



El poder del psicoanálisis en la urgencia



Agustina Simone



UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA

El poder del psicoanálisis en la urgencia

Agustina Simone

***El poder del psicoanálisis
en la urgencia***



**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**

Simone, Agustina

El poder del psicoanálisis en la urgencia / Agustina Simone. - 1a ed - Mendoza :
Universidad del Aconcagua, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4971-77-7

1. Psicología. 2. Atención de Emergencias. I. Título.

CDD 150.195

Diagramación: Arq. Gustavo Cadile.

La imagen que ilustra la portada ha sido realizada por Juan Gavras Quintero

Copyright by Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Catamarca 147(M5500CKC) Mendoza.

Teléfono (0261) 5201681.

e-mail: editorial@uda.edu.ar.

Queda hecho el depósito que marca la ley 11723.

Impreso en Mendoza – Argentina.

Primera edición: abril de 2024.

I.S.B.N.: 978-987-4971-77-7

Miembro de



Reservados todos los derechos. No está permitido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir ninguna parte de esta publicación, cualquiera sea el medio empleado – electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

Al trabajo en conformidad con mi deseo.

A Felipe, mi compañero de ruta.

*A mis padres, quienes me transmitieron la inquietud por el
aprendizaje y el conocimiento.*

A mis amigas, por su inquebrantable compañía.

Índice

Introducción.....	13
Capítulo I: Psicoanálisis y ley de salud mental	17
I.1. Introducción	17
I.2. Recorrido histórico	18
I.3. Noción de la ley de salud mental	22
I.3.1. Paciente como sujeto de derechos.....	27
I.3.2. Algunas reflexiones sobre la ley de salud mental	29
Capítulo II: Psicoanálisis y hospital público general.....	35
II.1. Introducción	35
II.2. El hospital como instrumento terapéutico	35
II.3. Psicoanálisis en la institución hospitalaria.....	38
II.3.1. El discurso psicoanalítico en el hospital.....	43
II.3.2. El practicante del psicoanálisis en el hospital público general	46
Capítulo III: La urgencia psíquica	49
III.1. Introducción.....	49
III.2. ¿Qué es la urgencia para el psicoanálisis?.....	49
III.2.1. Localización de la urgencia	59
III.2.2. Dimensión del tiempo en la urgencia	60
Capítulo IV: Angustia y pasaje al acto.....	63
IV.1. Introducción.....	63
IV.1.1. La angustia según Freud	64
IV.1.2. La angustia según Lacan.....	70
IV.1.3. Manifestaciones de la angustia: pasaje al acto.....	76

Capítulo V: ¿Cómo trabaja el practicante del psicoanálisis en el hospital público general?	83
V.1. Introducción	83
V.1.1. La función deseo del analista	83
V.2.2. Los cuatro discursos como posiciones discursivas en el hospital público general	89
Capítulo VI: El acto analítico	95
VI.1. Introducción	95
VI.1.1. El acto analítico	95
Conclusiones.....	103
Referencias Bibliográficas.....	111

Introducción

El libro que tienes ahora en tus manos se basa en mi trabajo de tesis para la Maestría en Psicoanálisis, realizado en la Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología en la provincia de Mendoza, en septiembre de 2022. La tesis lleva por título “Consideraciones sobre el abordaje de la urgencia desde una perspectiva psicoanalítica: articulación con la ley de salud mental y su aplicación en el hospital público general”.

Durante varios años, una pregunta específica ha guiado mi labor profesional como practicante del psicoanálisis en el hospital público y ha sido el impulso para investigar y desarrollar esta obra. La pregunta es: “¿Cómo pensar y abordar a la urgencia psíquica desde la clínica psicoanalítica en el hospital público general en el marco de la ley de salud mental?”

Con la sanción de la Ley Nacional N° 26.657 en Argentina en el año 2010, se establece el derecho de todas las personas a recibir atención en salud mental, reconociendo a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho. A partir de entonces, la atención en salud mental se ha extendido a centros de salud y hospitales generales de la comunidad.

El espíritu de la norma es fomentar una visión integral de la salud mental que va más allá del ámbito médico-psiquiátrico, incorporando aspectos psicológicos, así como las dimensiones sociales y culturales y dando cabida a una perspectiva basada en derechos. Es reconocido que el ámbito normativo, en su naturaleza específica, se distingue por una lógica de lo general, es decir, legisla con un enfoque de “para todos”, buscando asegurar su efectiva implementación.

En el campo del psicoanálisis, se valora especialmente el aspecto singular que comporta a cada caso, enfocándose en la particularidad y singularidad

de cada subjetividad, en lo único e inédito del discurso de cada sujeto, así como en el deseo de cada uno. Jacques Lacan, siguiendo las enseñanzas de Sigmund Freud, señala esto claramente: “el análisis como ciencia es siempre una ciencia de lo particular”. Según Lacan, cada análisis representa un caso particular y único, aunque estos casos, en su especificidad, puedan también dar lugar a ciertos aspectos de generalidad.

En su obra *Nuevos caminos de la terapia analítica*, Freud anticipó la posibilidad de desarrollar una práctica terapéutica capaz de extender su eficacia a grandes grupos de personas, subrayando los futuros avances en nuestra terapia. Postuló que eventualmente la conciencia moral de la sociedad reconocerá que los menos afortunados tienen tanto derecho a la terapia psíquica como al acceso a la cirugía básica. Preveía que estos tratamientos serían gratuitos y mencionó que pasaría tiempo hasta que el Estado asumiera estos deberes como obligatorios. En ese momento, surgiría la necesidad de adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones. Freud afirmó que, independientemente de cómo evolucione esta psicoterapia popular y de los elementos que la conformen, no cabe duda de que los componentes más eficaces y fundamentales continuarán siendo aquellos derivados del psicoanálisis riguroso, libre de cualquier sesgo partidista.

El hospital público es una de las instituciones organizadas por el Estado para satisfacer las necesidades de la población, proporcionando asistencia gratuita a cualquier persona que requiera atención y tratamiento en el ámbito de la salud. En este contexto, el psicoanálisis se incluye entre las prácticas psicoterapéuticas disponibles para la comunidad.

Es importante reconocer que el hospital representa un espacio institucional donde predomina el discurso médico. Por ello, es esencial establecer una distinción clara: el psicoanálisis y la medicina representan dos prácticas distintas, dos modos discursivos de hacer con lo real. En el psicoanálisis, el enfoque se centra en “el sujeto”, mientras que, en la medicina, la atención se dirige a “la enfermedad, al cuerpo”.

Para conceptualizar la práctica psicoanalítica dentro de una institución, es crucial plantearse las siguientes preguntas: “¿Cuáles son las condiciones necesarias para desarrollar una teoría y práctica psicoanalítica en la institución?”

y “¿Cómo abordar la praxis del psicoanálisis en un entorno donde la institución se fundamenta en el discurso médico y en principios universales?”

Además, es necesario considerar el cambio de paradigma propuesto por la Ley 26.657, que establece que la atención de las urgencias de salud mental debe llevarse a cabo en el hospital público general. Esto conlleva la aparición de nuevas preguntas: “¿Cómo pensar la intervención y el abordaje del analista en la urgencia de salud mental?”, “¿Qué considera el psicoanálisis como urgencia psíquica?”, y “¿Cómo intervenir en la urgencia teniendo en cuenta la atemporalidad del inconsciente y los tiempos de la institución hospitalaria?”

El progreso de la salud mental en el ámbito hospitalario representa un desafío significativo para los psicoanalistas. Este contexto suscita un debate en torno a varias cuestiones: si el psicoanálisis es viable en un hospital público general o si debe ser una práctica exclusiva de consultorios privados; cómo se pueden conciliar el discurso analítico y el médico; cuáles son las consideraciones prácticas y éticas del psicoanálisis en el entorno hospitalario; y cómo se aborda la salud mental en el marco de la ley de salud mental.

En consecuencia, el verdadero valor de este libro yace en su capacidad para evidenciar la viabilidad del psicoanálisis como práctica en el ámbito de la institución hospitalaria, alineándose con la ley de salud mental. Este libro no solo argumenta con solidez esta posibilidad, sino que también ilumina, con gran claridad, cómo la función deseo del analista y el acto analítico pueden ser herramientas cruciales para abordar eficientemente las urgencias psíquicas. Su contenido es de inestimable valor no solo para los profesionales en el campo de la salud mental, sino también para un público más amplio interesado en comprender las complejidades y aplicaciones prácticas del psicoanálisis en contextos institucionales. Esta obra es, por tanto, una lectura esencial que ofrece perspectivas novedosas y profundas, invitando a una reflexión más amplia sobre la relevancia y el impacto del psicoanálisis en la atención moderna de la salud mental.

Capítulo I: Psicoanálisis y ley de salud mental

I.1. Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) establece un marco que asegura que todas las personas tengan el derecho a recibir atención adecuada y en el momento apropiado en relación con la salud mental. Esta ley da particular énfasis al reconocer a quienes enfrentan dificultades psíquicas, considerándolos como sujetos con derechos completos. Además, promueve una estrategia que se centra en el abordaje comunitario¹.

Dentro del mundo de la salud mental, el psicoanálisis ocupa un lugar especial. Se trata de una disciplina que se sumerge en el complejo universo del inconsciente humano. Por ello, se ha integrado en los programas de salud mental y se presenta como una de las terapias disponibles para la comunidad. La esencia del psicoanálisis radica en desentrañar y trabajar con el inconsciente, convirtiéndose así en su principal aporte en el contexto terapéutico de la salud mental. Este enfoque permite, mediante el psicoanálisis, construir un saber sobre el inconsciente a partir de cada caso.

Con esta información como base, emerge una pregunta crucial: ¿Cómo debemos interpretar la ley de salud mental y su impacto en la práctica del psicoanálisis?

1 La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) destaca la importancia de ver a las personas con problemas psíquicos como sujetos con derechos y aboga por un enfoque comunitario para su atención.

I.2. Recorrido histórico

Comenzando, es valioso entender el término “salud mental”, que abarca diversas interpretaciones. Por un lado, se considera a la salud mental como lo contrario a una enfermedad mental. Además, se refiere al ámbito de la salud mental como un campo amplio, heterogéneo, con múltiples disciplinas y sectores involucrados, que incluye enfoques particulares en salud mental dentro del área general de salud². Usaremos esta segunda definición para situarnos en cómo surgió la salud mental y la legislación actual.

La idea de salud mental nace del movimiento higienista, cuyo propósito era prevenir problemas de salud en la sociedad. En Argentina, en 1927, se conoce la de Fernando Gorriti para formar la Liga de Higiene Mental. Esta propuesta estaba enfocada en modernizar la atención a las personas con trastornos mentales. Luego, en 1929, Gonzalo Bosch funda la Liga Argentina de Higiene Mental, con raíces firmes en la psiquiatría. Esta Liga enfatizó la importancia de un diagnóstico temprano y la atención ambulatoria de las enfermedades mentales³.

Se diseñó un plan de intervención dirigido a la comunidad, con el propósito de prevenir ciertos factores, tanto sociales como biológicos, que pudieran llevar a la locura, como en situaciones relacionadas con el alcoholismo o las enfermedades venéreas. Con este fin, se consideró esencial actuar en contextos sociales y culturales y contar con el apoyo de instituciones sociales. Dentro de estas intervenciones, se abordaron áreas como la atención a psicopatías, asuntos de inmigración, higiene en el ámbito industrial y profesional; enfermedades como la sífilis, problemas de alcoholismo y toxicomanía; aspectos como la organización científica laboral y la psicotécnica; y cuestiones sociales como el vagabundaje, la delincuencia, cuidados enfocados en la infancia, campañas de concienciación y la higiene sexual, entre otros aspectos⁴.

2 (Vainer, 2014).

3 (Dovio, 2017). El movimiento higienista y las ligas de higiene mental en Argentina jugaron un papel importante en la evolución y modernización del tratamiento y la atención de las enfermedades mentales.

4 (Dovio, 2017). El enfoque integrador para prevenir la locura incluyó diversas áreas, desde la salud mental hasta cuestiones sociales más amplias, con el objetivo de proporcionar un cuidado completo y efectivo.

En 1949, la salud en Argentina experimentó un significativo viraje. Este año marcó un progreso notable en el sistema de atención médica con la instauración de la Secretaría y la inauguración del primer Ministerio de Salud del país. Esta nueva etapa estuvo liderada por el Dr. Ramón Carrillo, quien tomó el cargo de primer secretario, con una posición equivalente a Ministro. Bajo su gestión, se implementaron profundas reformas en el ámbito de la salud pública. Carrillo propuso dejar atrás la beneficencia y caridad, reafirmando la atención médica como un deber ineludible del Estado hacia sus ciudadanos. Con este enfoque, emprendió una reestructuración de los centros de internación, con el objetivo de que los pacientes estuvieran más integrados a sus comunidades y familias. Esta estrategia buscaba prevenir la cronificación de las afecciones, impulsando la internación en hospitales generales. Adicionalmente, Carrillo diseñó un sistema de atención temprana en centros especializados en psiquiatría preventiva, vistos como entidades clave para la prevención de trastornos mentales, y estableciendo espacios dedicados a tratamientos ambulatorios⁵.

Varios años después, específicamente en octubre de 1957, se fundó el Instituto Nacional de Salud Mental. Este organismo quedó bajo la jurisdicción del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, reemplazando a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental. Los objetivos principales de este instituto eran prevenir trastornos neuropsiquiátricos, impulsar la investigación científica en este campo, ofrecer atención integral a quienes padecen de enfermedades mentales y apoyar en la recuperación y reintegración social de estos pacientes. Paralelo a este avance, en el sector educativo, se establecieron nuevas carreras universitarias en la Universidad de Buenos Aires, como Sociología, Psicología, Antropología y Ciencias de la Educación⁶.

Se formó un Consejo Nacional de Salud Mental integrado por Mauricio Goldemberg, Jorge García Badaraco y Raul Usandivaras. Estos expertos

5 (Falcone, 2010). Las reformas propuestas por Carrillo se orientaron hacia un enfoque más integral y comunitario en salud mental, priorizando la prevención y la conexión del paciente con su entorno.

6 (Falcone, 2010). La creación del Instituto Nacional de Salud Mental y la introducción de nuevas carreras en la Universidad de Buenos Aires (UBA) reflejan el creciente interés y compromiso con la salud mental y disciplinas afines en esta época.

diseñaron el proyecto de reglamentación orgánico-funcional para definir la estructura y funciones del Instituto Nacional de Salud Mental, basándose en las directrices y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A raíz de esta reforma, se propuso establecer servicios especializados en psicopatología tanto en hospitales generales como en centros de salud mental ubicados en zonas periféricas. Este cambio significó una renovación en el enfoque tradicional de la atención en instituciones psiquiátricas, y sus impactos son todavía notables hoy día. Como pionero en adoptar este enfoque, en 1948, se fundó el Centro de Salud Mental N° 3 “Arturo Ameghino”. Una década después, en 1958, se inauguró el Servicio de Psicopatología en el Hospital Evita de Lanús, bajo la dirección de M. Goldemberg⁷.

Así, se evidencian transformaciones significativas en la perspectiva de la Salud Mental. Se destaca que la implementación de nuevos sistemas de salud buscaba minimizar la hospitalización de los pacientes y fomentar su atención en consultorios externos, promoviendo al mismo tiempo el bienestar y la prevención. Además, se comienza a pensar en la enfermedad desde la óptica de lo “sano y no desde lo enfermo”. Es relevante señalar que se sustituyó el concepto de “higiene mental” por “salud mental”, lo que reflejó un enfoque en el que tanto la salud como la enfermedad se ven como fenómenos intrínsecamente sociales y colectivos. Se empieza a entender la atención médica no solo como una demanda sino como una necesidad esencial para toda la población. En consecuencia, se enfatiza la integración de los profesionales en la comunidad, mediante la labor en centros de salud mental y hospitales de día, entre otros. Esto representa una renovada y distinta manera de abordar la salud mental.

Durante los años 70, los enfoques en hospitales generales ya se habían consolidado, lo que permitió la expansión de actividades grupales y comunitarias destinadas al cuidado de la comunidad. En ese período, se conformó la Confederación de Psicólogos en Argentina. Fue en una reunión realizada en Córdoba el 13 de octubre de 1974, donde se estableció el “Día del Psicólogo”.

7 (Falcone, 2010). Estos avances en salud mental en Argentina reflejan un cambio en la perspectiva y en la forma de abordar y tratar las afecciones mentales, priorizando un enfoque más integrador y cercano a la comunidad.

A pesar de los progresos realizados, el avance en salud mental en Argentina sufrió un grave revés con el golpe militar ocurrido el 24 de marzo de 1976. Con la instauración del terrorismo de Estado, muchos de los logros y servicios en salud mental, como las comunidades terapéuticas, la atención en hospitales generales, los centros de salud mental y las iniciativas comunitarias y barriales, se vieron interrumpidos y muchos cerraron. Se prohibieron expresamente las reuniones de más de tres personas, lo que llevó a que los tratamientos grupales casi desaparecieran. Los centros de salud mental más innovadores sufrieron ataques directos.

La dictadura intensificó sus esfuerzos, buscando dismantelar la formación de aquellos conocidos como “trabajadores en salud mental”. Esto llevó a la intervención directa en universidades y al cierre de muchas facultades. Como resultado, muchos profesionales y estudiantes desaparecieron o se vieron forzados al exilio. Este embate no solo afectó la práctica, sino también las teorías en salud mental. Lo que prevaleció fue una tendencia hacia una psiquiatría más biológica y centrada en el modelo manicomial⁸.

Con la vuelta de la democracia a finales de 1983, comenzó una renovación en el sector de salud mental. Se establecieron directrices para un plan nacional liderado por Mauricio Goldenberg, quien había buscado refugio en Venezuela debido al golpe militar. Uno de sus seguidores, el psicoanalista Vicente Galli, asumió la responsabilidad de la Dirección Nacional de Salud Mental. Gradualmente, y con un avance pausado, el área de salud mental empezó a recuperar y reafirmar su posición y espacio.

Al avanzar la década, se establecieron importantes regulaciones jurídicas que promovieron cambios en el ámbito de salud mental. En 1991, aparecieron los “Principios para salvaguardar las enfermedades mentales y potenciar la atención en salud mental”, y además, “Las directrices uniformes sobre la equidad de las personas con discapacidad”. Simultáneamente, en el contexto latinoamericano, se ratificó la “Declaración de Caracas”, durante la conferencia centrada en la transformación de la atención psiquiátrica en América Latina, auspiciada por la

8 (Vainer, 2009).

OMS, donde Argentina participó activamente. Estos principios fundamentales se reflejan en la actual Ley Nacional de Salud Mental⁹.

En 2001, después de la crisis financiera, se continuaron haciendo progresos en el ámbito de la salud mental. Surgieron protagonistas significativos: las organizaciones de derechos humanos y grupos de usuarios y sus familias. Estos grupos desempeñarían un papel crucial en la elaboración de la legislación nacional¹⁰.

Tras un extenso período de discusiones y esfuerzos, en noviembre de 2010, se promulgó la Ley Nacional N° 26.657. Esta ley adapta la normativa Argentina a los principios y acuerdos internacionales sobre derechos humanos, a los que Argentina está suscrita. Según la Corte Suprema de Justicia de la Nación, esta ley define las bases de derechos y garantías para quienes utilizan los servicios de salud mental. Su aprobación fue el resultado de intensas deliberaciones con expertos en salud mental y derechos humanos, tanto locales como internacionales, así como con autoridades y legisladores a nivel nacional, provincial y municipal.

I.3. Noción de la ley de salud mental

La aprobación de la Ley Nacional N° 26.657 en 2010 marcó un hito en el enfoque sobre la salud mental, estableciendo que cada individuo tiene el derecho inalienable a obtener atención en salud mental y adicciones, asegurando que este cuidado sea brindado con dignidad, respeto y equidad¹¹. Dentro de este marco, la responsabilidad del Estado es garantizar que cada persona reciba una atención personalizada en un ambiente adecuado, priorizando modalidades de atención que estén arraigadas en la comunidad donde el individuo lleva a cabo su vida cotidiana.

9 (Stolkiner, 2016).

10 Las organizaciones de derechos humanos y las de usuarios y familiares desempeñaron un papel vital en la defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental, subrayando la importancia de tratarlas con dignidad y respeto.

11 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

El Ministerio de Salud ha delineado un modelo de atención con el objetivo de abordar de manera eficaz las necesidades de salud mental de la nación, alineándose con las directrices de entidades internacionales y con esta ley. Esta propuesta enfatiza la importancia de honrar y promover los derechos de los individuos, sus familias y comunidades.¹²

Este modelo propone un enfoque centrado en la promoción de la salud y los cuidados, enfatizando la prevención, la atención adecuada y la rehabilitación psicosocial. Se destaca por su abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial, poniendo especial énfasis en las personas. Considera con profundidad la interacción y complejidad de los procesos de salud–enfermedad–atención–continuidad de cuidados en el entorno donde las personas viven su día a día. Es fundamental reconocer que las cuestiones de salud mental son intrincadas, con diversas dimensiones, y están influenciadas por una serie de factores sociales en la comunidad¹³.

La reciente perspectiva presentada en la ley introduce innovaciones significativas en el ámbito de la salud mental. Esta visión considera la salud mental de manera integral, incorporando la dinámica de salud-enfermedad con la comunidad, el entorno geográfico y el día a día del individuo. Esto sugiere un replanteamiento en cómo se aborda al paciente de salud mental. La legislación enfatiza el derecho a la identidad, resaltando la importancia de preservar la historia personal de los sujetos y sus conexiones sociales. Además, promueve la protección de las identidades étnicas, culturales, religiosas, de género y otras identidades colectivas. Es esencial reconocer que, al considerar las cuestiones de salud mental como complejas y multidimensionales, su tratamiento y atención no se limitan únicamente al campo psiquiátrico, sino que involucra y se entrelaza con diversos campos del conocimiento y especialidades¹⁴.

Para el progreso de un enfoque comunitario en salud mental, es esencial establecer una red de atención basada en la comunidad. Esto significa que los

12 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

13 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

14 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

usuarios deben tener acceso a atención cerca de sus hogares. Dicha propuesta se aplica a los tres subsectores del sistema de salud y conlleva la creación de una serie de efectores conectados en red. Estos incluyen equipos interdisciplinarios de salud mental en centros de salud de primer nivel, servicios de salud mental en hospitales generales, sanatorios y policlínicos (que ofrecen atención ambulatoria, atención de urgencias las 24 horas, consultas interdisciplinarias e internaciones). Además, se consideran centros de día comunitarios, hospitales de día y nocturnos, distintos tipos de programas para la inclusión en el ámbito laboral, espacios habitacionales con varios niveles de apoyo, iniciativas que integran arte y salud mental, entre otros recursos¹⁵.

Los profesionales del psicoanálisis que trabajan en el ámbito de la salud se enfrentan a un desafío renovado. El trabajo interdisciplinario y en red requiere la integración y comunicación con otras áreas de conocimiento, prácticas y disciplinas. Además, deben adaptarse y responder a las directrices y marcos establecidos por cada institución. Esto invita a los profesionales a reconsiderar y flexibilizar las fronteras de sus propias disciplinas.

Es esencial que todos los servicios mencionados estén coordinados y alineados con cada plan terapéutico ampliado, donde el paciente y sus relaciones juegan un papel fundamental. Para lograrlo, estas estructuras deben estar equipadas con todo lo necesario, incluyendo un equipo multidisciplinario, medicamentos, herramientas, instalaciones adecuadas, entre otros. Esto supone una mayor inversión en el área y una redistribución de recursos desde las actuales instituciones especializadas hacia estos componentes de la red¹⁶.

La meta principal de esta red es reemplazar progresivamente las instituciones monovalentes. La idea central es ofrecer soluciones de salud a quienes utilizan los servicios de salud mental, manteniendo sus relaciones cercanas y asegurando el acceso a los cuidados esenciales, coordinando estos con los cuidados no formales. Esta iniciativa busca la inclusión y el apoyo de aquellos con trastornos psíquicos en la comunidad, reconociendo que cada persona es sujeto de derechos y enfatizando la importancia de la diversidad.

15 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

16 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

La decisión de reemplazar gradualmente los manicomios se basa en la perspectiva de la ley de considerar al individuo con un trastorno psíquico como un sujeto con derechos, buscando erradicar la estigmatización, el confinamiento, la supervisión e incluso el castigo que caracterizan al modelo manicomial. Por lo tanto, tratar la salud mental en hospitales generales asume que todas las personas tienen capacidad y posibilidad de rehabilitación psicosocial. El propósito es superar la cronificación y la estigmatización, así como reducir las deficiencias del modelo manicomial en la atención.

Desde el punto de vista sanitario, contar con un servicio de salud mental en un hospital general es beneficioso. Esto es porque permite una visión más completa de los problemas de salud, facilita las interconsultas y refuerza la continuidad en los tratamientos. Además, optimiza la atención en situaciones de urgencia y reduce los periodos de internación, impulsando así una mayor integración en la comunidad¹⁷.

Es esencial que el equipo de atención sea interdisciplinario. Debe estar conformado por un/a médico/a psiquiatra, un/a psicólogo/a, un/a trabajador/a social, enfermero/a especializado en salud mental y personal terapéutico. Es vital también tener profesionales centrados en la salud mental infanto-juvenil y que el equipo tenga la habilidad para llevar a cabo intervenciones en la comunidad¹⁸.

El enfoque de incorporar un equipo interdisciplinario en el tratamiento se alinea con la visión integradora que promueve la ley, extendiendo la atención más allá de un mero diagnóstico médico, incorporando expertos de diversas áreas que contribuyen desde su especialidad. De esta forma, se reconocen y abordan los diversos factores que están entrelazados en cualquier situación de salud mental. Esta perspectiva refleja claramente la esencia de la legislación, que busca tratar los desafíos de la salud mental de manera comprensiva y abarcadora¹⁹.

17 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

18 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

19 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Un servicio de salud mental debería ofrecer una gama completa de atenciones, cubriendo todas las etapas posibles del tratamiento del usuario: desde la recepción y admisión, pasando por la atención interdisciplinaria de las urgencias las 24 horas, la internación, la atención de demanda espontánea, atención ambulatoria programada, psicoterapia individual y grupal, tratamiento psicofarmacológico, consultas con otros especialistas, hospital de día, hasta evaluaciones integrales para determinar el mejor plan de acción para cada individuo. Este plan debería ser elaborado en conjunto con el propio paciente y aquellos cercanos a él que sean relevantes. Es crucial mantener la conexión con los equipos de salud con los que el paciente ha tenido contacto previo, para garantizar una transición fluida y una colaboración efectiva, ya sea durante la hospitalización o el tratamiento externo. Se deben adaptar y ofrecer las asistencias necesarias según la situación individual, como cuidados de enfermería, procesos de desintoxicación, apoyo terapéutico continuo y seguimiento, coordinando con otros centros de atención y organizaciones comunitarias relevantes para cada caso. Además, es esencial poder proporcionar atención de la urgencia a domicilio.²⁰

El éxito de la ley radica en el marco que propone, ofreciendo una solución al desafío de la salud mental centrándose en proteger y asegurar los derechos humanos. Esta perspectiva también se basa en un enfoque interdisciplinario y completo respecto a la salud y la salud mental, y en la colaboración activa entre organismos públicos y comunidades. Esta colaboración es coordinada por la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, que actúa como autoridad en la materia.

La ley enfatiza que la salud mental es el resultado de una combinación de factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicosociales. Se destaca la importancia de reconocer los derechos de aquellos con afecciones mentales y de considerar a las personas en su totalidad. También se abordan prácticas para reducir daños relacionados con adicciones y se busca desmantelar prejuicios y actitudes discriminatorias. Se promueve la restauración y fortalecimiento de relaciones sociales, se da relevancia a la participación de familiares y amigos cercanos, y se subraya la importancia

20 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

de equipos interdisciplinarios. Además, se señala que los hospitales generales deben ser la principal referencia para internaciones, ya sean voluntarias o involuntarias. Todo esto refleja la esencia y el propósito de la ley²¹.

I.3.1. Paciente como sujeto de derechos

La ley de salud mental marcó un hito en la percepción de las personas con trastornos psíquicos. Uno de sus avances más significativos es el reconocimiento del paciente de salud mental como un “sujeto de derecho”. Es esencial entender la diferencia entre el concepto de “sujeto” en el psicoanálisis y el “sujeto de derecho”.

El *Diccionario Panhispánico del Español Jurídico* (2020) define al “sujeto de derecho” como la persona individual, colectividad o entidad que legalmente posee capacidad jurídica. La capacidad jurídica de un sujeto significa que tiene el derecho de poseer derechos y actuar en función de ellos. Además, incluye la facultad de recurrir a los tribunales si esos derechos se ven comprometidos.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Lacan tiene una visión particular sobre la noción de sujeto. Él aclara que el sujeto es un resultado del lenguaje. Es común escuchar que el sujeto es “hablado” incluso antes de nacer. Más específicamente, Lacan sugiere que el sujeto está situado antes de su propia existencia²².

Darío Groel, al abordar el concepto de sujeto en el psicoanálisis, establece lo siguiente (2018):

Se podría decir que es eso que emerge como efecto ahí donde el inconsciente divide la ex-sistencialidad del ser. Es una consecuencia del inconsciente que queda condenada a la efímera evanescencia de su pulsación. La afánisis, en tanto desaparición, es su condición de estructura. (p.26)

21 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

22 (Lacan, 1964/2015).

Esencialmente, el sujeto es el sujeto del inconsciente. Es decir, es un efecto del inconsciente. Sin el inconsciente, no hay posibilidad alguna de sujeto. Ahora, si el sujeto es una consecuencia del significante, surge la pregunta: ¿qué es exactamente un significante? Pues bien, el significante es el punto de partida. Lacan define al significante como aquello que representa a un sujeto ante otro significante. Así, el sujeto surge de la interacción representativa entre dos significantes. Dependiendo de cómo se articulen estos términos, podemos interpretar el efecto de sentido que normalmente se denomina como “significado”²³.

Dentro del marco de la ley de salud mental que define al individuo como “sujeto de derechos”, surge una cuestión esencial: ¿Puede el sujeto que busca atención en salud ser reconocido en su singularidad? La respuesta es afirmativa. En términos generales, la ley no delimita rígidamente la práctica ni la labor del profesional. Esto permite que el especialista tenga la libertad de actuar e intervenir según los criterios que estime apropiados para cada situación. No obstante, siempre debe hacerlo bajo el resguardo de la ley, que protege los derechos del paciente y orienta su proceder. Por ello es vital tener en cuenta la distinción entre la concepción de sujeto en el psicoanálisis y la de sujeto de derecho.

Groel (2018) sostiene que la esencia del sujeto del inconsciente radica en su naturaleza efímera; el sujeto es intangible, distinto al individuo, siendo un mero efecto del lenguaje. En contraposición, el sujeto definido por la ley de salud mental es alguien que puede ostentar derechos. Sin embargo, esta definición no impide el abordaje desde el psicoanálisis que se centra en el sujeto del inconsciente.

Así, la noción de “sujeto de derechos” no solo enfatiza que el paciente de salud mental tiene el derecho a ser atendido en un hospital general. También subraya que tiene el derecho a optar por el tratamiento terapéutico que más resguarde sus derechos y libertades, contribuyendo a su integración en el ámbito familiar, laboral y comunitario. Adicionalmente, tiene el derecho a contar con el apoyo de sus seres queridos antes, durante y después de su

23 (Lacan, 1946/2015).

tratamiento, y a participar en decisiones vinculadas con su atención, según sus capacidades. No debe ser sometido a investigaciones clínicas ni a tratamientos experimentales sin su aprobación, y es esencial que no vean su condición mental como un estado inmutable. Más aún, tiene el derecho a ser reconocido y tratado bajo la perspectiva psicoanalítica, como un sujeto del inconsciente²⁴.

La idea del “sujeto del inconsciente” no contradice la noción de “sujeto de derechos” presentada en la ley de salud mental. Esta coexistencia de conceptos permite que el psicoanálisis, junto con otros enfoques, se integre en las intervenciones que diferentes hospitales ofrecen, adaptándose a sus capacidades y recursos.

I.3.2. Algunas reflexiones sobre la ley de salud mental

La ley tiene como objetivo principal garantizar la protección de la salud mental de todas las personas, respetando al mismo tiempo los derechos humanos de aquellos que enfrentan desafíos mentales. Esto se traduce en la mejora de las condiciones de vida para los pacientes del sistema de salud mental y en fomentar su inclusión en la sociedad.

Al abordar el contenido de la ley, es fundamental entender que el propósito de una legislación es establecer derechos y obligaciones para todos los ciudadanos por igual. Bajo este marco legal, cada ciudadano es visto de la misma manera. Esto nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta: ¿cómo se concilia la práctica y la ética del psicoanálisis? Dado que la ética de esta disciplina se centra en el deseo individual y en la verdad única de cada “sujeto”.

A continuación, mencionaremos algunos artículos de la ley que reflejan el cambio de enfoque que introduce en el ámbito de la salud mental y cómo afecta a la práctica y responsabilidad del profesional del psicoanálisis.

24 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Artículo 1º:

La presente ley 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. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p. 8)

El primer artículo destaca una transformación esencial que introduce la ley: ya no ve al paciente de salud mental como alguien ajeno a sí mismo o “alienado”, sino como un “sujeto de derechos”, con pleno derecho a la salud.

Artículo 3º:

Se reconoce a la salud mental como un 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. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p. 10)

Entender la salud mental de manera integral implica reconocer que la “salud mental” está comprometida por diversos componentes. Esto significa que se ve afectada por diferentes áreas en su enfoque: médico-psiquiátrico, psicológico, social, cultural y de derechos. Por lo tanto, se expanden las opciones de tratamiento y atención para los usuarios.

Para aquellos que practican el psicoanálisis, este enfoque respeta su ética, práctica y praxis, permitiéndoles trabajar con la singularidad y subjetividad de cada paciente.

Esta perspectiva integral también se refleja en el artículo 4º, que señala que las adicciones deben tratarse como un aspecto fundamental de las políticas de salud mental. La atención de las personas con problemas de salud mental y adicciones debe ser proporcionada por un equipo de profesionales de distintas disciplinas²⁵.

Es así que en el **artículo 5º** se dispone que:

25 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p. 11)

Es decir, el diagnóstico se basa en una evaluación individualizada de la persona y el momento específico que vive, teniendo en cuenta la singularidad y subjetividad de cada caso. La evaluación por un equipo interdisciplinario permite integrar y combinar diferentes perspectivas, teorías, métodos y conocimientos profesionales. Estos no solo provienen del ámbito médico-psiquiátrico, sino también de otras disciplinas involucradas en la salud mental, como la psicología, el trabajo social, la enfermería y la terapia ocupacional, entre otras.

De acuerdo con el Artículo 7°, se destaca que el Estado Argentino reconoce a las personas que experimentan padecimientos mentales los siguientes derechos:

A recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia y su historia; a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares o por quien la persona con padecimiento mental designe; a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; del asistido a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; a que en caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; a ser informado adecuadamente y comprensiblemente de sus derechos y de todo lo inherente a su salud y tratamiento incluyendo las alternativas para su atención; a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; a recibir un tratamiento personalizado, en un ambiente apto con resguardo de su intimidad; a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; a no ser sometido a trabajos forzados; a recibir una justa compensación por su tarea en caso

de participar de actividades que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p. 12)

Conforme con lo expuesto, se resalta que el especialista tiene la libertad para seleccionar el enfoque terapéutico que considere adecuado para cada situación, permitiendo así un abordaje desde la perspectiva psicoanalítica. Además, el paciente tiene la capacidad de tomar decisiones en relación con el tipo de atención y tratamiento que recibirá. La ley resalta la importancia de que el paciente otorgue su consentimiento explícito para cualquier tratamiento propuesto. Si el paciente no puede dar su consentimiento, se toma en cuenta la opinión de sus representantes legales. Es esencial que el paciente sea informado de manera clara y detallada por el equipo interdisciplinario sobre su estado de salud, el tratamiento recomendado, los beneficios esperados y las posibles consecuencias de no seguir el tratamiento sugerido. De esta manera, se enfatiza la autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre su salud mental, promoviendo su responsabilidad e implicancia subjetiva.

Respecto de las internaciones, en el **Artículo 14°**:

Se considera a la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p. 21)

El enfoque de ver la internación como una herramienta terapéutica se aleja de la práctica del aislamiento en instituciones manicomiales. Esta internación es vista como un recurso terapéutico “restrictivo”, lo que significa que se deben explorar otras intervenciones terapéuticas antes de considerar la hospitalización.

Artículo 20°:

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p. 25)

La decisión de internación es tomada por el equipo interdisciplinario cuando se juzga que hay un peligro “real e inminente” para el individuo o para otras personas. Esto significa que se actúa cuando hay una amenaza que podría comprometer la vida o la seguridad física del individuo o de otros.

En los artículos mencionados, también se destaca que se respeta el juicio del especialista para su acción. Esto se basa en que el “equipo de salud” recurrirá a estos artículos considerando las características únicas de cada situación, siempre y cuando la situación lo justifique.

Artículo 23°:

el equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, una vez que cesa la situación de riesgo cierto e inminente. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010)

De este modo, el equipo tratante tiene la autoridad para determinar el alta, la externación o conceder permisos para salir, todo ello de forma conjunta y interdisciplinaria, siempre que se juzgue que el riesgo ha sido superado.

Artículo 28°:

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales y el rechazo de la atención de pacientes ya sea ambulatorio o en internación por tratarse de problemática de salud mental se considerará acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p. 30)

Se considera como un avance significativo la internación en hospitales generales privados o públicos. Esto se alinea con el objetivo de la ley de dismantelar prácticas segregacionistas y alienantes en los manicomios.

Para simplificar, la nueva ley de salud mental establece que el Gobierno debe asegurar la protección de la salud mental y el respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en el país. Estipula que todos los establecimientos de salud, sean públicos o privados, deben seguir los principios que la ley dicta. Además, asegura que las personas cubiertas por esta ley tienen derecho a una atención de salud social integral, centrada en el

ser humano, que sea gratuita, equitativa e igualitaria, con el fin de recuperar y mantener su bienestar. Por último, reconoce a las personas con problemas de salud mental como portadores de derechos.

La salud mental se entiende ahora como un proceso influenciado por factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Mantener y mejorar este aspecto implica un esfuerzo colectivo que está estrechamente relacionado con el cumplimiento de los derechos humanos y sociales de cada individuo. En vez de hablar de “enfermedad mental”, se prefiere el término “padecimiento mental”, que abarca cualquier forma de malestar psicológico. Este cambio busca alejarse de una perspectiva estrictamente científicista-biologista, propia del enfoque médico tradicional, y abrirse a un enfoque interdisciplinario de los desafíos de la salud mental.

Un punto clave a destacar es la incorporación de problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas dentro de las políticas de salud mental. Esto es esencial porque reconoce a los pacientes como portadores de derechos, evitando así su criminalización. Las intervenciones en estos casos abarcan métodos para reducir los riesgos y daños asociados al consumo, siempre considerando las características individuales de cada persona, independientemente de su adicción específica.

Sin duda, la reciente legislación representa un avance significativo. Establece una jurisdicción que defiende los derechos de todos aquellos que experimentan un padecimiento mental. Además, brinda a los profesionales de la salud mental la oportunidad de interpretar y aplicar esta ley, considerando las circunstancias específicas de cada persona y situación. Este progreso posibilita que los practicantes del psicoanálisis puedan desempeñarse bajo la premisa que fundamenta su ética: la relación con lo real. Esta base guía la postura ética del analista, permitiéndole abordar cada situación desde su particularidad y singularidad.

Por lo tanto, para quienes ejercen el psicoanálisis y se desempeñan en el ámbito de la salud mental, la ley N° 26.657 los concierne, sin excepción.

Capítulo II: Psicoanálisis y hospital público general

II.1. Introducción

Dentro de los hospitales públicos generales, los profesionales del psicoanálisis enfrentan un entorno complejo. No sólo interactúan con diferentes enfoques y discursos, sino que también deben navegar por las políticas y normativas que rigen estas instituciones. La naturaleza del dispositivo psicoanalítico y la ética que guía su aplicación se ven desafiadas al tener que ajustarse a un contexto que originalmente no fue diseñado ni pensando en su práctica. En medio de esta interacción, el psicoanalista debe adaptarse, no sólo para cumplir con las demandas de la institución, sino también para abordar adecuadamente las necesidades individuales de cada paciente. Por lo tanto, surge la cuestión de cómo integrar el psicoanálisis en este contexto hospitalario y qué límites y posibilidades presenta este entorno.

II.2. El hospital como instrumento terapéutico

En la Edad Media, el concepto de hospital difiere significativamente del que conocemos en la actualidad. En aquel entonces, no era un lugar primordialmente destinado a la atención médica a cargo de profesionales de la salud. En cambio, servía como un refugio para aquellos condenados a morir, para pobres enfermos,

y para alojar a personas marginadas, como los considerados locos y prostitutas. Se tenía la percepción de que los pobres podían ser portadores de enfermedades y, por ende, representaban una “amenaza” para el resto de la sociedad. Por ello, se veía necesario separarlos y apartarlos. Aquellos que atendían estos lugares no eran médicos o personal de salud, sino individuos, ya fueran religiosos o laicos, movidos por un sentido de caridad. Su objetivo principal no era curar el cuerpo, sino salvar el alma de los allí alojados y, al hacerlo, asegurar su propia salvación eterna. Como señala Foucault²⁶, el hospital de esta época actuaba como un espacio de segregación, marcando una clara línea de exclusión y separación entre sus habitantes y el resto de la sociedad.

En ese entonces, la práctica médica no se vinculaba directamente con el hospital. Los médicos no se formaban en hospitales, sino que obtenían su educación a través de la corporación médica. En lugar de trabajar en hospitales, el médico solía visitar a los enfermos en sus propios hogares, centrándose en atender crisis específicas. Analizaban los síntomas iniciales de un paciente para prever cuándo podría surgir una crisis. Con base en estos signos, el médico realizaba un pronóstico²⁷.

Por tanto, hasta alrededor del siglo XVIII, el ámbito hospitalario y la medicina eran ámbitos disociados. El hospital, como se señaló, funcionaba más como un espacio de segregación. Los médicos trabajaban por separado, lo que significa que en los hospitales de aquel entonces, no existía realmente una función médica integral. El concepto del hospital como un lugar de tratamiento y recuperación aún no se había establecido.

Entonces, ¿cómo emergió el concepto de medicina en el ámbito hospitalario?

El inicio de la medicina hospitalaria se asocia directamente con los hospitales marítimos. Según Foucault²⁸: “La formación de una medicina hospitalaria hay que atribuirle, por un lado, a la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario, y por el otro, a la transformación que en esa época experimenta la práctica de la medicina”.

26 (Foucault, 1978).

27 (Foucault, 1978).

28 (Foucault, 1978, p.67).

Entonces, la formación médica hospitalaria tiene sus raíces en los hospitales marítimos del siglo XVII, debido a que por medio de estos se traficaban mercancías, objetos preciosos y otros artículos. Los contrabandistas se disfrazaban de enfermos para eludir la aduana. Por esta razón, se instauraron inspecciones a las pertenencias de marineros y médicos. Si se descubría contrabando, los responsables eran sancionados, marcando así un primer paso hacia el control y la disciplina²⁹.

Por otro lado, hacia finales del siglo XVII, se introdujo el fusil en el ejército. Esto implicó capacitación y adiestramiento especializado para los soldados, incrementando su valor y los gastos militares. Dada la inversión realizada en la formación del soldado, su vida se volvía esencial. Por ello, en los hospitales militares empezó a ser crucial asegurar la supervivencia de los soldados.

En este contexto, se gesta una transformación tanto en el hospital militar como en el marítimo. Ahora, se enfatiza la observación y supervisión de los enfermos, y se introduce un mayor control en relación al tráfico de mercancías. Según Foucault, “la introducción de los mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital iba a permitir su medicalización”³⁰.

Dicho esto, surge una pregunta clave: ¿En qué momento el hospital comenzó a ser considerado como una herramienta de tratamiento y curación?

Alrededor de 1760, se crea una conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo y que se refleja en una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada de los hospitales³¹.

La combinación de intervenciones médicas y disciplinarias en el entorno hospitalario marca el inicio del concepto moderno de hospital médico. El surgimiento del hospital como herramienta de tratamiento requirió un cambio en cómo se organizaba y supervisaba a los pacientes. Bajo este nuevo paradigma, se priorizó la vigilancia y el registro detallado de cada paciente.

29 (Foucault, 1978).

30 (Foucault, 1978, p.67).

31 (Foucault, 1978, p.59).

Según Foucault, “desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria”³². Así, la visión anterior del hospital como lugar de segregación y tránsito hacia la muerte con connotaciones religiosas cede paso a un espacio claramente médico y centrado en el tratamiento.

Con lo expuesto en mente, y en relación con los propósitos de este trabajo, se plantean las siguientes preguntas: ¿cómo pensar la práctica del psicoanálisis en el contexto hospitalario como instrumento terapéutico? ¿Bajo qué condiciones se pueden establecer la teoría y la práctica psicoanalíticas dentro del marco hospitalario?

II.3. Psicoanálisis en la institución hospitalaria

En el ámbito de los hospitales, quienes practican el psicoanálisis se encuentran con un desafío: ¿de qué manera adaptarse a las regulaciones y estructuras ya establecidas en la institución? y, al mismo tiempo, ¿cómo dar apertura al espacio analítico?

Reflexionar sobre la implementación del psicoanálisis en los entornos institucionales, en particular en el hospital general público, conlleva a considerar el contexto donde tiene lugar. Es esencial recordar la ley de salud mental que, como se destacó previamente, aborda la salud mental desde una perspectiva integral.

Desde los comienzos del psicoanálisis freudiano, ha existido una profunda reflexión acerca de cómo los individuos se relacionan con la sociedad y sobre el malestar de los seres humanos en relación con su cultura, con la sociedad, con lo que los rodea. El autor consideraba que nuestro vínculo con la sociedad y la cultura en la que vivimos influye significativamente en nuestra psiquis.

32 (Foucault, 1978, p.70).

Según Freud, la sociedad actúa como un referente, un modelo, a veces como un adversario, y también como un objeto³³.

En obras como *Tótem y Tabú* (1913), *Psicología de las masas y análisis del yo* (1920-22) y *El malestar en la cultura* (1927-31), Freud exploró la psicología de las masas, el orden social, la biología y la historia, destacando cómo el psicoanálisis puede ser una herramienta para entender y abordar estos temas desde una perspectiva social. Estos trabajos buscan entender las problemáticas humanas dentro de sus contextos históricos y sociales. En otras palabras, el psicoanálisis no solo ayuda a entender la estructura social que puede causar malestar o síntomas en los individuos, sino que también propone soluciones para aliviar estos problemas.

El campo del psicoanálisis, desde sus inicios, ha dejado su huella en diversas instituciones. Tanto Freud como Lacan demostraron que es viable aplicar la práctica psicoanalítica en entornos hospitalarios. Freud, en su texto *Nuevos caminos de la terapia analítica* (1919), anticipó la eventualidad de un modelo terapéutico donde grandes grupos de personas podrían ser tratados. Imaginó un momento en el que la sociedad reconocería la necesidad de terapia mental para todos, independientemente de su estatus económico. Especuló que llegaría un día en que la terapia se ofrecería de manera gratuita, subrayando la idea de que eventualmente las autoridades verían este servicio como una responsabilidad esencial. Sin embargo, a pesar de los cambios en la forma en que se ofrecería la terapia, Freud enfatizó que el psicoanálisis, en su esencia, permanecería inalterado y alejado de influencias externas o tendencias partidistas.

El hospital público es uno de los lugares establecidos por el Estado para atender las necesidades de salud de la comunidad. Siguiendo la ley N° 26.657 garantizar la salud mental es un deber hacia todos los ciudadanos, y en este marco, el psicoanálisis se integra como una de las terapias disponibles para la gente.

Entonces, surge la pregunta: ¿cómo se da apertura al espacio analítico?

33 (Freud, 1921/2009).

Lacan reconoció la posibilidad de abordar a cualquier individuo simplemente porque presenta un malestar o porque alberga dudas sobre sí mismo o sobre su verdad, con la simple condición de que pueda hablar³⁴.

Hablar es propio del ser humano, es una manera de expresar el inconsciente. Esto basta para que el psicoanálisis prevalezca, para que haya un porvenir desde esa temporalidad del aquí y ahora de la palabra, que conlleva la actualidad del presente de lo que se dice y del inconsciente³⁵.

En este contexto, los psicoanalistas que trabajan en instituciones desempeñan su labor en hospitales generales de la comunidad. Estos establecimientos albergan diversas corrientes de pensamiento, siendo una de las más prominentes la medicina tradicional. Esta, con su enfoque primariamente biológico, promueve una concepción unificada de bienestar, a menudo tendiendo a categorizar a las personas de manera uniforme³⁶.

Belaga (2015) en su obra *La práctica del psicoanálisis en el hospital*, expone claramente que:

El término salud proviene del discurso médico que implica un completo estado de bienestar físico, mental y social. El psicoanálisis sostiene la tensión que existe entre lo universal de la salud y lo singular de cada uno, que hace obstáculo a la categorización y estandarización. El modo de gozar permite un lazo con el Otro y objeta lo universal del para todos debido a la singularidad del sujeto. El discurso psicoanalítico se enfrenta a un real que insiste, que no es programable y que se opone al discurso uniforme de la ciencia que se manifiesta en el uso de los manuales de psiquiatría y al consumo generalizado, tanto de objetos como de sustancias. (p.111 y 112)

De esta manera, el enfoque del psicoanálisis se contrasta con el discurso científico. Mientras que el último se enfoca en aspectos universales y generales, el psicoanálisis se centra en lo específico de cada individuo. Entonces, surge

34 (Lacan, 1953/2003).

35 (Lacan, 1953/2003).

36 (Belaga, 2015).

la pregunta: ¿cómo se aplica el psicoanálisis en el contexto de la salud mental en un hospital público?

Verónica Berenstein, autora del prólogo del libro *Esto no es un diagnóstico* de Adrián Scheinkestel (2017), sostiene que el psicoanálisis no se basa en una regla estándar para todos. Así, el diagnóstico se ve como una forma de combinar lo específico y lo general. Esta perspectiva hace que el psicoanálisis se distinga de las clasificaciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), donde la evaluación se aleja de la realidad tangible y tiende a descartar el juicio individual. Como Scheinkestel menciona en su libro: “el síntoma no es un diagnóstico y no puede entrar en una generalización, ya que es opaco a toda significación”³⁷

Así, en muchas ocasiones, cuando alguien se encuentra con un analista en un hospital, la intervención que apunta a lo “real” permite al consultante reconocer y considerar su dimensión subjetiva, dando lugar a una responsabilidad personal respecto a lo que le sucede³⁸.

En esta línea, el psicoanálisis ofrece al paciente un conocimiento sobre su propio padecimiento subjetivo. En palabras de Belaga (2015):

El psicoanálisis propone al sujeto la obtención de un saber sobre su miseria subjetiva, en relación a la posición libidinal frente al superyó de la época. Esta apuesta implica desprenderse del *furor curandis*, que en los tiempos actuales se transforma en apuros para concluir. Se apunta a que aquél que llega o que es traído en un momento de crisis pueda poner en palabras ese sufrimiento. Introducir en ese tiempo cronológico con ese tiempo libidinal en el que pueda aparecer la dimensión subjetiva de aquello que se presenta como ajeno. (p.90)

Conforme a Rubinstein³⁹, desde una perspectiva psicoanalítica, el hospital es visto como un instrumento diseñado para intervenir y lograr actos analíticos concretos. Aquí radica el desafío para el analista: no solo se trata de saber cómo actuar frente a la realidad palpable de la experiencia, sino también de cómo

37 (Scheinkestel, A., 2017, p.9).

38 (Scheinkestel, A., 2017).

39 (Rubinstein, 2004).

influir en el modo específico en que operan las instituciones y en el discurso que las permea y promueven.

Además, es importante tener en cuenta que las demandas en un hospital general son variadas. Estas pueden ir desde situaciones urgentes en la sala de emergencias, interconsultas de los servicios (como pediatría, medicina general, traumatología, cirugía, ginecología, obstetricia, kinesiología, fonoaudiología, y otros) hasta tratamientos psicológicos ambulatorios. También pueden incluir derivaciones de entidades como juzgados, Equipos Técnicos Interdisciplinarios (ETI), Área de la mujer, Área sanitaria y centros de salud, por mencionar algunos.

No obstante, Scheinkestel (2017) retoma las palabras de Freud, quien planteaba que existen tres tareas prácticamente imposibles: gobernar, educar y analizar. En esta línea, el autor aborda la cuestión del psicoanálisis en el hospital como una especie de labor intrínsecamente desafiante. Ante esto surge el interrogante: ¿cómo operar desde el discurso analítico frente a la paradoja de una práctica imposible en el marco del contexto institucional?

La respuesta yace en la ética que guía la práctica analítica. De esta manera, el trabajo en un servicio hospitalario de salud mental no se rige por “normas” preestablecidas. En cambio, se basa en trabajar con lo real, abordando cada situación de manera individual, atendiendo a la subjetividad del paciente, a la verdad inherente a cada sujeto y adaptándose a las particularidades de cada caso. Se trata de responder adecuadamente a las necesidades del paciente, adaptándose al marco institucional, a la legislación en salud mental y siempre siguiendo la ética que fundamenta el psicoanálisis.

Hablando sobre la ética en el psicoanálisis, es vital remitirse al *Seminario VII*, titulado *La ética del psicoanálisis* (1959/2015), donde Lacan ofrece una definición más profunda. Según él, la ética consiste en un juicio sobre nuestra acción. Esta evaluación solo es relevante si la acción en sí lleva un juicio, aunque sea implícito. Por lo tanto, la ética del psicoanálisis emerge porque el análisis aporta algo que sirve como criterio para nuestras acciones. Lacan lo resume con una pregunta central: “¿ha actuado en conformidad con el deseo que lo habita?”⁴⁰. Continúa argumentando “Propongo que de la única cosa de la que se

40 (Lacan, 1959/2015, p.384).

puede ser culpable, al menos en la perspectiva analítica, es de haber cedido en su deseo”⁴¹. De este modo, el psicoanálisis promueve una ética centrada en lo real. Esta ética enfatiza la responsabilidad de los actos del sujeto en relación con sus propios deseos. Es una ética que apunta a que advenga el sujeto en el acto mismo de hacerse cargo de ellas.

Por ello, es fundamental destacar que al practicar el psicoanálisis dentro de un entorno hospitalario, se presenta una notable tensión entre los principios éticos del psicoanálisis y la noción predominante de salud en dicho entorno, la cual abraza una perspectiva universal. De este modo, los profesionales del psicoanálisis en hospitales públicos enfrentan el reto constante de adaptarse y gestionar las distintas situaciones que se les presentan. Es un equilibrio delicado: por un lado, deben alinearse con las reglas y encuadre del hospital, y por otro, deben atender de manera individualizada la complejidad única de cada paciente.

Por consiguiente, la dirección que toma un profesional del psicoanálisis en el contexto hospitalario se basa en la ética que fundamenta su práctica. Mientras que la institución promueve un ideal que generalice a los individuos, la ética del psicoanálisis busca una interacción desde la subjetividad, centrándose en lo particular de cada sujeto, es decir, explorando la verdad oculta en su inconsciente. Así, el analista interpreta, interviene, puntualiza, precisa, pregunta, apuntando siempre a esa verdad interior que sólo el propio sujeto es capaz de descubrir.

II.3.1. El discurso psicoanalítico en el hospital

Pensar al discurso psicoanalítico en el marco de la institución hospitalaria genera interrogantes respecto a dónde y cómo se ubica el practicante del psicoanálisis frente a la heterogeneidad de los discursos que en ella habitan.

Es fundamental reconocer que, en el contexto hospitalario, el discurso médico predominante es comparable con el “discurso del Amo”, tal como lo describe Lacan (1969) en su *Seminario XVII, El reverso del psicoanálisis*.

41 (Lacan, 1959/2015, p.390).

$$\begin{array}{ccc} S_1 & \longrightarrow & S_2 \\ \hline \$ & // & a \end{array}$$

El estudio de Lacan en el Seminario mencionado destaca cuatro tipos específicos de discursos: el discurso del Amo, el Analítico, el de la Histérica y el Universitario. Cada uno de ellos da cuenta de las diferentes posiciones frente al Otro, de la verdad y a partir de ello, del resto, del desecho, de qué se produce, que es a la vez objeto causa de deseo y plus de goce o plus de gozar, lo cual se inclina hacia la vertiente de la satisfacción de la pulsión.

Para entender mejor, es esencial aclarar a qué se refiere Lacan con “discurso” en este contexto. Aunque a menudo pensamos en el discurso simplemente como palabras habladas o escritas, Lacan propone que es una estructura lógica que va más allá de las palabras. Esta estructura sostiene diferentes lazos sociales entre el sujeto y el Otro, poniéndose en juego diferentes vicisitudes del amor, del deseo y del goce.⁴²

De la relación de un significante con otro surge el efecto, el sujeto, \$ y en este trayecto se produce una pérdida que se nombra “a”. S1, el significante unario, S2, el saber y a, en su doble vertiente, como causa o como plus de goce. Estas son las cuatro letras del álgebra lacaniana que, distribuidas en cuatro lugares, (el agente, el otro, la verdad, la producción) constituyen la estructura lógica del discurso. Las mismas son las que dan origen a los cuatro modos discursivos diferentes, los cuales estructuran distintos tiempos en la dirección de la cura⁴³.

Claro, adentrarse en el vasto mundo de los discursos nos lleva a diferenciar dos enfoques predominantes: el discurso médico y el discurso psicoanalítico. Estas dos perspectivas, aunque distintas, ambas son prácticas y modos discursivos de hacer con lo real. Comparten un ámbito común de estudio: mientras que para el psicoanálisis el enfoque central es “el sujeto”, para la medicina se centra en “la enfermedad” o en “el cuerpo”. Desde la perspectiva médica, el foco puede estar en aspectos físicos, como el dolor corporal o la fiebre. Sin embargo, el

42 (Lacan, 1969/2015).

43 (Lacan, 1969/2015).

psicoanálisis va más allá, se centra en el sufrimiento interno del sujeto, su posición fantasmática y el goce⁴⁴.

En su escrito *Psicoanálisis y Medicina* (1966), Lacan destaca que históricamente el médico ha ocupado una posición de respeto y autoridad. Cuando el paciente consulta, demanda un saber del médico, asignándole un papel dominante, conocido como el significante amo, S1. De esta forma construye un amo como garante de saber. Por lo tanto, el discurso médico a menudo se asemeja al discurso del amo. Sin embargo, el psicoanálisis no es precisamente una extensión de la medicina. Freud sostenía que la educación médica no era esencial para practicar el psicoanálisis e incluso podía ser un impedimento para acceder al inconsciente. Por lo tanto, podemos afirmar que el discurso analítico y el discurso médico son fundamentalmente distintos. Aunque son discursos diferentes, no son necesariamente opuestos, ya que ambos abordan las demandas surgidas en su respectivo ámbito de experiencia.

Para entender esto, debemos diferenciar: el discurso médico, basado en la certeza científica, busca responder a todas las demandas. Por otro lado, el papel del psicoanalista va más allá de lo que la medicina propone, que es “asistencia, prevención y tratamiento de enfermedades”. Frente al padecimiento psíquico, el psicoanálisis no se centra en aliviar los síntomas. En cambio, busca entender los conflictos subyacentes que dan origen al síntoma. No para aliviarlo o eliminarlo, sino como portador de sentido para ser interpretado. El síntoma es un mensaje encriptado dirigido al Otro, cargado con un conocimiento inconsciente desconocido para el sujeto, pero que puede ser descifrado. Así, el analista brinda un espacio donde el paciente puede tratar de encontrar sentido a eso que presenta como sufrimiento⁴⁵.

Por ende, aludiendo a las recientes políticas de salud mental establecidas por la ley 26.657, se infiere la aparición de nuevos significantes, considerando al individuo con problemas de salud mental como un participante activo en su recuperación. La perspectiva anterior, que priorizaba la internación como forma de segregación, ha sido modificada. Ahora, tanto la familia como el entorno se

44 (Lacan, 1969/2015).

45 (Lacan, 1966/2010).

integran en el proceso de recuperación. De esta forma, el significante “hospital público general”, como significante amo, que previamente actuaba como una referencia principal en el ámbito del discurso médico, se desplaza. Ahora, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento son responsabilidades de un equipo interdisciplinario de profesionales. Además, se destaca la participación activa del paciente a través de la palabra.

II.3.2. El practicante del psicoanálisis en el hospital público general

Reflexionar sobre la función del practicante del psicoanálisis dentro del hospital público general, especialmente en el equipo de salud mental, implica considerar los abordajes que se realizan en dicho servicio. Para ello es crucial especificar que las demandas que generalmente se reciben no se asocian directamente con una “petición de análisis”. En su lugar, suelen estar relacionadas con interconsultas, urgencias, internación, tratamientos y similares. Por lo tanto, al contemplar cómo se abordan estas demandas desde la praxis, es fundamental, en primer lugar, distinguir las diferentes maneras en que se manifiestan. Estas, a su vez, están estrechamente vinculadas con los dispositivos disponibles en el entorno hospitalario: el dispositivo de interconsulta, el dispositivo de tratamiento ambulatorio y el dispositivo de guardia.

En relación al dispositivo de interconsulta, que se entiende como la práctica realizada desde un servicio hacia otra especialidad con el objetivo de colaborar en la resolución de complicaciones de los pacientes internados, este suele tener la finalidad de evaluar síntomas, angustias, resistencias y negaciones. Estas manifestaciones a menudo emergen en el paciente durante su estancia hospitalaria o antes de la misma, y pueden obstaculizar el tratamiento o la recuperación del individuo. Además, se recurre a la intervención del equipo de salud mental cuando se considera que un paciente podría tener una patología de salud mental.

La elección de la estrategia de intervención debe basarse en las especificidades de cada situación, es decir, en función de lo que está experimentando el paciente y la singularidad de cada individuo. En un primer paso, es crucial determinar la

fuelle de la demanda; si viene del propio paciente, del médico, de los familiares o de otra entidad (Juzgados, Área de la Mujer, Eti, Centro infanto-juvenil, Discapacidad, Centros de Salud, entre otros). Es esencial poder identificarlo, ya que la institución de salud colabora con diversos efectores que requieren y esperan una respuesta de ella, en su rol de “autoridad en salud”. Por lo tanto, cuando se pide la intervención del profesional del psicoanálisis como miembro del equipo de salud mental, es fundamental realizar una entrevista inicial para identificar la fuente de la demanda. A partir de esta entrevista y de la interpretación de la situación del paciente, se decidirá si hay lugar o no para la intervención del especialista en psicoanálisis.

En relación con los tratamientos ambulatorias, que debido a la alta demanda suelen ser de corta duración, la orientación institucional es enfocarse en la razón específica de consulta del paciente o la derivación por otra entidad. Una vez abordado el motivo de consulta, se procede a concluir el tratamiento. Dado el breve período de tiempo, las restricciones institucionales y las limitaciones del tratamiento, no es viable llevar a cabo un análisis en el sentido estricto. Sin embargo, desde la perspectiva analítica, es esencial apuntar a la apertura del inconsciente a partir de hacer hablar al sujeto de su malestar. Esto puede conducir a que el individuo se pregunte, en la medida de lo posible, sobre su padecimiento, indagando en el síntoma que lo perturba. Apuntando a la disminución del sufrimiento y a la implicancia subjetiva.

En cuanto al dispositivo de guardia, donde suelen ser atendidas las urgencias, es esencial primero determinar si el paciente presenta una afección física o si existe un riesgo vital inmediato, lo cual requeriría una intervención médica primaria. Luego, puede considerarse la intervención del practicante del psicoanálisis. El abordaje de la urgencia no obedece a una lógica generalizada y universal, sino a un enfoque desde el caso por caso. Basándose en los principios de Freud, quien afirmaba que el analista no debería estar apasionadamente comprometido con curar, sino más bien con explorar, se entiende que la cura surgirá como un efecto de este proceso exploratorio. Así, la intervención del psicoanalista en la urgencia requiere que el profesional haga una pausa en esa consulta, para alojar

al individuo y crear un espacio que posibilite hablar y permita, en la medida de lo posible, expresar aquello que le genera angustia, le urge y apremia⁴⁶.

Por lo tanto, aunque el marco de un hospital público no coincide con el de una consulta privada y las condiciones para un análisis propiamente dicho pueden no estar presentes, es esencial recordar que las instituciones sanitarias están diseñadas para acoger, albergar, asistir o ayudar a pacientes con presentaciones clínicas de salud mental variadas. En consecuencia y en línea con lo que señala la ley de salud mental que permite a cada profesional determinar el tratamiento y la intervención que considere apropiados, la aplicación del psicoanálisis es posible.

46 (Freud, 1920).

Capítulo III: La urgencia psíquica

III.1. Introducción

A partir del cambio de paradigma que propone la ley 26.657 respecto a la atención y a los pacientes de salud mental, aparece un nuevo desafío en escena para los practicantes del psicoanálisis: la urgencia.

Abordar la urgencia desde un punto de vista psicoanalítico dentro de un hospital público lleva a una serie de interrogantes, reflexiones y consideraciones desde el ejercicio profesional. ¿Cómo define el psicoanálisis a la urgencia? ¿Cuál es el criterio para determinar si nos encontramos ante una urgencia? Y, ¿Cómo se puede intervenir en la urgencia considerando los tiempos y la lógica del inconsciente, dentro del marco de un hospital?

III.2. ¿Qué es la urgencia para el psicoanálisis?

A lo largo de la historia, cada era ha enfrentado su propio “malestar en la cultura”, lo que se refleja en las manifestaciones clínicas de su tiempo. Si bien siempre han existido situaciones urgentes, la naturaleza de estas ha cambiado en función del entorno social, cultural e histórico. Hoy en día, gracias a la Ley de Salud Mental, los pacientes pueden ser atendidos en hospitales

públicos generales. Esto presenta un reto innovador para los profesionales del psicoanálisis en el ámbito hospitalario: contemplar y enfrentar la urgencia.

El término “urgencia” tiene sus raíces en la palabra latina *urgentia*. De acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia Española* (2020), esta palabra se refiere a la cualidad de ser urgente, a una necesidad inmediata o esencial en una situación determinada. También puede aludir a un caso que requiere atención inmediata, a la obligación inmediata de acatar una ley o norma, o al área de un hospital dedicada a atender a pacientes con afecciones graves que necesitan atención médica inmediata.

Para abordar el tema, es útil considerar la urgencia como una situación de crisis. Estas crisis pueden ser personales, como la pérdida de un ser cercano, el fin de una relación importante, la pérdida del empleo o enfrentar problemas de salud. Sin embargo, también pueden ser crisis desencadenadas por factores externos, como una recesión económica, una pandemia, desastres naturales o un accidente. Cada una de estas situaciones puede tener un impacto profundo en las emociones de una persona, en su bienestar psicológico y en su relación con el mundo que la rodea.

Para entender mejor este concepto, podemos revisar algunas perspectivas sobre la urgencia que Freud elaboró en su teoría. En su obra *Proyecto de psicología* (1895/2010), Freud ofrece sus primeras reflexiones teóricas sobre la urgencia desde una perspectiva orgánica. Describe la urgencia como una liberación interna que conlleva una alteración emocional vinculada al dolor, manifestada a través de emociones, gritos y cambios vasculares. Argumenta que para responder adecuadamente a esta urgencia, se requiere una intervención que no puede originarse dentro del propio organismo. Además, señala que ninguna liberación interna por sí sola elimina completamente la tensión. También sostiene que, desde un punto de vista fisiológico, el cuerpo humano no puede llevar a cabo una acción por sí mismo. Es decir, Freud subraya la necesidad de una intervención que sea externa al sujeto.

A partir de su obra *Más allá del principio de placer* (1920/2010), Freud propone que, dentro de lo que identifica como neurosis traumáticas, el tema de las excitaciones que invisten bastante energía para franquear la protección psíquica

son las que denomina como traumáticas. Un evento externo que califica como trauma generará un impacto significativo en el equilibrio energético interno de la persona, activando todos los medios de defensa disponibles. Sin embargo, inicialmente, el principio de placer será abolido. Así, ante este desborde energético, el yo no puede apelar a los mecanismos de defensa.

Por lo tanto, Freud aborda el concepto de trauma psicológico como irrupción pulsional o inundación económica. Destaca la importancia de la dimensión “económica”, ya que el trauma conlleva un exceso de cantidades imposible de ligar que deja al sujeto sin poder procesar con sus herramientas y recursos convencionales.

Al respecto Freud (1926/2010) afirma que:

El estado de la angustia es la reproducción de una vivencia que reunió las condiciones para un incremento del estímulo como el señalado y para la descarga, por determinadas vías, a raíz de la cual también, el displacer de la angustia recibió su carácter específico. En el caso de los seres humanos el nacimiento nos ofrece una vivencia arquetípica de tal índole, y por eso nos inclinamos a ver en el estado de angustia una reproducción del trauma del nacimiento. (p.126)

Entonces, ¿la urgencia guarda relación con el trauma?

En su obra *Inhibición, síntoma y angustia* (1926/2010), Freud profundiza en la naturaleza de la angustia. Destaca que tiene un carácter displacentero específico. Además, señala que la angustia tiene acciones de descarga que puede manifestarse físicamente, como un aumento en la frecuencia cardíaca o en la velocidad de la respiración. Lo distintivo de la angustia, según Freud, es que no está dirigida hacia un objeto específico, a diferencia del miedo, que sí lo tiene.

Anteriormente, Freud consideraba que la angustia surgía de libido que no se liberaba, es decir, que cuando una incitación proveniente del ello era sofocada y no llegaba a su satisfacción, se descargaba como angustia. Pero en este texto hace nuevos aportes a la teoría de la angustia y al contrario de lo que había sostenido hasta ese momento, Freud propone ahora que la angustia causa la represión.

Establece así que la angustia surge como reacción ante un peligro cuyo prototipo es el nacimiento, ya que cuando el neonato permanecía en el vientre materno todas sus necesidades eran satisfechas. Es por ello que considera al nacimiento una primera situación traumática, por el peligro de quedar en un estado de desvalimiento porque estas necesidades no podrán ser satisfechas de forma inmediata. Entonces, luego de esta primera situación traumática, será el yo quien producirá angustia frente a la percepción de un peligro⁴⁷.

Por lo tanto, nos lleva a reflexionar: ¿es la angustia frente a la percepción de un peligro el estatuto de la urgencia?

Lacan, en el *Prefacio a la Edición Inglesa del Seminario XI* (1977/2009), aborda la idea de urgencia vinculada con el análisis. La define como aquella que preside al análisis y destaca que lo que genera la demanda del paciente al analista es la urgencia.

En otras palabras, es la urgencia lo que motiva a un sujeto a buscar un análisis. Así, se puede entender que la urgencia es una constante en el proceso analítico desde sus inicios.

En su obra *Escritos I*⁴⁸, Lacan refiere: “nada de lo creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su superación en la palabra”. Esta declaración de Lacan acerca de la urgencia es reveladora en dos niveles: en primer lugar, al decir “nada de lo creado que no aparezca en la urgencia”, sugiere que la urgencia es una ventana hacia elementos cruciales. Esto significa que, en la urgencia, se manifiestan ciertos aspectos o características del paciente que en otras circunstancias podrían haber permanecido ocultas o no reconocidas. En segundo lugar, cuando Lacan menciona “nada en la urgencia que no engendre su superación en la palabra”, da lugar a pensar respecto al tratamiento en la urgencia y se advierte que su superación implica la palabra.

Dicho de otro modo, la urgencia como tal está presente en el análisis desde un principio ya que es la que genera la demanda de tratamiento en el paciente, y en ella, se ponen en relieve ciertos aspectos que aparecen propiamente en

47 (Freud, 1926/2010).

48 (Lacan, 1975/2009, p.205).

la urgencia. Para su superación es necesaria la palabra. Así que, podríamos preguntarnos: ¿esto sugiere la importancia de verbalizar y hablar sobre lo que el individuo siente como una necesidad apremiante o urgente?

En su reflexión sobre estas cuestiones, Araceli Fuentes (2020) en su artículo *Trauma y Urgencia*, publicado en *Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano*, relaciona la urgencia con el trauma. Ella destaca que la urgencia es lo que impulsa a un sujeto a acercarse a un analista a hacer una demanda. Es así que “hay urgencia cuando las significaciones habituales de un sujeto han sido desgarradas por la emergencia del real traumático”⁴⁹.

“Llamamos urgencia subjetiva a una crisis de la relación con la palabra. Un real ha desgarrado ese lazo, ha hecho un agujero, un *troumatisme*, según el neologismo inventado por Lacan”⁵⁰. A partir de esto, se deduce que la urgencia motiva a un sujeto a buscar a un analista. Está relacionada con aquello que ha causado un agujero, una ruptura, con el trauma, con aquello que no se puede decir: lo real. Así, surge una cuestión fundamental: ¿de qué manera se puede reconectar al sujeto con la palabra que fue afectada por un real que rompió ese lazo?

En *El Prefacio a la Edición Inglesa del Seminario XI* (1977/2009), Lacan expone: “observemos que el psicoanálisis, desde que ex-siste ha cambiado. Inventado por un solitario, teórico indiscutible del inconsciente [...], se practica ahora en pareja” (p.599) . Posteriormente, comenta: “Señalo cómo siempre los casos de urgencia me enredaban mientras escribía esto. Escribo, sin embargo, en la medida en la que creo deber hacerlo, para estar al día, para hacer con ellos el par” (p.601). ¿Qué implica Lacan al mencionar que el psicoanálisis se practica en pareja y que se debe hacer el par? ¿sugiere que el analista, ante la urgencia, trabaja en conjunto, como un par, con el sujeto para restablecer el lazo con la palabra que ha sido interrumpido y que ha causado un trauma en el individuo? ¿es mediante esta formación de pareja con el sujeto que el analista interviene en la urgencia y reestablece la conexión con la palabra?

En su conclusión, Lacan cambia el término “urgencia subjetiva” por “casos de urgencia”. Señala que, si el paciente regresa a una sesión de análisis, no

49 (Fuentes, 2020, párr. 1).

50 (Fuentes, 2021, párr.17).

es solo por la transferencia establecida, sino por algo aún más poderoso: la urgencia que guía el análisis y que el analista debe reconocer y abordar⁵¹.

De este modo, la urgencia designa la emergencia de un real, es decir, hay algo de lo real que aparece y desborda al sujeto. Es la angustia el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real⁵².

Para reflexionar sobre la urgencia psíquica, particularmente en el marco del hospital público general, es esencial distinguirla de la urgencia médica tradicional. Esta última se determina por situaciones que comprometen la vida del paciente, donde es imprescindible actuar rápidamente y en donde el tiempo es crucial, ya que lo que está en juego es la vida del mismo⁵³.

En *Tiempos de urgencia* (2005), Silvia Baudini establece que las emergencias no ofrecen margen de tiempo. Se refiere a todas esas circunstancias en las que se requiere atención médica inmediata debido a una situación que pone en riesgo la salud del individuo, tales como: episodios de excitación psicomotriz, ingesta medicamentosa, autolesiones, crisis psicóticas agudas, pasajes al acto, entre otros. En estas situaciones, el conocimiento médico es fundamental, y es necesario brindar una respuesta inmediata. Si no se proporciona atención con la debida urgencia, el paciente podría enfrentar consecuencias graves o incluso fatales.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la urgencia se distingue de la urgencia médica. Aunque en ambos casos se pueda tratar de pacientes en crisis, en el ámbito médico la intervención busca actuar rápidamente sobre la situación. La urgencia psíquica, si bien implica actuar con prontitud (pero no netamente con ella) sino también con la pausa⁵⁴.

Profundizando en este enfoque, Héctor Gallo (2021), en su obra *Por qué se suicida un adolescente* señala: “hay real en la urgencia porque el sujeto se siente envuelto en un remolino de emociones devastadoras que literalmente lo

51 (Lacan, 1977-2009).

52 (Lacan, 1975, citado en Garro, 2015).

53 (Garro, 2015).

54 (Belaga, 2015).

derriban, dejándolo inerte en el piso, sin posibilidad de articular nada que le permita obtener una significación tranquilizadora”. (p.150)

De este modo, la urgencia implica la emergencia de un real devastador para el individuo. En él se desencadena tal monto de angustia que el sujeto se encuentra imposibilitado para volver a la escena o darle una significación que implique la atenuación de tal angustia.

Así, la urgencia, en general se presenta como dolor, como un padecimiento excesivo imposible de soportar, es un punto límite donde el sujeto siente que no puede escapar. Implica una ruptura en la vida del individuo y de esta manera una suspensión de la función subjetiva que lleva a formas no simbólicas de desembarazarse de aquello que tanto angustia.

Según Gallo (2021) “la palabra urgencia remite a un estado gobernado por una exigencia que constriñe, embaraza, turba y apremia. Urgencia evoca prisa y en los casos extremos requiere una acción oportuna y eficaz que libere” (p.132). Esto sugiere que la urgencia lleva consigo una sensación de displacer debido a una necesidad imperante de descarga. Pero, ¿en qué consistiría esa descarga? Gallo plantea que no hay pasaje al acto ni *acting out* por fuera de un estado subjetivo de urgencia. De esta forma, surge la pregunta: ¿pueden pensarse el pasaje al acto y el *acting out* como urgencias psíquicas?

Retomando lo que propone Lacan en *El Seminario X La angustia* (1962-63/2016), las condiciones del pasaje al acto son embarazo y emoción. Cuando una intensa emoción y la angustia sobrepasan al sujeto, este queda sumergido sin encontrar una respuesta simbólica adecuada. En otras palabras, no encuentra un significante que lo represente y como resultado, cae fuera de la escena a través del pasaje al acto. Es común que, en el contexto del hospital público general, lleguen pacientes en situaciones críticas, como intentos de autoeliminación, autoagresiones o policonsumo de sustancias, presentándose como manifestaciones de urgencia psíquica.

Además, es pertinente mencionar lo que Claudia Garro expone en su obra *De la urgencia a la emergencia de un sujeto* (2015). Según la autora, “un sujeto que llega en situación de urgencia es alguien a quien los recursos de la

formación del inconsciente como modo de tramitar lo real ya no lo sostienen o están a punto de no sostenerlo”. (p.15)

Reflexionando sobre esta definición, surge la pregunta ¿toda puesta en cuestión de las formaciones del inconsciente como recurso ante lo real implicaría una urgencia? Además, esta interpretación sugiere una conexión profunda con el tiempo. Es decir, cuando la autora habla de urgencia es el tiempo el que está implicado de un modo en que la persona es afectada. Pero ¿es el tiempo cronológico el que está involucrado en la urgencia o es el tiempo lógico?

Por otro lado, Laurent ⁵⁵ define a las urgencias como subjetivas, destacando el plural en la medida en que habrá tantas urgencias como sujetos. Asimismo, conceptualiza a la urgencia subjetiva como ruptura aguda de la cadena significativa. Sin la articulación significativa, el sujeto no puede representarse quedando suspendido en el tiempo de la urgencia lo que origina así un exceso de goce. Hace referencia a la urgencia como subjetiva ya que implica entonces la presencia de un S1 suelto, en la medida en que se produce una caída del saber (S2) con el que el sujeto contaba para hacer frente a lo real. Cabe destacar que adjetivar la ruptura de la cadena significativa como aguda implica la posibilidad de nuevos encadenamientos tanto en neurosis como en psicosis.

Aquí Laurent hace referencia al tiempo en la urgencia no como un instante o un momento, sino más bien como un transcurrir. Propone así que la urgencia subjetiva se produce por una caída del saber con la que la persona contaba para hacer frente a lo real. Ahora bien, cuando se refiere a la urgencia como ruptura aguda de la cadena significativa, surgen los siguientes cuestionamientos: ¿siempre la ruptura sería aguda?, ¿habría rupturas que no son agudas?, y si se piensa a la urgencia como subjetiva, ¿cómo subjetivar qué es lo agudo para cada individuo?

Por su parte, Gallo (2021) argumenta que las urgencias son diversas y se presentan de diferentes maneras. Existen urgencias vinculadas con la elección de un sujeto de comprometerse con otro, la urgencia que nace de un devaneo amoroso, la urgencia de contar con una figura protectora, la urgencia al decidir terminar una relación, la urgencia de apostar del jugador, la urgencia de consumir

55 (Laurent, 2004, como se citó en Sotelo, 2017).

del toxicómano, la urgencia de rituales obsesivos, la urgencia del pasaje al acto, la urgencia del tiempo que apura, la urgencia relacionada con algo perturbador, y la urgencia de ser escuchado, entre otras. Entonces, ¿se podría decir que la urgencia es aquello que apremia al individuo desde su propia subjetividad?

En relación a estas ideas, Inés Sotelo, en su obra *Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas* (2015), plantea una perspectiva sobre la urgencia en términos psíquicos, enfocándose en su aspecto temporal. Ella señala que la urgencia no siempre implica inmediatez y que posee un carácter único, se diferencia del tiempo cronológico que no es particular. Sotelo destaca que la urgencia tiene distintas dimensiones: las ligadas a la gravedad del caso, otras vinculadas a cuestiones sociales y legales, y finalmente, la urgencia desde el punto de vista psíquico. Esta última no siempre se manifiesta de inmediato, sino que está relacionada con cómo cada individuo la experimenta de forma única.

La autora define la consulta de urgencia de la siguiente manera:

A la que se realiza sin cita previa, debido a que quien consulta, paciente o quien lo trae considera que el padecimiento requiere de atención inmediata. Se llama “urgencia subjetiva” a la que aparece en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto quién tiene una percepción íntima de que eso le concierne más allá de la opinión profesional acerca de la gravedad del caso. (p.65)

La urgencia subjetiva no es urgente en el sentido de un tiempo cronológico. Más bien, se basa en un tiempo lógico en el que el paciente considera la necesidad de recibir atención inmediata. Así, la urgencia se convierte en ese punto crítico en el que el sujeto siente que está atrapado, en peligro, siente que no puede escapar; llama a una intervención, convoca a otro. Con esto en mente, ¿podemos considerar la urgencia como una petición o un llamado hacia el Otro, al semejante?

En una línea similar, Leonardo Martín Prado Rivas, en su obra *Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario* (2014), argumenta que la urgencia no se limita solo al llamado desesperado de un paciente. Va más allá, pues la urgencia subjetiva también se vincula a una pobreza significativa, la cual no permite el libre fluir de la cadena.

Inés Sotelo, en su obra *Clínica de la urgencia* (2007), señala que cada consulta posee un matiz de urgencia. Es esencial identificarla y comprenderla. A pesar de que alguien pueda esperar semanas para una consulta, debido a las extensas listas de espera en los consultorios externos hospitalarios, se puede deducir que existió un momento crítico, un punto de urgencia para ese sujeto que lo llevó a buscar ser escuchado.

Por su parte, Mirta Pipkin, en *Clínica de las emergencias* (2013), expone que:

En la clínica las urgencias subjetivas está implicada la dimensión de la temporalidad de un modo particular, tanto con respecto al sujeto que consulta, quien, afectado por la prisa, se halla compulsado a realizar acciones precipitadas en las que muchas veces acecha el riesgo de muerte, como también respecto de la función que le cabe al analista convocado, en la medida en que el mismo está urgido, apremiado, aunque obviamente en su caso, su prisa no supone una abolición del tiempo de comprender que le permita intervenir eficazmente. Por el contrario, la eficacia de su intervención está centrada en la posibilidad de introducir un intervalo, una pausa, en esa deriva sinuosa, que puede culminar en un *acting* o en un pasaje al acto. (p.115)

En relación a lo planteado, ¿qué urge al analista?

La autora resalta que las urgencias están atravesadas por el factor temporal. Esto se puede observar en manifestaciones de miedo-pánico que funcionan como anticipaciones a experiencias amenazadoras. También se refleja cuando el sujeto, atrapado en el periodo de un duelo, quiere detener el avance del tiempo o cuando es incapaz de controlar impulsos que emergen violentamente, ya sea dirigidos hacia otros o hacia sí mismo⁵⁶.

Es así como, entre la huida al futuro, el estancamiento en un presente regido por el goce en exceso, sin dialectizar que arroja a un sujeto fuera de la escena, y un pasado clausurado, transcurren los tiempos de la urgencia subjetiva. (p.116)

Según la definición brindada, se identifican dos aspectos esenciales en la urgencia: la manifestación de un padecimiento sin velo y la prontitud

⁵⁶ (Pipkin y Holgado, 2013).

temporal. Este padecimiento sin velo puede manifestarse de diversas maneras: angustia, aflicción, sufrimiento insoportable, desbordamiento emocional y otras formas. La prontitud se refiere a la urgencia con la que el sujeto desea aliviar su malestar. Entonces, surge la pregunta, ¿qué se manifiesta como un padecimiento sin velo?

En resumen, las distintas manifestaciones clínicas de la urgencia llevan al practicante del psicoanálisis a reflexionar sobre cómo entender la urgencia psíquica desde una perspectiva psicoanalítica. Esto, a su vez, influye en cómo se aborda esta urgencia en el entorno de un hospital público, considerando la legislación actual sobre salud mental.

III.2.1. Localización de la urgencia

En el contexto de un hospital público general, es esencial plantearnos algunas interrogantes al abordar la urgencia: ¿qué motiva una consulta de urgencia? ¿cómo llega el paciente a presentarse? ¿quién está realmente en estado de urgencia?

Refiriéndonos a lo que ya se discutió con base en la definición de Lacan, la urgencia se entiende como la irrupción de un real que desborda al sujeto. La urgencia implica una interrupción o desequilibrio en la vida del sujeto. Esta puede dirigir a las personas por variados rumbos, incluyendo crisis de angustia, crisis de ansiedad, ataques de pánico, estados de inhibición y crisis psicóticas, por mencionar algunos. Además, se manifiesta en formas de impulsividad, agresividad y acciones que ponen en riesgo la vida del propio individuo o de terceros. En situaciones como estas, diferentes entidades o personas, ya sea el propio individuo, autoridades judiciales, vecinos, instituciones educativas o familiares, buscan la intervención del Estado, a través de los hospitales públicos, con el objetivo de restaurar el bienestar de la persona en cuestión.

Es fundamental, en un comienzo, identificar el origen de la urgencia, es decir, discernir de quién es esa urgencia. Esta puede surgir a raíz de una solicitud directa del individuo que consulta, de su familia, o bien puede ser una derivación hecha

por un profesional de la salud o algún efector. En concreto, es esencial distinguir quién está experimentando esa situación como algo intolerable que necesita resolver: ¿es el paciente quien siente la urgencia? ¿la demanda urgente viene de un familiar o de un efector? ¿se produce el efecto de urgencia en alguien?

Así, dependiendo del origen de la solicitud de urgencia, se determinará cómo se abordará y cómo se va a intervenir. Es importante señalar que, en muchas situaciones, las demandas provenientes de jueces, escuelas u otras entidades, tienen el objetivo de “acomodar esto para que se normalice”. Sin embargo, todo acontecimiento se enmarca en un discurso, lo que implica que su interpretación varía según cómo se aborden estos eventos y quién los interprete, teniendo en cuenta que el discurso es una forma de emplear el lenguaje. Esta interpretación puede variar si la hace un médico, un psicólogo, un psicoanalista, un trabajador social o un juez. Por lo tanto, es esencial determinar qué noción de sujeto está en juego, cuál es la percepción del síntoma y, evidentemente, de dónde proviene la demanda de urgencia⁵⁷.

Entonces, uno de los retos que el profesional del psicoanálisis debe afrontar es trabajar en conjunto con profesionales atravesados por distintos discursos y con variadas interpretaciones de la “urgencia”.

III.2.2. Dimensión del tiempo en la urgencia

Los practicantes del psicoanálisis que trabajan en instituciones dentro del contexto de salud mental están influenciados por las políticas de salud pública. Cada una de estas instituciones tiene un conjunto de directrices que dictaminan y estandarizan la forma de trabajar. Un elemento central en estas directrices es la consideración del tiempo.

Se entiende el tiempo de manera cronológica, es decir, como una secuencia de eventos que ocurren uno después del otro. Este concepto de tiempo es el que rige las operaciones en estas instituciones. El factor tiempo es crucial al

57 (Sotelo, 2015).

estructurar los tratamientos psicológicos en la atención ambulatoria. Debido a la alta demanda de pacientes, se determina que los tratamientos deben ser cortos y ofrecer resultados en un periodo breve. Así, las instituciones establecen directrices claras sobre cuánto deben durar estos tratamientos.

Esta particularidad institucional sitúa al profesional del psicoanálisis en una encrucijada entre los tiempos dictados por la institución y los tiempos propios de la práctica psicoanalítica, que son los tiempos del inconsciente.

Cuando hablamos de urgencias, la dimensión del tiempo es fundamental. Es esencial, en primer lugar, distinguir entre emergencia y urgencia. Tal como se indicó previamente, en la emergencia está en juego lo físico, como episodios de excitación psicomotriz, brotes psicóticos agudos o intentos de autoeliminación, donde el tiempo cronológico es crucial. En estas situaciones, es vital que la intervención médica sea inmediata, dado que la salud o incluso la vida del paciente puede estar en riesgo. Una vez gestionada la emergencia, es cuando puede intervenir el profesional del psicoanálisis.

Un punto crucial, como se mencionó antes, es que los hospitales públicos interactúan con varias instituciones, tales como el Juzgado, Discapacidad, Equipo Técnico Interdisciplinario (ETI), Dinaf, Centro Infante Juvenil y el Programa de Prevención de Maltrato Infantil (PPMI), entre otros. En la mayoría de estas situaciones, se presiona para obtener una respuesta inmediata. Por lo tanto, el practicante del psicoanálisis se encuentra influenciado por los tiempos de respuesta que estos organismos requieren. Esto genera una tensión entre los tiempos establecidos por estas entidades, basados en una secuencia cronológica, y los tiempos del inconsciente, que son atemporales.

Es relevante mencionar a Freud en su obra *Lo inconsciente* (1915-2010), donde aborda el factor del tiempo. Destaca que los procesos del sistema inconsciente están exentos de temporalidad. Es decir, no se manifiestan en un orden cronológico, no se alteran con el paso del tiempo y no mantienen relación con este. Así, el tiempo en el inconsciente se presenta como atemporal, distinto al tiempo cronológico que sí está sujeto a regulación.

En consiguiente, la efectividad en las intervenciones de los practicantes del psicoanálisis radica en la habilidad de generar un intervalo, un receso, una pausa, un tiempo lógico, ante una demanda apremiante, dando lugar a que se descifre algo de lo que lo inquieta al paciente. Así, la duración de dicho proceso no se fija en base a un calendario o cronograma preestablecido.

Es fundamental entender que cuando el practicante del psicoanálisis se enfrenta a una urgencia en el servicio de guardia, se haya inmerso en un conjunto de regulaciones y tiempos determinados por la institución. Es crucial mencionar que, en muchas ocasiones, al tratarse de una urgencia relacionada con la salud mental, los médicos anticipan una solución rápida para el caso y la situación del paciente en el transcurso de las siguientes veinticuatro horas, con el objetivo de proceder al alta o realizar una derivación. En este contexto, la guardia es vista como un espacio transitorio, con la principal meta de “resolver la urgencia”. Por lo tanto, surge la pregunta: ¿cómo actúa el profesional del psicoanálisis ante tal escenario?

El desafío es mantener el psicoanálisis como una práctica efectiva dentro de las instituciones, independientemente de las políticas de salud pública y de las reglamentaciones específicas de cada lugar. Esto implica dar lugar a la naturaleza atemporal del inconsciente y a los fundamentos que guían el trabajo psicoanalítico. En otras palabras, se refiere a los cambios de posición subjetiva en el paciente que resultan en un alivio de sus síntomas.

Se sostiene así que la relevancia de intervenir con un enfoque psicoanalítico no se basa en un tiempo cronológico. En cambio, se centra en la capacidad de singularizar el síntoma, lo que está profundamente vinculado con la apertura de los tiempos del inconsciente.

Por lo tanto, se puede inferir que la urgencia actúa como una etapa inicial del tratamiento. La intervención analítica facilita que la persona pueda poner en palabras y preguntarse sobre lo que le causa angustia, y, si es posible, sobre lo que identifica como “urgente”. Así, el contacto con un profesional del psicoanálisis y su intervención puede ser el impulso que necesita el paciente para iniciar una terapia.

Capítulo IV: Angustia y pasaje al acto

IV.1. Introducción

Dentro del servicio de urgencia de las instituciones hospitalarias, se reciben pacientes de salud mental que llegan o son traídos por autolesiones, intentos de autoeliminación, ingesta de sustancias tóxicas, golpes, episodios intensos de ansiedad, brotes psicóticos, o una angustia incontrolable, entre otros. Estos eventos reflejan un dolor y sufrimiento tan intenso que resulta insoportable para el paciente. Representa un quiebre en su vida cotidiana y una suspensión de la función subjetiva, llevándolo a formas no simbólicas para liberarse de aquello que tanto angustia.

Estos eventos clínicos pertenecen primordialmente al orden del acto, provocados por intensos niveles de angustia que sobrepasan al individuo. El desafío del practicante del psicoanálisis en el servicio de urgencias de un hospital público es proporcionar un espacio para que el paciente pueda hablar sobre lo que le causa angustia, a través de la palabra y la interpretación.

A continuación, se realizará una exploración teórica sobre la concepción de angustia definida por Freud y Lacan a través de sus trabajos, así como su manifestación a través del pasaje al acto.

IV.1.1. La angustia según Freud

En el *Manuscrito E* (1894/2010), Freud, a raíz de su investigación sobre las neurosis actuales, especialmente las neurosis de angustia, se cuestiona acerca de la génesis de la angustia. Deduce que la angustia en los neuróticos está vinculada a la sexualidad. Así, ve a la angustia como la conversión de la excitación sexual acumulada que no ha sido satisfecha. Es decir, la libido no satisfecha genera un monto que, al no ser liberada, se convierte directamente en angustia.

En *Tres ensayos de teoría sexual* (1905/2009), Freud observa que desde una edad temprana, los niños muestran comportamientos que parecen indicar que su afecto hacia las personas que los cuidan posee una naturaleza similar al amor sexual. La angustia que muestran los niños inicialmente refleja la sensación de falta de la presencia de la persona amada. De esta manera, muestran temor hacia individuos desconocidos y sienten miedo en la oscuridad, ya que no pueden ver a la persona amada. Sobre esto, Freud (1905) mencionará que:

En esto el niño se porta como el adulto, tan pronto como no puede satisfacer su libido, la muda en angustia; y a la inversa, el adulto cuando se ha vuelto neurótico por una libido insatisfecha se porta en su angustia como un niño; empezará a tener miedo apenas quede solo y a querer apaciguar su angustia con las medidas más pueriles. (p.204)

Por consiguiente, se comprende que la angustia neurótica es producida por la represión. El niño experimenta angustia cuando no encuentra satisfacción debido a la ausencia de su madre. En otras palabras, aquello que es intolerable se reprime y se transforma en angustia. Como Freud (1905) destaca: “es la represión la que produce una transformación de la energía libidinal en angustia”. (p.206)

En su estudio *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1909-2009), Freud, al abordar la fobia a través del mecanismo del “desplazamiento”, reformula su comprensión de la angustia. En lugar de considerarla meramente como una energía libidinal, la conceptualiza como un “afecto”.

En *Conferencias de introducción al psicoanálisis-conferencia 25: La angustia* (1916/2009), Freud distingue entre la angustia realista y la angustia neurótica. Describe a la angustia realista como una respuesta que emerge de manera lógica y comprensible frente a una amenaza externa. Señala que la reacción a dicho peligro conlleva una combinación de afecto, angustia y mecanismos defensivos.

En palabras de Freud (1916/2009):

Como sabemos el desarrollo de la angustia es la reacción del yo frente al peligro, y la señal para que se inicie la huida, en el caso de la angustia neurótica, el yo emprende un idéntico intento de huida frente al reclamo de su libido y trata este peligro interno como si fuera externo. Así se cumpliría nuestra expectativa de que ahí donde aparece angustia tiene que existir algo frente a lo cual uno se angustia. (p.369)

En este contexto, comienza a definir la angustia como una señal de alerta activada por el yo. Aquí, la angustia se percibe como la respuesta del yo ante la percepción de una amenaza.

Posteriormente, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1925-1926/2010), Freud revisita gran parte de su teoría anterior en base a la introducción de la segunda tópica. En este escrito, reformula su entendimiento de la angustia y aporta innovadoras reflexiones sobre el síntoma.

Según Freud la inhibición es una limitación funcional del yo. En sus palabras:

<Inhibición> tiene un nexo particular con la función y no necesariamente designa algo patológico: se puede dar ese nombre a una limitación normal de una función. En cambio, <síntoma>, equivale a indicio de un proceso patológico. Entonces, también una inhibición puede ser un síntoma. La terminología procede, pues, del siguiente modo: habla de inhibición donde está presente una simple rebaja de la función, y de síntoma, donde se trata de una desacostumbrada variación de ella o de una nueva operación. (p.83)

Esto alude a que determinadas áreas o funciones se encuentran limitadas, no están operativas. Así, la inhibición es una conducta que el yo emplea para limitar ciertas acciones, previniendo de esta manera conflictos con el ello y el superyó.

En cuanto a la angustia, especifica que posee un carácter displacentero particular. Señala que conlleva respuestas físicas, como el aumento en la frecuencia cardíaca y la respiración, entre otras reacciones. Además, subraya que, a diferencia del miedo, que se dirige a un objeto concreto, la angustia no está asociada a un objeto en particular⁵⁸.

Hasta ese punto, Freud había sostenido que la angustia surgía de la libido no descargada. Básicamente, cuando un estímulo proveniente del ello era reprimido y no alcanzaba su satisfacción, se descargaba en forma de angustia. Sin embargo, en este escrito, ofrece nuevas perspectivas sobre la teoría de la angustia. En un cambio respecto a sus posturas anteriores, Freud sugiere que es la angustia es la que causa la represión.

Freud sostiene que la angustia emerge como respuesta ante una amenaza, siendo el nacimiento su prototipo primordial. Durante su estancia en el útero materno, todas las necesidades del neonato se encuentran plenamente atendidas. Por eso, el nacimiento se considera como una primera situación traumática debido al peligro de quedar en un estado de desvalimiento, ya que estas necesidades ya no serán atendidas de forma inmediata. Tras este primer evento traumático, es el yo quien genera angustia cuando detecta una amenaza inminente⁵⁹.

Freud establece una distinción entre dos formas de angustia: la angustia real, que surge en respuesta a una amenaza externa y tangible, y la angustia neurótica, que se origina por un peligro percibido desde el interior del sujeto. En el caso de la angustia neurótica, el peligro ante el cual se defiende el neurótico es la pulsión, y cuando esta angustia genera represión, se manifiesta como angustia de castración. Es el yo quien asume la responsabilidad de reprimir y es donde se ubica la angustia. Frente a circunstancias consideradas peligrosas, especialmente aquellas que sugieren la posible pérdida del objeto, el yo siente angustia que actúa como una alarma, lo que desencadena procesos defensivos contra cualquier representación que sea inaceptable. En la neurosis, el yo hace esfuerzos por reprimir; sin embargo, cuando estos intentos no son exitosos, conduce al yo a la formación de un síntoma:

58 (Freud, 1926/2010).

59 (Freud, 1926/2010).

Toda formación de síntoma se emprende sólo para escapar a la angustia; los síntomas ligan la energía psíquica que de otro modo se habría descargado como angustia; así, la angustia sería el fenómeno fundamental y el principal problema de la neurosis. (Freud 1926/2010, p.136)

Por ende, el síntoma emerge como una respuesta para desviar la angustia que aflige al yo. Funciona como un muro protector, a través del cual el sujeto busca canalizar, transformar y asignar un significado a esa creciente tensión pulsional que se vive como una amenaza. De esta manera, el síntoma desempeña un papel fundamental en la mitigación de la angustia experimentada por el yo. Actúa como una defensa, facilitando al sujeto la tarea atribuir un propósito a ese incremento en la pulsión que el yo identifica como peligroso.

Se obstaculiza la formación de síntoma, el peligro se presenta efectivamente, o sea, se produce aquella situación análoga al nacimiento en que el yo se encuentra desvalido frente a la exigencia pulsional en continuo crecimiento: la primera y la más originaria de las condiciones de angustia. (Freud 1926/2010, p.136)

Por lo tanto, la formación de síntomas actúa como un mecanismo para neutralizar situaciones amenazantes. Esta respuesta tiene una dualidad: por un lado, el ello produce un cambio que permite al yo distanciarse del peligro; por otro lado, evidencia lo que se ha desarrollado para suplantar el proceso pulsional modificado, manifestándose como una formación de compromiso.

De ahí que, el yo, que tiene la responsabilidad de reprimir, opera influenciado por las limitaciones establecidas por el superyó. Cuando las gratificaciones provenientes del ello entran en conflicto con el yo, este último responde con la represión, dando lugar a la formación de síntoma. Es preciso teóricamente señalar el retorno de lo reprimido. Si la represión fuese completamente efectiva, no prevalecería la aparición del síntoma y la defensa sería completamente exitosa. Sin embargo, lo reprimido retorna y la formación del síntoma es el modo de defensa que el yo implementa para prevenir la aparición de la angustia.

Por lo tanto, el síntoma tiene que atender a las exigencias del yo y ofrecerle un beneficio que evite que la satisfacción pulsional que conlleva siga el mismo camino que su representada. Freud comprende a la ganancia primaria de

la enfermedad como la habilidad del yo en la creación del síntoma, que se presenta como un equilibrio entre las tres instancias⁶⁰.

Es crucial destacar el giro que Freud realiza en la estructuración de la teoría de la angustia. Antes de este texto, Freud veía la angustia como un resultado del proceso represivo. Sin embargo, en esta renovada visión, plantea que la señal de angustia que da el yo es lo que pone en marcha el proceso represivo. Esto significa que la angustia provoca la represión y, en consecuencia, inhibe la excitación pulsional que emana del ello y que podría ser percibida como una amenaza por el yo.

En *Conferencia 32* (1932/2009), Freud revisita sus reflexiones previas sobre la angustia, identificándola como un estado afectivo, es decir, una combinación de determinadas sensaciones dentro del espectro del placer y el displacer. Él se refiere al nacimiento como la vivencia arquetípica de la angustia. Además, distingue entre la angustia realista y la angustia neurótica. La primera es una respuesta lógica ante a un peligro o un daño que surge del exterior. En cuanto a la angustia neurótica, describe que esta se presenta en tres constelaciones: la *angustia expectante* se manifiesta como una angustia flotante y general, siempre lista para vincularse, de manera temporal, con cualquier nueva situación que se presente. En otras palabras, existe un monto de libido que aún no ha encontrado un objeto. Y cuando el sujeto no puede sublimarla, se convierte en angustia, lo que se conoce como angustia neurótica. En cuanto a las *fobias*, la angustia está firmemente asociada a ciertas representaciones, lo que significa que la angustia está fijada en un objeto específico. Por último, *la angustia en la histeria y otras neurosis más severas* puede acompañar a síntomas o manifestarse de manera independiente, ya sea como un ataque súbito o como un estado constante que perdura en el tiempo.

En casos de histeria y otras neurosis, la causa subyacente de la angustia es el proceso de represión. En este contexto, es la representación la que experimenta la represión, y con el tiempo puede desfigurarse hasta volverse irreconocible. Al hablar de fobias, Freud indica que el síntoma se forma como un medio para evitar el acceso a la angustia. En relación con los actos obsesivos, si se impide

60 (Freud 1926/2010).

a la persona llevar a cabo su ritual específico, esto resulta en un estado de angustia intensa y difícil de manejar, y es precisamente este ritual o síntoma el que la protege de dicha angustia⁶¹.

Por consiguiente, según Freud (1932/2009), se puede afirmar que:

La angustia es como un estado afectivo la reproducción de un antiguo evento peligroso; la angustia está al servicio de la autoconservación, y es una señal de un nuevo peligro; se genera a partir de un libido que de algún modo se ha vuelto inaplicable; lo hace también a raíz del proceso de la represión; la formación de síntoma la revela, la liga psíquicamente; por así decir, se siente que aquí falta algo que unifique los fragmentos. (p.78)

Freud enfatiza que el yo es la sede de la angustia y destaca tres categorías de angustia: la real, la neurótica y la de la conciencia moral. Estas categorías corresponden a los tres vasallajes del yo: el mundo exterior, el ello y el superyó, respectivamente⁶².

Así, Freud destaca en su teoría que la angustia juega un papel crucial como anunciadora de situaciones de peligro. Se subraya igualmente que no es la represión la que origina la angustia, sino al contrario; la angustia precede y, en efecto, es la responsable de generar la represión.

Freud argumenta que la angustia neurótica se puede ver ahora también como una angustia real frente a una amenaza externa: para los hombres, es el miedo a la castración, mientras que para las mujeres es el temor a perder el amor. Además, sostiene que todas las situaciones que generan angustia tienen su origen en la experiencia inicial de angustia durante el nacimiento, que también representaba una separación de la madre⁶³

Basándose en esto, Freud (1932/2009) indica que cada fase del desarrollo humano tiene su propia situación específica que provoca angustia y, por consiguiente, una percepción de peligro:

61 (Freud, 1932/2009).

62 (Freud, 1932/2009).

63 (Freud, 1932/2009).

El peligro del desvalimiento psíquico conviene al estadio de la temprana inmadurez del yo; el peligro de la pérdida de objeto (o pérdida de amor) a la heteromanía de la primera infancia; el peligro de la castración, a la fase fálica; y por último, la angustia al super-yo angustia que cobra una posición particular, al período de latencia. (p.82)

Así, ante la idea de que la angustia neurótica es en realidad una respuesta a situaciones reales y amenazantes del exterior, Freud se cuestiona sobre qué es lo que realmente representa un peligro. Su respuesta es lo que él llama “factor traumático”, que se refiere a un estado en el que el principio de placer fracasa. Por ende, lo que se teme en cada situación es aquello que no puede ser tramitado por el principio del placer⁶⁴.

Freud alude al acto del nacimiento para ilustrar una situación de peligro. En el momento del nacimiento, como en todas las situaciones de peligro, surge una intensa excitación que se siente como displacentera y que el sujeto no puede dominar con su descarga. Por lo tanto, cada vez que el sujeto se enfrenta a una situación en la que no puede manejar la excitación mediante la descarga, es decir, tramitarla conforme al principio del placer, el factor traumático se revive. Dicha situación, entonces, es experimentada como peligrosa y, en consecuencia, como una fuente de angustia⁶⁵.

IV.1.2. La angustia según Lacan

Lacan introduce una perspectiva distinta sobre el concepto de angustia que Freud había desarrollado. En el *Seminario X* (1962-63/2004), enfatiza la profunda conexión de la angustia con el deseo del Otro: ¿che Vuoi? ¿qué me quiere?, cuya pregunta no solo remite a ¿qué pide él, a mí?, sino también a una interrogación que concierne al yo, que implica: ¿qué quiere en lo concerniente a este lugar del yo?

64 (Freud, 1932/2009).

65 (Freud, 1932/2009).

Lacan introduce el “grafo del deseo” como una herramienta esencial para entender cómo el sujeto se posiciona al enfrentarse con el deseo del Otro. El grafo nos ayuda a visualizar cómo el deseo se sitúa en relación con el sujeto, a través de su articulación con el significante.

El nombre “grafo del deseo” es elegido por Lacan ya que se constituye alrededor de un agujero en relación con la falta. La estructura del grafo enlaza los conceptos de necesidad, demanda y deseo.

Lacan señala que el deseo se encuentra en el intervalo entre dos cadenas significantes, las cuales responden a la oposición entre enunciado y enunciación. Entonces, surge la pregunta: ¿qué es eso que, partiendo de la necesidad, no se convierte en deseo? La respuesta es: “no es la particularidad de lo que se pide, sino de la prueba de amor, es decir algo que se pierde entre lo que se pide, lo que se da y el resto se lo llama deseo” “66.

Lacan examina con detenimiento el trabajo de Freud *Inhibición, Síntoma y Angustia*, señalando curiosamente que, a pesar del título, el documento aborda prácticamente todos los temas excepto la angustia. En su *Seminario X*, (1962/2016) Lacan brinda una orientación clínica específica, esclareciendo cómo identificar las coordenadas en las que surge la angustia, vinculando luego su relación con el deseo.

Para esquematizar su comprensión, Lacan elabora un cuadro con dos ejes:

- El eje horizontal, que representa la “dificultad”.
- El eje vertical, para el movimiento, donde ubica a “la inhibición, al síntoma y a la angustia.

Inhibición	Impedimento	Embarazo
Emoción	Síntoma	X
Turbación	X	Angustia

La inhibición se sitúa en la dimensión del movimiento, específicamente aludiendo a la locomoción. Esto implica una pausa o detención del movimiento.

66 (Lacan, (1962), citado en Sotelo, 2017, p.89).

Para describir esto, usa el término “impedir”. Lacan, en el Seminario X (1962-2016) expresa esta idea con claridad en sus escritos.

De esto se trata ciertamente, nuestros sujetos están inhibidos cuando nos hablan de sus inhibiciones, y nosotros mismos cuando hablamos de ellas en congresos científico, pero cada día, ciertamente, están impedidos. Estar impedidos es un síntoma, estar inhibido es un síntoma metido en el museo. (p.18)

Lacan se adentra en el estudio del término “impedir”, originario de *impedicare*, que se traduce como caer en una trampa. Esta concepción sugiere una obstrucción o barrera que interfiere al sujeto. Por ello, al abordar el fenómeno de la angustia, Lacan equipara “impedimento” con “síntoma”. En esta perspectiva, el estar “impedido” se manifiesta como un síntoma que obstruye el avance del sujeto.

Adicionalmente, introduce un concepto adyacente, colocando “embarazo” en una tercera columna junto a inhibición e impedimento. Sobre esto, Lacan (1962-2016) menciona que:

El embarazo es exactamente el sujeto S revestido con la barra S, porque *impedicare* alude de la forma más directa de la barra, barra, en cuanto tal. Ésta es ciertamente la imagen de la vivencia más directa del embarazo. Cuando uno ya no sabe qué hacer con uno mismo, busca detrás de qué esconderse. (p.20)

Así, la secuencia inicial se despliega de la siguiente manera: comienza con la inhibición, se desplaza hacia el impedimento y termina con lo que Lacan describe como una forma leve de angustia, denominada “embarazo”. De aquí se deriva que la angustia es un afecto que no se encuentra reprimido; más bien, va a la deriva, se encuentra desplazado, invertido, metabolizado, pero no reprimido. En realidad, lo que está reprimido son los significantes asociados a ella⁶⁷.

Lacan⁶⁸ destaca que los vacíos en el cuadro son de particular interés cuando se trata de entender la angustia. Estos espacios representan una respuesta a esa salida a la que el sujeto se siente impulsado a resolver.

67 (Lacan, 1962/2016).

68 (Lacan, 1962/2016).

Durante la clase del 21 de noviembre de 1962, “*La angustia, signo del deseo*”, Lacan enfatiza que el rasgo unario precede al sujeto. Este rasgo está presente antes que nosotros y, de hecho, ya había tomado ese lugar antes de nuestra llegada. Lacan comenta:

Por esa vía, todos esos sujetos que dialogan, desde hace ciertamente, algunos siglos, tienen que arreglársela como pueden con esta condición, que precisamente entre ellos y lo real está el campo del significante, porque ya fue con este aparato del rasgo unario como se constituyeron como sujetos. (p.31)

Lacan continúa argumentando que, en el análisis, hay algo que es anterior a lo que podemos elaborar y comprender. Se refiere a esto como la presencia del Otro, con mayúscula. El Otro ya está allí, siempre presente. Y es desde esta presencia y entendimiento que se posiciona la angustia. Lacan (1962/2016) detalla al decir:

A este Otro, antes de saber que significa mi relación con su deseo cuando estoy en la angustia, lo sitúo de entrada con A mayúscula. Para acercarme a su deseo retomaré las vías que ya he abierto.

Les he dicho que el deseo del hombre es el deseo del Otro. (p.31)

Así, Lacan establece un vínculo crucial entre la angustia y el deseo del Otro. En tanto el sujeto se estructura en la relación con el significante ¿qué me quiere?; que es la pregunta por el lugar en el Otro, por el deseo en el Otro. En otras palabras, el sujeto se encuentra en un dilema, preguntándose si será o no elegido como el objeto que completa el deseo del Otro. La angustia, por lo tanto, surge de la incertidumbre y del desconocimiento sobre qué soy para el Otro. En esta línea de pensamiento, Lacan (1962/2016) postula que:

El Otro está ahí como inconciencia constituida en cuanto tal. El Otro concierne a mi deseo en la medida de lo que le falte. Es el plano de lo que le falta sin que él lo sepa dónde estoy preocupado del modo que más se impone, porque para mí no hay otra vía para encontrar lo que me falta en cuanto a objeto de mi deseo. Por eso para mí, no solo no hay acceso a mi deseo, sino tampoco sustanciación posible de mi deseo que tenga referencia a un objeto, cualquiera que sea, salvo acoplándolo,

anudándolo con esto, el \$, que exprese la necesidad de dependencia del sujeto respecto al Otro en cuanto tal. (p.32)

Por lo tanto, Lacan, vincula a la angustia como signo de ese deseo. Entendiendo el deseo del hombre como el deseo del Otro, el cual concierne al deseo del sujeto en la medida de lo que le falta. Única vía para que el sujeto encuentre lo que le falta en cuanto objeto de deseo.

Para clarificar este proceso, Lacan presenta una estructura en dos columnas que simboliza la operación de división. En una columna, coloca la letra “A”, que representa al Otro originario, como el lugar del significante. En la segunda columna, ubica la letra “S”, refiriéndose al sujeto que aún no ha emergido y que debe situarse como determinado por el significante⁶⁹.

A		S
\$		S
a		

El sujeto del cual habla el psicoanálisis es un sujeto (Sujeto barrado) que está marcado por el significante en el campo del Otro (A), y hay en el sentido de la división un resto, objeto *a*.

Lacan utiliza esta representación para ilustrar que tanto el Sujeto, en tanto barrado S, como el objeto *a*, se encuentran en el campo del Otro. Esto es porque el fantasma, apoyo del deseo, abarca completamente el campo del Otro.

En la *clase del 5 de diciembre*, Lacan se refiere a la angustia como una señal. Aunque reconoce que este concepto se basa en las ideas de Freud, señala que la interpretación común de esta definición podría no ser correcta. Aclara, citando a Freud: “cuando Freud hacía de la angustia la transformación de la libido, se encuentra la indicación de que podría funcionar como señal”⁷⁰.

En su *clase del 12 de diciembre*, Lacan enfatiza en lo horrible, lo oscuro, lo inquietante, identificándolo como unheimlich. En este contexto, destaca

69 (Lacan, 1962/2016).

70 (Lacan, 1962-63/2016, p.57).

que la angustia emerge de lo unheimlich, y señala: “es el surgimiento de lo heimlich en el marco lo que constituye el fenómeno de la angustia, y por eso es falso decir que la angustia carece de objeto”⁷¹.

Adicionalmente, Lacan explica que la angustia se relaciona con una interrupción, un surco en lo real, donde surge lo imprevisto: una aparición, un anuncio, el “pre-sentimiento ⁷²”; es decir, aquello que precede a la manifestación de un sentimiento. De esta forma, recalca que la angustia no está desprovista de un objeto.

Así, Lacan destaca que la esencia real de la angustia es lo indiscutible, lo que está más allá de cualquier sospecha: “-la verdadera sustancia de la angustia-, es lo que no engaña, lo fuera de duda”⁷³.

Por lo tanto, las incertidumbres, los esfuerzos y los engaños que se emplean para enfrentar la angustia son simplemente medios para eludir lo que en la angustia es certeza. Así expone que: “Es quizás de la angustia de donde la acción toma prestada su certeza” [...] “Actuar es arrancarle a la angustia su certeza”⁷⁴.

La angustia es un afecto que no engaña y sirve para anotar lo real que está en juego, especialmente en relación con una acción que está sucediendo.

De esta forma, en su *clase del 14 de noviembre de 1962*, Lacan completa los blancos con el pasaje al acto y el acting out. Coloca el acting out debajo del síntoma, interpretándolo como un mensaje codificado al Otro. Entre embarazo y angustia, ubica al pasaje al acto, como un modo de hacer con la angustia, de resolverla, como un corte, una ruptura.

Inhibición	Impedimento	Embarazo
Emoción	Síntoma	<i>Pasaje al acto</i>
Turbación	Acting out	Angustia

71 (Lacan, 1962-63/2016, p.87).

72 (Lacan, 1962-63/2016, p.87).

73 (Lacan, 1962-63/2016, p.87).

74 (Lacan, 1962-63/2016, p.88).

IV.1.3. Manifestaciones de la angustia: pasaje al acto

En la sala de urgencias, se pueden observar diferentes manifestaciones clínicas que pueden expresarse como dolor, un malestar profundo o angustia. Siguiendo el pensamiento de Freud⁷⁵, al cual se hizo referencia previamente, una situación de urgencia representa una interrupción: hay una perturbación en la estabilidad o homeostasis que antes regía la vida de la persona. Es decir, un evento ha desestabilizado el orden previo de la vida del individuo, afectando sus relaciones con otros, su percepción de sí mismo, su entorno laboral, y sus vínculos amorosos y familiares. Algo sucedió que inscribió un antes y un después en la vida del individuo, la mayoría de las veces tiene que ver con un pasaje al acto: caída del sujeto.

Para abordar adecuadamente este asunto, es necesario destacar que la idea del “pasaje al acto” en el campo del psicoanálisis fue introducida por Lacan. Sin embargo, es curioso notar que, a pesar de su importancia, no le otorgó una atención extensiva en sus escritos, encontrándose a lo largo de su obra solamente algunas menciones y referencias esparcidas.

Lacan inicia su discusión sobre el “pasaje al acto” en el *Seminario X* (1962-63). En este contexto, lo define a partir de la estructura del fantasma y las coordenadas de la angustia. Posteriormente, en el *Seminario XIV* (1967), profundiza en el tema relacionándolo con el concepto de repetición, y lo vincula con la idea de “no pienso/no soy”. Más tarde, en el *Seminario XV* (1968-69), retoma todo lo expuesto hasta entonces y comienza a abordar más detalladamente el concepto del “acto”. Sin embargo, después de esto, las referencias al “pasaje al acto” en su trabajo son limitadas.

Para entender mejor, en el *Seminario X* (1962-63/2016), Lacan asocia el concepto de “pasaje al acto” con la noción de sujeto, a partir de la estructura del fantasma. Se adentra en el análisis del caso de la joven homosexual estudiado por Freud. Es esencial aclarar que Lacan no utiliza este caso simplemente como una muestra clínica, sino que lo considera un ejemplo esencial que ilustra cómo se manifiesta el “pasaje al acto” en la clínica psicoanalítica.

75 (Freud, 1919/2010).

Dicho caso se vuelve paradigmático porque revela la estructura fundamental del “pasaje al acto”.

Lacan interpreta el intento de suicidio de la joven homosexual como un “acto significativo”, resultado de un incremento en la tensión que hace estallar el conflicto. Aquí, emerge un aspecto fundamental en la relación del sujeto con el *a*. A este fenómeno, Lacan lo denomina usando una expresión de Freud: “el dejar caer” o, en alemán, “*niederkommen lassen*”, la chica se arroja, se deja caer ⁷⁶.

Para Lacan, el concepto de “dejar caer” se convierte en el aspecto fundamental del “pasaje al acto”. Él aclara que este acto de “dejar caer” se ve claramente desde el punto de vista del sujeto. Si se remite a la fórmula del fantasma, “el pasaje al acto está del lado del sujeto en tanto que este aparece borrado al máximo por la barra”⁷⁷.

A continuación, Lacan (1962-63/2016) expone:

El momento del pasaje al acto es el del mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento. Es entonces cuando desde allí donde se encuentra- a saber, desde el lugar de la escena en que, como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto- se precipita y bascula fuera de la escena. (p.128)

En este contexto, es esencial mencionar las características que definen el pasaje al acto, las cuales se derivan de la intersección de dos conceptos: el de embarazo y emoción. Lacan introduce el término *embarras* para describir el embarazo. Esta palabra, si la interpretamos de manera literal, sugiere la idea de estar embarrado o, en otras palabras, cruzado por una barra. El concepto de embarazo se representa como el S revestido con la barra \$. La raíz de la palabra *imbaricare* se refiere, en efecto, a esta misma barra. Es, sin duda, la representación más fiel del embarazo⁷⁸.

76 (Lacan, 1962-63/2016).

77 (Lacan, 1962-63/2016, p.128).

78 (Muñoz, 2009).

Una situación embarazosa es, en esencia, estar “em-barrado”, es decir, estar barrado como sujeto. De acuerdo con Muñoz en su obra *La invención lacaniana del pasaje al acto* (2009)⁷⁹, sostiene que, durante el embarazo, la división del sujeto es como una división contra de sí mismo. Esta división surge porque no haya contra que liberarse, es decir, cuando se pierde el parapeteo, ya sea el de la defensa narcisística, ya sea del significante fálico de los emblemas. “Tras la pérdida del parapeteo aparece el embarazo de no hallar donde parapetarse, situación embarazosa de un sujeto a punto de caer, desfallecer”⁸⁰.

Así, la situación de embarazo es una fase previa al pasaje al acto, un pre-pasaje, con características que se asemejan mucho a la angustia. “Esa forma ligera de la angustia que se llama embarazo. Ésta es su primer condición”⁸¹.

La segunda condición es la emoción, entendida como una intensa agitación de la motilidad, que se desencadena sin un destino claro. Este estado sacude al sujeto, dejándolo en un estado de invasión -un sujeto invadido por la pulsión-. No tiene certeza de hacia dónde se dirige, pero este estado domina sus acciones. Lacan describe esta condición a través del vector del movimiento: “En la otra dimensión, la del movimiento, ¿cuáles son los términos que vemos dibujarse verticalmente tras el término inhibición?, en primer lugar, la emoción [...] se refiere etimológicamente al movimiento”⁸².

Es decir que la emoción, no tiene objeto, sino que se trata de una pulsión; un sujeto emocionado pierde la coordinación de sus movimientos, ya que se presentan desordenados, al modo de impulsos; esta condición es la que ha hecho que la psiquiatría haya identificado al pasaje al acto como un fenómeno reaccional –aclara Lacan– le daremos el primer empujoncito introduciendo el sentido goldsteiniano, del arrojar fuera, *ex*, fuera de línea del movimiento – es el movimiento que se desagrega, es la reacción en que se llama catastrófica. (Lacan, 1962, como se citó en Muñoz, 2009, p.141)

79 (Muñoz, 2009).

80 (Muñoz, 2009, p.140).

81 (Muñoz, 2009, p.140).

82 (Lacan, 1962, como se cita en Muñoz, 2009, p.141).

Reflexionando sobre el ejemplo de la joven homosexual que Lacan aborda para analizar el pasaje al acto, se destaca acto -la causa de la emoción del rechazo de Cocotte, quien le niega volver a verse, y no en cualquier momento, sino tras la mirada del padre-. Aquí, a la sensación de embarazo se añade la intensa emoción derivada del rechazo de Cocotte. Estas circunstancias resultan ser una combinación poderosa, llevando a la joven a una situación donde ambos, el embarazo y la emoción, precipitan el pasaje al acto como una salida de la escena.

Esto nos lleva a considerar sobre las dificultades que enfrenta el sujeto cuando no logra hallar una estructura de ficción que le permita asumir ciertos papeles en la vida. En consecuencia, el sujeto es arrojado fuera del fantasma y dirigido hacia lo real, respondiendo de la única manera que encuentra posible: mediante el pasaje al acto. En este punto crítico, el velo que proporciona el fantasma se rasga, permitiendo que el sujeto se proyecte en un escenario, enmarcando así la angustia estructural⁸³.

Lacan señala que “la ventana ejemplifica el límite que existe entre la escena y el mundo, ventana que está determinada por la angustia, es decir es la angustia ese límite”⁸⁴.

En el comienzo del *Seminario X La angustia*, Lacan subraya la intensidad con la que este sentimiento, la angustia, puede desbordar al sujeto. Este sentimiento es tan intenso que el sujeto se siente incapaz de darle un sentido o interpretación: no hay significante que represente al sujeto y cae fuera de la escena a través del pasaje al acto⁸⁵.

En el momento en que sucede el pasaje al acto, el sujeto se ve identificado en el objeto *a*, estableciéndose de pronto una conexión directa entre el sujeto y lo que él es como objeto. Esto significa que, cuando el sujeto cae fuera del campo del Otro, al identificarse con ese resto que queda fuera de la operación cae, experimenta un corte radical respecto a ese Otro. Por otro lado, el *acting out* se manifiesta de manera diferente, ya que siempre existe un marco para ese mensaje dirigido al Otro. Aquí se presenta una identificación del sujeto a

83 (Muñoz, 2009).

84 (Lacan, 1962-63/2016, p.136).

85 (Lacan, 1962-63/2016).

un significante, donde están en juego el ser y el goce en relación al sentido, pero manteniendo constantemente la relación con el Otro⁸⁶.

Cuando esto ocurre, el sujeto pierde el enlace a un significante que le dé un sentido; el pasaje al acto surge debido a la incapacidad de entender o responder a la cuestión de “¿quién soy?”. Ante esta pregunta sin respuesta, el sujeto se cae, identificándose en el objeto *a*, el resto.

Por consiguiente, al considerar el fantasma como la pantalla o marco mediante el cual el sujeto se enfrenta a la realidad, su desmoronamiento o caída del mismo hace que el sujeto experimente una sensación de pérdida de subjetividad y de marcos de referencia, llevándolo hacia el pasaje al acto.

Por esta razón, al confrontar el fantasma durante el pasaje al acto, toda la organización interna del sujeto se descompone, retirándose el sujeto de la escena fantasmática. El pasaje al acto representa, por lo tanto, un atravesamiento del fantasma. Sin embargo, el *acting out* se inscribe siempre en la lógica misma del fantasma.

Entonces, se podría afirmar que el pasaje al acto es concebido como una urgencia psíquica. Basándonos en lo discutido previamente, donde se señala que éste implica una caída de la escena. Por ello, a los hospitales públicos acuden pacientes en situaciones de “urgencia”: crisis de angustia, crisis de ansiedad, policonsumo, ataques de pánico, autolesiones, intentos de autoeliminación, angustia, sufrimiento y más. De este modo, ¿podríamos pensar que el sujeto que llega a la guardia es el efecto de esa caída?

Teniendo en cuenta que, la urgencia desde una mirada psicoanalítica implica ruptura, turbación, embarazo, emoción, sensación de caída, angustia y si se retoma lo que Lacan⁸⁷ establece como condiciones para el pasaje al acto: embarazo y emoción, cuando la emoción, la angustia, desborda al sujeto lo desborda sin poder articular ninguna respuesta simbólica. Entonces no hay significante que represente al sujeto y cae fuera de la escena a través del pasaje al acto, en tanto es así que aparece la urgencia psíquica. Algo sucede en la vida

86 (Lacan, (1962-63/2016).

87 (Lacan 1962-63/2016).

del individuo que genera un antes y un después y que ocasiona una angustia tal, que el paciente se desborda. Y frente a la imposibilidad de dar una respuesta, aparece como recurso inmediato la acción, es decir, el pasaje al acto.

Siguiendo a Laurent⁸⁸, se establece que las urgencias subjetivas son percibidas como una interrupción en la cadena de significantes. Cuando el significante no se articula -un S1 con un S2- el sujeto no logra representarse de este modo, en la urgencia como pasaje al acto, hay una ruptura, algo del decir no se articula, entonces, la desarticulación de la cadena significativa deja al sujeto por fuera y se produce así la caída del sujeto: el pasaje al acto.

Así, cuando una persona acude al área de urgencias de un hospital público, aquellos que ejercen el psicoanálisis se encuentran ante un reto en su práctica: abordar la urgencia. Esto conduce a plantearse las siguientes cuestiones: ¿de qué manera se posiciona el practicante del psicoanálisis ante la urgencia psíquica? ¿cuáles son las posibilidades de intervención del practicante del psicoanálisis frente a la urgencia?

88 (Laurent, 2004, como se citó en Sotelo, 2017).

Capítulo V: ¿Cómo trabaja el practicante del psicoanálisis en el hospital público general?

V.1. Introducción

Reflexionar sobre el papel del practicante del psicoanálisis en un hospital público implica considerar cómo el dispositivo psicoanalítico se adapta y funciona dentro del sistema de salud y las regulaciones que lo gobiernan. Esto nos lleva a indagar más profundamente sobre aspectos claves que determinan las condiciones de su praxis: la función deseo del analista y el discurso psicoanalítico.

Así, surge la interrogante ¿cómo opera la función deseo del analista en el marco del hospital público general? Además, ¿cómo interviene el discurso psicoanalítico en un lugar donde se entrecruzan múltiples perspectivas y dominios del conocimiento, y donde el discurso del amo es predominante?

V.1.1. La función deseo del analista

El concepto “deseo del analista” es una idea que ha experimentado cambios notables en la obra de Lacan.

La primera mención que se hace del deseo del analista y que convoca a pensar las implicancias que tal concepto tiene en la dirección de la cura, se encuentra

en el *Seminario VI*: “Está por formularse una ética que integre las conquistas freudianas sobre el deseo: para poner en su cúspide la cuestión del deseo del analista”⁸⁹.

Para una mejor comprensión, es vital señalar que el papel del analista está determinado por la transferencia, y es esta la que guía y establece el lugar dónde debe intervenir el analista. En el *Seminario XI Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*⁹⁰, Lacan señala: “En este asunto no sólo entra en juego lo que el analista se propone hacer con el paciente. También está lo que el analista se propone que su paciente haga de él”.

Para comprender mejor, el análisis empieza por una demanda al Otro, por la instauración del “sujeto supuesto saber”. Es desde este lugar que la transferencia convoca al analista, y que el analista guía la cura.

Es crucial considerar lo que Lacan explica en el *Seminario VIII La transferencia* (1960-61). En él, establece que el analista debe dejar de lado todo ideal para poder asumir su posición. Al hablar de ideal, se refiere a ese lugar del “saber” que posee el analista. Aunque en un inicio, la posición del mismo, no es sin el ideal, luego es necesario que el analista realice una operación para correrse de este lugar.

Para examinar mejor esto, necesitamos explorar el concepto de “deseo del psicoanalista”. En su *Seminario VIII* (1960-61), Lacan habla sobre cuál debe ser el deseo del analista. Sugiere que, para que el psicoanalista ocupe adecuadamente su lugar, debe ofrecerse vacante al paciente para que se realice como deseo del Otro.

Diana Rabinovich en su libro *El deseo del Psicoanalista* (2004) explica que:

Debe ofrecerse vacante a fin de que el deseo del paciente -el deseo como objeto, el deseo del Otro- se realice en tanto que deseo del Otro vía ese instrumento para su realización que es el analista en cuanto tal. El deseo del analista definido como un vacío, como un lugar donde algo podrá venir a alojarse, a morar, deja en claro que lo que allí tiene que

89 (Lacan, 1958/2009, p.586).

90 (Lacan, 1964/2015, p.165).

venir a alojarse, en la praxis del psicoanálisis, es el deseo del paciente como deseo de su Otro, el de la historicidad propia del paciente, el de las circunstancias propias de su vida. (p.17)

Esto significa que el analista debe proporcionar un vacío, despejando su propio deseo como sujeto del inconsciente. Esta acción es esencial para permitir la aparición de ese Otro primordial para el paciente, que estructura su deseo. Porque, después de todo, su deseo es el “deseo del Otro”. Entonces, ¿cómo se ubica el analista?

Conforme a lo que Lacan expone en el *Seminario VIII* (1960-61), el analista debe posicionarse en términos de nesciencia, de desconocimiento. Esta nesciencia, también descrita como docta ignorancia, sugiere que el analista no tiene un saber previo sobre el deseo de su paciente, porque: del saber que se trata en un análisis, es el saber del inconsciente.

Así Diana Rabinovich en *El deseo del psicoanalista* (2004) dirá:

La ignorancia permite -una vez que uno se percató de ella, una vez que uno no se da cuenta que ignora algo- que emerja la definición de un no saber. Por tanto, la ignorancia no es idéntica al no saber, porque cuando la ignorancia es revelada, recién entonces deviene no-saber y cesa de ser una pasión. (p.41)

El psicoanalista debe asumir una postura de nesciencia, de docta ignorancia, de un no saber, que difiere de la mera ignorancia. Es un desconocimiento que se asemeja a una falta de ciencia, un desconocimiento en relación a “la ciencia” que, por su función, el analista no debe tener⁹¹. Dicho de otra manera, el analista necesita adoptar una posición de desconocimiento, de no saber lo que el paciente revelará de su inconsciente durante el análisis.

Es vital entender la relevancia de este lugar vacante, porque es aquí donde surge el objeto *a*. Según Lacan en el *Seminario VIII* (1960-61), el analista debe ofrecerse vacante frente al deseo del paciente, para que se realice como deseo del Otro. No significa que, en este lugar vacío, el analista facilite al analizante la conexión con un ideal o un amor. Al contrario, el ideal o el amor

91 (Rabinovich, 2004).

definirán y marcarán los límites del campo donde surge el objeto *a*. Por ello, el analista debe apartarse de ese lugar de “ideal” de “sujeto supuesto al saber”, para dejar un vacío y que aparezca el deseo del paciente.

Entonces, ¿a qué se refiere este concepto de vaciamiento o vacancia que Rabinovich aborda siguiendo a Lacan? El analista no ocupa un lugar vacío, se ofrece vacante. ¿Y qué es lo que queda vacante en el analista? Su fantasmática. Por esta razón, un analista debe analizarse con otro profesional, para asegurarse de que su propio fantasma no interfiera en el análisis de otro sujeto. Este vaciamiento de la fantasmática que opera en el analista es esencial para que se ubique como función y no como un individuo con sus propias influencias y prejuicios.

Al respecto Lacan⁹²:

[...] si la transferencia es aquello que de la pulsión aparta la demanda, el deseo del analista es aquello que la vuelve a llevar a la pulsión. Y, por esta vía, aísla al objeto *a*, lo sitúa a la mayor distancia posible del I, que el analista es llamado por el sujeto a encarnar. El analista debe abandonar esa idealización para servir de soporte al objeto *a* separador, en la medida en que su deseo le permite, mediante una hipnosis a la inversa, encarnar al hipnotizado [...] Es posible atravesar el plano de la identificación, por medio de la separación del sujeto en la experiencia, porque el deseo del analista sigue siendo una *x*, no tiende a la identificación sino en el sentido exactamente contrario. Así se lleva la experiencia del sujeto al plano en que puede presentificarse, de la realidad del inconsciente, la pulsión. (p.148)

Así, podemos afirmar que el deseo del analista actúa como un soporte para el objeto *a*, creando un espacio vacío que permite el surgimiento del deseo del paciente. De este modo se establece una distancia entre el Ideal y el objeto *a*, posibilitando también la transferencia.

Por consiguiente, el analista necesita desplazarse del lugar del ideal para posicionarse como causa del deseo. Esto permite generar un espacio vacante que habilite la pregunta por las condiciones deseantes. En este contexto, el

92 (Lacan 1960-61, como se citó en Rabinovich, 2004).

deseo del analista busca determinar, interrogar la causa del deseo del Otro. Solo el deseo del analista es el que puede hacer existir el inconsciente del analizante.

De esta forma, el analista no se presenta como un sujeto dividido, sino más bien como un objeto. Objeto que cuasa el deseo, y es mediante la presencia del analista, quien con su deseo - que es precisamente vaciamiento - causa el deseo del Otro. En consecuencia, la función deseo del analista es la postura ética que habilita el surgimiento del inconsciente y el deseo del paciente.

Sin embargo, surge una cuestión: ¿cómo opera la función deseo del analista dentro de un hospital público general?

Para abordar este asunto, es esencial comenzar estableciendo que la institución actúa como un facilitador para un primer contacto. Debido a las percepciones sociales, culturales e históricas, existe una transferencia hacia la institución de salud, posicionándola en el rol de “sujeto supuesto saber”. Es por esta razón que, ante una situación de urgencia en salud mental, el individuo acude o es trasladado al hospital público general.

Es importante señalar que la persona que llega a una sala de urgencias, por lo general, no se encuentra en condiciones de que opere el despliegue significativo ya que asiste en algunos casos por efecto del pasaje al acto, caído de la escena, excluido del Otro. Entonces, ¿cómo opera el practicante del psicoanálisis para que se le ofrezcan al paciente las condiciones de posibilidad para que una escena pueda ser reconstituida, para que pueda apelar al Otro como lugar del significativo?

Tomando como referencia a Lacan en *La dirección de la cura y los Principios de su poder* (1958/2009), este propone que será mediante la posición del analista, es decir desde el lugar en que éste se posiciona - que una intervención, una interpretación, maniobras relacionadas con la transferencia, el silencio y demás, alcanzarán una naturaleza analítica. En este marco, es precisamente esa posición la que definirá el dispositivo en cuestión. De este modo, su funcionamiento podrá ubicarse a partir del manejo de la transferencia y el deseo del analista.

En este escrito, Lacan argumenta que el papel del psicoanalista va más allá de solo ofrecer interpretaciones. Él dice que el analista debe “también pagar con su persona, en cuanto que, diga lo que diga, la presta como soporte a los fenómenos singulares que el análisis ha descubierto en la transferencia”⁹³. Esto significa que lo que el psicoanalista diga está fundamentado a partir del lugar en el que transferencialmente está ubicado para el analizante.

Extendiendo esta idea, si consideramos que la institución de salud se percibe como un ente con conocimiento autorizado, se puede decir que es el contexto institucional el que respalda una parte importante de la transferencia. En otros términos, al estar la institución de salud ubicada en el lugar de sujeto supuesto saber, permitirá que el practicante del psicoanálisis opere e intervenga como tal.

Siguiendo la dirección del autor, él señala que: “el analista es menos libre en aquello que domina estrategia y táctica: a saber, su política, en la cual haría mejor en situarse por su carencia en ser que por su ser”⁹⁴. Si interpretamos esto, podemos entender que el psicoanalista, sin importar el entorno en el que opere - ya sea en el consultorio privado o en un hospital general público - lo que realmente define su posición es la carencia de su ser. Es decir, desde el deseo del analista, desde una posición de vacío, de nesciencia, de docta ignorancia.

Reflexionando sobre estos aspectos, es que se considera la operación función deseo del analista en el contexto de un hospital público general. La transferencia que se establece entre el paciente y la institución hospitalaria facilita que el profesional del psicoanálisis actúe desde su praxis. A partir de la función deseo del analista se podrá causar el decir del paciente y así que surja el sujeto del inconsciente.

93 (Lacan, 1958/2009, p.561).

94 (Lacan, 1958/2009, p.563).

Cabe destacar que, aunque estas letras mantienen un orden secuencial fijo, su posición en el discurso puede variar. Esta variabilidad da origen a las cuatro estructuras de discurso previamente mencionadas, las cuales emergen a través de una rotación de un cuarto de vuelta.

Adriana Casaretto (2002), en su *artículo El Psicoanálisis, La Institución y el Discurso*, explicita que el agente: “es el lugar de dominancia, también se llama lugar del semblante y esto implica una diferencia entre lo que se es y lo que se representa” (párr. 5). Es decir, el agente es el que da el nombre de discurso, se dirige a un otro, entendido también en términos de lugar. En relación al “otro”, Casaretto refiere:

Está escrito con minúscula porque la relación es del sujeto con el semejante, pero a su semejante el sujeto le atribuye los rasgos del gran Otro. Este gran Otro no existe, pero es una función que tiene importantes efectos en los lazos del sujeto, ya que determina las condiciones de goce en la estructuración de dicho sujeto. (párr. 6)

El “otro” no debe ser confundido con los conceptos tradicionales de comunicación, donde se habla de emisor, receptor, canal y mensaje. No se trata simplemente de otro ser semejante a nosotros; representa una diferencia fundamental, una verdadera alteridad. Es importante aclarar que los conceptos de “agente” y “otro” no pueden ser simplemente intercambiados o sustituidos el uno por el otro.

En este contexto, cuando nos referimos a “producción”, estamos hablando de aquello que emerge como resultado de la interacción entre el sujeto y el “otro”. Adriana Casaretto, describe la producción como “lo que precipita como resultado de la relación del sujeto y el otro. También es llamado el lugar de la pérdida, por la tramitación de goce que se produce en el lazo social”⁹⁶. Por lo tanto, cada vez que el discurso se manifiesta y actúa, algo se genera, algo se produce, y este producto es el resultado directo de la relación entre el sujeto y el “otro”.

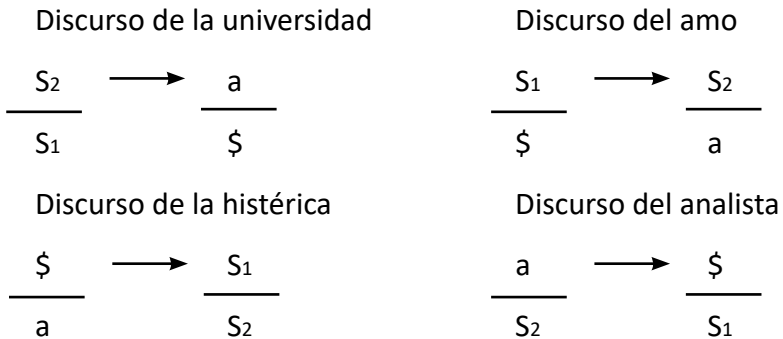
Adriana Casaretto expone que la verdad y lo real no son sinónimos. Mientras que la verdad se refiere a algo que puede ser expresado a través del lenguaje,

96 (Casaretto, 2002, párr. 6).

aunque no todo puede ser dicho; lo real es algo que no puede ser completamente capturado por las palabras. En sus propios dichos: “la verdad no es lo real; es algo discursivo que alcanza lo real de forma incompleta. Lo real es lo imposible, con lo cual la verdad será lo que del significante alcance a morder lo real. Es así como la verdad sólo puede ser dicha a medias⁹⁷”.

Esta idea de la verdad se entrelaza fuertemente con el pensamiento de Lacan. Para él, la verdad es esencialmente lo que moviliza y sostiene el discurso; la verdad está en relación con el decir. Sin embargo, hay una limitación intrínseca en nuestra capacidad para expresarla completamente, ya que todo no puede ser dicho.

De este modo, Lacan desarrolla a la estructura de los cuatro discursos:



Claramente, el punto esencial aquí se refiere a los cuatro discursos y cómo se presentan en el contexto de una institución hospitalaria. Tal como se mencionó antes, al considerar las instituciones públicas, es crucial recordar que la praxis se manifiesta en diversos espacios conceptuales. Esta variedad se debe a la combinación de diferentes discursos y a la diversidad de disciplinas presentes. En particular, el hospital es una entidad que actúa como un medio de intervención basado en un conocimiento específico. Este conocimiento se alinea con el “discurso del amo”, que es esencial para establecer normas y organizar la estructura. Y, al igual que los otros tres discursos, es necesario para mantener el orden y equilibrio en las relaciones sociales.

97 (Casaretto, 2002, párr. 6).

Para entender mejor, es crucial mencionar lo que Lacan describe como el “discurso del amo”. La palabra “amo” proviene de “maître” en francés y puede tener dos interpretaciones: por un lado, el amo como figura que gobierna y, por otro, el maestro como quien imparte enseñanzas. Este discurso se inspira en la dialéctica del amo y el esclavo de Hegel. Éste, veía el deseo humano como un anhelo de ser reconocido. Sin embargo, cuando dos personas tienen este mismo deseo de reconocimiento, surge un conflicto en busca de prestigio. Este enfrentamiento concluye cuando uno de ellos cede, abandonando su deseo de ser reconocido y aceptando la supremacía del otro. Así, uno se ve a sí mismo como el esclavo y reconoce al otro como su amo.

De este modo, el discurso se caracteriza por una intención de control, donde el “amo” actúa como un significante operativo. Así, el significante amo ocupa un rol central, estableciendo la base sobre la que se asienta la esencia del amo, siendo este el lugar donde se sitúa la ley. Sin embargo, el amo desconoce la verdad de su determinación: la división del sujeto. Por este motivo, se visualiza el concepto del sujeto barrado, se advierte por debajo de la fórmula. El amo, entonces, busca eliminar esa barra que es constitutiva del Otro. En contraposición al amo, encontramos al esclavo, quien detenta, un verdadero saber hacer. Este esclavo se manifiesta como alguien que sabe por haber perdido su cuerpo al que ha querido conservar en su acceso al goce. Por ello, el objeto *a*, que representa el plus-de-goce, emerge como un resultado de este discurso. La gran limitación del discurso del amo radica en su incapacidad para controlar o dominar lo real.

La institución se presenta como la figura del Amo, pues desde su perspectiva de gestión, proclama la misión de dominio, de ley, de orden, de garantía. Se autodenomina portador del conocimiento y presume de tener la habilidad y el saber hacer.

En contraste, el discurso del analista actúa como el reverso al discurso del amo. Lacan⁹⁸ sostiene que el lugar del psicoanálisis es inherentemente subversivo, dado que desafía y contrarresta cualquier esfuerzo por dominar el saber y al otro. Dentro del marco analítico, el analista se posiciona como agente en la

98 (Lacan, 1969/2015).

forma de *a*, se presenta como la causa del deseo. El analista queda como el objeto *a*, soporte de la transferencia, como semblante del objeto *a*, que causa la división del sujeto.

En términos simples, hay un único sujeto en consideración, el sujeto dividido que emerge a partir de la operación del agente -posición que el analista adoptará en calidad de objeto *a* causa del deseo- y que está guiado por una ética basada en la función deseo del analista. En este contexto, el discurso analítico tiene un propósito definido: llevar el saber al lugar de la verdad.

Es esencial entender que un análisis progresa al moverse consecutivamente a través de rotaciones por los distintos discursos. Dentro de estos, el analista será situado por el devenir transferencial como S1, S2, y como objeto *a*, a modo semblante del goce que comanda el sujeto. Este proceso continúa hasta llegar al discurso del analista, el último en manifestarse, actuando como *a* causa de deseo.

Dicho esto, surge una pregunta clave: ¿cómo se puede operar desde un enfoque analítico dentro de una institución donde prevalece el discurso del amo?

Para que quién ejerce el psicoanálisis pueda actuar de manera analítica dentro de una institución, es fundamental que adopte una posición contraria al discurso del amo. En otras palabras, debe actuar desde el discurso del psicoanálisis, es decir, desde la función del deseo del analista. Esta función es la que permite que emerja el deseo del otro, y todo esto está guiado por la ética que dirige su praxis: orientación hacia lo real.

Es esencial reconocer que el psicoanalista es parte la institución de salud. En términos de cómo se interrelacionan las prácticas -entre psicoanálisis e institución-, podríamos verlas como opuestas. La razón de esto es que la institución se orienta hacia la reducción de los síntomas, buscando garantizar la salud y el bienestar del paciente, y respondiendo a sus demandas. Por otro lado, el psicoanálisis tiene como objetivo que aparezcan los significantes inconscientes, permitiendo que el sujeto se conecte con su deseo y descubra la verdadera raíz de su demanda.

Si bien la institución actúa desde el discurso del amo, es crucial distinguir ambas prácticas. Aunque puedan parecer opuestas, esto no significa que no puedan coexistir en el mismo espacio.

Cada uno de los cuatro discursos que delimita Lacan implica posiciones y efectos discursivos diferentes. Así, la posibilidad de situarse dentro del hospital desde el discurso del analista puede crear ciertos efectos. Uno de ellos, desviarse de la lógica convencional de la institución para abrir espacio a la clínica psicoanalítica. Esto se refiere a tratar cada caso de manera individual, basándose en el discurso y la verdad de cada sujeto; es decir, desde su subjetividad.

De esta forma, las consecuencias del discurso analítico, que es opuesto al discurso del amo, establecen los fundamentos de una ética que permite que advenga el sujeto dentro del contexto hospitalario.

Capítulo VI: El acto analítico

VI.1. Introducción

Al considerar las intervenciones que el practicante del psicoanálisis puede hacer en la urgencia psíquica en un hospital público, es esencial reflexionar sobre un concepto central en la clínica psicoanalítica: el acto analítico.

VI.1.1. El acto analítico

El concepto de “acto analítico” tiene sus raíces y desarrollo en las enseñanzas de Lacan dentro de la teoría psicoanalítica. Lo que es interesante resaltar es que el acto analítico no se define por un contenido específico o generalizado. Para quienes deseen profundizar en su entendimiento, los *Seminarios XIV* (1966-67), *XV* (1967-68) y *XVI* (1968-69) son referencias clave.

En particular, el *Seminario XV, El Acto Psicoanalítico*, en la *clase del 15 de noviembre*, Lacan destaca el rol central del acto en la praxis psicoanalítica. Aquí, señala que la función del acto involucra directamente al sujeto. Así, gracias a esta dimensión de sujeto -lo que puede ser enunciado del sujeto como tal y que se llama el inconsciente- es lo que se pone en acto.

En efecto, Lacan establece que la función del acto analítico implica al sujeto, es el sujeto del inconsciente lo que se pone en acto. Posteriormente, busca definir el acto psicoanalítico de una manera más precisa. Se cuestiona si se trata de la sesión terapéutica en sí o si se refiere a la naturaleza de la intervención, la interpretación del analista o su silencio.

Frente a esto Lacan establece:

Para introducir el acto psicoanalítico, remarcaremos que, en la teoría psicoanalítica, precisamente se habla. Por otra parte, no estamos todavía en condiciones de especificar ese acto de una manera tal, que podemos de alguna manera poner su límite con eso que se llama en términos generales, y a fe mía, usual en esa teoría analítica: la acción. (p.6)

Lacan enfatiza que el acto psicoanalítico es más profundo que la cura a través de la palabra. Va más allá de la intervención, la interpretación, o a la acción. En sus estudios, él continúa elaborando sobre este concepto. En la *primera clase de noviembre de 1967*, puntualiza que el acto no pertenece al ámbito de la motilidad, ni es un reflejo automático, ni una liberación de tensión. Está estrechamente ligado al significante.

Lacan sugiere una perspectiva innovadora al afirmar que el acto está vinculado al orden del significante. Esta declaración conlleva a nuevas preguntas que se deben considerar: ¿Deberíamos interpretar el acto en términos del significante? ¿Podríamos decir que el acto analítico es, en sí mismo, un significante? Y si es así, ¿qué posición o estatus tiene el acto analítico dentro de esta conceptualización?

En la *clase III del 29 de noviembre de 1967* Lacan dirá:

El acto analítico esencial del psicoanálisis implica algo que yo no nombro, que he esbozado bajo el título de ficción, y que se vuelve grave si se convierte en olvido, fingir olvidar que su acto es ser causa de ese proceso, que se trate de un acto que se acentúa con una distinción que es esencial realizar aquí. El analista, por supuesto, no deja de tener necesidad de justificarse ante sí mismo en cuanto a lo que se hace en un análisis; se hace algo y se trata precisamente de esta diferencia, del hacer a un acto, ¿en qué banco colocamos al psicoanalizante? en el

banco del hacer; él hace algo, llámenlo como quieran, poesía o manejo, él hace, y es bien claro que justamente, una parte de la indicación de la técnica analítica consiste en un cierto dejar hacer (*laissez faire*), pero, ¿es esto suficiente para caracterizar la posición del analista cuando este dejar hacer implica hasta un cierto punto el mantenimiento intacto en él de ese sujeto supuesto saber, a pesar que éste sujeto él conoce por experiencia a la caída [o destitución] y la exclusión y lo que ello resulta del lado del psicoanalista? (p.39)

Es interesante cómo Lacan describe el acto analítico en términos de una “ficción”. De acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia Española* (2020), “ficción” se refiere a algo inventado o fingido. Al decir que el acto analítico se desarrolla como una ficción, Lacan sugiere que este acto puede ser visto como algo fingido. Es decir, es un hacer fingido, considerando que la tarea del psicoanalista es no hacer; por lo tanto, la acción recae sobre el analizante.

Para entender mejor esta idea, recurriremos a Manuel Murillo. En su obra *¿Qué es el acto analítico? Deseo y técnica en psicoanálisis* (2018), Murillo ofrece un análisis detallado de los conceptos agrupados en esta definición.

Primero, se indica que el acto analítico es lo que origina el análisis, lo cual nos lleva a la relación entre el acto analítico y el propio análisis. Basándose en lo que Lacan explica en el *Seminario X* (1962-63) y en el *Seminario XI* (1964) sobre el objeto *a* y en su función causa del deseo, Lacan establece que el análisis solo puede tener lugar si surge como causa del deseo. Dicho de otra manera, el acto es la condición necesaria para que el análisis tenga lugar.

¿A qué se refiere Murillo con que el acto analítico es la causa del análisis? en la *clase del 17 de enero de 1967*, Lacan establece que el acto psicoanalítico es soporte de la transferencia. Para ello es fundamental hacer referencia a que el análisis se inicia por una demanda al Otro, por la instauración del sujeto supuesto saber. Es en el sujeto supuesto saber que la transferencia convoca al analista. De este modo, es desde el lugar de la transferencia donde el analista dirige la cura, teniendo en cuenta que el analista debe abandonar todo ideal para poder ocupar esta posición.

Para esto, el analista debe ofrecerse vacante, debe ofrecer un lugar vacío, en este vacío es donde surgirá el objeto *a*. En tanto el analista como objeto *a*, será el soporte del análisis. Esto se produce porque el objeto *a* es la causa del proceso de análisis. Lacan lo define como el vacío, es nada, es lo que no se llena; y justamente, este vacío, remite al lugar del analista.

Por lo tanto, el analista debe ocupar este lugar vacío, para dejarlo vacío. Traccionarlo como un vacío y dar lugar de este modo, a la transferencia y al deseo del paciente.

Así, el lugar que el analista toma en este acto, vale decir, de objeto *a*, es lo que permitirá el trabajo del analizante, será el soporte de la transferencia, de las intervenciones; en otras palabras: es lo que causará el análisis.

Según Murillo (2018), es esencial que el analista recuerde que su acto es la causa del análisis. Aquí, cuando hablamos de acto, no significa que el analista esté actuando, haciendo algo concretamente. Lacan indica que el término acto analítico se refiere a que el analista debe situarse en acto⁹⁹.

Entonces, ¿qué implica que el analista deba situarse en acto? En una de sus clases, específicamente en la del *21 de febrero de 1968*, Lacan explica que no puede instaurarse el psicoanálisis sin un acto. En otras palabras, el acto del analista es el que autoriza que el análisis sea posible.

La única manera en la que el analista tiene la opción de abrir un análisis, como una posibilidad, es su acto. Se debe advertir que Lacan no aclara qué es lo que tiene que hacer el analista para que el análisis se constituya, o se inicie, ya que se trata siempre del caso por caso. Pero lo que sí se establece, es que, la función del acto analítico es generar las condiciones al sujeto para que el análisis se instaure como tal.

Según Murillo (2018), existe otro punto crucial en la perspectiva de Lacan sobre el acto analítico: el analista finge olvidar que su acto es lo que causa el análisis. Esto que destaca se vincula con la idea inicial de que Lacan considera el acto analítico como una ficción. Entonces surge la pregunta, ¿qué se finge? ¿qué quiso decir exactamente Lacan con esto?

99 (Lacan, 1968).

De un lado, podemos considerar que el saber que el sujeto puede suponer que tiene el analista, es precisamente aquello de lo que el analista hace ejercicio de su ignorancia. Esta idea es lo que Lacan describe como el deseo del analista, asumiendo una postura de docta ignorancia y en una posición de nesciencia. Por otro lado, es esencial mencionar lo que Lacan señala en la clase del *17 de enero de 1968*: que el acto analítico es un “acto en falso”.

En otros términos, en lo que respecta al analista, tal como lo vemos surgir ahora a nivel de su acto, ya hay saber del des-ser del sujeto supuesto al saber, en tanto que por toda esta lógica, es la posición de partida necesaria.

Es precisamente por eso, lo dijimos la última vez, que en lo que resulta para él de ese acto, se trata de lo que definimos hace un rato como acto en falso. (p.67 y 68)

Es decir, es esencial que el analista realice un “acto en falso”, que inicialmente se posicione desde un lugar de sujeto supuesto al saber. Son estas circunstancias las que generan la oportunidad para que el análisis, en su carácter contingente, tenga lugar. Posteriormente, el analista debe adoptar un papel de ficción, o mejor dicho, de objeto *a*, de vacío, de inacción; lo cual permite que emerja la palabra.

Murillo (2018) enfatiza como cuarto aspecto a tener en cuenta que el acto analítico combina un acto con un hacer. Lacan, en su *clase del 24 de enero de 1968*, describe esto como la integración de un acto y un hacer. Al revisar su *clase del 6 de diciembre de 1967*, Lacan indica que esta combinación define la esencia misma del acto analítico. A pesar de esto, subraya que el analista no realiza ninguna acción. Por lo tanto, se plantea la cuestión: ¿quién es el que actúa? En su *clase del 24 de enero de 1968*, Lacan responde que es el analizante quien actúa, porque, después de todo, el psicoanalizante es quién habla.

En esencia, el analista es el instrumento y no el que hace el trabajo, tal como se mencionó anteriormente. El acto del psicoanalista involucra una acción, que paradójicamente es una “no acción”, debido a que la acción verdadera proviene no del analista, sino del analizante. Lacan enfatiza que el analista debe abstenerse de actuar, resistirse al acto, porque comprende que no es él a quien le corresponde hacer el trabajo. La acción del analista es más bien una que facilita otra, que conduce a otra: la acción del sujeto o simplemente

el acto. Por lo tanto, la acción del analista es precisamente no actuar, porque cualquier acción de su parte podría obstaculizar, interrumpir o frenar la acción del analizante¹⁰⁰.

Por último, Murillo (2018) explicita que el acto analítico no puede dejar intacto el mantenimiento del sujeto supuesto a saber: se debe tener en cuenta que el concepto acto, para Lacan, supone una mutación del sujeto, un cambio de estructura, un cambio de superficie. Referido al acto analítico, esto significa, una mutación en la relación del sujeto con el analista, lo que representa que hay dos puntos que se articulan: el inicio del análisis y el final del análisis. El primero supone el acto y respecto al segundo Lacan refiere en el *Seminario XV* (1967-68) que el acto analítico no puede incluir la idea de un análisis interminable; pero “es una función del acto analítico conducir la cura hacia el terreno de un análisis: terminable”¹⁰¹.

Entonces, el fin de análisis no se refiere a un fin del tratamiento, ni un fin al que el paciente debe llegar. Más bien, se trata de que, a través del análisis, el paciente pueda encontrar maneras de superar su padecimiento, lo que lo perturba y lo que manifiesta como síntoma.

Por otra parte, Murillo (2018) aborda al fin del análisis desde un punto de vista espacial, comparándolo con una puerta o una salida. Sugiere que la idea de terminación de análisis está vinculada a la producción de salidas. Es decir, que surjan efectos que marquen una distinción en la relación del sujeto con el deseo, la libido, la pulsión, el goce, entre otros aspectos.

De este modo, el acto analítico causa el análisis y debe producir un análisis terminable: salidas en el analizante.

En síntesis, el acto analítico no implica ninguna acción, gesto o movimiento del analista. Más bien, supone que el analista se abstenga de actuar. Esta inacción es lo que impulsa el análisis y lo que motiva o incita la acción del analizante, convirtiéndose en un acto dirigido hacia el otro.

100 (Lacan, 1968).

101 (Lacan, 1967-68, como se citó en Murillo, 2018, p.184).

El acto analítico no ocurre sin el deseo del analista. Esto significa que el analista no puede ocupar el lugar de objeto *a*, que es lo que causa el análisis, sin el deseo del analista actuando como función. El deseo del analista, que se presenta como un deseo vacío, es donde se sitúa el acto. Por lo tanto, el análisis no podría tener lugar sin ese deseo presente.

Por consiguiente, el acto analítico es lo que provoca el análisis y, a partir de él, el soporte tanto la transferencia como de la interpretación. Es esencial entender que la interpretación es el resultado de un decir que ocurre en el acto analítico. No surge exclusivamente desde el lado del analista o del analizante, sino más bien se genera entre ambos, en el efecto de lo que allí se dice.

La transferencia tiene una relación directa con el acto analítico, ya que este último juega un papel fundamental en su establecimiento. Es importante comprender que la interpretación y la transferencia funcionan en conjunto, ambas se generan a través del acto analítico que las sostiene.

Dado lo expuesto, surgen las siguientes preguntas: ¿es mediante el acto analítico que el practicante del psicoanálisis aborda la urgencia psíquica? ¿Cómo se pueden generar las condiciones adecuadas para el acto analítico en el contexto del hospital público general, especialmente cuando se trata de la urgencia psíquica?

Conclusiones

Tras un detenido análisis teórico, este trabajo vuelve sobre los objetivos iniciales que guiaron el interés y la búsqueda de respuestas en relación al tema propuesto, teniendo siempre presente las disposiciones de la ley de salud mental en Argentina. Esta detallada evaluación pone de manifiesto la plena factibilidad y la gran relevancia que tiene la implementación de la práctica psicoanalítica en el ámbito del hospital público general.

Para profundizar esto, se llevó a cabo una investigación centrada en la posible integración del enfoque psicoanalítico en el contexto hospitalario público, siempre alineadas con las directrices y recomendaciones establecidas por la ley de salud mental. Además, se profundizó en la ética del psicoanálisis, poniendo un especial énfasis en entender cómo esta disciplina se posiciona y convive con la diversidad de discursos que habitan en una institución pública. Como parte integral de este trabajo, se estudió meticulosamente cómo abordar la urgencia de salud mental desde una perspectiva psicoanalítica y en total consonancia con las disposiciones de la ley N° 26.657.

Luego de un extenso y riguroso análisis de la ley de salud mental, podemos afirmar que esta legislación, más allá de garantizar de forma inequívoca el derecho a la salud mental a todos los ciudadanos residentes en Argentina, hace hincapié en la importancia de que el tratamiento brindado se adapte a las necesidades y características específicas de cada paciente, otorgando un rol preponderante al criterio y juicio profesional. Esta ley no establece, ni limita a un método o enfoque terapéutico específico, brindando así, a los profesionales de la salud, una amplia libertad y autonomía en su elección de tratamiento. Esta flexibilidad legal permite que el psicoanálisis, con sus propios métodos

y técnicas, pueda ser practicado con total libertad y responsabilidad en estos entornos hospitalarios.

Además, el hecho de que la ley reconozca la salud mental a través de factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, permite a los profesionales del psicoanálisis adoptar la directriz en la cual el psicoanálisis condensa su ética: la relación con lo real, como norte que orienta la posición ética del analista. Esto permite al practicante del psicoanálisis establecer una posición basada en lo singular y particular de cada caso.

Así, considerando la visión integral que la ley sugiere, y la autonomía que proporciona para la práctica profesional, existe un lugar para abordar desde un enfoque psicoanalítico, es decir, trabajar con lo inconsciente.

Reflexionar sobre la implementación de la praxis del psicoanálisis en un hospital público general, teniendo en cuenta la ley de salud mental, nos lleva a considerar también el dispositivo psicoanalítico que establecieron Freud y Lacan. Considerar esta praxis específicamente en el ámbito del hospital público general puede parecer inadecuado, ya que, remontándonos a sus raíces, no fue concebido para este marco y contexto particular. No obstante, esta circunstancia no obstaculiza la aplicación de su práctica ni la integración de los psicoanalistas en las instituciones sanitarias; ya que es la posición del analista la que define el dispositivo en cuestión.

En obras como *Tótem y Tabú* (1913), *Psicología de las masas y análisis del yo* (1920-22), y *El malestar en la cultura* (1927-31), Freud analizó la interacción de los sujetos con la sociedad. Profundizó sobre el malestar de los seres humanos en relación a su cultura, a su entorno social y a todo lo que los rodea. Exploró temas de psicología colectiva y del orden social, e integró conceptos de biología e historia. A través de ello, destacó al psicoanálisis no solo como un saber, sino también como una práctica y teoría viable para comprender y abordar aspectos sociales.

En *Nuevos caminos de la terapia analítica* (1919/2010), Freud anticipó la inclusión de una práctica donde se atendería a amplios grupos de personas sin costo alguno. En este escenario, hasta aquellos con escasos recursos tendrían

la oportunidad de acceder a la terapia anímica. Será responsabilidad del Estado asegurarse de que esta asistencia sea proporcionada. De esta forma, la técnica tendrá que adaptarse a estas circunstancias novedosas.

En 2010, la ley de salud mental estableció derechos que garantizan el acceso de todos los ciudadanos a las instituciones sanitarias para recibir atención en salud mental. Esta normativa no hace distinciones entre personas con más o menos recursos, sino que se enfoca en todos los residentes de Argentina. Ante este panorama, surge la necesidad de adaptar la técnica para responder a nuevas condiciones.

Lacan argumentó que es posible sostener una práctica para abordar a cualquier persona, simplemente porque esté afectada por un padecimiento que perturbe su ser o porque pueda cuestionar un conocimiento sobre sí misma o su verdad, por el solo hecho de que hable. Si un paciente logra ponerle palabras a lo que lo inquieta o angustia, a pesar de que no todo puede ser dicho -hablar es un modo de manifestar el inconsciente-, es suficiente para que el psicoanálisis prevalezca¹⁰².

En *La dirección de la cura y los principios de su poder* (1958/2009), Lacan afirmó que es a través de la posición del analista, que una intervención, interpretación, maniobras transferenciales, el silencio y cortes, adquieren una dimensión analítica. De este modo, es esa posición específica la que configura y estructura el dispositivo en cuestión.

A partir de la función deseo del analista, se dará lugar a causar el decir del paciente, y, como resultado, emerge el sujeto del inconsciente. En otras palabras, la función deseo del analista representa la posición ética que permite acceder al inconsciente y actuar desde la práctica psicoanalítica.

En resumen, es posible trabajar analíticamente en instituciones de salud porque la estructuración del dispositivo analítico está ligada a la posición que asume el analista y a la demanda del paciente, no al encuadre o marco específico.

Dentro de las instituciones hospitalarias, los profesionales del psicoanálisis interactúan y trabajan con diferentes discursos y campos de conocimiento.

102 (Lacan, 1953/2003).

Una inquietud relevante al respecto es cómo el psicoanálisis, desde su perspectiva ética, se sitúa en una institución pública que está influenciada por una variedad de discursos.

El hospital público, predominantemente se rige por un discurso médico dominante, que se puede equiparar al discurso del amo. Esta institución busca asegurar el cuidado, la salud y el bienestar de todos, asumiendo un rol de autoridad y control. Se posiciona desde una perspectiva de dominio, de ley, de orden, de garantía precisamente, asentándose como dueño del saber y de poseer un saber hacer.

El discurso psicoanalítico se opone a la idea de controlar el saber y al otro. Contrariamente al discurso del amo, se posiciona como vacante, como objeto *a*, poniendo en juego un vacío posibilitador para el surgimiento del deseo del paciente. Así, la función del discurso analítico es llevar el saber al lugar de la verdad. Esto significa trabajar desde la verdad única e individual de cada paciente.

Aunque en el hospital sea predominante el *discurso del amo*, esto no impide que el practicante del psicoanálisis se posicione desde el discurso analítico. Precisamente, esto es lo que permite desviarse de la idea general del hospital de “garantizar la salud, el cuidado y el bienestar para todos”, y en su lugar, permitir que la clínica psicoanalítica trabaje “cada caso de manera individual”.

En otras palabras, la capacidad del profesional del psicoanálisis para trabajar desde el discurso analítico en el contexto hospitalario es lo que le permite seguir la ética que guía su trabajo, orientación por lo real.

Así, los efectos del discurso analítico sientan las bases de una ética que permite la emergencia del sujeto dentro del ámbito hospitalario.

En esencia, es mediante la intervención del profesional del psicoanálisis y su discurso, que se atraviesa la noción de “para todos y de lo universal” hacia lo particular de cada caso. Esto permite que surja lo singular, lo íntimo, alineándose así con la ética que guía la praxis.

En relación a lo anterior, es importante considerar que las recientes políticas de salud mental, establecidas por la legislación, introducen nuevos significantes.

Al considerar al paciente de salud mental como participante activo en su recuperación, el significante de “hospital público general” -visto como un significante amo en el contexto del discurso médico- se desplaza. Esto se debe a que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento ahora se realiza a través de un equipo interdisciplinario y, crucialmente, con la participación del paciente como sujeto activo durante el proceso terapéutico.

Otro desafío al que se enfrentan los practicantes del psicoanálisis a partir de la promulgación de la ley de salud mental en las instituciones hospitalarias es el abordaje de la urgencia.

Para esto, es esencial comenzar distinguiendo entre “emergencia” y “urgencia”. La emergencia se refiere a situaciones que requieren la intervención inmediata de un profesional médico debido a un peligro inminente para la salud física o la vida del paciente. En estas circunstancias, el tiempo se mide de manera estrictamente cronológica, siendo cada minuto crucial.

A la urgencia desde este trabajo se la entiende como un evento que implica una ruptura, un quiebre, la irrupción de un real, hay algo que queda por fuera del discurso. Esto lleva a que se generen elevados montos de angustia en la persona, la cual siente que carece de recursos necesarios para confrontar esa irrupción de lo real. No hay posibilidad de hacer una articulación significativa y de tramitar aquello que irrumpe y desborda. Por lo tanto, el término “urgencia” no se refiere a la urgencia en un sentido de tiempo cronológico, sino que se basa en la percepción de un tiempo lógico por parte del paciente que considera y siente que requiere atención inmediata.

Para entender cómo abordar la urgencia en salud mental, es fundamental reconocer que el paciente que busca atención en un hospital público general no está buscando específicamente a un psicoanalista. En realidad, consulta porque tiene una transferencia con la institución, la cual está ubicada en un lugar de sujeto supuesto saber. Por lo tanto, la posible intervención del practicante del psicoanálisis será a partir de la relación transferencial del paciente con la institución de salud.

Para que el psicoanalista pueda intervenir como tal, es vital tener en cuenta que el psicoanálisis requiere de una acción específica, el acto psicoanalítico. Su función -el hacer psicoanalítico- implica al sujeto y es el sujeto del inconsciente lo que se pone en acto.

Por consiguiente, para abordar la urgencia, el sujeto del inconsciente debe ser puesto en acto. Para que esto ocurra, el practicante del psicoanálisis debe ofrecerse vacante, debe ofrecer un lugar vacío. En este vacío es donde aparecerá el objeto *a*. Así, el practicante del psicoanálisis como objeto *a*, será el soporte; de esta manera dará lugar a la transferencia y al deseo del paciente. Esta será la posición posible para abordar e intervenir en la urgencia psíquica.

Se sostiene la idea inicial en la que se argumentó que, en una situación de urgencia, el sujeto experimenta una ruptura con la cadena significativa. La labor del analista no se limita solo a la escucha del discurso del consultante, sino también a, que a través del acto analítico se pueda reestablecer la relación con el Otro simbólico, para que el paciente se implique y responsabilice en sus dichos, permitiendo que emerja un sujeto, específicamente, el sujeto del inconsciente, allí donde los recursos significantes se vieron superados y generaron un desborde al sujeto.

Por lo tanto, en un servicio de emergencia de un hospital público, la posición del practicante del psicoanálisis se basa principalmente en su herramienta esencial y en la ética que lo guía: la escucha del sujeto desde su singularidad.

En síntesis, a través la función deseo del analista, de la escucha desde la particularidad y singularidad de cada caso, y del acto analítico es que el paciente es puesto en acto, para dar lugar y hacer entrar aquello que queda por fuera del discurso. Apuntando a que se genere como efecto que el paciente pueda preguntarse; que pueda indagar acerca de lo que le acontece; que pueda cuestionarse qué tiene que ver él en esto que le está pasando. Para así implicar al paciente en sus dichos, y enlazarlo y que en consecuencia -emerja el sujeto-.

De este modo, cuando aparece el sujeto, concluye la urgencia.

Así es crucial resaltar que la aplicación de la ley de salud mental representa un progreso no solo para los pacientes en términos de atención en salud mental,

sino también para los profesionales en instituciones de salud. Otorgar espacio al criterio profesional en el tratamiento de los pacientes y entender la salud mental con un enfoque integral habilita al psicoanálisis tanto en su discurso como en su praxis.

Es esencial subrayar que trabajar con un enfoque analítico en el hospital público general es posible. Esto se debe a que la construcción del dispositivo analítico depende de la posición que asuma el analista y de la demanda del paciente, no necesariamente del marco de una consulta privada o particular.

En consecuencia, se establece que el abordaje de la urgencia subjetiva dentro del hospital público general, en el contexto de la ley de salud mental, es posible a partir de la función deseo del analista y del acto analítico.

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://normas-apa.org/wp-content/uploads/Guia-Normas-APA-7ma-edicion.pdf>
- Belaga, G. (2015). La práctica del psicoanálisis en el hospital. Grama.
- Casaretto, A. (02 de agosto de 2002). El psicoanálisis, la institución y los discursos. El Sigma.com. <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/el-psicoanalisis-la-institucion-y-losdiscursos/2342>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2018). Abordaje de la salud mental en hospitales generales. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento226.pdf>
- Dovio, M. A. (2017). La Higiene mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945). Revista de Historia y Geografía, (36), 45-65. file:///C:/Users/felip/Downloads/Dialnet-LaHigieneMentalEnBuenosAiresArgentina19351945-7392162.pdf
- Diccionario de la real academia española. (2020). <https://www.rae.es>
- Falcone, R. (2010). Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. [Archivo PDF]. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf
- Freud, S. (2010). Proyecto de Psicología. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). Sigmund Freud: Obras Completas (2° ed., Vol. I, pp 355 - 370.). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (2009). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). Sigmund Freud:

- Obras Completas (Vol. X, pp 355 - 370.). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1909).
- Freud, S. (2009). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En J. Strachey (Ed) y J. Etcheverry (Trad.) Sigmund Freud: Obras completas (Vol. XII p.161-172). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (2009). Conferencias de Introducción al psicoanálisis. En J. Strachey (Ed) y J. Etcheverry (Trad.) Sigmund Freud: Obras completas (Vol. XVI p.262-270, 326-344, 357-374, 392-407, 408-421). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916-1917).
- Freud, S. (2010). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En J. Strachey (Ed) y J. Etcheverry (Trad.) Sigmund Freud: Obras completas (Vol. XI p.153-163). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1918-1919).
- Freud, S. (2010). Más allá del principio de placer. En J. Strachey (Ed) y J. Etcheverry (Trads.) Sigmund Freud: Obras completas (Vol. XVIII, pp.1-62). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920-1922).
- Freud, S. (2010). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed) y J. Etcheverry (Trads.) Sigmund Freud: Obras completas (Vol. XX, pp.71-162). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925-1926).
- Freud, S. (2009). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En J. Strachey (Ed) y J. Etcheverry (Trads.) Sigmund Freud: Obras completas (Vol. XXII p 75-103). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1932-1936).
- Fuentes, A. (2 de abril del 2020). Trauma y Urgencia. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano. <https://elp.org.es/trauma-y-urgencia/>
- Foucault, M. (1978). Incorporación del hospital en la Tecnología Moderna. [Archivo PDF]. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gallo, H. (2021). Por qué se suicida un adolescente. Grama.
- Garro, C. (2015). De la Urgencia a la emergencia de un sujeto. Letra Viva.
- Groel, D. (2018). El sujeto del psicoanálisis. Verba Volant, 9(1), 26-31. <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar>
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoaná-

- lisis. En Escritos I. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Lacan-Escritos-I-y-II-Siglo-XXI-Completos.pdf>
- Lacan, J. (1953). Instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En Escritos I. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Lacan-Escritos-I-y-II-Siglo-XXI-Completos.pdf>
- Lacan, J. (2015). La ética del psicoanálisis. En du Seuil (Ed.) L. Delmont Mauri y J. Sucre (Trad.). El Seminario de Jacques Lacan: Libro VII: (pp.357-397). Paidós. (Trabajo original año 1959-1960).
- Lacan, J. (1960-61). Entre Sócrates y Alcibíades sesión del 8 de febrero de 1961. En Seminario VIII: La transferencia en su disparidad subjetiva, su pretendida situación, sus excursiones técnicas. Recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.2.11%20%20CLASE%2011%20%20S8.pdf>
- Lacan, J. (2004). La angustia. En du Seuil (Ed.) L. Delmont Mauri y J. Sucre (Trad.). El Seminario de Jacques Lacan: Libro X: (pp.11-81, 113-171,171-185). Paidós. (Trabajo original año 1962-1963).
- Lacan, J. (2003). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En du Seuil (Ed.) L. Delmont Mauri y J. Sucre (Trad.). El Seminario de Jacques Lacan: Libro X (pp.50-60, 1290-0141, 142-154, 252-270). Paidós. (Trabajo original año 1964).
- Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina: El lugar del psicoanálisis en la medicina. En Escritos I. Recuperado de [http:// lacanterafreudiana.com.ar/](http://lacanterafreudiana.com.ar/)
- Lacan, J. (1967/1968). El acto psicoanalítico. El Seminario de Jacques Lacan: Libro XV (pp.50-60, 1290-0141, 142-154, 252-270). Versión inédita.
- Lacan, J. (2017). El reverso del psicoanálisis. En du Seuil (Ed.) L. Delmont Mauri y J. Sucre (Trad.). El Seminario de Jacques Lacan: Libro XVII (pp.9-17). Paidós. (Trabajo original año 1970).
- Lacan, J. (1975). Conferencia de Ginebra sobre el síntoma, 4 de octubre de 1975. En Seminario XXIII: El Sinthome. Recuperado de <https://lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.25%20%20%20%20CONFERENCE%20EN%20GINEBRA%20SOBRE%20EL%20SINTOMA,%201975.pdf>
- Lacan, J. (2001). Prefacio a la edición inglesa del seminario 11. En du Seuil

(Ed.) Esperanza, Graciela y otros (Trad). Jacques Lacan: Otros escritos (pp.599-602). Paidós.

Ley N°26.657. Ley de Salud Mental. Buenos Aires, Argentina, 25 de noviembre de 2010. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

Murillo, M. (2018). ¿Qué es el acto analítico? Deseo y técnica en psicoanálisis. Brueghel.

Muñoz, P.D. (2009). La invención lacaniana del pasaje al acto. Manantial.

Nasio, J. D. (2014). Cómo trabaja un psicoanalista. Paidós.

Pipkin, M. y Holgado, M. (2013). Clínica de las emergencias. Intervenciones en catástrofes sociales y urgencias subjetivas. Letra Viva.

Prado, L. M. (2014). Modos de intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Revista de difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia, (8) 8, 23-39. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2071081X2014000200003&script=sci_abstract

Kaës, R. (1987). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. [Archivo PDF]. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/institucional/vitale/kaes%20%-20realidad%20psiquica%20y%20sufrimiento%20en%20las%20instituciones.pdf>

Rabinovich, D. S. (2004). El deseo del psicoanalista. Manantial.

Rubistein, A. (2004). El psicoanálisis en el hospital. [Archivo PDF]. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/adultos/lombardi/a%20rubinstein%20-%20la%20practica%20del%20psicoanalisis%20en%20el%20hospital.pdf>

Sotelo, I. (2005). Tiempos de urgencia. JCE.

Sotelo, I. (2007). Clínica de la Urgencia. JCE.

Sotelo, I. (2015). Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas. Grama.

Stolkiner, A (2016). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

- Scheinkestel, A. (2017). Esto no es un diagnóstico. UNSAM.
- Vainer, A. (septiembre de 2009). Los desaparecidos de la Salud Mental. Revista Topía. <https://www.topia.com.ar/articulos/los-desaparecidos-de-la-salud-mental>
- Vainer, A (noviembre, 2014). Psicoanálisis y Salud Mental. Revista Topía. <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoan%C3%A1lisis-y-salud-mental>
- Ynoub, C. R. (2011). El proyecto y la metodología de la investigación. Cengage Learning. <https://introjuridicafacso.files.wordpress.com/2019/06/ynoub-el-proyecto-y-la-metodologia-de-investigacion.pdf>
- Zenoni, A. (2021). La otra práctica clínica, psicoanálisis e institución terapéutica. Grama.



El poder del psicoanálisis en la urgencia

Este libro es una obra fundamental que aborda la urgencia psíquica desde la perspectiva del psicoanálisis en el contexto hospitalario, tomando en consideración la Ley Nacional de Salud Mental número 26.657.

Destaca los dilemas, tensiones y desafíos más comunes que enfrentan los psicoanalistas en su práctica clínica bajo el marco de esta nueva legislación.

Ofrece una reflexión profunda sobre las dificultades que surgen al intervenir en la urgencia en un entorno hospitalario complejo, donde interactúan diversos discursos y está influenciado por la institución pública y la mencionada ley de salud mental.

Es un aporte valioso para la clínica actual ya que proporciona herramientas conceptuales y prácticas -desde una perspectiva renovada- para abordar la urgencia psíquica desde la práctica psicoanalítica dentro del marco legal y social actual.



UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA

ISBN 978-987-4971-77-7



9 789874 1971777