que permitan una elaboración posterior: La practicante intervenía con una observación que resumía lo dicho por el sujeto o que introducía una torsión en su discurso, sin forzarlo a una conclusión definitiva, por ejemplo *“Pasaste todo eso para poder sentir tranquilidad, algo ahí habría que trabajar ¿no te parece?”* Este tipo de intervención buscó que el sujeto se interrogue más allá del encuentro con la practicante, al dejar abierta una posibilidad de elaboración.

Introducción de una pausa que evite la inmediatez del acto: En casos en los que el sujeto se encontraba al borde de un pasaje al acto, la intervención se orientaba a poder abrir un tiempo para pensar: “*¿Te parece si continuamos en el siguiente encuentro hablando de esto?*”. Estas preguntas no intentaron dar una solución o una respuesta inmediata durante el encuentro, sino evitar que la urgencia desembocara en actos impulsivos.

Recapitulación que resitúa al sujeto en su posición subjetiva: Cuando el paciente desplegaba un discurso disperso o muchas veces cargado de angustia, la practicante intervino resumiendo lo dicho de manera que el sujeto se reconociera en lo que relataba: “*¿No cree que eso pueda estar afectando en su salud?*”, “*L:- Puede ser, la verdad que no lo pensé así.*”. Aquí, la intervención permite que el sujeto tome distancia de su propio relato y pueda darle un nuevo sentido.

Ofrecimiento de un nuevo encuentro: Dado que en la urgencia subjetiva el encuentro con el practicante puede ser único, es importante que se habilite la posibilidad de una continuidad, por lo que la practicante ha intervenido: “*Ah bueno perfecto entonces, sabe que también puede solicitar turno aquí en el hospital*” o “*Bueno M, otra cosa que podemos hacer es que vos puedas continuar o iniciar un tratamiento aquí en el hospital. ¿Te parece?*”. Este tipo de intervención permite que el sujeto sepa que no está obligado a resolver su malestar en una sola sesión, y que puede haber un tiempo posterior para continuar con su trabajo subjetivo.

CASUÍSTICA

En los dos siguientes casos se busca ilustrar puntualmente cómo se han llevado a cabo las intervenciones por la practicante en casos particulares de urgencias subjetivas, operando a partir de la ética del psicoanálisis y dirigida por el deseo del analista. Localizando los tiempos lógicos que se iban desplegando en cada caso.

Caso R

R, una paciente de 19 años que ingresa por guardia del hospital por intento de suicidio por empastillamiento de Clonazepam. El personal médico intervino para estabilizar orgánicamente a la paciente. Una vez estabilizada clínicamente se solicitó interconsulta con el Servicio de Salud Mental.

La practicante concurre ante la solicitud de interconsulta para realizar la entrevista y poder evaluar su situación y la existencia de riesgo de vida. En un primer momento no pudo realizar la entrevista, ya que la paciente se encontraba en estado de somnolencia, ningún familiar se encontraba junto a ella. En un segundo momento la paciente se encuentra más lúcida, ahí fue cuando se produjo el primer y único encuentro con R.

R se despierta en la guardia desorientada temporalmente, sabe que se encuentra en la guardia del hospital pero no sabe cómo llegó y no hay una elaboración simbólica de lo ocurrido todavía. El intento de suicidio fue una precipitación al acto, una salida a lo insoportable que se presenta en R, es decir cuando decide repentinamente ante sus ganas de “no querer vivir” tomarse las pastillas. Aquí se puede ubicar el instante de ver en R, hay una irrupción de un real que no se puede sostener simbólicamente y se produce el pasaje al acto.

Se trata de un pasaje al acto porque se presenta como una ruptura total con la dimensión simbólica y el lazo social, que se evidencia en su decisión tomada de manera impulsiva sin dejar lugar para la duda o el diálogo con alguien, sin previo aviso y sin planificación, presentándose para R como la única salida posible frente a su angustia insoportable en ese momento.

Las maniobras realizadas por la practicante operaron para habilitar un despliegue de la palabra o un lazo discursivo en lo posible, con interrogantes y señalamientos sobre su ubicación temporal y espacial (“¿Sabes qué día es hoy?”, “Hace un poco de esfuerzo por hacer memoria

y reconocer qué día es hoy y en dónde estamos”) que permitieron orientar a la paciente en su situación presente, sin ofrecer respuestas cerradas o imponer significados.

R empieza a poner en palabras parte de su sufrimiento, mediante un breve relato durante la entrevista, comienza a hablar de su malestar donde refiere que *“ya no quería vivir y agarré las pastillas que tenía de Clonazepam y me las tomé no sé qué pasó después que me trajeron hasta aquí”*. R manifiesta la persistencia de la ideación suicida *“volvería a hacerlo”*, ante la pregunta de la practicante que apuntaba a conocer si se encontraba en riesgo de precipitarse en un acto nuevamente. Se esboza un tiempo de comprender, en el que R hace el esfuerzo por desplegar su discurso en relación a lo acontecido.

En este tiempo las maniobras de la practicante apuntaron con interrogantes a facilitar la simbolización, localizar las coordenadas de la urgencia (*“¿Hay alguna situación que estés atravesando por la cual no quieras seguir viviendo?”*), indagar sobre su lazo con el Otro (*“¿Tenés algún familiar o alguien en quien confíes?”*). A lo que R expresa la ausencia de lazos significativos *“no tengo hermanos”, “mi papá me abandonó”*, lo que evidencia un lazo inconsistente con el Otro. Otra maniobra llevada a cabo por la practicante consistió en promover la restauración simbólica al ofrecer significantes tomados por ella a partir del propio relato de R, que pudieran enlazar la cadena significativa. El hecho de sostener el relato sin apurar conclusiones, permitiendo que R exprese lo que quiere decir sobre su padecer.

En R el tiempo para comprender queda abierto, inconcluso. La practicante evalúa que R sigue en riesgo, ya que la ideación suicida persiste; y gestiona junto con el equipo médico un traslado a un hospital psiquiátrico (Ragone), el cual es rechazado. Se contacta a un familiar (su tío) como medida de contención y por último le dan el alta médica, aunque con la advertencia de la practicante de que la paciente se encuentra todavía en riesgo.

Se ubica el momento de concluir con la derivación y la advertencia de la practicante. Su intervención fue breve, debido al repentino adormecimiento de la paciente, por lo que advirtió al equipo médico sobre el riesgo de vida en el que se encontraba la paciente, y la necesidad de acompañamiento con un pariente o persona cercana a ella antes que sea dada de alta.

Conclusiones: La urgencia subjetiva de R se manifiesta en su acto suicida mediante el empastillamiento, el cual puede leerse como un pasaje al acto, en tanto su capacidad de pensar se hallaba suspendida en ese momento. R sostiene un lazo poco consistente con el Otro, lo que se evidencia en la ausencia de un sostén afectivo familiar, situación que se ve agravada tanto

por el “abandono” de su padre como por la reciente muerte de su madre (ocurrida hace una semana). Estos acontecimientos podrían haber contribuido a que R se sintiera excluida del deseo del Otro.

R, se retira del hospital en condiciones simbólicas limitadas para significar su malestar y establecer, al menos provisoriamente, un enlace con la cadena significativa que se ha roto, ruptura que se expresa en su tendencia a pasar nuevamente al acto. Esta situación podría derivar en nuevas crisis si no se implementa una intervención sostenida en el tiempo, que le permita elaborar la pérdida y resignificar su experiencia.

Si bien el encuentro con la practicante fue breve, tal vez un señalamiento que podría hacerse es que las maniobras podrían haber “despertado” en R interrogantes, que apunten por ejemplo a indagar la cuestión del surgimiento de la urgencia, como “*¿Que te precipitó a tomar esas pastillas hoy?*”, o ahondar en sus respuestas que apunten a la causa de urgencia.

Caso K

Se trata de un varón adolescente de 16 años que consulta por guardia acompañado por su madre, refiriendo haber tenido un ataque de pánico manifestando enojo, confusión y desesperación. Luego de ser estabilizado orgánicamente. Se solicita interconsulta con Salud Mental. La practicante realizó una sola entrevista con K y una con su madre.

Al inicio de la entrevista, K manifiesta sentirse “aturdido” tras una discusión con su padre, lo que desencadena una huida del hogar y la aparición de síntomas físicos como opresión en el pecho, sensación de ahogo, necesidad de esconderse en un lugar “oscuro”. Se puede localizar un punto preciso de quiebre de la homeostasis subjetiva del paciente K, que se evidencia cuando el sujeto relata: “*Lo único que quería era irme de casa, discutí con mi papá y después agarré mi mochila y me fui. Empecé a sentir ataques de pánico cuando me agarraba el pecho. Agarré y me escondí en un lugar medio oscuro.*”

Hay una ruptura en el equilibrio psíquico que mantenía el sujeto hasta ese momento, en el que parecía sostenerse en una cotidianeidad conflictiva pero aún no desbordante. La discusión con su padre es el acontecimiento precipitante, que genera un exceso frente al cual vacilan los recursos simbólicos del sujeto. La exigencia paterna -“*quiere que haga cosas y yo a veces no tengo ganas*”- aparece como desencadenante inmediato del colapso de una posición

subjetiva frente al Otro. Ante la imposibilidad de responder desde un lugar simbólico, K se ve desbordado, lo que precipita un acto en forma de huida. Que podría leerse como un pasaje al acto, que si bien hay una salida corporal de la escena (irse de su casa) no se evidencia una ruptura del juicio de realidad o un destino trágico. El acto en cierto punto interpela al Otro (a su madre, a su padre y hermanos), aunque él no lo formule así. A través del cuerpo y el desplazamiento, dice algo que no puede decirse de otro modo.

Lo que irrumpe como urgencia subjetiva es el encuentro del sujeto con un real no simbolizable, manifestado en el cuerpo bajo la forma de ataque de pánico (opresión en el pecho, sensación de desborde, necesidad de aislamiento). La imposibilidad de significar ese real con los recursos simbólicos disponibles en K indica la ruptura de la cadena significativa.

Cabe destacar que, en estas circunstancias el entorno familiar (en particular, la madre) también se ve afectado, reaccionando con angustia ante la posibilidad de una autolesión, aunque el paciente niegue intenciones suicidas en su relato. Esto refuerza el carácter disruptivo del episodio, no sólo para K, sino también para su familia.

Este caso permite situar el fenómeno del ataque de pánico como una urgencia subjetiva en tanto se trata de una ruptura temporal de los recursos simbólicos de tramitación psíquica frente a un acontecimiento singular que desborda al sujeto y lo suspende en su capacidad para pensar. Durante la entrevista, la practicante sostiene una posición de “no saber”. Mediante intervenciones breves y preguntas abiertas, habilita el despliegue de la palabra sin imponer un sentido cerrado a lo sucedido. La practicante indagó si “*tenía pensado hacer algo*”, lo que apuntó a determinar si existió planificación previa, sin obturar la posibilidad de elaboración posterior. Asimismo, la practicante recoge significantes del propio discurso de K (“*paz*”, “*silencio*”, “*tranquilidad*”) que permiten localizar una posible verdad subjetiva: el intento de escapar no remite al deseo de morir, sino al deseo de sustraerse de un lazo familiar vivido como intrusivo o sofocante.

Conclusiones: El caso K evidencia una urgencia subjetiva donde lo real irrumpe de forma tal que no puede ser tramitado a través del lenguaje, simbólicamente, y se manifiesta en el cuerpo bajo la forma de un ataque de pánico, acompañado de una acción, un pasaje al acto como fue la huida de su casa y querer “escondarse” de su entorno familiar.

El trabajo clínico de la practicante consistió, entonces, en abrir un espacio para la palabra que permita subjetivar la experiencia, alojar la angustia sin apresurar una respuesta, y

acompañar la instalación de un tiempo lógico para comprender que propicie la elaboración. La intervención clínica se vuelve clave para sostener el lazo simbólico con el Otro en K, y permitir que algo de esa experiencia pueda comenzar a ser puesta en palabras.

Se podría sugerir, como intervención, la posibilidad de un seguimiento ambulatorio donde se pueda sostener un lugar de escucha, que favorezca la instalación de un tiempo para comprender y posibilite mayor implicación subjetiva. Este espacio tendría como eje el acompañamiento en la simbolización de lo acontecido y el despliegue de interrogantes acerca del lugar que el sujeto ocupa en el deseo del Otro.

El caso que se expone a continuación ilustra una presentación clínica que, si bien en un primer momento se aproximaba a los rasgos de una urgencia subjetiva, en su desarrollo se reveló que se trataba de otra configuración clínica. Su inclusión tiene por finalidad establecer un contraste con los casos previamente abordados, los cuales sí responden a los criterios de una urgencia subjetiva. Durante la experiencia de pasantía, fueron frecuentes este tipo de situaciones clínicas, en las que resultó fundamental ejercer una lectura diagnóstica más precisa por parte del practicante que permitiera discernir la estructura subyacente y el estatuto subjetivo en juego.

Caso A

Mujer joven de 24 años, ingresa por Guardia traída en ambulancia acompañada por su madre, presentando síntomas físicos múltiples (dolores musculares, hinchazón, alopecia, llagas). Una vez estabilizada orgánicamente en la sala ambulatoria, se solicita interconsulta con el equipo de Salud Mental. Se realizan tres entrevistas a A, y dos a su madre.

Durante la primera entrevista, A se muestra conmovida, con llanto repentino al relatar sus síntomas físicos. No obstante, se encuentra orientada, con posibilidad de establecer lazos y de construir un relato articulado. Frente a la pregunta de la practicante por el inicio de sus síntomas la paciente expresa que hacía tres meses habían iniciado, a lo que la practicante repregunta : - *“¿Ha ocurrido alguna situación que recuerdes hace tres meses antes de que empieces con estos dolores?”*-, allí menciona un hecho significativo: el intento de suicidio de su hermano, ocurrido tres meses antes del agravamiento de sus síntomas. Aunque ella no lo presenta como traumático de manera explícita, se puede pensar esta escena como un acontecimiento real que irrumpió en su vida psíquica sin una elaboración simbólica clara, marcando un antes y un después. La practicante en ese momento no fuerza una asociación causal entre este evento y el padecimiento de A, pero sostiene su discurso en silencio que habilita la posibilidad de que pueda retomar sus dichos, si así lo desea, en otro momento, en otra entrevista.

Posteriormente es derivada a Sala de Especialidades, donde se encuentra internada y recibe el diagnóstico clínico de Lupus Eritematoso Sistémico que le permiten a la paciente nombrar y enmarcar sus síntomas físicos. El traslado a la Sala de Especialidades posibilita un encuentro con otras pacientes que comparten el mismo diagnóstico, lo cual favorece procesos de identificación y una resignificación de su vivencia corporal.

Durante la semana de internación, A mantiene dos encuentros más con la practicante. Donde su acompañamiento se sostiene en una ética del deseo, a que A pueda asumir una posición subjetiva frente a lo que la atraviesa. Las intervenciones apuntaron a explorar su lazo con el Otro (*“¿Vos sentís el apoyo de él?”*, en referencia a su pareja, *“¿Te sentís acompañada?”*, en referencia a su entorno familiar), que a un inicio A aparece sostenida por la madre que gestiona su asistencia por guardia, y que luego empieza de a poco, marcando cierta diferenciación cuando le dice a la madre que vuelva a casa (en Chichoana) para cuidar a sus hermanos ese fin de semana. La practicante también facilitó la elaboración cuando la paciente se refiere al dilema de continuar con la carrera de policía o abandonar: *“Entonces no tenés por qué tomar una decisión apresurada, podés pensarlo”*, permitiendo que se sostenga su discurso y que A se sienta en libertad de construir sus respuestas y tomar decisiones personales.

Hacia el final de la internación, A comienza a desplegar un discurso diferente, más articulado con los significantes que en un inicio aparecían desordenados o encapsulados en el cuerpo. A, asume su diagnóstico y empieza a considerar las adaptaciones que deberá implementar en su vida a partir de ahora. Ya no desde un lugar de pérdida, sino desde la posibilidad de replantear su deseo: quiere volver a su casa, continuar con su vida y, si la junta médica lo autoriza, rendir las últimas materias de su formación. A, se posiciona como sujeto responsable de sus elecciones (pide a la madre que se retire, habla con el padre, evalúa su continuidad en la escuela de policía). La practicante sostiene su elaboración sin imponer un optimismo forzado -*“Qué bueno que empieces a mentalizarte, tranquila que va a ser un proceso que se va a ir dando de a poco”*-, y deja abierta la puerta a una continuidad (*“Ya sabés que cualquier cosa me vas a encontrar en Salud Mental”*).

Conclusiones: El caso de A podría leerse como una presentación de crisis de angustia, en una estructura posiblemente neurótica. La paciente está atravesada por un proceso de enfermedad, sí, pero no por un quiebre de su posición como sujeto o una ruptura del lazo con el Otro, con un momento inicial que podría haberse leído como una urgencia subjetiva (en tanto se localiza un llanto desbordante), pero que rápidamente se estabiliza en la vía de la palabra mediante las maniobras de la practicante. A medida que se estabiliza, el caso se encamina a una presentación neurótica, muy probablemente histérica, donde el cuerpo es metáfora del conflicto y el deseo aparece implicado. La angustia se presenta mediada, canalizada por el cuerpo, a diferencia de cómo puede aparecer en la urgencia subjetiva de forma desbordante, sin velo. Además, la demanda de tratamiento no parte directamente de A, sino que es inicialmente vehiculizada por la madre, lo cual remite a una cierta externalización del padecimiento. Sin

embargo, A logra apropiarse progresivamente de su posición subjetiva, involucrándose en la toma de decisiones en torno a su salud, su proyecto académico y sus relaciones vinculares.

Se destacan en A, su relación conflictiva con el deseo del Otro, la utilización del cuerpo como medio de expresión, y la posibilidad de simbolización progresiva de su malestar; por lo que a diferencia de otras presentaciones como las psicósomáticas incluso, A se muestra implicada, afectada, interrogada por lo que le ocurre.

Las intervenciones en el caso de A no apuntaron a restituir la palabra o contener una caída abrupta del sujeto, es decir a contener una urgencia subjetiva, sino más bien acompañar el proceso de elaboración simbólica, frente a un duelo por el cuerpo y los proyectos perdidos. En este sentido, el trabajo analítico de la practicante con A, apuntó a sostener los interrogantes por su deseo, sin apresurar sus decisiones, y habilitando un tiempo subjetivo para pensar su trayectoria.

CONCLUSIONES

Desde un primer momento, es importante destacar que los objetivos planteados al inicio de este Trabajo Integrador Final con modalidad de Pasantía Académica han sido logrados.

El objetivo general -conocer las intervenciones de los practicantes de psicoanálisis en el abordaje de urgencias subjetivas en el Servicio de Salud Mental del Hospital Señor del Milagro (Salta Capital) durante 2024- se logró mediante la observación no participante de entrevistas clínicas realizadas por las practicantes a pacientes y familiares en distintos sectores hospitalarios: guardia, salas de internación y consultorios externos.

Este trabajo, resultado de una experiencia de pasantía, propone una lectura psicoanalítica de lo observado, articulando el concepto de urgencia subjetiva con las prácticas propias del ámbito hospitalario. Tal articulación se construyó a partir del recorrido teórico, el análisis bibliográfico y el trabajo clínico con los casos abordados junto a las practicantes, el director y la psicóloga metodóloga. Esto evidencia el logro del primer objetivo específico.

En cuanto al segundo objetivo específico, referido al reconocimiento de la urgencia subjetiva, se abordó mediante la identificación de sujetos urgidos en distintos sectores del hospital -pacientes, profesionales o familiares-. Ante la diversidad de casos posibles, se requiere una lectura clínica atenta por parte del practicante de psicoanálisis, que le permita diferenciar entre un padecimiento de origen médico, psicosomático o una configuración clínica propia de una urgencia subjetiva.

En este sentido, con el fin de identificar sujetos urgidos, la casuística presentada ilustra dos casos de urgencia subjetiva, junto con un tercer caso que no reúne los elementos estructurales propios de dicha configuración clínica. Este contraste permite destacar diferencias clave, como la forma en que se presenta la angustia, el lazo con el Otro, el cuerpo como escena y la posición subjetiva del sujeto. Así fue que en el caso A, donde inicialmente podían reconocerse ciertos indicios que apuntaban a tratarse de una urgencia subjetiva, se develó que se trataba de una crisis de angustia en un sujeto con diagnóstico preliminar de estructura neurótica, donde no había una ruptura del lazo social o quiebre de la homeostasis.

Entre los pacientes asistidos en el hospital, se observó mayor presencia de emergencias - es decir, casos con diagnósticos médicos como patologías reumáticas, infecciosas, oncológicas; o diagnósticos de trastorno mental por ansiedad, o por consumo de sustancias- en comparación

con las urgencias subjetivas, que incluyeron intento de suicidio por intoxicación, ideación suicida, autoagresiones, fuga repentina. Esta prevalencia podría deberse a una mayor visibilización de los cuadros médicos en este ámbito hospitalario en particular, en contraste con las urgencias subjetivas, que a menudo quedarían desplazadas o encubiertas en los dispositivos de atención.

Si bien se evidenció que el encuentro con un real traumático interpela de manera singular a cada sujeto, y cada uno responde subjetivamente ante dicho real; estas presentaciones reflejan el malestar de la época, caracterizada por la incertidumbre y la fragilidad de la dimensión simbólica e imaginaria. En este contexto de hipermodernidad, la incidencia del consumo y la tecnología debilita el lazo social y genera subjetividades precarias, en las que la falta de recursos simbólicos dificulta la significación de ciertos acontecimientos contingentes, precipitándolos a un actuar impulsivo o un pasaje al acto.

En este marco hospitalario, en los casos de urgencia subjetiva presentados, se identificaron sujetos con un precario ordenamiento simbólico, que los llevó a colapsar ante situaciones contingentes sin transitar un tiempo de pausa. La dificultad para tramitar ciertos acontecimientos dio lugar a estas urgencias subjetivas que se manifestaron en forma de pasajes al acto que, a modo de grito, se dirigieron a un Otro que, en esta ocasión fue encarnado por la practicante, ofreciendo un espacio donde ese grito pudiera devenir llamado.

El tercer objetivo específico, orientado a distinguir las maniobras de intervención en el abordaje de urgencias subjetivas en el hospital, se logró al identificar algunas estrategias utilizadas por los practicantes al operar con el cuerpo, la mirada o la voz, ofreciendo un alojamiento al padecimiento subjetivo mediante una escucha activa, interrogantes, aclaraciones, señalamientos, acotamientos, silencios o gestos.

La practicante intervino ofreciendo un espacio y un lugar de escucha, buscando facilitar la simbolización y promover la circulación de la palabra al ofertar ciertos significantes, que en ocasiones fueron tomados del discurso del paciente, sin imponerlos, y como herramientas para restablecer la cadena de significantes rota, además de habilitar una interrogación sobre su malestar. Sin embargo, en relación a los tiempos lógicos subjetivos y desde la lógica del proceso de tratamiento, no se evidenció un despliegue de los tiempos lógicos subjetivos.

A su vez, reconociendo que los tiempos lógicos no son lineales, delimitados, ni garantizados en todo caso clínico que se presenta, ya que dependen de la posición subjetiva del

paciente y de cómo se aborde la urgencia o se aloje al sujeto. Los casos R y K particularmente presentados ilustran algunas maniobras llevadas a cabo por la practicante, esbozando un tiempo para comprender el cual no se despliega, subrayando que ningún caso se presenta del mismo modo y que, por ende, cada intervención debe sostenerse en la singularidad del uno por uno. En estos casos la practicante sostuvo la urgencia sin apresurar una solución, brindó una presencia atenta y realizó algunos señalamientos que involucraban al sujeto para que éste pudiera comenzar a cuestionarse sobre su padecimiento.

La practicante sostuvo el discurso analítico frente a los discursos institucionales que, desde una posición de Amo, suelen imponerse en el hospital. Sin embargo, factores como la premura por desalojar camas, evitar contagios o estabilizar orgánicamente al paciente para el alta médica interfirieron en su abordaje, interrumpiendo el tratamiento de la urgencia subjetiva. Esta experiencia evidenció que sostener el discurso analítico en el ámbito hospitalario no es fácil, pero es en ese esfuerzo donde reside su potencia. El entrecruzamiento de discursos en el ámbito hospitalario es constante, lo que requiere diálogo y negociación. Mientras algunos discursos buscan restituir una "normalidad" mediante procedimientos estandarizados, el psicoanálisis apuesta a la emergencia de un sujeto que se responsabilice de su saber sobre su padecimiento.

Sobre la base de lo observado clínicamente, fue posible constatar que no se produjo un tratamiento de la urgencia subjetiva precisamente, tal vez por lo mismo que ya se había mencionado sobre la prevalencia de concurrencia de pacientes que se presentan con emergencias médicas, a diferencia de casos de urgencia subjetiva que exigen un abordaje clínico que permita habilitar un tiempo de pausa para subjetivar el sufrimiento. En los casos R y K presentados, se reconocen las limitaciones en las maniobras de la practicante, donde la complejidad del entramado institucional, interrumpió el trabajo analítico y el despliegue de los tiempos lógicos subjetivos.

A partir de lo observado en esta experiencia, se considera pertinente proponer en este marco hospitalario, precisar de un abordaje clínico de la urgencia subjetiva que, en eventuales consultas futuras, permita alojar al sujeto desde una orientación ética del psicoanálisis. En este sentido, se sostiene que la intervención del practicante, guiado por el deseo del analista, puede operar como condición para la apertura del decir y la facilitación del despliegue de los tiempos lógicos subjetivos, posibilitando un trabajo analítico más puntualizado para que de esa manera pesquisar

ciertas coordenadas que configuran la urgencia subjetiva se presenten como una vía para habilitar la continuidad del tratamiento.

La participación en esta pasantía, además de constituir una instancia de formación académica, implicó una experiencia subjetiva singular. El encuentro con sujetos atravesados por lo insoportable -ya sea por la enfermedad o la pérdida- exigió no solo poner en acto el bagaje teórico, sino, sobre todo, sostener una posición ética que no siempre resulta evidente ni sencilla de mantener.

En este contexto, la presencia de un practicante de psicoanálisis en el hospital se presenta como una oportunidad para que algo nuevo emerja, apostando a la palabra como herramienta de transformación.

Finalmente, al reconocer que la posición del practicante puede operar como un corte en el tiempo que apremia -una pausa que habilita el decir y permite que algo del sujeto advenga allí donde antes solo había caos o desesperación-, se reafirma el deseo de sostener una práctica clínica orientada por la ética del psicoanálisis. Una práctica comprometida con la singularidad de cada sujeto, atenta a lo que emerge y dispuesta a interrogar los efectos de cada intervención. Todo ello, en el desafío de mantener una lectura crítica del padecimiento, sin ceder al empuje de los ideales de la época.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arellano, F., Bureau, M., Irrazábal, E., Faraoni, J., Leserre, L., Penecino, I., Solari, R., Vaschetto, E. (Co.). (2005). Equipo de urgencias subjetivas. En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 105-109). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Baudini, S. (2005). La urgencia y el tiempo. En Sotelo, I. (Comp.) *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 27-32). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Baudini, S. (2007). La Urgencia en psicoanálisis en la época del Otro que no existe. *ElSigma.com*. Recuperado de <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/la-urgencia-en-psicoanalisis-en-la-epoca-del-otro-que-no-existe/11344>
- Baudini, S. (2014). Una Nota sobre el texto de Adriana Rubinstein. *Virtualia: Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)*, Año XIII, N° 28. Recuperado de <https://www.revistavirtualia.com/articulos/170/real-y-ciencia/para-una-politica-del-psicoanalisis-en-la-epoca-actual>
- Belaga, G. (2004). Presentación. En Belaga, G. (Comp.). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 11-19). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones. Recuperado de <https://pdfcoffee.com/qdownload/la-urgencia-generalizada-belaga-pdf-free.html>
- Belaga, G. (2005a). La urgencia generalizada. Las respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En Sotelo, I. (Comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 33-39). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Belaga, G. (Comp.). (2005b). *La urgencia generalizada II: ciencia, política, y clínica del trauma*. Buenos Aires: Grama ediciones. Recuperado de <https://pdfcoffee.com/qdownload/la-urgencia-generalizada-2-ciencia-politica-y-clinica-del-trauma-guillermo-belaga-1pdf-7-pdf-free.html>
- Bulbena, A., Martín, L. & Arcega, J. (2007). Experiencia de una Unidad Móvil de Urgencias Psiquiátricas en Barcelona. *Avances en Salud Mental Relacional*, 6(3), 1-14.
- Buchanan, V. (2005). Estrategias del analista: “meter la pata”. En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 209-212). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Calazans, R., & Bastos, A.. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista*

Latinoamericana de Psicopatología Fundamental, 11(4), (pp. 640–652).
Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/bWJgqMKJnKrzcHypcYnRsgM/#>

Campolongo, D. (2005). Tiempos de la urgencia en las instituciones. En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 41-47). JCE Ediciones. Buenos Aires.

Clarín (8 de diciembre de 2016). Eric Laurent: “El efecto crisis produce una incertidumbre masiva”. *Revista Ñ - Ideas*. Consultado el 25 de Mayo de 2024. Recuperado de https://www.clarin.com/ideas/eric-laurent-psicoanalisis_0_SkObgS4hDXg.html

Clínica-Web. Guía de clínicas, sanatorios y hospitales. (23 de diciembre de 2023). *Hospital Señor del Milagro*. Recuperado de <https://clinica-web.com.ar/listing/hospital-senor-del-milagro/>

Coccoz, V., Roy, D., Halleux, B. & Seynheave, B. (2014). En Coccoz, V. (Comp.). *La práctica lacaniana en instituciones I: Otra manera de trabajar con niños y jóvenes*. 1ra ed. Olivos: Grama Ediciones. Buenos Aires.

Coccoz, V. (2021). *Nuevas formas del malestar en la cultura*. 1º Ed. Grama Ediciones. Correa

Cano, L. F., Bainer Sanchez Henao J. (2017). Urgencias Subjetivas, un modo de

Psicoanálisis aplicado a la Salud Mental. *Corporación Universitaria Minuto de Dios*. Facultad Ciencias Humanas y Sociales. Programa de Psicología Bello.
Recuperado de <https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6039/1/Urgencias%20Subjetiva%20un%20modo%20de%20psicoanalisis%20aplicado%20ultimo.pdf>

De La Garza, C. (1 de diciembre, 2017). “Urgencia”. *Laboreal [Online]*. Volumen 13 N° 2. (Consultado el 13 abril de 2024). Recuperado de <http://journals.openedition.org/laboreal/358>

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

Ferrante, S. (2020). Urgencia, tiempo, sujeto. *Analytica del Sur Psicoanálisis y Crítica [online]*, Ed. N°10. Recuperado de <https://analyticadelsur.com.ar/urgencia-tiempo-sujeto/>

Foulcault, M. (2008). *La vida de los hombres infames (1996)*. Editorial Altamira.

Freud, S. (1914) Nosotros y la muerte. *Freudiana* N° 1. Difusión de Ediciones Paidós. España.

- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En *Obras Completas*. Tomo XIV. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Parte III. Doctrina General de las Neurosis. 27 Conferencia: La Transferencia. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2011a). El malestar en la cultura. En *Obras completas*. (López, L. y Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2011b). Más allá del principio de placer. En *Obras completas*. (López, L. y Ballesteros y de Torres, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Fuentes, A. (2020). Trauma y Urgencia. *Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano*. Recuperado de <https://elp.org.es/trauma-y-urgencia/>
- Gasquet, G. (2019). La dirección de la cura en la clínica de la urgencia en la neurosis. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-111/405.pdf>
- García, G. (2005). *La actualidad del trauma*. Buenos Aires: Grama.
- González, J. L. (2005). Notas sobre la urgencia en CENARESO. En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 58-62). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Gorostiza, L. (2006). Presentación de Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, Estrategias del analista de Inés Sotelo (compiladora). *El sigma.com*. Recuperado de <https://www.elsigma.com/lecturas/presentacion-de-i-tiempos-de-urgencia-estrategias-del-sujeto-estrategias-del-analista-i-de-ines-sotelo-compiladora/10531>
- Gurevicz, M. G. y Muraro, V. (2014). Tertium comparationis: sexualidad y muerte. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-035/633>
- Lacan, J.-A. (1975). La tercera. En *Intervenciones y textos 2* (1988), (pp. 73-108). Ediciones Manantial. Buenos Aires.
- Lacan, J.-A. (1984a). Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista (1964). En *Escritos II*.

México, Siglo XXI.

Lacan, J.-A. (1984b). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II*. México. Siglo XXI.

Lacan, J.-A. (1987). *El Seminario de Jacques Lacan: libro 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires.

Lacan, J.-A. (1989). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (1958). En *Escritos II*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno editores.

Lacan, J.-A. (2008). Producción de los cuatro discursos. *El seminario de Jacques Lacan: libro 17 : el reverso del psicoanálisis*. (Berenguer, E. & Bassols, M., Trad.) Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <https://forodelcampolacanianodevenezuela.files.wordpress.com/2018/09/el-seminario-17-el-reverso-del-psicoananc3a1lisis-jacques-lacan.pdf>

Lacan, J.-A. (1976). Prefacio a la edición inglesa del Seminario XI. En *Otros Escritos*. Buenos Aires, Paidós. 2012 a

Lacan, J.-A. (1945). “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”. En *Escritos I* (pp. 193-208). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. 2012 b

Laurent, E. (2000a). Pluralización actual de las clínicas y orientación hacia el síntoma. En *Psicoanálisis y Salud Mental*. Tres Haches. Buenos Aires.

Laurent, E. (2000b). El analista ciudadano. En *Psicoanálisis y Salud Mental*. Tres Haches. Buenos Aires.

Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)*, Año II, N° 6. Recuperado de <https://www.revistavirtualia.com/articulos/696/destacados/el-reves-del-trauma>

Laurent, E. (Junio 2002). “El caso, del malestar a la mentira”. en Cuadernos de Psicoanálisis, Bilbao, Eolia, n° 26. Recuperado de https://www.causaclinica.com.ar/cursos_2023/doc/bibliografia_sugerida/el_caso.pdf

Laurent, E. (2014). ¿Qué es un psicoanálisis orientado hacia lo real?. *Freudiana*, N° 71. Barcelona. CdC - ELP. Recuperado de <https://freudiana.com/que-es-un-psicoanalisis-orientado-hacia-lo-real/#footnote-238-37-backlink>

Leserre, L. (2012). Urgencia y Psicosis. En I. Sotelo (Comp.). *Perspectivas de la Clínica de la Urgencia* (pp. 175-182). Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Martínez Mora, A. P., Pérez Pérez, L. N., Gómez Botero, G. E. (2005). Capítulo 5. Estructura y Fenómeno: Freud y Lacan. *Disertación psicoanalítica sobre el trauma en el campo de batalla y el estado psíquico que a partir de él se desencadena*. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://www.psicopsi.com/trauma-guerra-neurosis-freud-lacan-estructura-fenomenos/>
- Maugeri, N. (2014). Urgencia subjetiva y tratamiento en la psicosis. Análisis de un caso. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-035/676.pdf>
- Mitre, J. (12 de Julio de 2018). Lo real, la angustia y el duelo. *El Sigma. com*. Recuperado de <https://www.elsigma.com/hospitales/lo-real-la-angustia-y-el-duelo/13443>
- Miller, J.-A. (2005). *Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jaques Alain Miller*. Paidós. Buenos Aires.
- Miller, J.-A. (2011). El ser y El Uno. Séptima sesión del Curso 2011 (Miércoles 16 de marzo). Recuperado de <https://pdfcoffee.com/sesion-789-miller-el-ser-y-el-uno-5-pdf-free.html>
- Miller, J.-A. (2017). Urgence- Hebdo-Blog nº103. *Publicación de la ECF, de las ACF y de los CPCT*. Recuperado de <https://www.hebdo-blog.fr/urgence/>
- Navarro, V., Martínez, F. & Castellanos, P. (1998). *Concepto actual de la salud pública*. Salud Pública. Recuperado de <https://ifdcsanluis-slu.infed.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf>
- Nisenbaum, M. (2005). El goce cínico. En Sotelo, I. (Comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 213-218). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Ochoa De La Maza, M. S., López Bertella, C., Varela Rozados, M., Moreno, V. A., Soliani, A., Lubo, F. & Girano, M. F. (2018). Clínica de la urgencia subjetiva. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-122/501>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (29 de Octubre de 2024). Tuberculosis. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

- Perelli, V. (2005). Tan cerca que quema. En Sotelo, I. (Comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 219-221). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Prado Rivas, L. M. (2014). Modos de intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 8(8), (pp. 23-39). Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2014000200003&lng=es&tlng=es
- Real Academia Española (RAE). (s.f.). Instituir. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 19 de febrero de 2024 de <https://dle.rae.es/instituir>
- Real Academia Española (RAE). (s.f.). Urgencia. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 13 de abril de 2024 de <https://dle.rae.es/urgencia>
- Resolución 502 de 2023 [Ministerio de Salud Pública]. (11 de septiembre de 2023). Por la cual se establece la Carta de Servicios del Hospital Señor del Milagro. Recuperado de <https://boletinoficialsalta.gob.ar/instrumento.php?cXdlcnR5dGFibGE9Unw1MDJELzIzJmRhdGE9QXJyYXlxd2VydHk=>
- Rojó, C., Caravotta, W., Puló, M. P., Diedrich, E. (2019). Urgencias ciudadanas y la subjetividad de la época. *Cuadernos Universitarios*, (IV), (pp. 87-103). Recuperado de <http://revistas.ucasal.edu.ar/index.php/CU/article/view/12351>
- Rubinstein, A. (2014). Para una política del psicoanálisis en la época actual. *Virtualia: Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*, Año XIII, Nº 28. Recuperado de <https://www.revistavirtualia.com/articulos/170/real-y-ciencia/para-una-politica-del-psicoanalisis-en-la-epoca-actual>
- Sacristán de Lama, M. P. (s.f.). El Entorno Hospitalario. *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)*. Recuperado de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/auxiliares/area1.pdf>
- San Miguel, T. (2005). La guardia, un lugar posible. En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 139-143). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Sassaroli, S. (2005). La urgencia, una respuesta. En Sotelo, I. (Comp.) *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 185-188). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Secretaría de Prensa y Comunicación (14 de abril de 2021). *El hospital Señor del Milagro*

- celebra 126 años al servicio de los salteños*. Gobierno de Salta. Recuperado de <https://www.salta.gob.ar/prensa/noticias/el-hospital-senior-del-milagro-celebra-126-anos-al-servicio-de-los-saltenios-75601>
- Seldes, R. (2005). La urgencia subjetiva. En Sotelo, I. (Comp.) *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 85-88). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. En Belaga, G. (Comp.). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 31- 42). Buenos Aires: Grama Ediciones. Recuperado de <https://pdfcoffee.com/qdownload/la-urgencia-generalizada-belaga-pdf-free.html>
- Seldes, R. (2008). La urgencia del psicoanálisis aplicado. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)*, N° 18. Recuperado de <https://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/OLDkG02ZeJr122HGfX0WQqbpvwPxcnURAIvGKxZB.pdf>
- Seldes, R. (prólogo de Suarez, E.). (2019). *La urgencia dicha*. 1ra Ed. Colección Diva. Buenos Aires.
- Sette, M. R. (2005). El sujeto en la urgencia. En Sotelo, I. (Comp.) *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 227-229). JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Setton, A. (2020). Urgencia y Trauma. Conversación EOL 2020 TRAUMAS. *Escuela de Orientación Lacaniana [online]*. Recuperado de https://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=jornadas&SubSec=conversacion_2020&File=conversacion_2020/la-serie-lo-serio/el-trauma-el-psicoanalista-y-su-acto/ana-setton.html
- Silvestre, M. (1985). Transferencia e interpretación en la psicosis: una cuestión de técnica. En A. VV, *Psicosis y Psicoanálisis* (pp. 31-38). Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (1988). ¿Qué lugar para el analista?. En *Estudios sobre las psicosis* (págs. 7-14). Buenos Aires: Manantial.
- Sotelo, I., Rojas, A. & Miari, A. (s.f). “Hospital, dispositivo, urgencias”. *Proyecto de Investigación UBACyT: “Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el Hospital Público”*. Programación 2010-2012. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf
- Sotelo, I. (2005). ¿Qué justifica un psicoanálisis en la institución?. En Sotelo, I. (Comp.).

- Tiempos de urgencias: 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 Belaga, G. (Comp.). En *La Urgencia Generalizada* (págs. 97-114). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JVE Ediciones. Recuperado de [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la_urgencia-Sotelo/Clinica%20de%20la%20Urgencia%20\(Libro\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la_urgencia-Sotelo/Clinica%20de%20la%20Urgencia%20(Libro).pdf)
- Sotelo, I. (2015). *DATUS. Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Buenos Aires: Grama.
- Sotelo, I. & Fazio, V. (2019). Empleo del tiempo lógico en el abordaje psicoanalítico de situaciones de violencia familiar en la consulta de urgencia de salud mental. *Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XXVI*. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/publicaciones/anuario/trabajos_completos/26/sotelo.pdf
- Sotelo, I. (2 de Marzo de 2025). La urgencia subjetiva. Clínica, Sociedad y Estado. *Intersecciones Psi: Revista Electrónica de la Facultad de Psicología*. UBA Psicología. Facultad de Psicología. Recuperado de http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=996:la-urgencia-subjetiva-clinica-sociedad-y-estado&catid=11:alumnos&Itemid=1
- Uribe, J. G. (2009). El deseo del analista y su configuración topológica. *Affectio Societatis: Revista Affectio Societatis*, Vol. 6, N°10. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/5306/6551>
- Vainer, A., (Noviembre de 2008). Las intervenciones del analista. Topía. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/las-intervenciones-del-analista>
- Villalibre Calderón, C. (2013). Concepto de urgencia, emergencia y catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica. *Trabajo de fin de máster de análisis y gestión de emergencia y desastre*. Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo. <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM%20cristina.pdf>
- Zack, O. (2005). Lo que no llega al diván. En Sotelo, I. (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 89-94). JCE Ediciones. Buenos Aires.

Zack, O. (prólogo de Bassols, M.). (2016). *Vigencia de las neurosis*. 1ra Ed. Grama Ediciones. Olivos.

Zack, O. (prólogo de Seldes, R.). (2017). *Vigencia de las psicosis*. 1ra Ed. Grama Ediciones. Olivos.

EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Las intervenciones de los practicantes de psicoanálisis en la atención y
tratamiento de urgencias subjetivas en el Servicio de Salud Mental del
Hospital Señor del Milagro, Salta Capital.

Estudiante: Blanca Graciela, Niz Acevedo
DNI 39.535.381 - Firma y fecha:

Director: Humberto Eusebio Pineda
DNI 20.247.600 - Firma y fecha:

EVALUACIÓN

Decisión/Observaciones:

8 (ocho)

Tribunal Evaluador:

• Jurado 1: Lic. Diego Gareca Figueras

• Jurado 2: Lic. Maximiliano Alesanco Toppol.

• Jurado 3: Mg. Silvia Oriene

Lugar y fecha: Salta, 04 de Junio del 2025

Firma estudiante:

Observaciones:

- El tribunal destaca la claridad expositiva de l trabajo escrito
- En la exposición se observaron algunas imprecisiones teóricas.
- El tiempo de permanencia en la Institución de pasantía no coincide con el registro de firmas (según lo expuesto)
- El informe escrito de investigación logra responder a los objetivos planteados, y presenta coherencia interna.

Notificado

Firma: 

Aclaración: Niz Blanca

DNI: 34535381

Fecha: 04/06/2025

SISTEMA DE BIBLIOTECAS DE LA UCASAL**Repositorio Institucional UCASAL. Aprobado por Resolución Rectoral 1017/17.****Autorización de autores para digitalización de tesis de Grado y Posgrado para su publicación y difusión en repositorio Institucional**

Por la presente, expreso mi Autorización a Sistema de Bibliotecas UCASAL, a difundir en la Biblioteca Digital de UCASAL, mi trabajo de Tesis, abarcando:

- Publicar el texto del trabajo de mi autoría, en formato digital, en el sitio Web de la Universidad, para la divulgación gratuita de la producción científico-tecnológica y académica generada en la Institución.
- Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la Web que permitan su visualización óptima y de acuerdo a los parámetros establecidos por la Institución.
- Reconozco que la Universidad Católica de Salta, adhiere para esta Biblioteca Digital al uso de licencias Creative Commons que permiten mantener la autoría de la producción mientras facilitan el uso y distribución de la obra en las condiciones que el autor especifica.

Apellido y Nombre del autor-tesista: Blanca Gravela Niz AcevedoDNI: 39535381Teléfono/s: 3875108381e-mail/s: Blanginiz@gmail.comFacultad (donde presentó el trabajo): Universidad Católica de SaltaCarrera/título: Lic. en PsicologíaDirecto/ra/r de Tesis ó Docente guía: Lic. Humberto PinedaFecha de defensa: 04 / 06 / 2025Título completo del trabajo: Intervenciones del practicante de psicoanálisisen la atención y tratamiento de urgencias subjetivas en el servicio de Salud~~Subtítulo:~~ Mental del Hospital Señor del Milagro

Palabras claves: _____

Otorgo expreso consentimiento para la publicación – difusión de:
(Marcar lo que corresponda)

Texto completo: ☒

Parcial (informar que capítulos): _____

Registro o cita: ☒

Resumen/Abstract: _____

A partir de la fecha: 04/06/2025Lugar y fecha: 04/06/2025Firma del autor y aclaración: Niz Blanca