



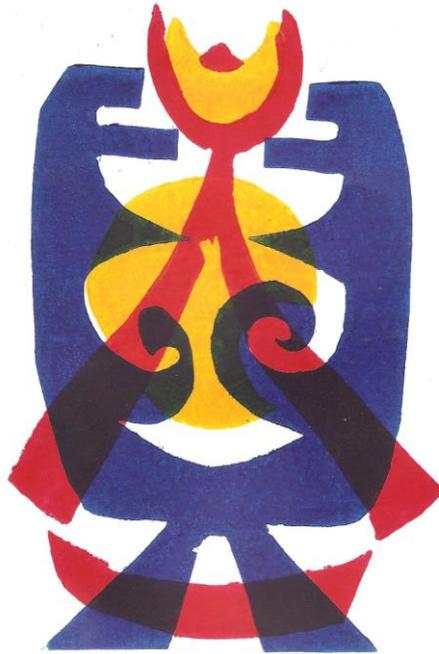
Trabajo Integrador Final:

**“OTRO TIEMPO PARA LA PALABRA”**

**EL PSICÓLOGO EN LA GUARDIA:**

**INTERVENCIONES PARA LA ARTICULACIÓN**

**SIGNIFICANTE.**



Autor: Mauricio Santucho

Prof. Asesor: Lic. Claudia Ruiz

Año: 2013.

A toda mi familia que confió en mí y me apoyó  
en todo momento.

A la Universidad Barceló, autoridades y  
docentes de la carrera de Psicología.

Al servicio de Urgencias de Salud Mental  
del hospital Dr. Enrique Vera Barros y  
su calidad de profesionales.

Muchas gracias.

*“Acaso por volver a abrir algunas ventanas a la plena luz del pensamiento de Freud, esta exposición aliviará en algunos la angustia que engendra una acción simbólica cuando se pierde en su propia opacidad.*

*Sea como sea, al evocar las circunstancias de este discurso no pensamos en absoluto en excusar sus insuficiencias demasiado evidentes por el apresuramiento que de ellas recibió, puesto que es por el mismo apresuramiento por el que toma su sentido con su forma.*

*A más de que hemos demostrado, en un sofisma ejemplar del tiempo intersubjetivo, la función del apresuramiento en la precipitación lógica donde la verdad encuentra su condición irrefutable.*

*Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento en la palabra.*

*Pero nada también que no se haga en ella contingente cuando viene su momento para el hombre, donde puede identificar en una sola razón el partido que escoge y el desorden que denuncia, para comprender su coherencia en lo real y adelantarse por su certidumbre respecto de la acción que los pone en equilibrio.”*

Jacques Lacan, Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis.

## ÍNDICE

<b>Contextualización.....</b>	<b>6</b>
<b>Fundamentación.....</b>	<b>8</b>
Justificación.....	8
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>9</b>
La temporalidad en psicoanálisis.....	9
Urgencia Subjetiva.....	10
Emergencia.....	13
Trauma.....	14
Ética.....	16
Deseo.....	18
Transferencia.....	19
Sujeto supuesto saber.....	19
Transferencia y síntoma. Subjetivación de la urgencia.....	20
Transferencia e institución.....	22
Intervención en suicidios.....	23
Intervención en toxicomanías.....	25
Contextualización. Ley Nacional de Salud Mental 26.657.....	26
<b>Objetivos.....</b>	<b>28</b>
Dimensión epistémica.....	28
Planteamiento del problema.....	28
<b>Diseño metodológico.....</b>	<b>29</b>
Introducción.....	29
Tipo de diseño de investigación.....	29
Diseño metodológico.....	30
Unidad de análisis.....	30
Variables.....	30
Técnicas de Recolección y Análisis de Datos.....	30
Contextualización.....	31

<b>Articulación teórico practica.....</b>	<b>32</b>
Entrevistas. Análisis de casos.....	32
Caso Alejandra.....	32
Caso Matías.....	35
Caso Federico.....	39
Caso Pedro.....	43
<b>Conclusión.....</b>	<b>47</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>49</b>

## CONTEXTUALIZACIÓN

El siguiente trabajo integrador final (TIF) indaga acerca de los **modos y recursos técnicos** con los que cuenta el psicólogo (con orientación psicoanalítica) en el servicio de Guardia del Hospital general, con el fin de posibilitar la **puesta en palabras del paciente** para poder representar y elaborar aquello que le ha sucedido.

Apuntando específicamente al tiempo y el espacio para la palabra que pueda ofrecer la presencia del psicólogo dentro del servicio de Guardia de un hospital público general.

Es importante destacar que los pacientes que ingresan a la guardia de un hospital lo hacen portando una demanda, que no siempre es demanda de tratamiento psicológico, pero si demanda de ser escuchados por alguien, pues traen consigo un padecimiento que algo quiere comunicar.

La historia del paciente, su trama, su subjetividad vienen “condensados” en la causa y el momento particular del ingreso a la guardia. Es menester que todo ello sea des-cifrado por una particular escucha que ofrezca un tiempo y un espacio diferente a la del médico.

En este contexto, la indagación acerca de la intervención del psicólogo aporta al conocimiento de cuáles son los elementos necesarios que conforman las herramientas de intervención propias de esta clínica tan particular.

Cabe destacar que la psicología actualmente adquiere mayor protagonismo en terrenos que hasta hace unos años les eran inimaginables. En estos nuevos ámbitos demuestra estar a la altura de las demandas por más extremas que estas sean.

La realidad cambia y con ello deben cambiar los modos de abordarla; es así que se abre un nuevo universo para nuestra praxis donde el desafío consiste en poder dar cuenta de los requerimientos que de allí surgen; este cambio precisa un giro en la utilización de los marcos teóricos y llevarlos a ámbitos en los cuales responden muy bien pero que en sus orígenes no fueron pensados.

El presente trabajo se centra en **la intervención del psicólogo** para hacer efectiva otra escucha, la escucha de otra demanda. Una demanda que trasciende el dolor físico, que involucra una historia de vida, factores particulares y circunstanciales que llevaron a ese paciente a ingresar en la guardia del hospital. Su subjetividad, su gente, contexto, vida, quedaron expuestos a modo de una herida abierta donde la intervención profesional no debe hacerse desde una posición voyeurista ante esa herida. La intervención profesional del psicólogo deberá estar orientada tomando como eje cardinal la ética del deseo.

La ética del deseo es orientadora en el sentido que permite clarificar qué llevo al sujeto en ese momento a la guardia, qué conciencia de enfermedad posee, qué expectativas de curación y qué deseo de vida trae consigo.

En lo personal, la motivación por realizar esta investigación, surge del desafío que implica ingresar en un campo poco conocido de la labor psicológica. Ello trae aparejado muchos interrogantes, despierta curiosidad por lo relativamente nuevo y vertiginoso, bastante distinto a otros ámbitos.

## FUNDAMENTACIÓN:

### Justificación:

El tema elegido para el presente trabajo se debe al interés que genera este campo relativamente nuevo para el psicólogo, que es La Guardia del Hospital General. Más aún teniendo en cuenta que en nuestra provincia es mucho más reciente. Lo cual abre todo un espectro nuevo de posibilidades y dificultades ligadas a la falta de conocimiento del quehacer psicológico en el hospital. Sumado esto a las distintas resistencias que pueda generar su intervención en ámbitos que hasta hoy eran exclusividad del médico.

La intervención del psicólogo en nuevos territorios además de ser un desafío es una conquista, para lo cual resulta necesario lograr los conocimientos que permitan fundamentarla, tomando herramientas ya conocidas y generando nuevas que son emergentes de la praxis misma.

La intervención del psicólogo debe estar integrada y a su vez promotora de integración entre los distintos profesionales intervinientes con el fin de conseguir un trabajo interdisciplinario para así poder dar cuenta de la multidimensionalidad que implica el padecimiento del sujeto que ingresa en la guardia.

## MARCO TEÓRICO

### La temporalidad en psicoanálisis

El tema del tiempo es el telón de fondo al tema de la urgencia. Para el trabajo terapéutico psicológico, el tema del tiempo no es un tema menor.

*Para el psicoanálisis el tiempo no es un continuo homogéneo. El tiempo está escandido. (...) está modulado, tiene modos.*

*Entonces decir que el tiempo se modula es decir que varía, no es homogéneo.*

*Se modula en tres instancias:*

- a) Instante de ver.*
- b) Tiempo de comprender.*
- c) Momento de concluir.*

*Nótese entonces las tres modulaciones: instante, tiempo y momento, que corresponden a cada una de las distintas acciones: ver, comprender y concluir.<sup>1</sup>*

Es aquí donde se comprende con mayor claridad la gran importancia clínica que implica no marearse en los impasses cronológicos de los tratamientos.

*(...) la urgencia subjetiva también está referida a aquello que propicia el análisis: la urgencia por concluir el tiempo de comprender, cuando se atraviesa algún punto de fijación fantasmática. Momento de urgencia porque no es sin angustia: se trata de la urgencia de concluir que permite la realización del acto, en relación al deseo. El sujeto será en el acto división pura. Cernir la cuestión del acto equivale entonces a cernir el punto pivote de la repetición del sujeto,*

---

<sup>1</sup> Rodríguez, Verónica. "Una articulación sobre el tiempo de la temporalidad y la urgencia" Revista: Psicoanálisis y Hospital, N° 13.

es decir, lo que se organiza a partir de la falta.<sup>2</sup>

### Urgencia Subjetiva

Ubicamos la clínica de la urgencia subjetiva como una respuesta al fenómeno de la generalización del trauma<sup>3</sup>.

Conceptualizamos el momento de la urgencia como una ruptura significativa en la continuidad de la vida de un sujeto. En este sentido, la misma puede pensarse en una doble vertiente:

\_ El sujeto enfrentado a sus bordes.

\_ Ver emerger al sujeto.

“...algo del decir queda por fuera del sujeto, se ha producido un corte en la cadena significativa. Se ha enfrentado con la nada y se encuentra sin recursos simbólicos e imaginarios para recubrirla.”<sup>4</sup>

J.-A. Miller piensa la urgencia como anterior a la constitución misma del inconsciente transferencial y llama urgencia a "una modalidad temporal que corresponde al advenimiento de un traumatismo"<sup>5</sup>. La urgencia será entonces, eso que empuja, que no admite espera, lo que pone en movimiento la demanda de un potencial analizante.

En el Congreso de Roma, de 1953<sup>6</sup>, Lacan hace una primera mención a la urgencia: "Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia

---

<sup>2</sup> San Martín, Viviana L. "Urgencia subjetiva: Acto y acto analítico". <http://www.lacano2013.org/docs/San%20Martin%20Viviana.pdf>

<sup>3</sup> De la urgencia al síntoma. Sotelo, Inés; Belaga, (et. al). Facultad de Psicología. UBA.

<sup>4</sup> Annette Charreau. "De guardia, del sujeto. Reflexiones acerca del lugar del psicólogo (¿analista?) en una guardia". Trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Residentes de Salud Mental. Noviembre de 1993.

<sup>5</sup> J. A. Miller. Seminario inédito. Curso 2006-2007. clase del 15 de noviembre de 2006.

<sup>6</sup> Lacan, J., "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", *Escritos 1*. Siglo Veintiuno Editores Argentina, 2002.

que no engendre su rebasamiento en la palabra (...) pero nada también que no se haga en ella contingente".

Nada es creado sino a partir de alguna urgencia. Se toma así a la urgencia por el lado de lo que empuja. Se comienza por lo que entonces en la urgencia, y no sin ella, se pueda producir.

Las urgencias de ser se presentan en aquellos parlêtre que están dentro de la estructura del discurso, aquellos en los cuales ha operado el nombre del padre, donde se va a desarrollar la problemática de la falta, de la falta en ser, el falo, la significación fálica, el sentido, el goce fálico, el deseo en relación al deseo de Otro, a la dialéctica del deseo y el fantasma, el deseo y el objeto *a*. Se presentan a menudo como angustias, miedos, obsesiones, depresiones, etc..., su problemática del Ser, sus problemas del NO Ser.....,

Las urgencias de existencia en aquellos que están fuera del discurso, sin los desarrollos de los que si están dentro del discurso, su urgencia es de existencia, de existir, de sostener su existencia, no de ser para el Otro. Sus urgencias se presentan en relación al goce del Uno, al goce auto-erótico, al goce que se escribe y se fija en el cuerpo contingentemente por un significante al azar, no predeterminado, no programado. Estos individuos sin la estructura simbólica del discurso, no han podido realizar la dimensión del Ser como respuesta a esa marca inicial de goce, no han podido elaborar la ficción del fantasma para arreglárselas con los efectos de ese goce Uno., un Ley que le permitiera cernir del algún modo ese goce Uno.

Cuando se trata del ser nos referimos al mundo del sentido, de lo dialectizable, de lo que se puede elaborar, nombrar, las ficciones que cada sujeto elabora a partir de sus significantes. La angustia del cuerpo se puede vestir de semblantes, se encuentran sujetos por los significantes estructurados en orden simbólico singular, siempre en relación al constante goce Uno.<sup>7</sup>

En relación a la existencia, ese goce Uno, es constante, no dialéctico, previo al Ser. Este goce es fijado el cuerpo por un significante, la letra, le da una

---

<sup>7</sup> Molina, Andrés. "Las urgencias del parlêtre". <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Las-urgencias-del-parletre/Andres-Molina.html>

existencia singular, está en relación si mismo, auto-eróticamente y no en relación al Otro.

En la urgencia, el padecimiento irrumpe como algo ajeno y la intervención del analista irá en la vía de subjetivar ese sufrimiento. Que el sujeto pueda reconocerse allí donde dejó de verse. Al apropiarse de su sufrimiento pasará a hacerse responsable de sus actos, apropiándose de su propia historia y de su posición de goce.

Para lograr este pasaje hacia la responsabilidad por sus propios actos debemos sacar al paciente de la victimización. A veces será complicado lograr esto, porque hay situaciones en las que llegan muy ubicados en el lugar de víctimas y pueden estar siendo realmente objeto de violencias, lo que hace que este lugar esté socialmente avalado. Sin embargo, el analista buscará el punto en que el sujeto y su goce se ponen allí en juego, para que comience a hacerse cargo de la toma de decisiones.

Señala Hebe Bussolari: *Ya Freud nos prevenía contra el furor curandis, y en los pacientes en riesgo suicida debemos mantenernos especialmente alertas, ya que la presión del entorno y de la inminencia del pasaje al acto, pueden arrastrar al analista hacia allí.*<sup>8</sup>

Lacan en el Seminario 7 “La Ética del psicoanálisis”, se refiere a los peligros de buscar hacer el bien, “La dimensión del bien como tal, es la que levanta una muralla poderosa y esencial en la vía de nuestro deseo, es la primera con la cual tenemos que vértosla siempre y en todo momento.”<sup>9</sup> Propone no una ética de los bienes sino del deseo, y ésta será la que debe guiar nuestra acción.

---

<sup>8</sup>Hebe B. Bussolari.

[http://www.psicocuestiones.com.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=56:urgenciayriesgo-suicida-en-la-clinica-psicoanalitica&catid=38:articulos](http://www.psicocuestiones.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=56:urgenciayriesgo-suicida-en-la-clinica-psicoanalitica&catid=38:articulos)

<sup>9</sup> Lacan, J., “La ética del psicoanálisis”. Seminario 7. Paidós Editores, 2003.

En el momento de la urgencia el deseo se encuentra colapsado, se tratará entonces de abrir allí una brecha que le permita desplegarse y volver a alojar al sujeto.

Cuando la pregunta se dirige a alguien que queda ubicado en el lugar de sujeto supuesto al saber, eso que aparecía como extraño comienza a cobrar una dimensión subjetiva y aparece la angustia.

### Emergencia

En la emergencia psíquica o urgencia subjetiva, de lo que se trata es de la irrupción de lo real. El goce pulsional toma la escena aplastando al sujeto.

En la emergencia, la letra del Otro se presenta como destino, pierde su función de velar lo insoportable. De lo que se trata entonces es de producir en el sujeto la posibilidad de “escritura”. Si la letra recupera su función de mensaje, allí el fantasma recuperará su función de velar por lo insoportable.<sup>10</sup>

La Real Academia proporciona las siguientes definiciones:

Emergencia: suceso o accidente que sobreviene.

Emergente: que nace, sale y tiene principio de otra cosa.

Urgencia: Necesidad o falta apremiante de lo que es menester para alguna tarea.

Urgir: Instar, obligar una cosa a su pronta ejecución o remedio.

Tanto urgir como emerger nos remiten a acciones. El desafío del terapeuta consiste en transformar esta acción en un acto –eso que pone en cuestión permanentemente la ética del psicoanálisis-, es decir en una enunciación subjetiva.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Coll, Armando Andrés. “Las crisis en tiempos de crisis”. Revista Psicoanálisis y el Hospital N°13.

<sup>11</sup> Martínez, Carlos. “La subjetividad en la urgencia”. Trabajo presentado en el X Congreso Argentino de Psicología Ciudad de Rosario, 26 al 28 de octubre de 2000.

Emergen relatos, recuerdos, historia, secretos de alcoba, la sexualidad no en la medida que con ella se bromea sino en tanto y en cuanto es lo que no anda: el trauma. Se trata de eso que habla y cuando habla calla cuando se topa con lo indecible.

Se trata de la oferta de un marco significativo que posibilite la puesta en discurso y logre la transmutación del goce en demanda. Reinstalarlo implicará la lectura que pueda hacer el analista del texto del paciente y que de sus dichos haga surgir su decir.

El sujeto inundado de sufrimiento convoca a la mirada de otro, como testigo de su catástrofe; manifiesta un pedido de ayuda desesperado, manotazo de ahogado de alguien que nos encuentra en la guardia a nosotros, o bien llega como resto, cuando, demasiado tarde, su voz no le alcanza para formular una demanda.

Dimensión acuciante cuando de la urgencia psíquica se trata, el sujeto caído de la escena, caído de aquello que lo constituyó como sujeto, pierde la dimensión del interlocutor a quien hacer llegar su mensaje y queda “ahogado” en oleajes de padecimiento sin palabras.<sup>12</sup>

## Trauma

Para el psicoanálisis el acontecimiento no tiene que ser necesariamente terrible para ser traumático. El trauma psicoanalítico, a diferencia del médico, no se refiere a la violencia del acontecimiento; el factor que Sigmund Freud subraya es la sorpresa. Quiere decir que lo traumático del acontecimiento está ligado a la sorpresa de que eso ocurra<sup>13</sup>.

German García recalca otro término a tener en cuenta, la extrañeza. Si bien hay sorpresa, digamos que quien tiene un trauma también tiene la extrañeza de ese trauma, si no fuera así tendría la evidencia y podría decir: “es un trauma por esto y aquello...”

---

<sup>12</sup> Marrello, Patricia E. “El trabajo del psicoanalista en la guardia hospitalaria”. *Psicoanálisis y el Hospital* Nº13.

<sup>13</sup> García, Germán, “La actualidad del trauma”. Grama Editores, 2005.

El “grano de arena en la perla neurótica”, el cuerpo extraño del trauma.

En 1932 Sigmund Freud definió lo reprimido como una tierra extraña interna, casi como se define una embajada que, si bien pertenece al territorio del país donde está el edificio, también pertenece al país que representa.

Ese cuerpo extraño, la tierra extranjera interna a uno mismo. Son metáforas que culminan en un concepto que Freud elabora: lo *Unheimlich*. Palabra que ha sido traducida como: “lo siniestro”, otras veces como “lo ominoso”<sup>14</sup>.

German García propone traducirla como “la inquietante familiaridad” porque, justamente lo inquietante no es lo que tiene de extraño sino lo que tiene de familiar. Que exista algo extraño no tiene porqué inquietante pero, si está familiarmente ligado, eso si es inquietante.

Sigmund Freud coloca al trauma entre un primer y un segundo tiempo; el primero está ubicado en la infancia, el segundo en la pubertad. De esta manera, precisamente, será ese segundo tiempo, actuando sobre el primero, lo que producirá un efecto traumático.

Existen teorías que ubican al trauma como un acontecimiento externo, y otras que sostienen que es un producto del fantasma. Pero ocurre que *basta con poner ese esquema adentro/afuera sobre la banda de Moebius para observar que no hay fantasma sin trauma*<sup>15</sup>, sin acontecimiento que lo despierte o, como diría Lacan, sin encuentro.

En el Seminario sobre la identificación, Jacques Lacan formula: “el trauma es sin motivación”.

Existe una cultura psicológica tendiente a encontrar motivación en todos lados. Lacan subraya que no hay motivación sino repetición, lo enigmático, dice refiriéndose a eso imposible de saber, por más que se lo piense en términos de alguna motivación, es porque el elemento *a* retorna.

No se trata de una repetición significativa, sino algo que al irrumpir rompe dicha organización. Algo que desapareció de la historia reaparece en un momento, irrumpe como acontecimiento X, pero sin que se sepa, en una serie, qué lugar o número tiene.

---

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> García, Germán, “La actualidad del trauma”. Grama Editores, 2005.

Lacan en este mismo seminario, dice que cuando uno pierde la cuenta, se identifica. Si pierde la cuenta, por ejemplo, de lo que fuma, es un fumador, cambia los cigarrillos o, en el caso de que beba, los vasos, por una sola palabra y, en consecuencia, su ser se transforma en ser fumador o ser alcohólico.

No obstante, destaca Lacan que es difícil saber cuándo las repeticiones de un sujeto pertenecen al campo de la identificación, si son del orden significante, simbólico o, si pertenecen al campo de lo real. Así como Sigmund Freud, Lacan coloca la idea de trauma en relación a lo real.

“Lo real es lo imposible, de escribir, lo que no cesa de no escribirse”<sup>16</sup>.

Cuando Lacan dice que lo real es lo imposible, está diciendo que lo real es lo imposible para lo simbólico. Lo simbólico tiene la imposibilidad de objetivizar lo real.

Esto sucede cuando un sujeto viene relatando algo y de repente, se presenta una contradicción, algo de la dimensión de lo imposible.

“Lo real no se deja adormecer por una charla”<sup>17</sup>. Ese agujero, o núcleo traumático, hace hablar, ordena el discurso. Por esa razón, una de las definiciones de fin de análisis que proponía Lacan, no consistía en encontrar la palabra verdadera, ni la certeza, sino en pasar por el buen agujero.

### Ética:

La ética que sostiene la teoría psicoanalítica, y que se expresa en su quehacer, supone reconocimiento, fortalecimiento o rectificación de la posición del sujeto con respecto de su deseo. Apunta a descubrir la dimensión oculta del deseo en el enigma del síntoma neurótico y en la falta de nitidez de la construcción fantasmática, para que el sujeto pueda llegar a actuar conforme a su deseo.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Lacan, J., “Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología”. Escritos 2, Siglo Veintiuno editores, Bs. As., 1978.

<sup>17</sup> García, Germán, “La actualidad del trauma”. Grama Editores, 2005, p. 56.

<sup>18</sup> Barrionuevo, José: “Temas básicos de psicopatología”. Gabas Editores. Buenos Aires, 2007.

*“Bajo el término ética del psicoanálisis se agrupa lo que permitirá más que cualquier otro ámbito poner a prueba las categorías a través de las cuales creo darles, en lo que les enseñó, el instrumento más adecuado para destacar qué aporta de nuevo la obra de Freud...”<sup>19</sup>*

Es precisamente mediante la noción de falta que el psicoanálisis encuentra su lugar en la discusión ética.

Decir que el sujeto en la clínica no es un sujeto de hecho sino un sujeto de derecho, equivale a decir que no se puede separar la clínica analítica de la ética, de la ética del psicoanálisis.

Es bueno tener una idea de si el paciente es una mujer o un hombre, aunque no sea fácil diferenciar; pero es mejor tener en consideración un cambio de vestimenta en la medida que eso pueda corresponder a un cambio de posición subjetiva, o responder a una interpretación. Lo esencial, con todo, no es esa dimensión; lo esencial es lo que el paciente dice.

“Lo esencial es lo que el paciente dice”, lo que significa separarnos de la dimensión del hecho para entrar a la dimensión del dicho, que no está muy lejos de la dimensión del derecho.

...ir de los hechos a los dichos no es suficiente. Es esencial un segundo paso.

Lo esencial es, a partir de los dichos, localizar el decir del sujeto, o sea, lo que Lacan (...) llamaba enunciación, que significa la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado.<sup>20</sup>

La concepción de la urgencia que tengamos, va a afectar nuestra intervención.

...se podría llamar una lógica de la urgencia, pensada desde el lugar del analista, si se aviene a ocuparlo (...) en el ámbito de la guardia.

Una de las condiciones para que se instale es justamente que el analista ocupe su lugar.

Si el analista ocupa su lugar, de *a*, va a poder producir efectos.

---

<sup>19</sup> Lacan, J., “La ética del psicoanálisis”. Seminario 7. Paidós Editores, 2003.

<sup>20</sup> Miller, Jacques-Alain: “Introducción al método psicoanalítico”. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1997.

Juan David Nasio escribe: "El deseo del analista, en la teoría lacaniana, no quiere decir que sea el deseo de la persona del analista. (...) No son las ganas de ser analista (...) el deseo del analista es un lugar. Es justamente, el lugar del analista (...), el lugar de la extrema tensión libidinal, del vínculo analítico, o del goce, o del objeto *a*." <sup>21</sup>

### Deseo:

"...en psicoanálisis "lo importante es enseñar al sujeto a nombrar, articular, traer a la existencia este deseo" (S2, 228). Sin embargo no se trata de un nuevo medio de expresión para un deseo dado, pues esto implicaría una teoría expresionista del lenguaje. Por el contrario, al articular el deseo en la palabra, el analizante lo trae a la existencia: *que el sujeto llegue a reconocer y nombrar su deseo: esta es la acción eficaz del análisis. Pero no se trata de reconocer algo que estaría totalmente dado (...)* Al nombrarlo, el sujeto crea, engendra, una nueva presencia en el mundo. (S2, 228-9)". <sup>22</sup>

Para Lacan, para comprender la estructura del deseo humano, es imprescindible introducir la categoría de lo simbólico. Para Lacan no es posible, de ninguna manera, pensar el deseo sino en lo simbólico. Como dice Lacan en el Seminario Seis: "El deseo, esto que nos ocupa en psicoanálisis", ven de paso allí nuevamente el deseo enunciado como objeto del psicoanálisis, "el deseo no se puede concebir, no se puede situar sino en la relación entre el sujeto y lo simbólico".

J.-A. Miller, en su texto *Respuestas de lo real*: "La enseñanza de Lacan conduce a una valoración del acto de la palabra, y a un sujeto que ni él mismo es algo dado, sino que se cumple, se realiza en la palabra. Y esto es lo que Lacan nos dejó, esto es lo que Lacan dijo, hay que decirlo. Para Lacan un término clave es que la realización del sujeto se opone a su realidad. Realización quiere decir que él se consume y se produce en el acto de la palabra. La realidad del sujeto no es algo dado o algo "ahí", el sujeto se da su

---

<sup>21</sup> David Moscovich. "Un caso de guardia: la lógica de la urgencia". Revista: Psicoanálisis y el Hospital, Nº13.

<sup>22</sup> Evans, Dylan. "Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano". Paidós. Buenos Aires, 2013.

realidad, se cumple y se realiza en el acto de la palabra. Lo real es entonces lo que sucede cuando lo simbólico toma la forma de una palabra plena.<sup>23</sup>

### Transferencia:

Como define el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis<sup>24</sup> el término transferencia *designa, el psicoanálisis, el proceso en virtud el cual los deseos inconsciente se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.*

*Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.*

*Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura.*

*La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.*

### Sujeto supuesto saber:

*La frase “sujeto supuesto saber” no designa al analista mismo, sino una función que el analista puede llegar a encarnar en la cura. Sólo cuando el analista es percibido por el analizante como encarnando ésta función puede decirse que se ha establecido la transferencia (S11, 233). En este caso, ¿qué tipo de saber se presume que tiene el analista? “se supone que sabe aquello de lo cual nadie puede huir en cuanto él lo formula: muy sencillamente, la significación” (S1, 253). En otras palabras se suele pensar que el analista, sabe el sentido secreto*

---

<sup>23</sup> Guibelalde, Gabriel. Escuelas de la psicología clínica contemporánea. Tomo I. Editorial Brujas. 2001.

<sup>24</sup> Laplanche, J. Pontalis, J-B. “Diccionario de Psicoanálisis”. Paidós. Buenos Aires, 2001.

de las palabras del analizante, las significaciones que desconoce la persona misma que habla. Solo esta suposición (la suposición de que el analista es alguien que sabe) determina qué detalles de otro modo insignificantes (gestos fortuitos, observaciones ambiguas) adquieren retroactivamente un sentido especial para el paciente que “supone”.<sup>25</sup>

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

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

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

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

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

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

---

<sup>25</sup> Evans, Dylan. “Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”. Paidós. Buenos Aires, 2013.

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

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

Los sujetos que llegan a la consulta relatan lo que sucede. Sin embargo, el hecho de hablar no conduce a ningún lado si no hay un analista que se preste como “ayuda contra lo real”, para cernir el modo singular de gozar. Como señala Lacan, el inconsciente es que, en suma, uno habla porque nunca dice más que una sola cosa, salvo si se abre a dialogar con un psicoanalista que molesta su defensa<sup>26</sup>.

Es importante recordar las distintas características que puede presentar una urgencia, como describe Hebe B. Bussolari<sup>27</sup>, la urgencia puede tratarse de un ataque de pánico, la desestabilización o el desencadenamiento de una psicosis, una alucinación histérica o un actino-out, un pasaje al acto o la aparición reiterada o sorpresiva de ideaciones suicidas. Distintos fenómenos que pueden darse en diferentes estructuras.

No toda urgencia implica un riesgo suicida, sin embargo hay que ser siempre muy cauteloso, porque es un estado de pérdida de parámetros que incluye al sujeto en su relación a los otros, a su pensamiento, a su medio e incluso a su propio cuerpo.

La urgencia puede presentarse con diferentes caras: desde un sujeto que queda sumido en la inmovilidad y el mutismo, en un estado de inhibición

---

<sup>26</sup>[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/109\\_clinica\\_urgencia/actividades/imagenes/anexo3.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo3.pdf)

<sup>27</sup> Hebe B. Bussolari  
[www.psicocuestiones.com.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=56:urgenciayriesgosuicidaenlaclinicapsicoanalitica&catid=38:articulos](http://www.psicocuestiones.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=56:urgenciayriesgosuicidaenlaclinicapsicoanalitica&catid=38:articulos)

absoluta a otros que se presentan con una impulsividad y una agresión que pone en peligro su vida o la de otros. Si decimos que se trata de algo del orden de la ruptura debemos intentar localizar qué es lo que ha irrumpido provocando ese sufrimiento agudo. En el caso en que el paciente presenta una ausencia de demanda o incluso de palabra, será indispensable el trabajo previo con la familia para ubicar algunos parámetros: antecedentes, sucesos inmediatamente anteriores, datos históricos, etc.

Otra dimensión importante a tener en cuenta es la del tiempo. En la crisis la sensación de que no hay tiempo invade al sujeto. Por eso en la primera entrevista es importante hacer presente esa pausa que abre camino a la palabra. Comenzar a armar una red ahí donde todo aparece desarticulado. Darle al paciente el tiempo que no tiene, el tiempo que de pronto ha perdido. Preguntar por qué vino, qué le pasó, por qué a nosotros, cómo llegó; ir entramando algo que permita historizar el suceso que provocó la crisis. Crear un espacio donde la demanda pueda ir abriéndose paso.

### Transferencia e institución:

Como señala Ferioli, “cuando una persona acude a un hospital, supone a dicha institución un saber sobre lo que le pasa; traza así una transferencia de saber a la institución. Y no solo necesariamente un saber acerca de lo que le pasa a su cuerpo. Distinción fundamental entre cuerpo y sujetos, en tanto lo que le pasa, lo implica como tal”<sup>28</sup>.

Esto implica que ese supuesto saber que se le supone a la institución es transferido a los profesionales que allí intervienen.

Es en este movimiento que se instala la demanda que en algunas circunstancias llevaría a un deseo de saber.

---

<sup>28</sup> Ferioli, Daniel. “Transferencia, instituciones y transdisciplina”. Revista Psicoanálisis y Hospital.

La medicina le responde a este deseo de saber justamente con saberes, con episteme cuando del cuerpo se trata, pero en el ámbito del Sujeto, del Sujeto que demanda nuestra escucha sucede algo bastante diferente.

“La persona al ingresar al hospital se convierte casi automáticamente en paciente, paciente en términos de la medicina. En ese contexto es que se genera la relación llamada médico-paciente.

Lo que el discurso médico llama relación médico-paciente puede pensarse desde el discurso analítico como una forma de transferencia “natural” al médico, que obviamente no será el modelo experimental de la transferencia que se produce junto con el analista.

La relación médico-paciente (...) deshace las posibilidades de utilizar la escena de la transferencia como *campo de maniobra*.

El paciente le supondrá un saber al médico, pero éste, a diferencia de la operatoria analítica que abre al saber no sabido del paciente, confirmará que efectivamente es él el que detenta el saber.”<sup>29</sup>

“Las instituciones son contextos de influencia a veces sobredeterminantes, y los modos de relación que los sujetos entablen con la misma, influirán en los modos de relaciones que entablen entre sí.”<sup>30</sup>

A estos modos de relación se los conoce como transferencia institucional.

La posibilidad transferencial natural médico-paciente, sitúa al paciente en posición de objeto y al médico en posición de sujeto. Sería entonces lo inverso a lo que ocurre en la transferencia analítica.

### Intervención en suicidios:

Si bien el modelo de Albert Roberts de “Intervención en crisis”<sup>31</sup> no responde al paradigma psicoanalítico, la secuencia de pasos que propone resultan una guía útil para la intervención en casos de intentos de suicidio.

---

<sup>29</sup> Ídem.

<sup>30</sup> Ídem.

Roberts propone los siguientes siete pasos para el manejo de crisis agudas, entre ellas el intento de suicidio:

- 1) *Planificar y conducir una completa evaluación (debe incluir letalidad y peligrosidad para sí o terceros, necesidades psicológicas inmediatas).*
- 2) *Establecer rapport.*
- 3) *Identificar los problemas principales.*
- 4) *Tratar con sentimientos y emociones (escuchar activamente, comunicar con calidez y reaseguro).*
- 5) *Generar y explorar alternativas.*
- 6) *Desarrollar y explorar un plan de acción.*
- 7) *Seguimiento.*<sup>32</sup>

Dice Armando Andrés Coll: *se propone una clínica del discurso donde el padecimiento pueda articularse por la palabra.*

*De esta manera, con el dispositivo analítico emprenderemos una tarea para separar la “marca” del cuerpo. Intentaremos leer esa marca del cuerpo en su filiación con el inconciente. Se tratará de escuchar, interrogar, escandir. Suponiendo que se trate, por ejemplo de un intento de suicidio, lograr la puesta en palabras de aquello que se actuó. Y el sujeto allí ubicado como profesional psi, como analista, lo hará portando otro discurso (...).*

*El paciente en crisis, el que ha producido un intento de suicidio, (...) en vez de anudar el goce a una producción sintomática, lo que hace, lo que escuchamos, es como una certeza acerca del Otro que resquebraja su condición de sujeto.*<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Roberts, A. “Epidemiología y definiciones de crisis aguda en la sociedad americana” en: “Manejo de crisis y tratamiento breve. Teoría, técnica y aplicación” Perrone, Hebe.

<sup>32</sup> Ídem.

<sup>33</sup> Coll, Armando Andrés. “Las crisis en tiempos de crisis”. Revista Psicoanálisis y el Hospital N°13.

## Intervención en Toxicomanías:

*¿Qué podría causar en un sujeto el fracaso en los procesos de inscripción simbólica, produciendo cuerpos toxicómanos, cuando no se trata necesariamente de una estructura psicótica?*

*Fue la propia experiencia en la clínica de toxicomanía que permitió pensar en la ruptura con el goce fálico, sin que hubiera forclusión del Nombre del Padre. Por lo tanto, creemos que el fracaso de los recursos simbólicos, en este caso, se puede pensar como un efecto de forclusión de la castración.*

*El término forclusión lo utilizó Lacan para referirse a la psicosis, especificando el uso freudiano de Verwerfung y señalando el no registro del significante Nombre del Padre.*

*La forclusión de la castración fue mencionada por Lacan como característica del discurso capitalista el 06 de enero de 1972 en la tercera de las conferencias presentadas en la capilla del Hospital Sainte-Anne, en la misma época del Seminario...o peor. La declaración es muy fuerte:*

*Lo que distingue el discurso capitalista es la verwerfung, el rechazo; el rechazo fuera de todos los ámbitos de lo simbólico con lo que ya he dicho que tiene como consecuencia el rechazo de ¿qué? De la castración. Es como decir: el discurso capitalista forcluye. Forcluye la posibilidad del amor. Es decir, según Lacan considera el amor como dar lo que no se tiene – dar su propia castración –, ese pseudodiscurso compromete los recursos de la fantasía y del inconsciente.*

*Eric Laurent constata que, en la actual disposición del Otro de la civilización, los cuerpos se cierran a los discursos y se someten a una exigencia apremiante de goce en el contexto de crisis de las normas y de la agitación de lo real que caracteriza la actual disposición del Otro social.*

*Cuerpos agitados indican a un parlêtre que es llevado por 'su' cuerpo sin poder poseerlo, tenerlo, mientras desconoce lo que causa su agitación.*

*La experiencia clínica indica que el efecto de la droga siempre es singular a medida que actúa como una variable de la economía pulsional propia a cada parlêtre. De este modo, puede funcionar como elemento regulador de un*

*goce frente a un Otro amenazante, en forma de un lazo o, en caso extremo, como una opción entre el Uno en detrimento del Otro*<sup>34</sup>.

### Contextualización. Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

La importancia de que exista en las guardias de los hospitales generales equipos de Salud Mental es imperante. No solo el número de pacientes que acuden a estos equipos sino también los diferentes problemas y patologías que presentan, hacen necesario que el personal que los recibe sea competente.

Por esto resulta necesario revisar en el marco de qué cambios se ha producido la formación y la incorporación de dichos equipos en las guardias, y más puntualmente el servicio de Urgencias de Salud Mental del hospital Vera Barros.

Para ello debe tenerse en cuenta el marco legal que ha posibilitado su formación y que le garantiza su financiamiento.

La Ley Nacional de Salud Mental, 26.657 tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional.

En su artículo 6 reza: Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Otro artículo a resaltar es el Art. 8, el cual enuncia: Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología,

---

<sup>34</sup> Castro, Jaime. "Cuerpos toxicómanos". <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Cuerpos-toxicomanos/Jaime-Castro.html>

psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Ley Nacional de Salud Mental, 26.657 <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>

## OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo, además de ser condición necesaria para obtener el título de Licenciado en Psicología, está orientado a:

- ❖ Detectar la existencia de urgencia subjetiva en el paciente que ingresa en la guardia.
- ❖ Delimitar los modos de abordajes y las herramientas que posibiliten la emergencia de la palabra en estos pacientes.
- ❖ Validar desde un enfoque teórico práctico las teorías expuestas.

### Dimensión epistémica:

Delimitar el tema a indagar implica una estrategia de la que se vale el investigador para acotar su espacio de indagación, el mismo tiene su origen en fuentes teóricas y en fuentes empíricas, la vida cotidiana como así también en trabajos anteriores.

### Planteamiento del problema:

El abordaje del psicólogo en la guardia central del hospital general ante la urgencia subjetiva proponiendo una escucha alternativa a la demanda del paciente.

## DISEÑO METODOLÓGICO:

### Introducción:

El proceso metodológico es de naturaleza compleja, ya que aborda distintos niveles de constitución del conocimiento científico. “El proceso metodológico de las ciencias incluye las tres dimensiones implícitas en el saber científico: la epistemológica (el conocimiento científico elabora conceptos teóricos que dan cuenta de lo real), la estratégica (la toma de decisiones que permitan dar coherencia a los supuestos teóricos de los que se parte con la selección de cómo abordar los fenómenos empíricos) y la empírica (todo conocimiento científico remite a una realidad externa o referencia empírica de sus afirmaciones). En el proceso metodológico se articulan estas tres dimensiones”<sup>36</sup>.

### Tipo de Diseño de la Investigación:

#### Cualitativa:

Según Jiménez-Domínguez (2000) los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva. El objetivo es el sentido intersubjetivo que se atribuye a una acción. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conductas<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Mirta Botta- Jorge Warley. “Tesis, tesinas, monografías e informes”.

<sup>37</sup> Salgado Lévano, Ana C. “Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológicos y retos”. 2007

[http://revistaliberabit.com/es/wpcontent/uploads/2013/revistas/liberabit13/8\\_ana\\_cecilia.pdf](http://revistaliberabit.com/es/wpcontent/uploads/2013/revistas/liberabit13/8_ana_cecilia.pdf)

### Diseño metodológico:

#### Exploratorio-Descriptivo:

Exploratorio porque se reunirá información sobre un determinado aspecto o problema de la realidad que se pretende investigar, necesita reunir antecedentes y por otra parte, se intentará caracterizar los distintos fenómenos que integran el problema indicando sus rasgos particulares.

### Unidad de análisis:

#### ❖ Pacientes:

Casos clínicos abordados. Derivados por los médicos del servicio mediante pedido de interconsulta o por pedido espontáneo de pacientes.

### Variables:

- ❖ Datos relacionados con el contexto de la hospitalización. Consulta espontánea de la persona o llega con el servicio de Urgencias \*107.
- ❖ Motivo de consulta.
- ❖ Motivo del pedido de interconsulta.
- ❖ Sexo, edad, condiciones personales.
- ❖ Establecimiento de transferencia del paciente para con el equipo de guardia de Salud Mental.

### Técnicas de Recolección y Análisis de Datos:

#### ❖ Entrevistas:

##### Semidirigidas:

Donde el entrevistado habla sobre lo que desea pero el entrevistador puede introducir preguntas o pedir aclaraciones sobre puntos que hayan quedado confusos o se quieran ampliar.

Contextualización:

Presentación de la Institución:

Servicio de Urgencias de Salud Mental de la Guardia Central del *Hospital Dr. Enrique Vera Barros*. Hospital general, Provincia de La Rioja, ciudad Capital.

## ARTICULACIÓN TEÓRICA-PRÁCTICA

### Entrevistas. Análisis de casos

#### Caso Alejandra:

El equipo de Salud Mental es interconsultado por el servicio de enfermería. Una mujer de 24 años que fue a visitar a una paciente internada solicitó que le tomen la presión porque está nerviosa, cuando las enfermeras le toman la presión, ésta quiebra en llantos. Nos llama la atención que no nos digan “tenemos una ceachosa” (de CH crisis histérica). Nos solicitan que vayamos a buscarla hasta el consultorio de enfermería porque se encontraba allí en plena crisis de llantos.

Al acudir al lugar nos encontramos con una mujer de aspecto descuidado, todo el peso de su cuerpo sobre un escritorio con su rostro sobre sus brazos y llorando incontinentemente.

Al presentarnos ella se muestra poco interesada por hablar. Esperamos un par de minutos y luego podemos establecer una entrevista, la cual estuvo repleta de silencios prolongados.

Psicóloga: Hola Alejandra, somos del equipo de guardia de Salud Mental. Las enfermeras nos avisaron que estabas acá mal. ¿Podes contarnos que te ha pasado?

A: Estoy cansada, muy muy cansada. Tengo a mi vieja internada que casi se muere, soy la única que carga con todo.

Psi: ¿Qué le pasó a tu mamá?

A: Estaban por operarla y cuando le pusieron la anestesia se broncoaspiró, la tuvieron que reanimar. Todo mal.

Ya no aguanto más. Ahora esto de mi vieja, hace poco lo mataron a mi papá. Son muchas cosas, te juro que ya no aguanto.

Psi: ¿Cómo falleció tu papá?

A: Es ese hombre que atropellaron en la ruta. Un viejo hijo de puta que no debería andar manejando lo chocó, tiene 71 años y por eso no está en la cárcel. No puede ir a la cárcel pero si andar manejando, hijo de puta!.

(Llora)

Psi: ¿Ahora tu mamá está mejor?

A: Si, pero casi se les muere!

Psi: ¿Estas sola con ella? ¿Hay algún otro familiar con ustedes?

A: Si, están mis hermanas. Pero es lo mismo que no haya nadie, si son unas boludas, no saben hacer nada, no les da la cabeza para nada.

Psi: ¿Vos con quien vivís?

A: Yo vivo en mi casa, con mis dos hijas.

Psi: ¿Qué edad tienen tus hijas?

A: 7 y 4 (años).

Psi: ¿Qué otro pariente tenes al que puedas acudir?

A: Nadie! No tengo familia. Mi familia murió atropellado por un auto.

Mis hermanas y mi vieja no son mi familia, mejor dicho yo no soy su familia. Siempre fueron ellas por un lado y yo por el otro. Nunca nos llevamos bien. La única persona que yo tenía era mi papá. Con el único que hablaba. Con ellas nunca me llevé bien, no nos necesitamos, no las banco.

Psi: ¿Pero ahora tenes alguien más de confianza?

A: No se puede confiar en la gente. Apenas te das vuelta te cagan, cada vez que puedan te van a cagar. No hay que andar dándole confianza a la gente. Con mi papá era con el único que yo hablaba, a nadie más le contaba mis cosas, no le pedí nunca un consejo a nadie que no sea mi papá. Podíamos pasar horas hablando.

(Llora)

Psi: Es entendible, que tu situación es dolorosa pero seguramente tendrás motivos para salir adelante. Tus hijas por ejemplo.

A: Se me hace tan difícil. No quiero hablar con nadie, no me gustan los psicólogos, no me interesa contarle a alguien que no hace nada. Son mis problemas.

(Silencio)

Estuve a punto de matarme. Las iba a matar a mis hijas y me iba a matar yo.

Psi: ¿Cómo fue eso? ¿Qué pasó?

A: Les iba a pegar un tiro a mis hijas y después a mi.

Psi: ¿Qué pasó? ¿Vos tenes un arma?

A: Se me presentó mi papá y me dijo que era una locura eso, que sea fuerte.

No tengo arma pero se consigue fácil (sonríe con mirada desafiante).

Psi: Alejandra, ya sé lo que piensas de los psicólogos pero por la situación que estas viviendo, esto de la muerte de tu papá, el problema de salud de tu mamá y la mala relación con toda tu familia es mucho. Sería bueno que inicies un tratamiento psicológico para que puedas superar algunas cosas que sin duda te afecta y angustian.

A: No! No hay chances.

Psi: Seguramente estas acumulando muchas cosas, te vendría bien un espacio para poder hablar de esto que te pasa.

(Silencio)

A: No quiero hacerlo, yo les agradezco pero yo soy así, soy muy cerrada, no me van a ver a mi andar contando mis cosas, solo que hoy no sé porqué hicieron que hable con ustedes pero yo no cuento mis cosas. Mi vida es mi vida.

Psi: Bueno mirá, hagamos lo siguiente. Nosotros vamos a estar hasta las 22 acá, y además siempre hay psicólogos acá, todos los días las 24 horas. Si vos podes y quieres podes venir mas tarde, te vamos a estar esperando.

A: Bueno. ¿Cómo a qué hora? Porque yo tengo muchas cosas que hacer.

Psi: A la hora que vos puedas.

A: Bueno, si me llega a quedar tiempo vengo. No les prometo nada.

No volvió por el servicio y no quiso darnos su número de teléfono ni el de algún conocido.

Análisis de la entrevista:

La presencia del psicólogo establece un S2, permite la posibilidad de que algo sea dicho. Ofrece un otro tiempo, esa invitación a la palabra, al modo de un segundo lugar.

En este caso, la fuerza de la figura del padre, difícil de caer, obstaculiza la tramitación del duelo, imposibilita en esta instancia hacer el pasaje al *tiempo de comprender*.

Se intentó que Alejandra se corriera del lugar de goce en el que se ubica.

En un posterior encuentro se podría haber buscado ayudarla a salir de su victimización para poder apropiarse de su propia historia y de la palabra y así iniciar tratamiento psicológico.

La intervención fue en la vía de subjetivar ese sufrimiento. Que el sujeto pueda reconocerse allí donde dejó de verse tras la muerte de su padre.

#### Caso Matías:

Matías ingresa a la guardia un día jueves a las 2:30 de la madrugada traído por el SUM 107. Luego de la evaluación clínica, el médico que lo recibe da aviso al equipo de Salud Mental.

Se trata de un intento de suicidio, utilizando como método ahorcamiento mediante colgarse de un árbol con un alambre que se cortó en el intento.

El paciente, de 21 años de edad, se encontraba confundido, lúcido pero muy asustado. Médicamente había recibido el alta por no presentar compromisos orgánicos como resultado de lo acontecido. A pesar de ello todavía se encontraba acostado en una camilla porque estaba mareado.

Matías, de baja estatura, vestido con bermudas de jeans, ojotas y una remera desprolija dejaba en evidencia las marcas del alambre en su cuello.

Cuando se le pregunta cómo está, responde que mareado pero bien. Su voz es quebradiza, su mirada busca los ojos de quienes están cerca de él.

Ante la pregunta de qué fue lo que pasó, responde: estoy cansado, no sé lo que hice pero estoy cansado. Sus ojos se llenan de lágrimas y continúa, discutimos con mi pareja, no me valora, ella necesita que yo sea un sinvergüenza, yo le dije, “vos quieres que yo se un atorrante que te gorrie” (engaño).

(La psicóloga se presenta y me presenta a mí).

Psi: ¿Qué pasó Matías? Contanos.

M: Hoy la fui a buscar a mi novia y ella se tenía que ir al centro a hacer no sé qué. Me dijo que me quede atendiendo el negocio (ella tiene un kiosco en la esquina de su casa).

Cuando volvió del centro, re tarde, a las horas vino idiota como siempre y se puso a decirme cosas. Ella va donde quiere a la hora que quiere y yo no le puedo decir nada pero ella a mi me hace los quilombos.

Un día cuando yo llegué al kiosco estaba adentro en el fondo con el exnovio que supuestamente fue a buscar unas cosas, y cuando le dije algo se puso a gritarme. Pero ella a mi me puede hacer lo quilombos que quiere, cuando yo trabajaba en el Mayor (un supermercado local) me celaba todo el tiempo de “con quien andarás ahí” y ese tipo de cosas. Yo le decía “cómo voy a andar con alguien si yo voy ahí a trabajar, son todas viejas ahí”.

Psi: Entonces ¿Hoy discutieron y eso te llevo a intentar quitarte la vida?

M: Cuando llegó del centro me dijo “salgamos dejemos de estar encerrados, nunca me invitas a hacer algo”. Y le dije que vayamos al parque de la ciudad, la llevamos a la nena de ella. Bueno, cuando fuimos se puso a decirme cosas a buscar discutir. Llevamos una coca y compre una pizza y nos fuimos en el auto. Cuando estábamos allá me siguió buscando pelear entonces ya me enojé y le dije que guardemos las cosas y nos vayamos que no sirve salir así para estar renegando.

Fui a acercar el auto para no tener que caminar tanto para guardar las cosas y parece que ella pensaba que me estaba por ir y dejarla me imagino, porque se puso como loca y me gritaba desde abajo como loca delante de toda la gente.

Fuimos a la casa de ella, cuando la deje se puso a decirme un montón de cosas y yo le dije “si estas tan mal conmigo si quieres dejarme, dejame”. “Si piensas que soy una mala persona dejame entonces, ¿para qué estas conmigo?”.

Después agarre el auto y me fui.

Psi: ¿Qué clase de cosas te dice?

M: ¿para qué quiere estar conmigo si todo el tiempo me trata como si fuera una mala persona?

Yo no soy una mala persona. No me meto con nadie, si usted deja una cosa ahí cuando vuelva la va a encontrar ahí. Ella se va y me encarga el negocio y yo se lo atiendo, no le toco nada. El otro día que hacía tanto calor ni quise

prender el aire, no vaya se cosa que se rompa. Para que cuando ella vuelva vea que yo no toco sus cosas, lo que no es mío no lo toco.

Psi: Bueno, pero si hacía mucho calor y vos le estabas haciendo el favor de atenderle el negocio, tenías derecho a prender el aire por lo menos.

M: No, no a ver si se rompe.

Psi: ¿Y qué pasó después de que te fuiste de ahí, adónde fuiste?

M: Agarré el auto y di la vuelta por la casa de ella. No me acuerdo bien. No me acuerdo mucho (llora).

Yo quiero que ella si ya no quiere estar mas conmigo que no esté pero que no me esté haciendo sentir mala persona porque no soy mala persona. A mi me gusta trabajar y respetar las cosas de los demás.

Yo ahora no tendré mucha plata para comprarle cosas porque me quedé sin trabajo pero me tiene cansado que siempre me esté diciendo que no compro nada, y es mentira porque yo compré las pizzas para ir al parque por ejemplo.

Psi: ¿Por qué te quedaste sin trabajo?

M: Porque se me terminó el contrato. Pero ya ando buscando trabajo en otros lados.

Yo ya no quiero discutir más con ella, que ya no me diga más esas cosas. Yo le dije “vos me decís todas estas cosas porque sabes que no tengo mamá, porque si estuviera mi mamá te arranca los dientes”.

Psi: ¿Qué pasó con tu mamá?

M: falleció hace dos años de cáncer de pulmones.

Psi: ¿Con quien vivís?

M: Vivimos los dos solos con mi papá.

(Se endereza y queda sentado en la camilla)

Psi: ¿Por qué te sentas? ¿No te mareas peor?

M: No, ya se me está pasando el mareo. Me falta el aire, sentado respiro mejor.

La psicóloga es llamada por los policías que estaban a cargo de localizar al padre de Matías. Yo permanezco acompañándolo para no dejarlo solo.

La psicóloga ingresa acompañada por el padre de Matías y se establece una breve entrevista con él.

Matías se muestra arrepentido por haber intentado quitarse la vida. No persiste la ideación suicida en él. Logramos acordar un inicio de tratamiento psicológico en el servicio de Psicología Clínica del mismo nosocomio, esta misma mañana debe regresar para solicitar un turno acompañado por su padre.

Horas más tarde se presentan ambos, Matías con mucho mejor semblante, manifiesta que pudo dormir, se despertó, bañó y partieron hacia el hospital para cumplir con lo acordado.

Análisis de la entrevista:

Los casos de intento de suicidio son un claro ejemplo de la clínica de “la ruptura de la cadena significativa”.

Si partimos de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, se buscará operar con la palabra para que pueda funcionar como sutura de la cadena rota.

Matías ubica el deseo en el otro, no puede ubicarse en relación a su deseo “*si no me quiere que me deje*” manifestando estar cansado, y agrega como amenaza “*si mi mamá estuviera viva te arrancaría los dientes*”. Con esto se puede pensar en una debilidad yoica, dificultad para tomar decisiones por la vía simbólica sin llegar al pasaje al acto.

Es sabido que en esta particular clínica no solo se ofrece un lugar a la palabra, se ofrece la escucha, la oreja, la mirada y de hecho todo el cuerpo, “*acá se pone mucho el cuerpo*” suele escucharse.

Efectivamente, los ojos de Matías buscaban los ojos de su interlocutor. Es establecer un soporte desde la mirada, un soporte imaginario para que el Sujeto puede hablar, pueda articular la cadena significativa.

El trabajo con Matías apuntó a encontrarlo con esto que le pasa desde lo simbólico, que pueda formularse preguntas y construir respuestas. Fue sumamente notorio el cambio de semblante desde que llegó hasta las horas posteriores que regresó al hospital. En poco tiempo y con pocas intervenciones se logró una rectificación con relación a su deseo.

## Caso Federico

A las seis de la mañana en el equipo de Salud Mental recibimos el pedido de interconsulta por parte del médico clínico de guardia. Éste manifiesta: tengo un chico de 17 años que viene traído por el 107 pero acompañado con la policía. Está lúcido aunque parece que algo consumió. Tuvo una escena de violencia en la casa, la familia llamó a la policía y los policías decidieron traerlo acá porque parece que tiene algunos golpes como de pelea.

Una vez que tomamos contacto con el paciente, nos encontramos frente a un chico de mediano porte, acompañado por sus padres, quienes manifiestan que a veces cuando sale vuelve violento.

Tras preguntar qué ha sucedido esta noche ellos responden (tomando la iniciativa el padre): Volvió medio loquito, no es la primera vez que pasa. La semana pasada tuvimos una situación donde me quiso pegar y yo lo empujé y lo tiré al piso pero no le pegué, quedó ahí, y él al otro día hace de cuenta que no pasó nada, anda lo mas bien, como si no se acordara qué pasó.

Un breve resumen del relato: Federico regresó a su casa luego de haber estado en el barrio con sus amigos aproximadamente pasadas las cuatro de la madrugada, tuvo una serie de discusiones con su tío (que vive en el mismo hogar). En la discusión intervienen ambos padres y es la madre quien llama a la policía. Ella manifiesta: Yo tuve que llamar a la policía, ya le dije que si vuelve así y hace lío lo iba hacer llevar por la policía. En casa se pierden las cosas, siempre algo desaparece, y es él para comprar esas cosas. Interrumpe el padre: ya estuvo en la alcaldía una vez, lo pillaron con los amigos consumiendo y lo guardaron. Yo no lo iba a sacar, lo iba a dejar ahí preso pero vino un policía y me dijo que como era menor de edad tenía que ir a sacarlo, vino varias veces esa vuelta a buscarme a casa la policía para que vaya a sacarlo y yo me hacía negar, hasta que me dijeron que me iban a meter preso a mi.

Psicóloga: ¿usted lo quería dejar ahí como castigo?

Padre: No. Era para tener tiempo de ir a hablar con el secretario de un juez para conseguir que me den la orden de internarlo. Yo quiero internarlo. Él ya estuvo haciendo tratamiento en el Centro de Día y no quiso volver más. Y el

secretario del juez me dijo que la internación es voluntaria. Y ya no sé qué hacer con él. Lo quería mandar a San Luis, que se interne allá pero me dijeron que es voluntaria.

Psi: ¿Qué consume?

Madre: Porro, nosotros sabemos que porro pero últimamente parece que algo más. Anda más loco. Hace como tres días que no duerme. Él y el hermano, los dos consumen, el otro es mas chico, un año mas chico y ya andan metidos en esto.

El médico nos informa que le colocó un inyectable a Federico para tranquilizarlo y que duerma.

En ese momento, en la habitación el paciente comienza a tener excitación psicomotriz y alucinaciones auditivas, olfativas y visuales mientras permanecía acostado. Esto duró dos horas y requirió repetir la medicación.

Se solicita interconsulta con el psiquiatra, quien luego de haber observado el cuadro sugiere que se trata de un síndrome de abstinencia a alguna droga fuerte, lo más probable a paco.

Se le solicita una tomografía de cráneo pero debido al nivel de excitación que aún presentaba no pudo realizarse.

Luego de haber dormido siete horas, recupera el estado de conciencia y podemos tener una entrevista con él.

Psi: Hora Federico, nosotros somos del servicio de Salud Mental. ¿sabes dónde estas?

F: Si.

Psi: ¿Sabes qué te ha pasado?

F: Si.

Psi: ¿Qué?

F: Tuve un problema con mi hermana.

Psi: ¿Qué problema? ¿Nos puedes contar?

F: Mi tío me acusa de cosas, todos se la agarran conmigo. Se pierde algo y ya me echan la culpa a mí.

Psi: ¿Vos consumis alguna sustancia?

F: No.

Psi: Porque tu papá y tu mamá nos contaron otra cosa. ¿Seguro que no consumis nada?

F: No, ya no. Ahora no consumo. Antes por ahí fumaba un porro cada tanto.

Psi: ¿Hace cuanto que no consumis?

F: Hace como una semana.

Psi: ¿Llegaste a consumir alguna otra cosa?

F: No, solamente eso.

Psi: ¿Hace cuanto que consumis?

F: Como 2 años.

Psi: Seguinos contando qué pasó anoche.

F: Anoche volvi a mi casa y se pusieron a decirme cosas y me enoje y nos pusimos a discutir y no me acuerdo mucho.

Psi: ¿Te acusan de robar, puede ser?

F: Si, mi tío, mi viejo. Seguro que ya le contaron que estuve detenido una vez.

Psi: ¿Alguna vez te pasó esto como hoy?

F: No.

Psi: ¿Te acordas lo que pasó hoy?

F: Por partes. De algunas cosas pero borroso.

Psi: ¿Qué crees vos que te puede haber pasado? ¿Qué puede haber sido?

F: No, ni idea.

Yo tuve un problema con los changos del barrio.

Psi: ¿Qué clase de problema? ¿Una pelea?

F: Si, me pegaron, me tiraron al suelo y me pegaron.

Psi: ¿Por qué fue el problema?

F: No, eso no me puedo contar.

Psi: ¿Quién es “el gordo”?

F: Un amigo.

Psi: ¿Con él consumis?

F: Si, con él. Y con él fue que caímos en la alcaldía.

Psi: Esta mañana cuando le hablabas a “el gordo” alucinando, hablabas de una moto.

F: La moto de mi hermana.

Psi: ¿Tuviste el problema con tus amigos del barrio porque estaban por robar la moto de tu hermana y vos no quisiste?

F: (llora angustiadamente)

Psi: Fede, estos problemas que tenes en tu casa y con tus amigos, ¿tendrán algo que ver con lo que estas consumiendo?

F: (continúa llorando) Si!

Psi: ¿Quieres que te ayudemos a solucionar los problemas?

F: Yo no me quiero internar. Mi viejo quiere internarme.

Psi: Nosotros te proponemos que vayas a consultar a un centro que es especializado en la problemática de consumo. Ahí vas a tener unas entrevistas con los profesionales y seguramente ellos te van a aconsejar cual es el mejor tratamiento que vos necesitas.

¿Qué opinas?

F: Yo no quiero que me manden a San Luis. Mi viejo estaba haciendo trámites para mandarnos.

Psi: Bueno, si haces un tratamiento acá en este lugar que te vamos a recomendar no va ser necesario que te manden a San Luis. Vos ya habías estado haciendo un tratamiento, ¿verdad?

F: Si el año pasado pero yo iba y el psicólogo faltaba. Me hacían ir a la siesta al pedo. No volví más.

Psi: ¿Estás de acuerdo con empezar un tratamiento?

F: Si.

Se realiza una nueva entrevista con los padres, esta vez acompañados por Federico. Se acuerda dar el alta y realizar la derivación con el compromiso de regresar a la semana siguiente para constatar el estado de Federico, sabiendo que los procesos de admisión en el centro al que fue derivado llevan tiempo.

Análisis de la entrevista:

El trabajo de promover que la palabra emerja, que ocupe su lugar, es promover que se pase de los hechos al dicho para así poder pasar de los dichos al decir. Federico pudo hacer este pasaje, pudo llegar a ubicarse en otro lugar, ubicarse en la escena entendiendo gran parte de ella. Ubicándose mediante la enunciación, es decir, tomando una posición frente a su enunciado.

Reconoció su problema, reconoció que casi como en un automatismo consumía y transgredía mediante el robo de objetos las reglas de su familia.

A ese automatismo llamémosle repetición, la repetición que no puede cortarse y salir el sujeto de ese continuo goce. Como dice Viviana San Martín, “cernir la cuestión del acto equivale entonces a cernir el punto pivote de la repetición del sujeto, es decir, lo que se organiza a partir de la falta”.

Una sustancia que es traída a ocupar el lugar que le corresponde a un significante. Es preferible decir “es traída” en lugar de “viene a...” para no caer en la victimización del paciente, no ubicarlo en un lugar pasivo, porque de ese modo se estaría yendo en sentido inverso a lo buscado.

En un comienzo de la entrevista, el discurso de Federico era desde un lugar de espectador más que de protagonista.

“Lo real es lo imposible, de escribir, lo que no cesa de no escribirse”.

Cuando Lacan dice que lo real es lo imposible, está diciendo que lo real es lo imposible para lo simbólico. Lo simbólico tiene la imposibilidad de objetivizar lo real. Esto sucede cuando un sujeto viene relatando algo y de repente, se presenta una contradicción, algo de la dimensión de lo imposible.

Mediante las intervenciones se pudo introducir un corte, un quiebre en el discurso y así se dio paso la angustia.

## Caso Pedro

El Servicio de Salud Mental de guardia, recibe la interconsulta por parte del médico clínico de guardia.

El paciente Pedro de 26 años, ha ingresado traído por el Servicio de Urgencias Médicas (SUM) 107. Relata el médico: un vecino llamó al 107 porque lo escuchó gritar, cuando entró lo vio tirado y le manifestó haber ingerido pastillas para matarse.

Una vez estabilizado desde el aspecto clínico se procede a entrevistarlo.

Pedro es un muchacho de contextura delgada, semblante de angustia y dolor (físico). Permanece acostado con suero en su habitación.

Psi: Hola Pedro, somos del equipo de Salud Mental. Contanos qué te ha pasado.

P: Tomé unas pastillas.

Psi: ¿Por qué tomaste pastillas?

P: Porque quería quitarme la vida.

Psi: ¿Por qué? ¿Nos quieres contar qué pasó?

P: tengo problemas con mi familia.

Psi: ¿Cómo está compuesta tu familia?

P: Mi papá, mi mamá y mi hermana.

Psi: ¿Ellos viven con vos?

P: No, ellos viven en su casa. Yo vivo solo.

Psi: ¿Qué clase de problemas tenes con tu familia?

P: No me quieren, nunca me quisieron ellos.

Siempre fueron ellos no más y yo solo.

Psi: ¿Quiénes son las dos señoras que están afuera?

P: Mi tía y mi prima.

Psi: ¿Y ellas suelen acercarse a vos cuando estas mal?

P: Si, pero a veces, porque no me gusta andar molestando.

Psi: ¿Y hay alguien a quien vos quieras que llamemos para avisar que estas aquí?

P: A mi madrina. (Nos da el número de teléfono y la trabajadora social va a llamarla)

Psi: Entonces si tenes gente que te quiere y cuide, tu tía, tu prima, madrina. Por ahí habría que pensar entonces que si las cosas no andan muy bien con tu familia, podés acercarte a tu madrina y a tu tía.

Podrías acercarte mas a ellas, se nota que te quieren.

¿Viven cerca de tu casa?

P: No, no viven cerca, viven para otro barrio.

Psi: Pedro, ¿qué pasó por lo que tomaste las pastillas?

P: Discutí por teléfono con mi hermana y ya había discutido ayer con mi mamá.

Psi: ¿Qué pastillas tomaste?

P: Unas para la diabetes que son de un compañero de trabajo. Él me había encargado que le compre las pastillas.

Psi: ¿Estabas convencido de quitarte la vida?

P: Si.

Psi: ¿Volverías a intentarlo?

P: Si.

Psi: ¿Antes de esto lo habías intentado?

P: Si. Como en enero más o menos.

Psi: ¿Cómo fue?

P: M quise ahorcar y me encontró un primo mío.

Psi: ¿Por qué lo habías hecho?

P: Por lo mismo, y me había dejado de una novia que tenía.

Psi: ¿Te interesaría iniciar un tratamiento psicológico cuando salgas de alta del hospital?

P: Si.

Psi: Ahora cuando te vayas te vas a ir a la casa de tu madrina o tu tía, así no estas solo. ¿Te parece?

P: No! No quiero molestarlas a ellas.

Psi: Si están acá es porque se preocupan y te quieren. No creo que les moleste tenerte en su casa.

(Silencio)

Psi: Si hay otras personas que te quieren también debe haber otras motivaciones para vivir. Sos un hombre joven que trabaja y si tiene familia, si tenes personas que te quieren.

P: ya voy a hablar con ellas y ver si está todo bien de que vaya a su casa.

Psi: Bueno, ¿quieres que las haga pasar y después volvemos a hablar nosotros?

P: Si.

Pudo conseguirse que Pedro acepte estar en casa de su madrina un par de días y que asista a entrevistas psicológicas en el lugar al que fue derivado.

Análisis de la entrevista:

Pedro llegó a la guardia tras haber protagonizado un claro pasaje al acto. Podrá pensarse que no es así porque la medicación que ingirió (Glicazida) no

le podría causarle la muerte y ser como se dice comúnmente “cortarse las venas con papel”. Pero es menester no poner el foco en el elemento elegido sino en la fijeza de la ideación suicida. Estaba convencido en quitarse la vida. Sentía que si su familia no lo quiere, pues entonces no existe. Sólo se sostenía desde lo imaginario por la mirada de ellos. Esa mirada falló y Pedro cayó de la escena. (...) *caído de aquello que lo constituyó como sujeto, pierde la dimensión del interlocutor a quien hacer llegar su mensaje y queda “ahogado” en oleajes de padecimiento sin palabras.*<sup>38</sup>

La intervención que convoca, nuevamente, es sostener, ser soporte de y desde lo imaginario para poder dar paso a lo simbólico, recuperar la eficacia de la palabra.

---

<sup>38</sup> Marrello, Patricia E. “El trabajo del psicoanalista en la guardia hospitalaria”. *Psicoanálisis y el Hospital* Nº13.

## CONCLUSIÓN

Desde el comienzo mismo de este trabajo se ha considerado a la ética del deseo como eje cardinal para orientar la práctica psicoanalítica cualquiera sea el ámbito de intervención.

Esta particular clínica, que es la guardia, clínica de lo real, no está afuera de esa premisa, pero si agrega otra casi del mismo valor por su importancia: la urgencia. La misma urgencia debe ser orientadora de este encuentro con el sujeto que llega “caído de la escena”.

Poder pensar antes de intervenir ¿qué urge? ¿quién? ¿de quién es la demanda?. Poder pensar a qué somos convocados, pensar ese Otro tiempo, esperar y reflexionar. Para poder correr al sujeto de la inmediatez, de la urgencia médica, habrá primero que introducir la pausa en nuestra propia intervención.

El tiempo que corre y hace correr a las personas en los hospitales no es el mismo tiempo del psicoanálisis. Aquello apremiante para otros puede llevar al analista a cometer errores; lo necesario es poder identificar la demanda, saber si responder a ella y de qué manera hacerlo.

Desde que se introdujo el servicio de Salud Mental en la guardia del hospital, además de ser algo raro, fue convocante de una multiplicidad de demandas. Demandas del médico, por no saber qué hacer con un cuerpo “sano” pero que aqueja; y de aquellas personas que acuden espontáneamente demandando que su pena sea escuchada.

La praxis, las distintas intervenciones que tuvieron lugar en este periodo, dejan en evidencia que en los hospitales hay un terreno que escapa al soma. El discurso del saber poco puede dar respuestas cuando se topa con su propia castración, cuando eso que se tenía controlado, pierde el control. Cuando se terminan las respuestas es convocada otra mirada, otra escucha que “viene a traer alivio”, no siempre para el paciente, las más de las veces para el médico perplejo ante un soma que nada le dice.

Hay otro terreno en el hospital, que es el campo de la palabra, una nueva conquista de esta disciplina, siempre que esté dispuesta a escucharla.

El servicio de guardia de un hospital apela a cierta versatilidad del profesional que allí se desempeña. Sea cual fuere su orientación teórica, estará atravesada por una práctica que escapa a lo convencional y plantea desafíos permanentemente.

Se verán desaparecer viejos prejuicios por ser una praxis (como me gustó llamarla) “de cuerpo completo”.

Se sostiene al sujeto con la mirada, la escucha y muchas veces hasta sirviendo de apoyo para poder bajar de una cama o silla de ruedas. Será frecuente recibir un abrazo o ser mojado por una lágrima, es algo que a muchos seguro aterriza, pero es parte de la intervención, siempre que se tenga claro que toda intervención guarde como objetivo la posibilidad de la emergencia de la palabra. Todos estos “modos” en última instancia apelan a lo mismo: sostener al sujeto desde lo imaginario para dar paso a lo simbólico.

Introducir la pausa, mediante la vía de la experiencia inter-subjetiva para que el Sujeto surja y cuando surja pueda reconocerse en su Deseo. El deseo debe preservar su parte, exige ser reconocido. Es ese el advenimiento del Sujeto.

Experiencia que invierte lugares; para la medicina el cuerpo del sujeto es objeto de su episteme, de su mirada, mientras el profesional se ubica en el lugar de sujeto y lo examina. En el psicoanálisis en cambio, el objeto es el analista, objeto *a*, y la persona sujeto-del-inconciente. “Si el analista ocupa su lugar, de *a*, va a poder producir efectos.”

Como dice Lacan, “la experiencia analítica convoca la palabra plena”. La palabra plena es la palabra que hace acto. Tras su emergencia, “*cada uno de los sujetos ya no es el que era antes*”.

Hacer emerger al Sujeto, de eso se trata, a eso somos convocados, cuando se conserva a modo de orientación la ética del deseo, no debe temérseles a los imperativos ortodoxos casi caducos de la teoría.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Botta Mirta- Warley Jorge. “Tesis, tesinas, monografías e informes”.  
<http://es.scribd.com/doc/61611928/Botta-Tesis-tesinas-monografias-e-informes>
- Salgado Lévano, Ana C. “Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológicos y retos”. 2007  
[http://revistaliberabit.com/es/wpcontent/uploads/2013/revistas/liberabit13/8\\_ana\\_cecilia.pdf](http://revistaliberabit.com/es/wpcontent/uploads/2013/revistas/liberabit13/8_ana_cecilia.pdf)
- Rodríguez, Verónica. “Una articulación sobre el tiempo de la temporalidad y la urgencia” Revista: Psicoanálisis y Hospital, N° 13.
- San Martín, Viviana L. “Urgencia subjetiva: Acto y acto analítico”.  
<http://www.lacano2013.org/docs/San%20Martin%20Viviana.pdf>
- “De la urgencia al síntoma”. Sotelo, Inés; Belaga, Guillermo; Moraga Patricia; (et. Al).  
[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/109\\_clinica\\_urgencia/actividades/imagenes/anexo3.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo3.pdf)
- Annette Charreau. “De guardia, del sujeto. Reflexiones acerca del lugar del psicólogo (¿analista?) en una guardia”. Trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Residentes de Salud Mental. Noviembre de 1993.
- J.-A. Miller. Seminario inédito. Curso 2006-2007. clase del 15 de noviembre de 2006.
- Lacan, J., "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", *Escritos 1*. Siglo Veintiuno Editores Argentina, 2002.

- Molina, Andrés. “Las urgencias del parlêtre”. <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Las-urgencias-del-parletre/Andres-Molina.html>.
- Hebe B. Bussolari [.http://www.psicocuestiones.com.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=56:urgenciayriesgosuicidaenlaclinicapsicoanalitica&catid=38:articulos](http://www.psicocuestiones.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=56:urgenciayriesgosuicidaenlaclinicapsicoanalitica&catid=38:articulos).
- Lacan, J., “La ética del psicoanálisis”. Seminario 7. Paidós Editores, 2003.
- Coll, Armando Andres. “Las crisis en tiempos de crisis”. Revista Psicoanálisis y el Hospital N°13.
- Martinez, Carlos. “La subjetividad en la urgencia”. Trabajo presentado en el X Congreso Argentino de Psicología Ciudad de Rosario, 26 al 28 de octubre de 2000.
- Marrello, Patricia E. “El trabajo del psicoanalista en la guardia hospitalaria”. Psicoanálisis y el Hospital N°13.
- García, Germán, “La actualidad del trauma”. Grama Editores, 2005.
- Lacan, J., “Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología”. Escritos 2, Siglo Veintiuno editores, Bs. As., 1978.
- Barrionuevo, José: “Temas básicos de psicopatología”. Gabas Editores. Buenos Aires, 2007.
- Lacan, J., “La ética del psicoanálisis”. Seminario 7. Paidós Editores, 2003.
- Miller, J.-A. “Introducción al método psicoanalítico”. Editorial Paidos. Buenos Aires, 1997.
- David Moscovich. “Un caso de guardia: la lógica de la urgencia”. Revista: Psicoanálisis y el Hospital, N°13.

- Evans, Dylan. "Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano". Paidós. Buenos Aires, 2013.
- Laplanche, J. Pontalis, J-B. "Diccionario de Psicoanálisis". Paidós. Buenos Aires, 2001.
- Guibelalde, Gabriel. Escuelas de la psicología clínica contemporánea. Tomo I. Editorial Brujas. 2001.
- Ferioli, Daniel. "Transferencia, instituciones y transdisciplina". Revista Psicoanálisis y Hospital.
- Roberts, A. "Epidemiología y definiciones de crisis aguda en la sociedad americana" en: "Manejo de crisis y tratamiento breve. Teoría, técnica y aplicación" Perrone, Hebe.