



**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Maestría en Psicoanálisis

# **TESIS DE MAESTRÍA**

**CONSIDERACIONES SOBRE EL ABORDAJE DE LA  
URGENCIA DESDE UNA MIRADA PSICOANALÍTICA:  
articulación con la ley de salud mental y su aplicación  
en el hospital público general**

Maestranda: Simone Agustina

Director: Mgter. Sergio Pérez

Co-directora: Mgter. Carolina Reig

Lugar: Mendoza- Argentina

Fecha: 23 de mayo de 2022

## ÍNDICE GENERAL

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Hoja de evaluación.....</b>                                    | <b>pág.4</b>  |
| <b>Resumen .....</b>  | <b>pág.5</b>  |
| <b>Abstract .....</b>   | <b>pág.6</b>  |
| <b>Introducción .....</b>   | <b>pág.7</b>  |
| <b>Enunciado, descripción y fundamentación del problema .....</b> | <b>pág.7</b>  |
| <b>Antecedentes y justificación del problema .....</b>            | <b>pág.11</b> |
| <b>Perspectiva teórica adoptada .....</b>                         | <b>pág.17</b> |
| <b>Interrogantes .....</b>  | <b>pág.17</b> |
| <b>Objetivos .....</b>  | <b>pág.17</b> |
| <b>Hipótesis de trabajo .....</b>                                 | <b>pág.18</b> |

## CUERPO DEL TRABAJO

|   |                |
|---|----------------|
| <b>Marco teórico .....</b>  | <b>pág.20</b>  |
| <b>-Capítulo I: Psicoanálisis y Ley de Salud Mental .....</b>       | <b>pág. 21</b> |
| I.1 Introducción .....  | pág.22         |
| I.2 Recorrido histórico .....                                       | pág.22         |
| I.3 Noción de la ley de salud mental .....                          | pág.27         |
| I.3.1 Paciente como sujeto de derechos .....                        | pág.31         |
| I.3.2 Algunas reflexiones sobre la ley de salud mental .....        | pág. 33        |
| <b>-Capítulo II: Psicoanálisis y Hospital Público General .....</b> | <b>pág.39</b>  |
| II.1 Introducción .....   | pág.40         |
| II.2 El hospital como instrumento terapéutico .....                 | pág.40         |
| II.3 Psicoanálisis en la institución hospitalaria.....              | pág.43         |

|  |                |
|--|----------------|
| II.3.1 El discurso psicoanalítico en el hospital .....   | pág.48         |
| II.3.2 El practicante del psicoanálisis en el hospital público general<br>.....                          | p.50           |
| <b>-Capítulo III: La Urgencia Psíquica .....</b>   | <b>pág.53</b>  |
| III.1 Introducción .....   | pág.54         |
| III.2 ¿Qué es la urgencia para el psicoanálisis? .....   | pág.54         |
| III.2.1 Localización de la urgencia .....  | pág.63         |
| III.2.2 Dimensión del tiempo en la urgencia .....  | pág.65         |
| <b>-Capítulo IV: Angustia y pasaje al acto .....</b>   | <b>pág.68</b>  |
| IV.1 Introducción .....  | pág.69         |
| IV.1.1 La angustia según Freud .....   | pág.69         |
| IV.1.2 La angustia según Lacan .....   | pág.75         |
| IV.1.3 Manifestaciones de la angustia: pasaje al acto .....  | pág.80         |
| <b>-Capítulo V: ¿Cómo trabaja el practicante del psicoanálisis en el Hospital Público General? .....</b> | <b>pág.85</b>  |
| V.1 Introducción .....   | pág.86         |
| V.1.1 La función deseo del analista .....  | pág.86         |
| V.1.2 Los cuatro discursos del psicoanálisis en el hospital público general<br>.....                     | pág.91         |
| <b>-Capítulo VI: El acto analítico .....</b>   | <b>pág.97</b>  |
| VI.1 Introducción .....  | pág.98         |
| VI.1.1 El acto analítico .....   | pág.98         |
| <b>Conclusiones .....</b>  | <b>pág.105</b> |
| <b>Referencias bibliográficas .....</b>  | <b>pág.114</b> |
| <b>Anexos .....</b>  | <b>pág.121</b> |

## HOJA DE EVALUACIÓN

### TRIBUNAL EXAMINADOR

-Presidente:

-Vocal:

-Vocal:

## RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de una investigación teórica sobre el abordaje de la urgencia psíquica desde una mirada psicoanalítica en el contexto del hospital público general, en el marco de la ley de salud mental N° 26.657.

Para ello en una primera instancia se llevó a cabo una lectura y estudio exhaustivo de la ley de salud mental, con el fin de contextualizar el marco legal de abordaje de los padecimientos de salud mental.

Luego, siguiendo las obras de Sigmund Freud, Jacques Lacan y autores contemporáneos, se estudió y analizó la praxis del psicoanálisis en el hospital público general. Esto se llevó a cabo a partir del desafío y tensión que implica operar desde la ética y discurso analítico -con la coexistencia, diálogo, y multiplicidad de discursos- que en el hospital público habitan.

Además, se realizó un recorrido teórico sobre la concepción de urgencia psíquica desde una mirada psicoanalítica.

También se indagó acerca del trabajo del practicante del psicoanálisis en el hospital público general, a partir de la función deseo del analista y el acto analítico.

Finalmente, se realizó una reflexión acerca de la intervención y abordaje de la urgencia psíquica en el hospital público general, desde una mirada psicoanalítica.

**Palabras claves:** urgencia psíquica, salud mental, ley de salud mental, hospital público general, praxis y ética del psicoanálisis.

## ABSTRACT

This paper is the result of a theoretical research on the approach to psychic urgency from a psychoanalytic perspective in the context of the general public hospital, within the framework of the Mental Health Law N° 26.657.

For this purpose, in a first instance, an exhaustive reading and study of the mental health law was carried out, in order to contextualize the legal framework of the approach to mental health conditions.

Then, following the works of Sigmund Freud, Jacques Lacan and contemporary authors, the praxis of psychoanalysis in the general public hospital was studied and analyzed. This was carried out from the challenge and tension implied in operating from the analytical ethics and discourse -with the coexistence, dialogue, and multiplicity of discourses- that inhabit the public hospital.

In addition, a theoretical review of the conception of psychic urgency from a psychoanalytic perspective is carried out.

The work of the psychoanalytic practitioner in the general public hospital, from the analyst's desire function and the analytic act was also inquired.

Finally, a reflection was made about the intervention and approach to psychic urgency in the general public hospital, from a psychoanalytical point of view.

Key words: psychic urgency, mental health, mental health law, general public hospital, praxis and ethics of psychoanalysis.

# INTRODUCCIÓN

## **Delimitación del tema**

### **Tema:**

Abordaje de la urgencia psíquica desde el psicoanálisis en articulación con los lineamientos de la ley de salud mental N° 26.657 y su aplicación en el hospital público general.

### **Subtema:**

- Hospital público general y abordaje de la salud mental según la ley N° 26.657.
- Psicoanálisis como una de las prácticas posibles para el abordaje en salud mental: praxis y ética.
- Tensiones y concordancias teóricas, prácticas y éticas en el abordaje de la urgencia desde una mirada psicoanalítica en el marco de la ley de salud mental y el hospital público general.

## **Enunciado, descripción y fundamentación del problema a estudiar**

Recién a fines del S. XVIII comenzó a programarse el hospital que hoy se conoce como un instrumento terapéutico y de cura. Tal como lo plantea Michel Foucault, el hospital que funcionaba en Europa en la Edad Media no era en absoluto un medio de cura, no había sido creado para tal fin. Por el contrario, el hospital era básicamente una institución de asistencia, pero también de exclusión y segregación. De este modo, la institución hospitalaria, lejos de constituir un servicio de orden médico, se erigía como un mecanismo de asistencia que, paradójicamente, segregaba a locos, enfermos y prostitutas (Foucault, 1974).

Alrededor de 1760, se toma conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo y esto refleja en una nueva

práctica: la visita y la observación sistemática de los pacientes (Foucault, 1974).

En el año 2010 en Argentina, es sancionada la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental, en especial se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En base a ello, se conceptualiza 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 concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento involucra la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial centrado en las personas y que entiende la complejidad de los procesos de salud- enfermedad – atención – continuidad de cuidados, en el ámbito territorial donde las personas desarrollan su vida cotidiana. Así se asume que las problemáticas en salud mental son complejas y multidimensionales y se producen en el marco de un proceso de determinación social.

Esta red debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes. Su implementación tiene como objetivo fundamental brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de salud mental respetando sus lazos vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

El abordaje de la salud mental en hospitales generales parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Se funda en el respeto y la promoción de los derechos humanos y propicia la acción del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial (Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, 2010).

Sanitariamente, la existencia de un servicio de salud mental en un hospital general favorece a un enfoque integral de los problemas de salud, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos. La inclusión de la atención en salud mental en estas instituciones garantiza un mejor abordaje de la urgencia, disminuye tiempos de internación favoreciendo la inclusión en la comunidad (Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, 2010).

El espíritu de la norma es introducir una concepción integral de la salud mental, que no se reduce al campo médico psiquiátrico, sino que agrega los aspectos psicológicos, así como la dimensión social y cultural, haciendo lugar a la perspectiva de los derechos. Se sabe que el campo normativo, en su condición particular, se caracteriza por una lógica de lo general, es decir, legisla con un “para todos”, en pos de garantizar su efectivización.

Al mismo tiempo, en el campo del psicoanálisis, interesa el aspecto singular que comporta cada caso, en la particularidad, en lo singular de cada subjetividad, en lo que tiene de inédito el discurso de cada sujeto, el deseo de cada cual. Jacques Lacan, desde la enseñanza de Sigmund Freud, lo advierte: el análisis como ciencia es siempre una ciencia de lo particular. La realización de un análisis es siempre un caso particular, aun cuando estos casos particulares, se presten de todos modos, a cierta generalidad (Lacan, 1975/2013).

Freud en *Nuevos caminos de la terapia analítica* (1919/2010) predijo que iba a producirse una posibilidad de sostener una práctica que pueda llevar su eficacia a punto de poder tratar grandes masas de hombres, haciendo hincapié en los nuevos desarrollos que aguardan a nuestra terapia. Estableció que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Estos tratamientos serán gratuitos, y hace referencia a que pasará un tiempo hasta que el Estado sienta como obligatorios estos deberes; cuando suceda, se planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo.

Es así como el hospital público forma parte de las instituciones que el Estado organiza para dar respuesta a las necesidades de la población, brindando así asistencia gratuita a toda aquella persona que solicite cuidado e intervención desde la salud (Belaga, 2015). Por lo tanto, el psicoanálisis forma parte de las prácticas psicoterapéuticas que se ofrecen a la población.

Se debe tener en cuenta que el hospital es un espacio institucional en el que predomina el discurso médico, por lo que es necesario hacer la siguiente distinción: el psicoanálisis y la medicina son dos prácticas, dos modos discursivos de hacer con lo real. Para el campo del psicoanálisis se trata de “el sujeto”, y para la medicina se trata de “la enfermedad, del cuerpo”.

René Kaës (1987) en *Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones* dirá que:

Las prácticas del psicoanálisis nos esclarecen en nuestra tentativa de pensar las apuestas psíquicas que están en juego en la institución, surgen obstáculos específicos para elaborar el status psicoanalítico de la institución. Mi hipótesis es que las dificultades que presenta el concebir psicoanalíticamente la institución psicoanalítica son solidarias con las que aparecen cuando intentamos articular la relación de la institución con el proceso y las formaciones del inconsciente, con las subjetividades que allí les corresponden y con los espacios psíquicos comunes que ella presupone y forma. (p. 21)

En consiguiente, para concebir la práctica psicoanalítica en la institución es necesario preguntarse: ¿Cuáles son las condiciones para que se constituyan una teoría y una práctica psicoanalíticas de la institución? ¿Cómo pensar la praxis del psicoanálisis en un contexto donde la institución está erigida sobre el discurso médico y lo universal?

A esto, se debe agregar el cambio de paradigma que propone la Ley 26.657 en la cual se expone que la atención de las urgencias de salud mental se debe realizar en el hospital público general. Esto da lugar así a la apertura de nuevos interrogantes: ¿Cómo pensar la intervención y el abordaje del analista en la urgencia de salud mental? ¿Qué considera el psicoanálisis como urgencia psíquica? ¿Cómo intervenir en la urgencia teniendo en cuenta la atemporalidad del inconsciente y los tiempos de la institución hospitalaria?

De este modo, el avance de la salud mental en el hospital se ha convertido en un desafío para los psicoanalistas. Esto ha generado un debate respecto a la coexistencia del discurso analítico con el discurso médico, a la praxis y ética del psicoanálisis en la institución hospitalaria y al abordaje de la salud mental desde la ley 26.657.

Por lo tanto, el rédito de llevar a cabo esta investigación consiste en poner de manifiesto los dilemas, tensiones y concordancias más frecuentes que se suscitan en la práctica del psicoanalista en virtud de la nueva ley de salud mental y las dificultades a las que se enfrenta al momento de intervenir en la urgencia en un contexto en el cual convive con diversos discursos y está atravesado por la institución pública y la ley de salud mental.

### **Antecedentes y justificación del problema**

Para ubicarse en contexto y tiempo cronológico es importante hacer referencia a que en el año 2010 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y en noviembre del mismo año el Congreso de la Nación sanciona la ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. La implementación de esta ley constituye aún un importante desafío por parte de los/as profesionales de la salud mental y los establecimientos abocados a ello, ya

que uno de los objetivos planteados es el cierre de los hospitales monovalentes, los llamados manicomios, al año 2020.

En particular, la Ley Nacional de Salud Mental, es una norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental, en especial se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario. Esta ley involucra la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

El equipo de atención debe ser interdisciplinario y preferentemente compuesto por: médico/a psiquiatra, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o con capacitación en salud mental y personal terapéutico. Se contempla también la presencia de profesionales especializados en salud mental infanto-juvenil y se debe contar con la capacidad de desarrollar abordajes territoriales (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Ya Sigmund Freud en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (1919/2009), plantea su posición respecto a la posibilidad de que en un futuro el psicoanálisis sea gratuito en distintas instituciones. En relación a esto dice que “cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones” (p.163).

Actualmente, al estar ya instalado el psicoanálisis como abordaje posible en los hospitales públicos, resulta necesario pensar el dispositivo psicoanalítico en estas instituciones y la posición del analista.

De acuerdo a lo que plantea Adriana Rubinstein el hospital es un dispositivo de práctica institucional el cual confronta lo real de la experiencia, con lo contingente, con la soledad del acto. El hospital entonces desde el punto de vista del psicoanálisis es ese dispositivo particular en el cual más allá de generar un saber a partir de lo real de la experiencia, se busca intervenir, lograr actos analíticos, aun cuando las condiciones e imposiciones

discursivas institucionales y la realidad del contexto propongan diferencias con el discurso analítico. De este modo, desafían al analista a saber hacer con lo real, no solo de la experiencia, sino también a operar sobre el síntoma particular de las instituciones y el discurso que profesan (Rubinstein, 2004, como se citó en Sotelo, 2015).

Es en este sentido que Inés Sotelo (2005), cuando se refiere a la inclusión de los analistas en los hospitales, plantea que el ámbito institucional es un lugar privilegiado para realizar la práctica, porque se trata de un lugar que recibe una importante variedad de demandas y en el que coexisten diversos discursos.

Es así que se genera la necesidad de pensar los modos de intervención del analista en el hospital público general, en el marco de la ley 26.657, donde se propone un nuevo encuadre para la salud mental y surge un nuevo desafío para la clínica: el “abordaje de las urgencias en salud mental”.

Eric Laurent 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 y se origina así un exceso de goce. La urgencia subjetiva 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 al adjetivar la ruptura de la cadena significativa como aguda, implica la posibilidad de nuevos encadenamientos tanto en neurosis como en psicosis (Laurent, 2004, como se citó en Sotelo, 2015).

Según Guillermo Belaga en su libro *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (2015), “un análisis que comienza está signado por una “urgencia subjetiva”, la ruptura de una homeostasis, de un bienestar, la disyunción sorpresiva del sentido y el goce. Algo se rompe y sobrepasa los límites, es el

momento en que se realiza la confluencia entre el goce y el sufrimiento” (p. 30).

Inés Sotelo (2015) establece que la urgencia tiene distintas dimensiones tal como los acontecimientos trágicos lo indican: las ligadas a la gravedad del caso, las urgencias de orden social y jurídico y finalmente la dimensión psíquica de la urgencia, aquella que no necesariamente aparece de forma inmediata, la cual podrá ser vinculada con la modalidad particular que se dio en cada persona.

Define como consulta de urgencia:

A la que se realiza sin cita previa, debido a quien consulta, paciente o quién 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 que le concierne más allá de la opinión profesional acerca de la gravedad del caso. (p.29)

La urgencia subjetiva no es urgente en el sentido del tiempo cronológico; la urgencia subjetiva es un punto límite donde el sujeto siente que no puede escapar, que está en riesgo, que apela, que convoca a otro, que llama a una intervención.

En la misma línea, Claudia Garro (2015) establece que es necesario situar la diferencia entre la urgencia médica y la urgencia subjetiva. En las emergencias médicas hay algo que hacer sin pausa, y con mucha prisa ya que se va la vida en ello, donde el tiempo cronológico cobra un lugar preponderante y la emergencia se clasifica en función del riesgo de vida. Define a la urgencia subjetiva como: “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). Agrega que:

El paciente que se presenta en la urgencia está en estado de máxima alienación, momento de máxima indefensión estructural que reactualiza el desamparo inicial. Como ya vimos se trata de la irrupción de lo Real, tyché, donde toma la escena un goce pulsional que aplasta al sujeto del inconsciente. En consecuencia, pensamos a la urgencia como la ruptura de un discurso. ¿Qué significa esto?

Sabemos que un sujeto encuentra su lugar entre un significante y otro y así se desliza en la cadena. Cuando en la urgencia se produce la ruptura de la cadena, el sujeto cae eyectado y en una situación de indeterminación, ya que no se puede alojar entre los significantes. (p.17)

De forma similar, Leonardo Martín Prado Rivas, (2014) establece que la urgencia no sólo comprende el llamado desesperado de un paciente, sino también la urgencia subjetiva comprende algo más allá que está en relación a una pobreza significativa, la cual no permite el libre fluir de la cadena.

Inés Sotelo en su libro *Clínica de la urgencia* (2007), agrega que cada consulta tiene un punto de urgencia, que hay que encontrarla y leerla y que, aunque alguien pueda esperar un mes para ser atendido por las largas listas de espera de los consultorios externos hospitalarios, se puede inferir que hubo un punto de quiebre y ruptura de urgencia para ese sujeto, que lo condujo a pedir ser escuchado.

Paralelamente, Mirta Pipkin y Mirta Holgado (2013) establecen que en la clínica de las urgencias subjetivas la dimensión de la temporalidad está implicada de un modo particular, tanto con respecto al sujeto que consulta como también respecto de la función del analista convocado, en la medida en que el mismo está urgido por un tiempo de comprender que le permita intervenir eficazmente. 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.

Las autoras aclaran además que, en las urgencias todo está atravesado por la cuestión temporal, ya sea que se trate de las expresiones miedo-pánico, cuando estas cumplen la función de anticiparse a una vivencia amenazante o porque el sujeto, detenido en el tiempo de un duelo, quiere frenar el tiempo de la vida, o bien cuando el sujeto no puede contener las impulsiones que se desatan con violencia hacia el prójimo o hacia sí mismo

Siguiendo con el abordaje de la temática planteada, es necesario tener en cuenta lo que Lacan plantea sobre la ética analítica, la cual se relaciona con la acción del deseo. Lacan dirá al respecto: “¿Ha actuado usted en conformidad con el deseo que lo habita?” (Lacan 1959/2015, p.384).

Juan David Nasio (2014) en su libro *Cómo trabaja un psicoanalista* dirá que:

Un psicoterapeuta es una autoridad para su paciente, y como decíamos esa autoridad existe en cualquier terapia, pero es sólo en el análisis donde esa autoridad —es decir esa dimensión del gran Otro interlocutor y del síntoma que

tiene significación transferencia- nace gracias al comportamiento técnico del operador, de un practicante que sabe evocar la naturaleza opaca del objeto. Entonces el analista asume ese lugar y como primer efecto se produce la institución del Otro, del sujeto supuesto del saber y de la autoridad. Segundo efecto importante, esta vez sobre el analizante: si el analista se pone en lugar de enigma, de hacer silencio en él, va a ejercer sobre el analizante cierta seducción. El analista seducirá pero de una manera diferente a la de la histérica: él va a seducir, y sobre el analizante va a suscitar la aparición de nuevos síntomas que llevan la marca de la transferencia. Y va a provocar demandas de amor por parte del analizante. Provocará demandas que, es necesario aclarar, incluyen, dentro de ella, demandas de saber; demandas de reconocimiento, momentos silenciosos, hasta una detención del analizante en tanto si habla o se detiene. (p.62 y 63)

Asienta también que la condición de la transferencia analítica es que el analista encarne por sus actitudes o por su comportamiento, o por su tono de voz, por todas sus manifestaciones- encarne la expresión imaginaria del objeto no satisfactorio de la pulsión-. “Es decir que el analista encarne o tienda a encarnar la figura imaginaria del paradigma de todo objeto, es decir del falo. En otras palabras, rápidamente dichas: el analista encarne el falo imaginario” (p.61).

Si el analista no ocupa ese lugar imaginario que recubre al objeto, entonces la transferencia se convierte en pura pulsión. Si el analista no ocupa ese lugar no habrá gran Otro referente, no habrá demandas, manifestaciones, síntomas, ¿y qué habrá? puestas en acción, pasaje al acto, una especie de puesta al desnudo del objeto (Nasio, 2014).

Aclara también Juan David Nasio:

Sería necesario decir: si se deja a la transferencia manifestarse en tanto que pulsión, no habría palabras, habría actos. Pero por el contrario, si el analista, a partir del deseo del analista, va a cubrir al objeto con ese velo enigmático, suscitará la palabra y ésta reaparecerá.

Es por eso que el origen de la palabra, la condición para que el analizante hable y se equivoque, la condición para que haya nuevos síntomas, la condición para que haya demandas de amor, es que el analista venga a ocupar el lugar este falo imaginario que cubre al objeto de la pulsión. (p.65)

### **Perspectiva teórica adoptada**

La perspectiva teórica elegida es psicoanalítica, basada en aquellas obras de Freud y Lacan relacionadas con el tema de interés. De esta forma, como se mencionó anteriormente, se trabajará con los conceptos de:

urgencia psíquica, salud mental, ley de salud mental, hospital público general, praxis y ética del psicoanálisis.

A su vez, el diálogo con visiones psicoanalíticas contemporáneas es fundamental y, a tal fin, se incluirá la perspectiva de autores actuales como J. Allouch, A. Scheinkestel, J.D Nasio, Garro, Martin Leonardo Prado Rivas, Marta Geréz, Inés Sotelo, Diana Rabinovich, Guillermo Belaga, Marta Pipkin, Mirta Holgado, Héctor Gallo, Falcone, Dovio, Groel, Miller, Rodriguez Solano, Murillo, Araceli Fuentes, entre otros, quienes realizan un aporte fundamental actual a la temática planteada. Se entiende que la complejidad del problema requiere una visión multidisciplinar por lo cual se trabajará también con autores y teorías provenientes del ámbito jurídico, haciendo referencia a la ley de salud mental y al hospital público general.

### **Interrogantes**

¿Cómo abordar la urgencia de salud mental desde una perspectiva psicoanalítica en el hospital público general en el marco de la ley N° 26.657?

¿Cómo pensar la praxis del psicoanálisis en el hospital público general atravesado por la ley de salud mental?

¿Cómo se aplica la ética del psicoanálisis en la institución pública atravesada por diversos discursos?

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Estudiar las posibles condiciones de abordaje de la urgencia en salud mental desde una mirada psicoanalítica en articulación con los lineamientos de la ley de salud mental, en el marco del hospital público general.

#### **Objetivos específicos**

- Estudiar la concepción de urgencia desde una mirada psicoanalítica.
- Detallar la intervención en la urgencia desde la ley N° 26.657.

-Caracterizar la ética y práctica del psicoanálisis.

-Producir aportes teóricos respecto a las posibles condiciones de abordaje de la urgencia en salud mental en la institución hospitalaria.

### **Hipótesis de trabajo**

Bajo el postulado de que en una urgencia existe una ruptura con la cadena significativa por parte del sujeto, la puesta del analista no solo está en tanto escucha como destinatario del discurso del consultante, sino en tanto puede realizar actos analíticos en primera instancia para lograr restituir la relación con el Otro simbólico e implicando y responsabilizando al paciente en sus dichos, propiciando la emergencia de un sujeto, un sujeto del inconsciente, ahí donde los recursos significantes fueron sobrepasados y generaron un desborde al sujeto.

De este modo el posicionamiento del practicante del psicoanálisis en un servicio de emergencia del hospital público general, debe ser desde su principal herramienta y la ética que lo orienta: “la escucha del sujeto desde su singularidad”.

### **Metodología acorde con el tipo de investigación**

La siguiente investigación es del tipo teórica constituida por producciones textuales tanto de la obra de Lacan y Freud, como de las elaboraciones de autores contemporáneos relacionados al planteo del problema.

El tipo de estudio que se desarrollará será de tipo interpretativo, donde no se apunta a la mera descripción de los hechos ni a su explicación, sino a la interpretación o comprensión de los fenómenos (Ynoub, 2011).

La estrategia metodológica que se utilizará será de tipo cualitativa, apuntando a la descripción y análisis de los fenómenos y en última instancia, a posibles interpretaciones.

Como se ha señalado, al tratarse de una investigación interpretativa, se procurará avanzar construyendo, a partir de los textos, los necesarios esclarecimientos y precisiones conceptuales que los interrogantes sobre la

temática planteada introducen. A los fines de intentar, a partir de allí, producir generalizaciones conceptuales – desde el objetivo que este tipo de investigación plantea que es: generar un nuevo sentido, un nuevo mensaje- (Ynoub, 2011), en torno al abordaje de la urgencia de salud mental en el hospital público general desde la perspectiva y la ética del psicoanálisis.

En cuanto al diseño del trabajo será multidimensional ya que las categorías de indagación y análisis estarán constituidas por los conceptos de: urgencia en salud mental, salud mental, ley de salud mental, hospital público general, praxis y ética del psicoanálisis. La recolección de información se hará en correspondencia con los objetivos planteados al comienzo de la investigación. Cabe destacar que se realizará una fundamentación teórica, es decir, relevamiento, estudio y análisis de material bibliográfico de fuentes primarias concernientes a la delimitación y profundización de los objetivos propuestos. La lectura y análisis de los mismos se apoyará también en textos y autores provenientes del ámbito jurídico que orienten los interrogantes inicialmente planteados.

Por lo tanto, el proceso de investigación avanzará desde la teoría hacia la construcción y obtención de datos; pero una vez obtenidos los datos se retornará a la teoría. “Analizar los datos es examinarlos desde la perspectiva de las hipótesis y el marco de referencia conceptual” (Ynoub, 2011, p. 119).

# MARCO TEÓRICO

***CAPÍTULO I:***  
***PSICOANÁLISIS Y LEY DE SALUD MENTAL***

## **I.1 INTRODUCCIÓN**

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) es una norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental. En especial, se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario.

El psicoanálisis está incluido en los programas de salud mental y forma parte de las prácticas terapéuticas que se ofrecen a la población; como principal característica el psicoanálisis trabaja con el inconsciente y esa es su oferta primordial en el ámbito de las terapéuticas de la salud mental. Esto conduce a que en psicoanálisis puede construirse un saber sobre el inconsciente a partir de cada caso.

A partir de ello se abre el siguiente interrogante: ¿cómo pensar la ley de salud mental y su incidencia en la praxis del psicoanálisis?

## **I.2 RECORRIDO HISTÓRICO**

Para comenzar es interesante hacer referencia al concepto de salud mental, el cual implica una diversidad de sentidos. Se remitirá, por un lado, a la salud mental como un estado opuesto a la enfermedad mental y por otro lado, al campo de la salud mental como heterogéneo, interdisciplinario e intersectorial, que engloba abordajes específicos en salud mental, incluidos en el campo de la salud (Vainer, 2014). Se tomará esta última concepción para contextualizar el surgimiento de la salud mental y la ley vigente en la actualidad.

El concepto de salud mental surge del higienismo, movimiento que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social. En 1927, en Argentina, comienza a conocerse el proyecto presentado por Fernando Gorriti de constitución de la Liga de higiene mental, la cual se basaba en la modernización del tratamiento de los alienados. Específicamente

en el año 1929, Gonzalo Bosch crea la Liga argentina de higiene mental, cuyas bases se asentaron dentro del campo psiquiátrico y que planteó el valor del diagnóstico precoz y del tratamiento ambulatorio de las psicopatías mentales (Dovio, 2017).

Se proyectó así un campo de acción para la población destinado a la prevención de factores sociales y biológicos que pudieran desencadenar en la locura, por ejemplo, en el caso del alcoholismo o enfermedades venéreas. Para esto, se estableció que era necesario intervenir en ambientes sociales y culturales y contar con instituciones de asistencia social. Se incluyeron secciones de asistencia de psicopatías, inmigración, higiene industrial y profesional; sífilis, alcoholismo y toxicomanía; organización científica del trabajo y psicotécnica; reacciones antisociales: vagabundaje y delincuencia; higiene social e individual de la infancia, propaganda, higiene sexual, entre otras (Dovio, 2017).

En el año 1949 se produce un cambio importante en materia de salud; se genera un gran avance en el sistema de asistencia ya que se crea la Secretaría y el primer Ministerio de salud del país, a cargo del Dr. Ramón Carrillo, quien asume como primer secretario, con rango de Ministro. Carrillo llevó a cabo importantes transformaciones a nivel de la salud pública, propuso abandonar la beneficencia y la caridad para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos. De este modo, inició una reorganización de los establecimientos de internación para que los pacientes estuvieran más cerca de sus comunidades y familias, a fin de evitar la cronificación, proponiendo la internación en hospitales generales. También planeó un sistema de asistencia temprana en los centros de psiquiatría preventiva, considerados órganos técnicos de profilaxis de las enfermedades mentales y espacios de tratamientos ambulatorios (Falcone, 2010).

Años más tarde, en octubre de 1957, se creó el Instituto Nacional de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, que suplantó a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental. Sus finalidades fueron prevenir las

enfermedades neuropsiquiátricas, promover la investigación científica de esta materia, prestar asistencia integral a los enfermos mentales, contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos. Paralelamente a esto, en el ámbito universitario, se crearon las carreras de Sociología, Psicología, Antropología y Ciencias de la Educación en la Universidad de Buenos Aires (Falcone, 2010).

Existió un Consejo Nacional de Salud Mental, compuesto por Mauricio Goldemberg, Jorge García Badaraco y Raul Usandivaras, quienes crearon el proyecto de reglamentación orgánico-funcional del Instituto Nacional de Salud Mental, cuya redacción tuvo sus bases en las recomendaciones y sugerencias de la Organización Mundial de la Salud. Esta reforma postuló la creación de servicios de psicopatología en hospitales generales y centros periféricos de salud mental, logrando una reformulación de lo asilar cuyos efectos aún perduran. El primero en esta línea fue el Centro de Salud Mental N° 3 “Arturo Ameghino” creado en el año 1948; luego en el año 1958, se creó el Servicio de Psicopatología del Hospital Evita de Lanús, a cargo de M. Goldemberg (Falcone, 2010).

De este modo, se puede decir que se produjeron importantes cambios en el paradigma de la Salud Mental. Por un lado, se puede observar que la creación de los dispositivos de salud pretendía reducir al máximo la internación de los enfermos y propiciar su atención por consultorios externos, dando lugar así también a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo, la enfermedad comienza a ser pensada desde lo “sano y no desde lo enfermo”. Otro aporte importante para resaltar es que el término “higiene mental” es reemplazado por el de “salud mental”, lo que implicó que los procesos de salud y enfermedad sean abordados como fenómenos sociales y colectivos. Al mismo tiempo, se concibe a la demanda de salud como una necesidad para la población general. Por lo tanto, se comienza a dar importancia a que los profesionales se inserten en la comunidad a través de centros de salud mental y hospitales de día -entre otros-. De este modo se pone en marcha una concepción diferente de la salud mental.

Para la década de los 1970 ya estaban establecidos los abordajes en hospitales generales, dando lugar al desarrollo de los trabajos grupales y comunitarios para la atención de la población. Para este tiempo, también se había organizado la Confederación de Psicólogos en Argentina, declarando el 13 de octubre de 1974, en un encuentro llevado a cabo en Córdoba, el “Día del Psicólogo”.

No obstante, estos avances experimentaron una detención y hasta un retroceso con el golpe militar del 24 de marzo de 1976. En Argentina se impuso el terrorismo de Estado y los avances y dispositivos en salud mental que hasta ese momento se habían puesto en función como comunidades terapéuticas, servicios de salud en hospitales generales, centros de salud mental, trabajos comunitarios y barriales, entre otros, fueron interrumpidos y cerrados. Las reuniones de más de tres personas fueron expresamente prohibidas y los tratamientos grupales tendieron a desaparecer. Los servicios de salud mental más avanzados fueron atacados.

La dictadura prosperó aún más, ya que había que desarticular la formación de los denominados “trabajadores en salud mental”. Se llegó a la intervención en las universidades y el cierre de numerosas facultades. Este estado de situación dio lugar a la desaparición y/o exilio de trabajadores y estudiantes. La destrucción también llegó a las teorizaciones y sólo pudo continuar una psiquiatría biológica-manicomial (Vainer, 2009).

A finales de 1983, con la recuperación de la democracia, nuevos aires comenzaron a respirarse en el ámbito de la salud mental y se trazaron los lineamientos para un plan nacional de salud mental a cargo de Mauricio Goldenberg, quien había tenido que exiliarse en Venezuela durante el golpe militar. La Dirección Nacional de Salud Mental quedó a cargo de uno de sus discípulos, Vicente Galli, psicoanalista. Así, de a poco y a través de un proceso lento, la salud mental fue conquistando y retomando nuevamente sus espacios.

Con el cambio de década, comenzaron a sancionarse los principales instrumentos jurídicos que impulsaron las reformas en el sistema de salud mental. En el año 1991, surgieron los “Principios para la protección de las enfermedades mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental”, así como también “Las normas uniformes sobre la igualdad de las personas con discapacidad”. Paralelamente, en el ámbito regional latinoamericano, se adoptó la “Declaración de Caracas”, en el marco de la conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, convocada por la OMS y en la que la Argentina tuvo representación. Tales principios se encuentran contenidos en la Ley Nacional de Salud Mental actualmente vigente (Stolkiner, 2016).

En el año 2001, luego de la crisis económica, prosiguieron los avances en materia de salud mental y aparecieron nuevos actores: las organizaciones de derechos humanos y las de usuarios y familiares, actores que luego iban a ser claves para la construcción de la ley nacional.

Luego de años de debate e intentos, en noviembre de 2010, se sancionó la Ley Nacional N° 26.657, que logra adecuar la legislación nacional a los principios y tratados internacionales de derechos humanos, a los cuales la República Argentina ha adherido y que conforman, en palabras de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el estatuto básico de derechos y garantías de las personas usuarias de los servicios de salud mental. La referida ley fue sancionada tras un largo proceso de construcción y debate con actores involucrados del campo de la salud mental y derechos humanos, referentes de Latinoamérica y de otros continentes, autoridades nacionales, provinciales y municipales en la materia, legisladores y jueces nacionales.

### **I.3 NOCIÓN DE LA LEY DE SALUD MENTAL**

La sanción de la Ley Nacional N° 26.657 (2010) implicó grandes avances y un cambio de paradigma respecto a la salud mental, ya que hace

hincapié en que toda persona tiene derecho a recibir atención en salud mental y adicciones, a un trato digno, respetuoso y equitativo. En este plano el Estado tiene como rol garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto, con modalidades de atención basadas en la comunidad en la que transcurre la vida del individuo.

Desde el Ministerio de Salud se propone un modelo de atención que aborde efectivamente los problemas de salud mental de nuestro país, que sea acorde a los lineamientos de los organismos internacionales y a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), respetando y promoviendo los derechos de las personas, familias y comunidades.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, la atención y la rehabilitación psicosocial, con un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial, centrado en las personas y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – continuidad de cuidados, en el ámbito territorial donde las personas desarrollan su vida cotidiana. Así se asume que las problemáticas en salud mental son complejas y multidimensionales y se producen en el marco de un proceso de determinación social (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

De este modo, se puede decir que el nuevo enfoque que se propone en la ley implica aportes novedosos en materia de salud mental: por un lado se puede observar que se considera a la salud mental desde una mirada integral, en la cual se integra el estado de salud-enfermedad a la comunidad, al ámbito territorial y a la cotidianeidad en la que transcurre la vida del individuo, en tanto implica una nueva concepción y abordaje del paciente de salud mental. Además, la norma hace alusión al derecho a la identidad así como a la preservación de la historia de los sujetos y del lazo social, promoviendo la protección del derecho a identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas. Asimismo, se debe tener en cuenta que el hecho de considerar a las problemáticas de salud mental como complejas y multidimensionales implica que su abordaje e

intervención no se reduce solamente a la práctica psiquiátrica, sino que engloba y atraviesa otros saberes y disciplinas (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Se considera necesario para el desarrollo de un modelo de abordaje comunitario la implementación de una red de salud mental con base en la comunidad, es decir, que los usuarios puedan hacerse atender en un lugar cercano al domicilio en el que residen. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Esto genera un nuevo desafío para los practicantes del psicoanálisis insertos en los dispositivos de salud, ya que el trabajo interdisciplinario y en red implica el diálogo y el entrecruzamiento de discursos con otros saberes, disciplinas y prácticas, además de las normas, reglas y encuadres que plantea cada institución. Asimismo, enfrenta y reta a los profesionales a reflexionar sobre las fronteras y las incumbencias disciplinarias y a eliminar la rigidez de las mismas.

Todos los dispositivos mencionados deben estar integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico ampliado, en el que el paciente y sus vínculos tienen un rol central. Para ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: personal de trabajo de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la red (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Esta red debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes. Su implementación tiene como objetivo fundamental brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de salud mental respetando sus lazos vinculares y garantizar el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

El hecho de sustituir de manera progresiva a los manicomios se sustenta en la concepción de la ley de tomar al sujeto con un padecimiento psíquico como sujeto de derechos y terminar así con la estigmatización, la reclusión, la tutela y hasta el castigo, propias del modelo manicomial. De este modo, el abordaje de la salud mental en hospitales generales parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Con el objeto de superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención del modelo manicomial.

Sanitariamente, la existencia de un servicio de salud mental en un hospital general favorece y promueve un enfoque integral de los problemas de salud, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos, genera un mejor abordaje de la urgencia y disminuye tiempos de internación, favoreciendo la inclusión en la comunidad (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

El equipo de atención debe ser interdisciplinario, preferentemente compuesto por médico/a psiquiatra, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o con capacitación en salud mental, personal terapéutico. También contempla la presencia de profesionales especializados en salud mental infanto-juvenil, y se debe contar con la capacidad de desarrollar abordajes territoriales (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

La incorporación de un equipo interdisciplinario tiene que ver con la concepción de integración que tiene la ley ampliando la intervención, más allá del diagnóstico médico, desde otras disciplinas que pueden abordar e intervenir desde sus saberes específicos. De esta manera, se tienen en cuenta los múltiples aspectos que intervienen interrelacionadamente en cualquier padecimiento de salud mental. En términos generales, esto refiere al espíritu de la norma cuyo objetivo es abordar la complejidad de los padecimientos psíquicos de una manera integral.

Las prestaciones brindadas por un servicio de salud mental deberían abarcar todo el posible recorrido terapéutico–institucional del usuario: recepción y admisión, atención interdisciplinaria de las urgencias durante las 24 horas, internación, atención de la demanda espontánea, atención ambulatoria programada, psicoterapia individual y grupal, tratamiento psicofarmacológico, interconsulta, hospital de día, evaluación diagnóstica situacional e integral, elaboración de plan terapéutico individual para cada persona, con su participación y la de los referentes vinculares que correspondan, articulación con los equipos de salud con los que la personas tuvieron previamente contacto, en caso de existir, en función de posibilitar la continuidad de tratamiento en pos del trabajo conjunto, tanto durante la internación como en el tratamiento ambulatorio. Se deben implementar los soportes que correspondan a la situación de cada persona, como cuidados de enfermería, desintoxicación, acompañamiento terapéutico, continuidad de cuidados y seguimiento, en articulación con los efectores de la red de servicios y las instituciones de la comunidad que correspondan a la situación de cada persona. También se debe proveer la atención de la urgencia en domicilio (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

El triunfo de la ley está representado por el marco que establece, cuyo abordaje implica una respuesta al problema de la salud mental basada en la protección y garantía de los derechos humanos, en la construcción interdisciplinaria e integral referido a la salud/salud mental, y en la participación intersectorial de los organismos públicos y de las comunidades, articuladas

por la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, como autoridad de aplicación.

Considerar a la salud mental como resultado de un proceso histórico, socio-económico, cultural, biológico y psicosocial; la presunción de los derechos de las personas con padecimientos mentales; la consideración de la integralidad de las personas; los criterios y prácticas para la reducción de daños referidos a las adicciones; la desestructuración de prejuicios y actitudes que provocan la discriminación; la restitución, la promoción y el fortalecimiento de los lazos sociales; el protagonismo de familiares y allegados; la conformación de equipos interdisciplinarios; y la determinación de situar al hospital general como recurso fundamental para realizar internaciones - voluntarias e involuntarias-, son otros pilares que reflejan el espíritu de la ley (Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, 2010).

### **I.3.1 PACIENTE COMO SUJETO DE DERECHOS**

La ley de salud mental, sin dudas, generó un cambio en la concepción de los individuos con padecimiento psíquico. Se reconoce como un aporte y cambio trascendental la noción del paciente de salud mental al cual se lo considera como "sujeto de derecho". Para ello, se considera necesario hacer una diferenciación respecto a la concepción de sujeto en psicoanálisis y de sujeto de derecho.

Según el *Diccionario Panhispánico del Español Jurídico* (2020), se considera al sujeto de derecho como la persona física, colectividad o entidad a la que se le atribuye legalmente capacidad jurídica. Que el sujeto tenga capacidad jurídica implica que tiene la competencia de ser titular de derechos y de obrar y ejercerlos, comprendiendo la posibilidad de acudir a la justicia en caso de afectación de esos derechos.

Desde el psicoanálisis, Lacan respecto a la concepción de sujeto, explicita que el sujeto es efecto del lenguaje. En ocasiones se escucha que el

sujeto es hablado desde antes de nacer y más precisamente, que el sujeto está situado antes de su existencia (Lacan, 1964/2015).

Según establece Darío Groel respecto al sujeto del psicoanálisis (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 afánesis, en tanto desaparición, es su condición de estructura. (p. 26)

Es decir, que el sujeto es el sujeto del inconsciente, es un efecto del inconsciente; sin el inconsciente, no hay posibilidad alguna de sujeto. Ahora bien, el sujeto es un efecto del significante, entonces, ¿qué es el significante?, el significante es lo primero. Para Lacan el significante es lo que representa a un sujeto para otro significante. Por lo tanto, el sujeto es efecto de la relación de representación entre dos significantes y depende de cómo se articulen esos términos que pueda leerse el efecto de sentido que se tiende a llamar significado (Lacan, 1946/2015).

Entonces, en función del aporte que hace la ley de salud mental al referirse al individuo como “sujeto de derechos”, se genera el siguiente interrogante: ¿el sujeto que demanda atención en salud es un sujeto que tiene la posibilidad de ser reconocido en su singularidad? Sí, ya que se considera, en líneas generales, que la ley no especifica de manera restrictiva la praxis ni el quehacer profesional. Esto da lugar a que el profesional pueda trabajar e intervenir en función de los criterios que considere convenientes para cada caso -con la ley como marco del resguardo de los derechos del paciente y como guía de su accionar- siempre teniendo en cuenta la diferencia de la noción de sujeto desde el psicoanálisis y de sujeto de derecho.

Tal como dice Groel (2018), la condición estructural del sujeto del inconsciente es su evanescencia, el sujeto no es nadie, nada tiene que ver con el individuo sino que es efecto del lenguaje. Entonces nada puede tener, contrariamente el sujeto introducido por la ley de salud mental, que es un sujeto que puede portar derechos. Esto no es obstáculo para que se pueda trabajar desde el psicoanálisis apuntando al sujeto del inconsciente.

Por lo tanto, la concepción de “sujeto de derechos” no solamente remite a que el paciente de salud mental tiene derecho a ser atendido en el hospital general sino también a recibir la alternativa terapéutica más conveniente que limite menos sus derechos y libertades y que colabore para la integración familiar, laboral y comunitaria. Además, tiene derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares a tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. Por último, a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin su consentimiento; a que nunca consideren su padecimiento mental como un estado que no se puede modificar; sino también a ser atendido y tratado desde una mirada psicoanalítica como sujeto del inconsciente (Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, 2010).

Es decir, que la concepción de sujeto del inconsciente no colisiona con la concepción de sujeto de derechos que propone la ley de salud mental y eso permite sustentar la intervención desde el psicoanálisis, entre otros abordajes, que cada hospital puede ofrecer dentro de sus posibilidades.

### **I.3.2 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA LEY DE SALUD MENTAL**

El objeto de la ley es asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el respeto de los derechos humanos de los individuos con sufrimiento mental, apuntando así a mejorar las condiciones de vida los de pacientes del sistema de salud mental e impulsando la inclusión social de sus usuarios.

Al adentrarse en la lectura de la ley, es importante hacer referencia a que la función de una ley es establecer deberes y derechos a todos los ciudadanos por igual, por lo tanto, ante la ley, todos los ciudadanos son iguales. De este modo se abre el siguiente cuestionamiento: ¿cómo pensar la práctica y la ética del psicoanálisis? siendo que la ética de su praxis se basa en el deseo y en la verdad singular de cada sujeto.

A continuación, se hará alusión a algunos artículos de la ley que hacen referencia al cambio de paradigma que esta norma implica en materia de salud

mental, como a su implicancia en el ejercicio de la praxis y el quehacer del practicante de psicoanálisis.

**Artículo 1°:**

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)

Este primer artículo representa uno de los principales cambios que implica la ley en la que ya no se concibe al paciente de salud mental como alienado, sino como sujeto de derechos, con derecho a la salud.

**Artículo 3°:** 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).

Considerar a la salud mental desde una mirada integral, haciendo hincapié en que la “salud mental” está implicada por diversos componentes. Supone también, que está atravesada por diversos campos en su abordaje: médico-psiquiátrico, psicológico, social, cultural, y de derechos; por lo tanto, se amplía el abordaje y tratamiento para los usuarios.

En el caso de los practicantes del psicoanálisis, esta mirada hace lugar a su ética, ejercicio y praxis, es decir, a trabajar con la particularidad y subjetividad de cada paciente

Esta mirada integral se puede observar también en el **artículo 4°**. El mismo establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y la atención de las personas con padecimiento mental y adicciones debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

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

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 que el diagnóstico se realiza a partir de la evaluación particular de la persona y del momento determinado que atraviesa, esto es, desde la singularidad y subjetividad de cada caso. Además, el hecho de que la evaluación sea desde un equipo interdisciplinario implica la incorporación y articulación de perspectivas, teorías, métodos y saberes profesionales, que no se reducen solamente al campo médico-psiquiátrico, sino también se incluyen diferentes disciplinas que están implicadas en la salud mental como: psicología, trabajo social, enfermería, terapeutas ocupacionales, entre otras.

Por lo tanto, la ley habilita a que la lectura y evaluación del profesional se lleve a cabo según la singularidad y peculiaridad de cada caso, sin hacer referencia a un modo “universal o general para el abordaje”.

Siguiendo el mismo lineamiento, se puede observar en el **Artículo 7°** que se plantea que el Estado Argentino va a reconocer a las personas con padecimiento mental 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)

Aquí se puede sostener, nuevamente, que el profesional tiene la autonomía de elegir el tratamiento que considere pertinente para cada caso, habilitando así una vez más un abordaje desde la clínica psicoanalítica, así como también el paciente puede tomar decisiones respecto al abordaje y atención. Esto es un aporte interesante que hace la ley, debido a que el paciente debe dar un consentimiento expreso respecto al tratamiento que se sugiere y en caso de que este no pudiese, se le da implicancia a sus representantes legales. Para esto es necesario que el paciente reciba por parte del equipo interdisciplinario interviniente información clara y precisa respecto a su estado de salud, tratamiento propuesto, beneficios esperados y consecuencias previsibles por no realizar el tratamiento planteado. Por lo tanto, implica que se le da libertad al paciente para decidir respecto a su salud mental y al abordaje de la misma, dando lugar así a la responsabilización 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)

Considerar a la internación como recurso terapéutico rompe con el funcionamiento del aislamiento manicomial, ya que esta se trata de un recurso terapéutico "restrictivo", es decir, deben considerarse otras acciones terapéuticas, antes de apelar a la internación.

#### **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 mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, p.25)

La internación es decidida por el equipo interdisciplinario cuando se evalúa que existe un riesgo "cierto e inminente" para el sujeto y/o para terceros, o sea, cuando se considera que existe un riesgo que pueda poner en peligro la vida o la integridad física de la persona, o de terceros.

En los artículos citados, también se puede leer claramente que se da lugar al criterio profesional para su intervención, sustentado en que el “equipo de salud” apelará a hacer uso de estos artículos desde la particularidad de cada caso, cuando así lo amerite.

**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 facultad de otorgar el alta, externación o permisos de salida de manera interdisciplinaria, una vez que se considere que ha desaparecido el riesgo.

**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 gran paso la internación en hospitales generales privados o públicos, lo que remite al proceso de desmanicomialización planteado en la ley como uno de sus objetivos principales. Ubica así a los pacientes por fuera de un lugar de segregación y alienación.

En resumen, la promulgación de la ley de salud mental implica que el Estado se constituya como garante del derecho a la protección de la salud mental y del pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. También establece que los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos por la ley. Determina además que las personas que se encuentran comprendidas en esta ley tienen derecho, entre otros, a recibir atención sanitaria, social integral y humanizada a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud y finalmente, considera a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho.

Se concibe de este modo 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. Sustituye la noción de “enfermedad mental” por la de “padecimiento mental” entendido como “todo tipo de sufrimiento psíquico”. Busca así una ruptura con la hegemonía del discurso cientificista-biologista, propio del modelo médico dominante, para posibilitar el abordaje interdisciplinario de las problemáticas de salud mental.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la inclusión de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en las políticas de salud mental, ya que permite considerar a los pacientes como sujetos de derecho, sacándolos de este modo de la ilegalidad y la punición. Los abordajes de esta problemática incluyen estrategias de reducción de riesgos y daños y deben tener en cuenta la singularidad de las personas, más allá del tipo de adicción que padezcan.

En consecuencia, es indudable destacar que esta nueva ley ha constituido un importante avance, implicando una nueva jurisdicción que garantiza derechos para todos los sujetos con padecimiento mental y da lugar a los profesionales de la salud mental para la aplicación de esta normativa desde la lectura de la situación contingente de cada individuo y de cada caso en particular. Estos avances permiten a los practicantes del psicoanálisis llevar a cabo la fórmula bajo la cual el psicoanálisis condensa su ética, la relación con lo real, como norte que orienta la posición ética del analista, dando lugar así a que el practicante del psicoanálisis pueda asumir su posición desde lo particular y singular de cada caso.

Es así que, a los practicantes del psicoanálisis como profesionales de salud mental, la ley N° 26.657 (2010) los concierne sin excepción.

**CAPÍTULO II:**  
**PSICOANÁLISIS Y**  
**HOSPITAL PÚBLICO GENERAL**

## **II.1 INTRODUCCIÓN**

En el campo de la salud pública, particularmente en el hospital público general, los practicantes del psicoanálisis se enfrentan al desafío de operar con la coexistencia, el diálogo, tensiones y con las políticas públicas que guían la salud, así como también con la acción, normas y reglas que profesa cada institución hospitalaria. Las particularidades del dispositivo analítico y la ética que orienta su práctica ponen en juego el manejo de la contingencia, donde el psicoanalista tiene que adaptar su práctica -que en sus orígenes no fue pensada en el marco de la salud mental- para responder a las exigencias de la institución, convivir con la multiplicidad de discursos que en ella habita y maniobrar con lo singular de la problemática de los pacientes. Entonces, ¿cómo pensar al psicoanálisis en la institución hospitalaria? ¿qué es posible y qué no en el ámbito hospitalario?

## **II.2 EL HOSPITAL COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO**

Para entrar en un contexto, se debe hacer referencia a que el hospital en la Edad Media no era el hospital que se conoce hoy -un establecimiento destinado para la atención y asistencia de enfermos, a cargo de profesionales de salud- más bien, era un lugar para ir a morir, asistir al pobre que estaba enfermo y alojar a locos y prostitutas. Se consideraba que el pobre era portador y podía expandir enfermedades, por lo tanto, era “peligroso”; entonces, había que separarlo del resto de la población, así como también apartar a los locos y prostitutas. El personal que trabajaba en estas instituciones no eran profesionales médicos o de salud sino más bien, personas religiosas o laicas, que, a través de la caridad buscaban salvar el alma de aquellos a quienes asistían y de ese modo, asegurar y garantizar su salvación eterna. Es decir, como establece Foucault (1978), el hospital funcionaba como un espacio de segregación, exclusión y separación.

Respecto a la práctica médica, esta estaba totalmente alejada de la institución hospitalaria; el médico no se formaba en el hospital sino que su formación se daba dentro de la corporación médica. El médico trabajaba de forma individual con el enfermo, visitándolo en el domicilio y su intervención giraba en torno a una crisis, es decir, se observaba al enfermo desde la

aparición de los primeros signos para descubrir el momento en que se produciría la crisis. Así, el médico examinaba los signos y pronosticaba (Foucault, 1978).

En consecuencia, hasta mediados del siglo XVIII, el hospital y la medicina eran campos totalmente independientes. El hospital, como se mencionó anteriormente, era una institución de separación y segregación y el trabajo del médico se daba de manera independiente, o sea, en el hospital de ese tiempo, estaba ausente la función médica y estaba muy alejado del hospital como instrumento terapéutico.

Ahora bien, ¿cómo se llegó a la medicina hospitalaria?

La primera gran organización hospitalaria se encuentra en los hospitales marítimos. “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” (Foucault, 1978, p. 67).

De este modo, la formación de una medicina hospitalaria tiene sus orígenes en el hospital marítimo en el siglo XVII ya que a través de éstos se traficaban mercancías, objetos preciosos, etc. El traficante se hacía pasar por enfermo y así evitaba el paso por la aduana, por ello es que se comenzaron a realizar inspecciones de los cofres de los marineros y médicos y si se encontraban mercancías de contrabando, se castigaba a sus dueños. Así, comienza una primera instancia de control y disciplina (Foucault, 1978).

Por otro lado, a fines del siglo XVII, en el ejército se produce la introducción del fusil. Esto requería gran ejercicio, capacitación y adiestramiento de los soldados, en consecuencia, el precio del soldado aumentaba y los costos del ejército también. De este modo, una vez formado el soldado no se lo podía dejar morir, ya que había sido adiestrado por un costo considerable y era necesario su cuidado. Por consiguiente, en el hospital militar comienza a ser necesario vigilar a los hombres para que no fallecieran.

Así, surge una nueva organización tanto en hospital militar como en el marítimo: aparece la necesidad de observar y controlar a los enfermos, así como también la introducción de la disciplina frente al tráfico de mercancías. “La introducción de los mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital iba a permitir su medicalización” (Foucault, 1978, p. 67).

Entonces, ¿cuándo comienza a programarse el hospital como instrumento terapéutico?

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 hospitales. (Foucault, 1978, p.59)

Por consiguiente, en la conjugación de la intervención médica y la disciplina en el espacio hospitalario es donde se encuentra el origen del hospital médico. Para construir el hospital como instrumento terapéutico, aparece la necesidad de individualizar y distribuir a los enfermos en un espacio donde se pudiera vigilar y registrar lo que ocurriera; de este modo, la disciplina que se proponía en el hospital era un instrumento con función terapéutica. Es decir que “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” (Foucault, 1978, p. 70). A partir de entonces, se deja de lado al hospital con la función de separar a los individuos peligrosos para proteger la salud de la población y la concepción del hospital como un espacio de transición hacia la muerte con implicancias religiosas; en beneficio de un espacio que será propiamente médico y terapéutico.

De este modo, considerando lo desarrollado y atendiendo a los objetivos que orientan esta investigación, ¿cómo pensar la práctica del psicoanálisis en el hospital como instrumento terapéutico? ¿cuáles son las condiciones para que se constituyan la teoría y la práctica psicoanalíticas en la institución hospitalaria?

### II.3 PSICOANÁLISIS EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

El trabajo en las instituciones hospitalarias confronta a los practicantes del psicoanálisis con el siguiente cuestionamiento: ¿cómo maniobrar con las normas y encuadre que preexisten en la institución y cómo dar apertura a un espacio analítico?

Pensar el psicoanálisis aplicado en las instituciones, específicamente en el hospital público general, implica también hacer referencia al contexto en el que éste se desarrolla. Para esto, se retomará nuevamente la ley de salud mental, en la cual -como se mencionó anteriormente- se concibe a la salud mental desde una mirada integral.

Desde sus inicios, el psicoanálisis freudiano ha reflexionado sobre la relación de los sujetos con lo social, sobre el malestar de los seres humanos en relación con su cultura, con la sociedad, con lo que los rodea. La concepción de sujeto que plantea Freud en relación con lo social hace referencia a la intención de ligar el acontecer psíquico con los fenómenos sociales. De esta manera, Freud plantea que el otro, es decir, lo social cuenta para el sujeto como referente, como modelo, como enemigo y como objeto (Freud, 1921/2009).

Del mismo modo, en textos como *Tótem y Tabú* (1913), *Psicología de las masas y análisis del yo* (1920-1922) y *El malestar en la cultura* (1927-1931), entre otros, Freud se ocupó de la psicología de las masas y del orden social, la biología, la historia, para hacer referencia al psicoanálisis como una práctica posible para entender y abordar lo social. Los trabajos mencionados están orientados a la comprensión de problemáticas humanas en sus contextos históricos y sociales. Es decir, que la práctica psicoanalítica contribuye a la comprensión de la estructura social en la que se producen los síntomas, en la que tiene lugar el malestar de los individuos y también como una alternativa para su alivio.

Ahora bien, el psicoanálisis a lo largo de su historia ha tenido presencia en instituciones -la enseñanza de Freud y Lacan demuestra que la práctica

psicoanalítica es posible en los hospitales-. Freud (1919/2010), en *Nuevos caminos de la terapia analítica*, predijo que iba a producirse una posibilidad de sostener una práctica en la que se podría tratar grandes masas de hombres. Estableció que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertaría y se daría lugar a que el pobre tenga derechos a la terapia anímica y que estos tratamientos serán gratuitos -haciendo referencia a que pasará un tiempo hasta que el Estado sienta como obligatorios estos deberes-. Cuando esto suceda, surgirá la necesidad de adecuar esta técnica a las nuevas condiciones. Aclara que, cualquiera que sea la forma que tenga esta psicoterapia para el pueblo, el psicoanálisis continuará con sus rigurosidades, ajeno a todo partidismo.

Es así que el hospital público forma parte de las instituciones que el Estado organiza para dar respuesta a las necesidades de la población. Como se ha detallado, a partir de la ley N° 26.657 (2010), la salud mental es un derecho para todos los ciudadanos; de este modo el psicoanálisis forma parte de las prácticas psicoterapéuticas que se ofrecen a la población.

Entonces, ¿cómo dar apertura al espacio analítico?

Lacan tuvo el mérito de poder pensar que se puede sostener una práctica para abordar a cualquiera por el solo hecho de que esté afectado por un padecimiento que perturbe el ser o que, por lo menos, pueda poner en duda un saber sobre él o sobre su verdad, por el solo hecho de que hable (Lacan, 1953/2003).

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 inconsciente (Lacan, 1953/2003).

Por lo tanto, los psicoanalistas insertos en las instituciones inscriben su práctica en el marco de un hospital general de comunidad que convive y existe con otros discursos, entre ellos, el discurso médico. Este interpreta al

sufrimiento desde una perspectiva biológica, sosteniendo una idea de salud para todos: homogenizando así a los sujetos (Belaga, 2015).

Belaga en su libro *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (2015) explicita 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 este modo, el discurso del psicoanálisis se diferencia del discurso científico ya que deja de lado lo universal y lo general, para hacer referencia a lo particular de cada individuo. Pero ¿cómo orientar el psicoanálisis en el ámbito de la salud mental y el hospital público?

Verónica Berenstein quien escribe el prólogo del libro *Esto no es un diagnóstico* de Adrián Scheinkestel (2017) establece que en psicoanálisis se parte de la ausencia de una regla general para todos. De esta manera, se considera al diagnóstico como la posibilidad de ensamblar lo particular y lo general a la vez. Por ello, el psicoanálisis se diferencia de la clasificación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), cuya evaluación se disocia del real en juego, que tiende a eliminar el juicio subjetivo: “el síntoma no es un diagnóstico y no puede entrar en una generalización, ya que es opaco a toda significación” (Scheinkestel, 2017, p.9).

Es así que muchas veces el encuentro con un analista en un hospital, a partir de su intervención apuntando a lo “real”, logra que aquel que consulta pueda hacer lugar a la dimensión subjetiva en juego, permitiendo de este modo cierta responsabilidad subjetiva en relación a lo que le pasa (Scheinkestel, 2017).

En efecto, el psicoanálisis propone al paciente un saber sobre su padecimiento subjetivo. Así, Belaga (2015) establece:

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)

Según Rubinstein (2004), el hospital, desde el punto de vista del psicoanálisis, es un dispositivo que busca intervenir, lograr realizar actos analíticos. En este sentido que es un desafío para el analista practicante no solo el saber hacer con lo real de la experiencia, sino también a operar sobre el funcionamiento particular de las instituciones y el discurso que las atraviesa y profesan.

A esto, se le debe sumar que las demandas en el hospital general son diversas: van desde la urgencia en la guardia, interconsultas de los servicios (pediatría, clínica médica, traumatología, cirugía, ginecología, obstetricia, kinesiología, fonoaudiología, etc), tratamiento psicológico ambulatorio y derivación de efectores como: Juzgado, Equipo Técnico Interdisciplinario (Eti), Área de la mujer, Área sanitaria, Centros de salud, entre otros.

No obstante, Scheinkestel (2017) retoma a Freud quien planteaba tres tareas imposibles: gobernar, educar y analizar. De este modo, el autor introduce la problemática del psicoanálisis en el hospital en términos de una práctica imposible. Al respecto ¿cómo operar desde el discurso analítico ante la paradoja de una práctica imposible en el marco del contexto institucional?

Se opera desde la ética que orienta su praxis. Por consiguiente, el trabajo hospitalario en un servicio de salud mental no tiene “estándares” sino implica un “trabajar con lo real”, con el caso por caso, con lo subjetivo del paciente, con la verdad de cada individuo, con cada situación particular. Es lograr un hacer con la demanda del paciente, el encuadre institucional, la ley de salud mental y la ética que rige al psicoanálisis.

Para esto es importante hacer referencia a la ética del psicoanálisis. En el *Seminario VII, La ética del psicoanálisis (1959/2015)*, Lacan explicita que la ética consiste en un juicio sobre nuestra acción y aclara que ésta sólo tiene alcance en la medida en que la acción implicada entrañe un juicio, incluso

implícito. Entonces, si hay una ética del psicoanálisis es en la medida en que, de alguna manera, el análisis aporta algo que se plantea como medida de nuestra acción. Para esbozar esto, Lacan formula la siguiente pregunta: “¿ha actuado en conformidad con el deseo que lo habita?” (Lacan, 1959/2015, p.384). “Propongo que de la única cosa de la que se puede ser culpable, al menos en la perspectiva analítica, es de haber cedido en su deseo” (Lacan, 1959/2015, p.390). De ahí que el psicoanálisis se dirige a una ética que contempla lo real; la responsabilidad de los actos del sujeto vinculada a los deseos que lo habitan, esto es, una ética que apunta a que advenga el sujeto en el acto mismo de hacerse cargo de ellas.

Por ello, es necesario subrayar que toda práctica del psicoanálisis en un ámbito hospitalario tiene como característica una tensión entre la ética del psicoanálisis y el concepto de salud que prevalece en el ámbito hospitalario que es un concepto de lo universal. Así, el desafío al que se someten los practicantes del psicoanálisis en el hospital público general es a la convivencia y el manejo de las coyunturas con las que se encuentran. Es decir, poder hacer desde su praxis entre las normas que fundan a la institución, las exigencias y el encuadre que predominan en el hospital, y lo singular de la problemática de cada paciente.

Por consiguiente, la orientación del practicante del psicoanálisis en el ámbito hospitalario se realiza a partir de la ética que rige su práctica. Mientras la institución propone un ideal que universaliza a los sujetos, la ética analítica propone una relación del uno por uno, una relación con lo singular de cada sujeto, o sea, la búsqueda de la verdad inconsciente del sujeto. En efecto, el analista interpreta, interviene, puntualiza, precisa, pregunta, apuntando esa verdad interior, que solo el sujeto podrá encontrar.

### 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.

Para ello, se debe tener en cuenta que, específicamente en la institución hospitalaria, predomina el discurso médico hegemónico, que es comparable con el discurso “del Amo” que plantea Lacan en el *Seminario XVII El reverso del psicoanálisis* (1969):

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

En ese Seminario, Lacan habla de cuatro discursos: discurso del Amo, discurso Analítico, discurso de la Histórica, discurso 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.

Es pertinente hacer una precisión respecto al término discurso, ya que en este seminario Lacan refiere que el discurso tiene una particular estructura lógica, que va más allá de las palabras; sostiene diferentes lazos sociales entre el sujeto y el Otro, poniéndose en juego diferentes vicisitudes del amor, del deseo y del goce (Lacan, 1969/2015).

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 cura (Lacan, 1969/2015).

No obstante, antes de adentrarse en los modos discursivos -que será retomado en los próximos capítulos y se trabajará en mayor profundidad- es pertinente diferenciar el discurso médico del discurso psicoanalítico. Ambas son prácticas y modos discursivos de hacer con lo real, en las que prevalece un campo compartido: para el psicoanálisis “el sujeto” y para la medicina se trata de “la enfermedad, del cuerpo”. Para el discurso médico se trata del dolor del cuerpo, por ejemplo, la fiebre; en cambio para el psicoanálisis el sufrimiento remite al sujeto, a su posición fantasmática y al goce.

Es así que Lacan en *Psicoanálisis y Medicina* (1966) señala que el lugar del médico a lo largo de la historia de la medicina ha sido un lugar de prestigio y autoridad. Cuando el paciente consulta demanda de un saber que espera del otro, del médico; sitúa en él el significante amo,  $S_1$ . Así, construye un amo como garante de saber; de esta manera es que el discurso médico transita muy cerca del discurso del amo. En oposición, el psicoanálisis no es definitivamente una rama de la medicina, razón por la cual Freud consideraba que la formación médica no era necesaria para ejercer el psicoanálisis y era más bien un obstáculo al inconsciente. De este modo, se puede decir que discurso analítico y discurso médico son entonces radicalmente antinómicos. Discursos antinómicos no significa necesariamente antagonistas, puesto que cada uno tiende a tratar las demandas que se producen en su campo de experiencias. Para esto es necesario realizar la siguiente diferenciación: en cuanto al discurso médico -fundado sobre la certeza de la ciencia- por su estructura está orientado en su pretensión de responder a todas las demandas. En cambio, el lugar del psicoanalista va más allá de lo que propone la medicina: “asistencia, prevención y tratamiento de las enfermedades”, ya que ante el padecimiento psíquico el psicoanálisis no apunta al alivio de los síntomas, la terapia analítica se dirige a la raíz, llega a los conflictos de donde surge el síntoma, no para aliviarlo o eliminarlo, sino como portador de sentido para ser interpretado. El síntoma es un mensaje cifrado dirigido al Otro, es portador de un saber inconsciente, no sabido por el sujeto y que es posible descifrar. Por lo tanto, el analista se ofrece para que el paciente intente ponerle sentido a eso que presenta como sufrimiento (Lacan, 1966/2010).

Por consiguiente, haciendo referencia a las nuevas políticas de salud mental que propone la ley 26.657 (2010), se puede pensar que se da lugar a nuevos significantes, ya que se concibe al paciente de salud mental como activo en su curación; se deja de lado a la internación como segregación y la familia y el medio forman parte del proceso de cura. En consecuencia, el significante hospital público general, como significante amo, del lado del discurso médico, se desplaza ya que el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento lo lleva a cabo un equipo interdisciplinario; así como también en el tratamiento participa el paciente con su palabra.

### **II.3.2 EL PRACTICANTE DEL PSICOANÁLISIS EN EL HOSPITAL PÚBLICO GENERAL**

Pensar el rol del practicante del psicoanálisis en el hospital público general y su función en el equipo de salud mental implica hacer referencia a los abordajes que se hacen desde este servicio. Se debe aclarar que las “demandas” que recibe generalmente no tiene que ver con una “demanda de análisis”, sino más bien se trata de: interconsultas, urgencias, internación, tratamiento, etc. Entonces, pensar el abordaje de estas demandas desde la praxis implica primeramente, diferenciar las distintas formas en las que éstas se presentan, que además están íntimamente relacionadas a los dispositivos que existen en la institución hospitalaria: dispositivo de interconsulta, dispositivo de tratamiento ambulatorio y dispositivo de guardia.

Respecto al dispositivo de interconsulta -entendiéndose por éste la práctica que se hace desde un servicio a otra especialización con la función de ayudar a resolver las complicaciones de los pacientes ingresados- generalmente tienen por objeto: evaluar los síntomas, angustia, resistencias, negación, que suelen aparecer en el enfermo durante la internación o previo a la hospitalización y que dificultan el tratamiento o la recuperación del paciente. También se busca la intervención de salud mental cuando se sospecha que existe en un paciente alguna patología de salud mental.

La estrategia de intervención se debe elegir a partir de cada caso, esto es, según la particularidad de la situación por la que atraviesa el paciente y la subjetividad de cada individuo. Para ello, en primera instancia, es necesario

diferenciar de dónde proviene la demanda; si se presenta por parte del paciente, del médico, de los familiares o de algún otro efector (Juzgados, Área de la mujer, Eti, Centro infanto-juvenil, Discapacidad, Centro de salud, entre otros). Esto es muy importante poder discriminarlo ya que la institución de salud como tal, trabaja con diversos efectores que demandan y necesitan que ésta como “referente de salud” brinde una respuesta. Para esto cuando se solicita intervención al practicante del psicoanálisis como parte del equipo de salud mental, es imprescindible hacer una primera entrevista y en ella detectar de donde proviene la demanda. En función de la entrevista y de la lectura que se puede hacer de la situación del paciente se determinará si hay lugar o no para la intervención del practicante del psicoanálisis.

En cuanto a los tratamientos ambulatorios, en los cuales, debido a la gran demanda generalmente se apunta a tratamientos de una breve duración, se indica desde el encuadre institucional trabajar sobre el motivo de consulta por el cual el paciente inicia tratamiento y/o es derivado por algún efector y, una vez resuelto, se debe dar el alta. Entonces, debido al poco tiempo, al encuadre institucional y a la limitación en los tratamientos no es posible la realización de un análisis propiamente dicho. En tanto, desde la práctica analítica, se debe apuntar a dar apertura al inconsciente a partir de hacer hablar al sujeto de su malestar. Esto dará lugar a que el sujeto se pregunte - si es posible- sobre su padecimiento, que se cuestione acerca del síntoma que lo aqueja, apuntando a la disminución del sufrimiento y a la implicancia subjetiva.

Respecto al dispositivo de guardia por el cual en la mayoría de los casos ingresan las urgencias, primero se debe diferenciar si el paciente posee una afección física o si hay un riesgo de muerte lo que implicaría una intervención médica en primera instancia. Luego, se puede dar lugar a la intervención del practicante del psicoanálisis. La intervención en la urgencia no responde a una lógica universal, sino más bien a una lógica singular. Siguiendo los lineamientos de Freud (1920), quien sostenía que el analista no debe tener la pasión de curar sino de investigar, en tanto, la cura se dará por añadidura. Es que la intervención del practicante del psicoanálisis en la urgencia requiere que el profesional haga una pausa en esa consulta, para

así poder alojar al individuo y generar un espacio que permita abrir, tejer, y hablar -dentro de lo posible- de aquello que lo angustia, urge y apremia.

Por lo tanto, si bien el marco del hospital público general no es el mismo que en el consultorio privado y las condiciones de un análisis propiamente dicho no se dan, no se debe perder de vista que las instituciones de salud existen para: recibir, alojar, asistir y/o ayudar a los pacientes que vienen con presentaciones clínicas de salud mental variadas. Por ello, retomando lo que establece la ley de salud mental (2010), en la que se deja a criterio de cada profesional el tratamiento y la intervención que considere necesaria, la práctica psicoanalítica es posible.

**CAPÍTULO III:**  
**LA URGENCIA PSÍQUICA**

### III.1 INTRODUCCIÓN

A partir del cambio de paradigma que propone la ley de salud mental (2010) 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 la perspectiva psicoanalítica en una institución pública de salud implica un despliegue de preguntas, inquietudes, reflexiones y cuestionamientos desde la práctica. ¿Qué es la urgencia para el psicoanálisis? ¿Cómo evaluar si se está ante una urgencia? ¿Cómo abordar la urgencia desde los tiempos y la lógica del inconsciente, en el contexto de la institución hospitalaria?

### III.2 ¿QUÉ ES LA URGENCIA PARA EL PSICOANÁLISIS?

Cada época tiene su malestar en la cultura y esto incide en las presentaciones clínicas. Urgencias han existido siempre, las presentaciones son las que han ido variando de acuerdo al contexto social, cultural e histórico. En la actualidad, a partir de la Ley de Salud Mental (2010), los pacientes tienen la posibilidad de ser atendidos en los hospitales públicos generales, por lo que se pone de manifiesto un nuevo desafío para los practicantes del psicoanálisis que trabajan en instituciones de salud: pensar y abordar la urgencia psíquica.

La palabra urgencia proviene del latín, *urgentia*, y según la definición del *Diccionario de la Real Academia Española* (2020), remite a cualidad de urgente; necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio; caso urgente; inmediata obligación de cumplir una ley o un precepto; sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos.

Para comenzar a hacer un acercamiento al concepto, se puede pensar a la urgencia como una situación de crisis, dentro de la cual estarían implicadas las crisis vitales como la pérdida de un ser querido, ruptura de un vínculo, pérdida de trabajo, pérdida de salud, entre otras, o también aquellas que tienen que ver con eventos externos como crisis económica, pandemia,

catástrofe natural, accidente, etc. Todas ellas pueden generar repercusiones a nivel emocional, psíquico y en el vínculo con el mundo externo.

Para profundizar más el concepto, se tomarán algunos acercamientos sobre la urgencia que Freud desarrolla a lo largo de su teoría. El autor comienza a hacer aportes teóricos iniciales sobre la urgencia en su texto *Proyecto de psicología* (1895/2010), donde describe una situación de urgencia del lado orgánico. La detalla como una descarga interna que produce una cierta alteración emocional del dolor: expresión de las emociones, grito e inervación vascular. Plantea como necesaria una intervención para dar respuesta a esta urgencia, la cual no puede ser producida desde el propio organismo. Indica además que ninguna descarga interna agota la tensión y descarta también que incluso fisiológicamente el cuerpo humano sea capaz de realizar una acción; es decir que Freud marca que es necesario una intervención ajena al sujeto.

En *Más allá del principio de placer* (1920/2010), Freud plantea que dentro de las neurosis traumáticas, el tema de las excitaciones que invisten bastante energía para franquear la protección psíquica son las que denomina como traumáticas. Un suceso como un trauma externo provocará sin ninguna duda una perturbación de la economía energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa, pero en un primer momento el principio de placer quedará abolido. De esta manera el yo, ante este desborde energético, no puede apelar a los mecanismos de defensa.

De este modo, Freud aborda el trauma psíquico como irrupción pulsional o inundación económica. Pone énfasis en la perspectiva económica, porque el trauma implica un exceso de cantidades imposible de ligar que deja al sujeto sin la posibilidad de responder con sus recursos habituales.

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 *Inhibición, síntoma y angustia* (1926/2010), Freud explicita que la angustia tiene un carácter displacentero específico; agrega que presenta acciones de descarga como la aceleración de los latidos del corazón y la respiración, entre otras, y aclara que la angustia no tiene un objeto específico, a diferencia del miedo.

Hasta el momento Freud consideraba que la angustia provenía de la libido no descargada, 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 peligro (Freud 1926/2010).

Así, es posible pensar: ¿es la angustia frente a la percepción de un peligro el estatuto de la urgencia?

Por otro lado, Lacan también realiza algunas reseñas respecto a la urgencia en *El Prefacio a la Edición Inglesa del Seminario XI* (1977/2009). La define como aquella que preside el análisis, aclara que lo que genera la demanda del paciente al analista es la urgencia.

Dicho de otro modo, la urgencia es la que empuja a cualquier sujeto a hacer una demanda de análisis, de esta manera la urgencia está presente en el análisis desde un principio.

En *Escritos 1* (1975/2009) Lacan refiere: “nada de lo creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su superación en la palabra” (p.205). ¿A qué se refiere Lacan con esta aseveración respecto a la urgencia? En relación a la primer parte -nada de lo creado que no aparezca en la urgencia- permite pensar que hay ciertos aspectos que aparecen propiamente en la urgencia, esto es, la urgencia es lo que permite poner de relieve aspectos del paciente, que de otro modo habrían pasado inadvertidos. Y en relación a la segunda parte -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 análisis en el paciente, y en ella, se ponen en relieve ciertos aspectos del paciente que aparecen propiamente en la urgencia, siendo necesaria para su superación la palabra. Entonces: ¿esto hace referencia a poner palabras a aquello que se significa como urgente para el individuo?

Siguiendo estas ideas, Araceli Fuentes (2020) en su artículo *Trauma y Urgencia*, publicado en *Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano*, liga la urgencia con el trauma. Especifica que la urgencia es aquella que empuja a un sujeto a dirigirse a una analista a hacer una demanda. Es decir, que “hay urgencia cuando las significaciones habituales de un sujeto han sido desgarradas por la emergencia del real traumático” (párr. 1).

Entonces, “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” (Fuentes, 2021, párr.17). En tanto, se puede decir que la urgencia es aquella que empuja a un sujeto a dirigirse a un analista y tiene que ver con lo que ha hecho un agujero, con lo traumático, con lo que no se puede decir: lo real; de este modo ¿cómo restablecer el vínculo del sujeto con la palabra que fue puesto en crisis por un real que desgarró ese lazo?

Lacan en *El Prefacio a la Edición Inglesa del Seminario XI* (1977/2009) establece: “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). “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). ¿A qué se refiere Lacan con que el psicoanálisis se practica en pareja y que se debe hacer el par? ¿tiene que ver con que el analista en la urgencia trabaja en pareja como un par con el paciente para así restablecer el lazo con la palabra que ha generado un agujero, trauma en el paciente? ¿es a través del hacer pareja con el paciente que se interviene en la urgencia, que se restablece el lazo con la palabra?

Finalizando este escrito, Lacan deja de lado la expresión “urgencia subjetiva” para hablar de “casos de urgencia”. Aclara que si el analizante vuelve a la sesión no es por la transferencia, sino que hay algo más fuerte que lo empuja, esto es, la urgencia que preside el análisis y que corresponde al analista poder darla (Lacan, 1977/2009).

De este modo, la urgencia designa la emergencia de un real, es decir, hay algo de lo real que emerge y desborda al sujeto. Es la angustia el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real (Lacan, 1975, como se citó en Garro, 2015).

Ahora bien, para pensar la urgencia psíquica -específicamente en el marco del hospital público general- es necesario poder diferenciarla de la urgencia médica. La segunda se clasifica en función del riesgo de vida, hay algo que hacer con mucha prisa y el tiempo cronológico tiene un lugar primordial ya que se va la vida en ello (Garro, 2015).

Silvia Baudini en *Tiempos de urgencia* (2005) establece que la emergencia no da tiempo, son todas aquellas situaciones en la cuales se necesita ayuda médica para atender una condición en la cual se ve amenazada la salud del paciente: cuadros de excitación psicomotriz, ingesta

medicamentosa, autolesiones, crisis psicóticas agudas, pasajes al acto, etc. Aquí opera el saber médico, la respuesta médica debe ser inmediata, ya que, si no se asiste de manera urgente, el paciente puede sufrir graves daños o puede morir.

Desde la perspectiva analítica, la urgencia tiene una connotación diferente a la urgencia médica. Si bien se puede partir de la idea de que se trabaja con pacientes en crisis, lo médico apunta a operar inmediatamente sobre el acontecimiento; la urgencia psíquica también tiene que ver con la prisa -pero no netamente con ella- sino también con la pausa (Belaga, 2015).

Siguiendo esta línea, Héctor Gallo en su libro *Por qué se suicida un adolescente, pasaje al acto urgencia y acto* (2021), establece: “hay real en la urgencia porque el sujeto se siente envuelto en un remolino de emociones devastadoras que literalmente lo 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 individuo 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 sujeto y de esta manera una suspensión de la función subjetiva que lleva a formas no simbólicas de desembarazarse de aquello que tanto angustia.

Gallo (2021) establece también que “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). Es decir, que la urgencia implica un displacer en tanto hay algo que urge y necesita una descarga, pero, ¿qué implicaría esa descarga? Para Gallo no hay pasaje al acto ni *acting out* por

fuera de un estado subjetivo de urgencia. Entonces, ¿pueden pensarse el pasaje al acto y el *acting out* como urgencias psíquicas?

Si se retoma lo que Lacan establece en el *Seminario X La angustia*, (1962-63/2016), las condiciones del pasaje al acto son embarazo y emoción. Cuando la emoción y la angustia desbordan al sujeto, lo hacen sin poder articular ninguna respuesta simbólica, es decir, no hay significante que represente al sujeto y cae fuera de la escena a través del pasaje al acto. Es así que al hospital público general llegan pacientes con intento de autoeliminación, autolesiones, policonsumo, entre otros, a modo de urgencia psíquica.

Se debe agregar también que Claudia Garro en su libro *De la urgencia a la emergencia de un sujeto* (2015) define respecto a la urgencia subjetiva que “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).

Ahora bien, teniendo en cuenta esta definición, ¿toda puesta en cuestión de las formaciones del inconsciente como recurso ante lo real implicaría una urgencia? Por otro lado, esta explicación también implica una relación íntima con el tiempo, es decir, que cuando la autora hace referencia a la 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 implicado en la urgencia o es el tiempo lógico?

Por otro lado, Laurent (2004, como se citó en Sotelo, 2017) 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 significante. Sin la articulación significante, 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  $S_1$  suelto, en la medida en que se produce una caída del saber ( $S_2$ ) 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?

En contrapropuesta, Gallo (2021) establece que las urgencias son múltiples y variadas, así como también existen diversas maneras de presentarse: la urgencia que implica toda elección de compromiso de un sujeto con otro, la urgencia del devaneo amoroso, la urgencia de contar con una presencia protectora, la urgencia del momento de concluir una relación, la urgencia de apostar que se apodera del jugador, la urgencia de consumir del toxicómano, la urgencia de los rituales obsesivos, la urgencia del pasaje al acto, la urgencia del tiempo que apura, sobre algo que atormenta, la urgencia de ser escuchado, entre otras. De este modo, ¿es la urgencia aquello que apremia al individuo desde su subjetividad?

En este orden de ideas, Inés Sotelo (2015), en su libro *Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas*, establece un modo de pensar la urgencia en relación a lo psíquico como dimensión temporal. Hace referencia a que la urgencia no necesariamente algo inmediato y que adquiere un carácter particular, es decir, se diferencia del tiempo cronológico que no es particular. Así, explica que la urgencia tiene distintas dimensiones: las ligadas a la gravedad del caso, las urgencias de orden social y jurídico y finalmente la dimensión psíquica de la urgencia, aquella que no necesariamente aparece de forma inmediata, la cual podrá ser vinculada con la modalidad particular que se dio en cada persona.

La citada autora define como consulta de urgencia:

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 del tiempo cronológico, sino desde un tiempo lógico por parte del paciente que considera que necesita atención inmediata. De esta manera, la urgencia es un punto límite donde el sujeto siente que no puede escapar, que está en riesgo, que apela, que convoca a otro, que llama a una intervención. Entonces, ¿se puede pensar a la urgencia como lo que apela, que convoca al Otro, al semejante?

De forma similar, Leonardo Martín Prado Rivas en *Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario* (2014) establece que la urgencia no sólo comprende el llamado desesperado de un paciente, sino también la urgencia subjetiva comprende algo más allá que está en relación a una pobreza significativa, la cual no permite el libre fluir de la cadena.

Es así que Inés Sotelo en su libro *Clínica de la urgencia* (2007) indica que cada consulta tiene un punto de urgencia, que hay que encontrarla y leerla, y que, aunque alguien pueda esperar un mes para ser atendido, por las largas listas de espera de los consultorios externos hospitalarios, se puede inferir que hubo un punto de quiebre y ruptura, de urgencia para ese sujeto que lo condujo a pedir ser escuchado.

Mirta Pipkin (2013) en *Clínica de las emergencias* establece 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)

Ahora bien, ¿qué urge al analista?

La autora aclara además que, en las urgencias todo está atravesado por la cuestión temporal, ya sea que se trate de las expresiones miedo-pánico, cuando estas cumplen la función de anticiparse a una vivencia amenazante o porque el sujeto, detenido en el tiempo de un duelo, quiere frenar el tiempo de la vida, o bien cuando el sujeto no puede contener las impulsiones que se desatan con violencia hacia el prójimo o hacia sí mismo (Pipkin, 2013).

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. (Pipkin y Holgado, 2013, p.116).

Por lo tanto, en función a lo que se establece en la definición, se puede decir que existen dos variables importantes en la urgencia: la presencia de un padecimiento sin velo y la dimensión temporal bajo la forma de la prisa. Padecimiento sin velo que se presenta clínicamente de formas diversas tales como angustia, dolor, sufrimiento insoportable, desborde, entre otros, y prisa porque al sujeto lo apremia su padecimiento. De este modo, ¿qué oficia como padecimiento sin velo?

En síntesis, la variación en las presentaciones clínicas de la urgencia es lo que lleva a que el practicante del psicoanálisis se cuestione respecto a cómo concebir a la urgencia psíquica desde una mirada psicoanalítica y en consecuencia a su abordaje en el contexto de un hospital público general, en el marco de la ley de salud mental.

### **III.2.1 LOCALIZACIÓN DE LA URGENCIA**

Una cuestión determinante a la hora de atender la urgencia en el hospital público general es pensar: ¿qué conduce a la consulta de urgencia? ¿cómo se presenta el paciente? ¿de quién es la urgencia?

Como se hizo mención anteriormente, tomando a la definición de Lacan de la urgencia como la emergencia de un real que desborda al sujeto, es que

en la urgencia prevalece una ruptura en la vida del sujeto, ruptura que lleva a los individuos por diversos caminos: crisis de angustia, crisis de ansiedad, ataques de pánico, inhibición, crisis psicóticas entre otras, así como también, impulsividad, agresividad, y aquellos actos que ponen en riesgo la vida de la persona o la de otros. De esta manera, el individuo, el Juez, los vecinos, la escuela o la familia, solicitan que el Estado por la vía del hospital público intervenga para el retorno del bienestar.

Para ello en un primer momento es importante determinar de dónde proviene la urgencia, es decir, dilucidar de quién es la urgencia. Puede ser una demanda espontánea del consultante, de la familia, una derivación de un profesional de la salud o algún efector. En concreto, diferenciar para quién esa es una situación insostenible que hay que resolver: ¿es una urgencia para el paciente? ¿la urgencia proviene de algún familiar o efector? ¿se produce el efecto de urgencia en alguien?

De esta manera, en función de dónde proviene la demanda de la urgencia es el modo en que esa demanda se va a alojar y cómo se va a intervenir. Se debe aclarar que en muchas ocasiones, el requerimiento de los jueces, escuelas u otras instituciones es “acomodar esto para que se normalice”. Ahora bien, todo hecho es un hecho de discurso y esto quiere decir que depende de cómo se lean estos hechos y de quién los lea, teniendo en cuenta que el discurso es un modo de usar el lenguaje. También va a depender de si esta lectura la hace un médico, un psicólogo, un psicoanalista, si la hace un trabajador social o un juez. Por lo tanto, es necesario localizar cuál es la concepción de sujeto que está en juego, cuál es la concepción de síntoma y, por supuesto, de dónde proviene la demanda de la urgencia (Sotelo, 2015).

Así, uno de los desafíos a los cuales se enfrenta el practicante del psicoanálisis será trabajar con profesionales atravesados por diversos discursos y con diferentes concepciones de “urgencia”.

### III.2.2 DIMENSIÓN DEL TIEMPO EN LA URGENCIA

Los practicantes del psicoanálisis que se incluyen en las distintas instituciones inscriptas en el marco de la salud mental se encuentran atravesadas por la incidencia de las políticas públicas de salud donde cada institución se maneja con un conjunto de reglas que regulan y normativizan las prácticas. La variable tiempo forma parte de estas reglas.

El tiempo concebido cronológicamente, es decir como una serie de sucesos que se ocurren regularmente uno a continuación de otro, es el tiempo que regula el trabajo en las instituciones. La variable tiempo constituye uno de los principales elementos que organiza los tratamientos psicológicos en el dispositivo institucional ambulatorio. En ellos debido a la elevada demanda de pacientes se establece que los tratamientos sean breves y con resultados a corto plazo. Por lo tanto, se instauran normas dentro de las instituciones respecto a la duración de los tratamientos.

Se considera que esta particularidad de lo institucional coloca al practicante del psicoanálisis en una encrucijada entre los tiempos institucionales y los que rige la práctica del psicoanálisis, que son los tiempos del inconsciente.

En el caso de la urgencia la dimensión del tiempo es central. Para ello en un primer momento es necesario diferenciar la emergencia de la urgencia. Como se mencionó anteriormente, en la emergencia está en juego lo físico: cuadros de excitación psicomotriz, crisis psicóticas agudas, intento de autoeliminación, entre otras; en las que apremia el tiempo cronológico. Por ello es necesario que opere en un primer momento el saber médico, la respuesta inmediata, ya que está en juego la salud y/o vida del paciente. Luego de atender la emergencia, puede intervenir el practicante del psicoanálisis.

Otro aspecto también importante a tener en cuenta, como se ha referido anteriormente, es que los hospitales públicos trabajan con otras instituciones como: Juzgado, Discapacidad, Equipo Técnico Interdisciplinario (eti), Dinaf, Centro Infante Juvenil, Programa de prevención de maltrato infantil (ppmi),

entre otras; donde en la mayoría de los casos urge la exigencia de una respuesta rápida. De esta manera, el practicante del psicoanálisis está atravesado además por los tiempos de respuesta que demandan estos efectores, dando lugar a una tensión entre los tiempos de los efectores, que se rigen por una temporalidad cronológica, y los tiempos del inconsciente que es atemporal.

Para esto es importante citar a Freud (1915/2010) quien introduce en su texto *Lo inconsciente* el factor del tiempo. Explica que los procesos del sistema inconsciente se hallan fuera de tiempo. Esto es, no aparecen ordenados cronológicamente, no sufren modificación alguna por el transcurso del tiempo y carecen de toda relación con él. Así, el tiempo del inconsciente estaría caracterizado por ser atemporal, en contraposición con el tiempo cronológico, el cual estaría regulado.

De esta manera, la eficacia de la intervención de los practicantes del psicoanálisis está centrada en la necesidad de producir un intervalo, una pausa, un tiempo lógico -en esa demanda que apremia- para dar lugar a que se desentrañe algo de aquello que urge al paciente. Por lo tanto, la duración del proceso no estará predeterminada desde un tiempo cronológico.

Para ello, se debe tener en cuenta también que el practicante del psicoanálisis al momento de abordar la urgencia en el servicio de guardia se encuentra inserto en un marco de normas y tiempos que rigen en la institución. Por lo tanto, es necesario aclarar que, en la mayoría de los casos, cuando se atiende una urgencia en salud mental, los profesionales médicos esperan una resolución del caso y del paciente en las veinticuatro horas vigentes, ya sea para dar el alta o derivar. Ya que la guardia se considera como un lugar de tránsito, donde el objetivo es “resolver la urgencia”. Entonces, ¿cómo opera el practicante del psicoanálisis frente a esto?

La apuesta consiste en sostener al psicoanálisis como praxis en los contextos institucionales, más allá de las políticas de salud pública y de las normas de cada institución, haciendo un espacio a la temporalidad del inconsciente y a los principios que rigen la práctica psicoanalítica. Es decir,

los cambios de posición subjetiva en el paciente que tienen como consecuencia el alivio sintomático.

Se argumenta así, que la pertinencia de la intervención desde una mirada psicoanalítica no está sujeta al tiempo cronológico, sino a la posibilidad de singularizar el síntoma, que está íntimamente relacionado con la apertura de los tiempos del inconsciente.

En consecuencia, esto permite pensar que por una parte, la urgencia es un modo preliminar del tratamiento, siendo la intervención analítica lo que permite que el consultante pueda poner en palabras y se pueda preguntar acerca de aquello que lo angustia -si se da la posibilidad- sobre el motivo que trae como “urgente”. De esta manera, el encuentro con un practicante del psicoanálisis y su intervención puede ser un puntapié para que el paciente comience un tratamiento.

**CAPÍTULO IV:**  
**ANGUSTIA Y PASAJE AL ACTO**

## **IV.1 INTRODUCCIÓN**

En los servicios de guardia de las instituciones hospitalarias se reciben pacientes de salud mental que llegan o son traídos por intentos de autoeliminación, autolesiones, ingestas tóxicas, golpes, crisis de ansiedad, brotes psicóticos, angustia que desborda, entre otros y que se manifiestan como dolor y padecimiento excesivo imposible de soportar. Implica una ruptura en la vida del sujeto y una suspensión de la función subjetiva que lleva a formas no simbólicas de desembarazarse de aquello que tanto angustia.

Estos fenómenos clínicos son esencialmente del orden del acto y son motivados por elevados montos de angustia que desbordan al paciente. Es así que el desafío del practicante del psicoanálisis en el servicio de guardia del hospital público general es dar lugar a que el paciente pueda hablar sobre aquello que lo angustia, mediante la palabra y la interpretación.

De este modo, se realizará a continuación un recorrido teórico de la noción de angustia que establecieron Freud y Lacan a lo largo de su obra; así como también de su manifestación a través del pasaje al acto.

### **IV.1.1 LA ANGUSTIA SEGÚN FREUD**

En el *Manuscrito E* (1894/2010) Freud, como consecuencia del estudio de las neurosis actuales fundamentalmente de las neurosis de angustia, se pregunta cómo se genera la angustia. Establece que la angustia de los neuróticos tenía que ver con la sexualidad y considera así a la angustia como la transformación de la excitación sexual acumulada y no satisfecha, es decir que la libido no satisfecha produce un monto que al no ser descargada: se transforma directamente en angustia.

En *Tres ensayos de teoría sexual* (1905/2009) Freud dice que desde temprana edad los niños se comportan como si su apego por las personas que los cuidan tuviera la naturaleza del amor sexual. La angustia de los niños no es más que en un principio, una manifestación de que echan de menos la presencia de la persona querida. Así experimenta miedo ante personas desconocidas y se asustan en la oscuridad porque no ven a la persona amada.

Freud (1905/2011) dirá al respecto 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 lo tanto, la angustia neurótica es producida por la represión, así el niño se angustia al no obtener satisfacción por la ausencia de la madre. Es decir que lo que no se puede soportar se reprime y se convierte en angustia: “es la represión la que produce una transformación de la energía libidinal en angustia” (Freud 1905/2011, p. 206).

En *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (1909/2009)* Freud al explicar la fobia por el mecanismo de “desplazamiento” deja de considerar a la angustia como una simple energía libidinal para conceptualizarla como un “afecto”.

En *Conferencias de introducción al psicoanálisis - conferencia 25: La angustia (1916/2009)*, Freud habla de la angustia realista en oposición a la angustia neurótica y establece que aparece como algo muy racional y comprensible, siendo una reacción frente a un peligro exterior. Explicita que la acción frente al peligro implica una mezcla de afecto, angustia y acción de defensa.

Freud (1916/2009) establece que:

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)

Es decir que aquí comienza a conceptualizar a la angustia como señal de alarma desencadenada por el yo, siendo la angustia la reacción del yo ante el peligro.

En *Inhibición, síntoma y angustia (1926/2010)* Freud realiza una revisión de gran parte de su teoría a la luz de la formulación de la segunda tópica. En este escrito Freud cambia la concepción de la angustia y surgen nuevos y trascendentes aportes sobre el síntoma.

Freud explica (1926/2010) que la inhibición es una limitación funcional del yo y asienta:

<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 dónde 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)

Con esto se refiere a que ciertas áreas o actividades están inhibidas, no funcionan. Por lo tanto, la inhibición es una conducta adoptada por el yo para restringir acciones y evitar así, conflictos con el ello y el superyó.

En relación a la angustia explícita que tiene un carácter displacentero específico, agrega que tiene acciones de descarga como la aceleración de los latidos del corazón y la respiración, entre otras; y aclara que la angustia no tiene un objeto específico, a diferencia del miedo (Freud 1926/2010).

Hasta el momento Freud consideraba que la angustia provenía de la libido no descargada, 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 -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 ya que 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 peligro (Freud 1926/2010).

Freud distingue angustia real de angustia neurótica, la primera es ante un peligro real, exterior, la neurótica es ante un peligro que viene del interior. El peligro ante el cual se defiende el neurótico es la pulsión y si la angustia causa la represión, lo hace en tanto angustia de castración. El yo es el encargado

de la represión y sede de la angustia. Ante una situación que juzga peligrosa, es decir que remita a la pérdida del objeto, el yo experimenta angustia como una señal y se desencadenan procesos defensivos contra la representación inaceptable. En la neurosis el yo intenta reprimir y el fracaso de la represión conduce al yo a la formación del síntoma:

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 lo tanto, el síntoma se crea para sustraer a la angustia del yo. El síntoma se convierte en una barrera con la que el sujeto intenta canalizar, metabolizar, dar significación a ese aumento de la tensión pulsional experimentado como un peligro por el yo.

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)

Es decir que la formación de síntomas tiene como resultado cancelar la situación de peligro. Posee dos caras, por un lado en el ello produce una modificación por medio de la cual el yo se sustrae del peligro; y la otra cara muestra lo que ha creado en reemplazo del proceso pulsional modificado: formación de compromiso

Por lo tanto, el yo, encargado de la represión, actúa bajo la presión de las restricciones que le impone el superyó. Cuando las satisfacciones procuradas por el ello entran en conflicto con el yo, éste reprime y se forma el síntoma. Es preciso teóricamente señalar el retorno de lo reprimido. Si la represión fuera efectiva, no habría formación del síntoma y el proceso defensivo sería eficaz. Sin embargo, aquello reprimido retorna y la formación del síntoma es el modo de defensa que el yo implementa para mantener a raya el surgimiento de angustia.

Así, el síntoma debe contemplar las exigencias del yo y proporcionarle una ventaja que impida que la satisfacción pulsional que porta, lleva el mismo destino que su representada. La ganancia primaria de la enfermedad es

entendida por Freud como la eficacia del yo a la hora de la génesis del síntoma como formación de compromiso entre las tres instancias (Freud 1926/2010).

Se debe resaltar el giro que hace Freud en la construcción de la teoría de la angustia, ya que antes de este texto consideraba que la angustia era el resultado del proceso represivo. En esta nueva concepción establece que la señal de angustia que da el yo es lo que pone en marcha el proceso represivo, es decir que la angustia causa la represión y de esta manera inhibe la excitación pulsional proveniente del ello que sería amenazante para el yo.

En *Conferencia 32* (1932/2009) Freud retoma lo escrito hasta el momento sobre la angustia mencionando que la misma es un estado afectivo, es decir una reunión de determinadas sensaciones de la serie placer displacer. Recurre al estado del nacimiento como la vivencia arquetípica, inaugural de la angustia y hace una distinción entre angustia realista y angustia neurótica siendo la primera una reacción lógica frente al peligro, a un daño proveniente del exterior. En relación a la angustia neurótica explícita que se observa bajo tres constelaciones:

Angustia expectante: es un estado de angustia flotante, general, pronto a enlazarse de manera pasajera con cada nueva posibilidad que emerja; es decir que existe un monto de libido pero todavía no tiene objeto y como el sujeto no puede sublimar se transforma en angustia (angustia neurótica). Fobias: vinculada fijamente a ciertas representaciones, es decir que la angustia está fijada en un objeto. Y finalmente la angustia en la histeria y otras formas de neurosis graves: acompaña a síntomas o bien emerge de manera independiente como ataque o estado de prolongada permanencia (Freud 1932/2009).

Freud aclara que de la angustia de la histeria y otras neurosis la responsable es el proceso de la represión, de este modo es la representación la que experimenta la represión y llegado el caso se desfigura hasta convertirse en irreconocible. En la fobia el síntoma se crea para evitar el acceso a la angustia; y en el caso de los actos obsesivos, si se impide realizar al enfermo su ceremonial, se genera un estado de angustia difícil de soportar, del cual su síntoma lo protege (Freud 1932/2009).

Por lo tanto, Freud (1932) estableció 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 una 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)

A ello agrega también que la sede de la angustia es el yo; y que las tres clases de angustia: la real, la neurótica y la de la conciencia moral, son referidas a los tres vasallajes del yo: el mundo exterior, el ello y el superyó, respectivamente (Freud 1932/2009).

De este modo, comienza a darle un lugar primordial a su teoría de que la angustia es considerada anunciadora de las situaciones peligrosas. Así como también se le da igual importancia a que no es la represión la que crea la angustia; sino que la angustia está primera; ésta es la que crea la represión.

En relación a ello es que sostiene que la angustia neurótica ahora es también una angustia real ante un peligro externo: el peligro de la castración en los varones y el peligro de la pérdida del amor en las mujeres. Sustenta además que todas las condiciones de angustia repiten en el fondo la situación de la primitiva angustia del nacimiento, el cual significaba también una separación de la madre (Freud 1932/2009).

Atendiendo a esto, Freud (1932/2009) establece que a cada etapa del desarrollo le corresponde una determinada condición de angustia y en tanto, una situación de peligro:

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)

Entonces, frente a la hipótesis de que la angustia neurótica es una angustia realista ante determinadas situaciones externas de peligro; Freud se pregunta qué es en verdad lo peligroso. A lo que responde con lo que denomina factor traumático, siendo éste un estado en el que fracasa el principio de placer. Por lo tanto, lo temido es en cada caso lo que no puede ser tramitado por el principio de placer (Freud 1932/2009).

A esto remite Freud cuando hace referencia al acto del nacimiento: ya que en el nacimiento como en toda situación de peligro, se genera un estado de gran excitación, que es sentido como displacer y que el sujeto no puede dominar con su descarga. Por lo tanto, cada vez que el sujeto se encuentre ante una situación de excitación que no pueda dominar mediante la descarga, es decir tramitarla según el principio del placer se reactualizará el factor traumático y dicha situación será vivida como peligrosa y, por tanto, como fuente de angustia (Freud 1932/2009).

#### **IV.1.2 LA ANGUSTIA SEGÚN LACAN**

Lacan le da un giro a la concepción de angustia desarrollada por Freud. En el *Seminario X* (1962-63/2004) hace hincapié en la relación fundamental 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?

El grafo del deseo de Lacan nos permite ubicar en la clínica las respuestas del sujeto en el encuentro con el deseo del Otro. El grafo servirá para presentar dónde se sitúa el deseo en relación con el sujeto, a través de su articulación con el significante.

Lo llamará grafo del deseo porque se constituye alrededor de un agujero en relación con la falta. Su estructura articula necesidad, demanda y deseo.

Lacan localiza el deseo en el intervalo entre dos cadenas significantes que responden a la oposición entre enunciado y enunciación, entonces ¿qué es aquello que de la necesidad no pasa al deseo?: “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” (Lacan, 1962 citado en Sotelo, 2017, p. 89).

Lacan retoma el texto de *Inhibición, Síntoma y Angustia* de Freud; explicitando que en el mismo se habla de todo menos de la angustia. Lacan en el *Seminario X* introduce una indicación clínica muy precisa que es la de ubicar las coordenadas en que aparece la angustia vinculando luego su relación con el deseo (Lacan 1962/2016).

Estructura un cuadro con un eje horizontal para la dificultad y un eje vertical para el movimiento, dónde ubicará a la inhibición, al síntoma y a la angustia.

|                   |                |                 |
|-------------------|----------------|-----------------|
| <b>Inhibición</b> | Impedimento    | Embarazo        |
| Emoción           | <b>Síntoma</b> | X               |
| Turbación         | X              | <b>Angustia</b> |

Aclara que la inhibición se encuentra en la dimensión del movimiento, haciendo referencia a la locomoción, la cual se trata de la detención de movimiento. Para hacer alusión a ello toma el término impedir.

Lacan (1962-63/2016) dirá que:

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)

Toma a la etiología de impedir: *impedicare* la cual quiere decir caer en la trampa lo que implica, en efecto, la interferencia al sujeto. De este modo Lacan comienza a aproximarse a lo que ocurre en la angustia y así coloca a “impedimento” en la misma columna que “síntoma”. Ya que estar impedido es un síntoma que hace que el sujeto se impida avanzar.

Agrega una tercera columna que va tras el término inhibición e impedimento: el término de “embarazo” y al respecto Lacan (1962/2016) dirá que:

El embarazo es exactamente el sujeto S revestido con la barra \$, 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)

De este modo la primera fila empieza por la inhibición, sigue con el impedimento y culmina con esa ligera forma de angustia a la cual refiere como embarazo. Se concluye así que la angustia es un afecto el cual no está reprimido, va a la deriva; se encuentra desplazado, invertido, metabolizado,

pero no reprimido. Lo que está reprimido son los significantes que están ligados al mismo (1962-63/2016).

Los espacios vacíos del cuadro, según Lacan (1962/2016) son los espacios que tienen más interés en cuanto al manejo de la angustia, en tanto son una respuesta a esa salida que el sujeto se ve impelido a resolver.

En la clase del 21 de noviembre de 1962 "*La angustia, signo del deseo*", hace referencia a que el rasgo unario está antes que el sujeto, entra y ha entrado ahí antes de nosotros. Dice al respecto:

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)

Agrega además que en el análisis hay algo que es anterior a lo que podemos elaborar y comprender y lo llama la presencia del Otro, con mayúscula. El Otro está allí. En este camino y desde esta perspectiva es que se sitúa la angustia. Lacan (1962/2016) explicita que:

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)

De esta manera Lacan introduce una relación esencial de la angustia con 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. Es decir, el sujeto se pregunta si será elegido o no como objeto que completa el deseo del Otro, entonces la angustia aparece al no saber qué soy para el otro.

De este modo para Lacan (1962/2016):

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 concernido 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 ello, Lacan vincula a la angustia como signo de deseo, entendiendo el deseo del hombre como 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.

Así, expresa en una fórmula de dos columnas la operación de la división. En primer lugar, sitúa el A, el Otro originario como lugar de significante, y S, el sujeto todavía no existe, que debe situarse como determinado por el significante (Lacan, 1962/2016).

$$\begin{array}{c|c} A & S \\ \$ & \mathcal{A} \\ a & \end{array}$$

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

Este cuadro le permite a Lacan mostrar que el Sujeto en tanto barrado S y el objeto *a* están en el campo del Otro, ya que el fantasma, apoyo del deseo, está en la totalidad del campo del Otro.

En la clase del 5 de diciembre, hace referencia a la angustia como señal, estableciendo que esta definición tiene sus orígenes en Freud, pero que esta definición no es lo que se suele creer aclara que: “cuando Freud hacía de la angustia la transformación de la libido, se encuentra la indicación de que podría funcionar como señal” (Lacan, 1962-63/2016, p.57).

En la clase del 12 de diciembre, establece que lo horrible, lo oscuro, lo inquietante, lo que se traduce como *unheimlich*, es enmarcado cómo se sitúa la angustia. Explicita que: “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” (Lacan, 1962-63/2016, p.87).

Lacan agrega que la angustia tiene que ver con un corte, con un surco en lo real, en el que aparece lo inesperado, la visita, la noticia, el “pre-

sentimiento” (Lacan, 1962-63/2016, p.87), es decir lo que está antes de que nazca un sentimiento. Es así, que la angustia no es sin objeto.

En tanto, “-la verdadera sustancia de la angustia-, es *lo que no engaña*, lo fuera de duda” (Lacan, 1962-63/2016, p.87).

De este modo, la duda, los esfuerzos, los engaños que se hacen para combatir la angustia son un intento para evitar lo que en la angustia, es certeza. “Es quizás de la angustia de donde la acción toma prestada su certeza” [...] “Actuar es arrancarle a la angustia su certeza” (Lacan, 1962-63/2016, p.88).

Entonces, la angustia es un afecto que no engaña la cual viene a anunciar lo real en juego, en relación a un despliegue en acto.

Es así que Lacan completa los blancos de la clase del *14 de noviembre de 1962* con el pasaje al acto y el *acting out*. Debajo del síntoma ubica al *acting out*, como un mensaje cifrado 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.

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

#### **IV.1.3 MANIFESTACIONES DE LA ANGUSTIA: PASAJE AL ACTO**

Las presentaciones clínicas en la guardia son variadas, se manifiestan como dolor, sufrimiento insoportable, angustia. Tomando a Freud (1919/2010), como se hizo mención anteriormente, la urgencia implica un quiebre: se produce la ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría. Es decir, algo ha roto el equilibrio en que se sostenía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos amorosos, familiares, entre otros. Algo sucedió que se 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 entrar en tema, se debe hacer referencia a que el concepto de pasaje al acto en psicoanálisis es una invención de Lacan, quien no le ha dedicado demasiado en su producción -observándose a lo largo de su obra menciones y referencias dispersas-.

Lacan comienza haciendo referencia al pasaje al acto por primera vez en el *Seminario X (1962-63)*, donde lo define a partir de la estructura del fantasma y de las coordenadas de la angustia. Luego, en el del *Seminario XIV (1967)*, lo trabaja en relación con la repetición y lo articula con “no pienso/no soy”, y por último en el *Seminario XV (1968-69)* retoma lo desarrollado hasta el momento y comienza a hacer referencia al concepto del “acto”. En adelante, las menciones sobre el pasaje al acto son pocas.

En el *Seminario X* Lacan liga el pasaje al acto con la noción de sujeto vía la estructura del fantasma y lo aplica al caso de la joven homosexual de Freud, no como un ejemplo clínico, sino por ser un caso paradigmático de lo que en la clínica psicoanalítica se presenta como pasaje al acto, en tanto devela su estructura fundamental (Lacan, 1962-63/2016).

De esta manera, Lacan califica al intento de suicidio de la joven homosexual como un “acto significativo” al que se llega por un aumento de tensión que hace estallar el conflicto. Haciendo referencia a que aquí surge una característica estructural de la relación del sujeto con el *a*: al cual llamará -con un término tomado del vocabulario de Freud, “el dejar caer”, el *niederkommen lassen*-, la chica se arroja, se deja caer (Lacan 1962-63/2016).

Así, para Lacan este “dejar caer” es el correlato esencial del “pasaje al acto” y asienta que este dejar caer es visto, precisamente, desde el lado del sujeto. “Si ustedes quieren referirse 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” (Lacan, 1962-63/2016, p.128).

Es así que Lacan (1962-63/2016) establece que:

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)

Para ello es importante hacer referencia a las coordenadas del pasaje al acto que resultan del cruce de la columna del embarazo y la fila de emoción. Para el embarazo Lacan propone el término *embarras* que literalmente, se podría traducir como embarrado, es decir, atravesado por la barra. El embarazo es exactamente el S revestido con la barra \$, porque *imbaricare*, alude de la forma más directa a la barra en cuanto tal. Esta es ciertamente la imagen más directa del embarazo (Muñoz, 2009).

Entonces una situación embarazosa es estar “em-barrado”, barrado como sujeto. Según Muñoz en su libro *La invención lacaniana del pasaje al acto* (2009) establece que en el embarazo, la división del sujeto es como una división contra sí mismo. Esto se debe a que no encuentra contra qué parapetarse, es decir cuando se pierde el parapeteo, ya sea 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 “(p.140).

De esta manera la situación de embarazo es un momento pre-pasaje al acto, con características muy similares a la angustia. “Esa forma ligera de la angustia que se llama embarazo. Ésta es su primer condición” (Muñoz, 2009, p.140).

La segunda condición es la emoción, es un estado de agitación de la motilidad, que no se sabe a dónde va. Irrumpe y conmueve al sujeto que se encuentra en un estado de invasión -sujeto invadido por la pulsión- no sabe a dónde va, pero gobierna sus acciones. Lacan la sitúa a partir 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” (Lacan, 1962, como se citó en Muñoz, 2009, p.141).

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)

Retomado el caso de la joven homosexual que Lacan utiliza para pensar y explicar el pasaje al 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- en tanto, a semejante embarazo se le suma la emoción del rechazo de la dama, definitivamente era demasiado: las dos condiciones del pasaje al acto se dan en este caso. Es decir que, embarazo y emoción, determinan el pasaje al acto como una salida de la escena.

Esto hace pensar en lo problemático que pueda ser para el sujeto cuando no encuentra esta estructura de ficción para asumir ciertos papeles en la vida, por lo que es arrojado fuera del fantasma, hacia lo real y responde de la única forma que puede: con el pasaje al acto. Es así, que, en este momento, se desgarran ese velo que el fantasma posibilita, y sobre el cual se proyecta el sujeto en una escena enmarcando así la angustia estructural (Muñoz, 2009).

Lacan (1962-63/2016) explicita 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” (p.136).

Desde el primer capítulo del Seminario X *La angustia*, Lacan insiste en cómo esta emoción, la angustia, desborda al sujeto. Lo desborda sin poder articular ninguna respuesta simbólica: no hay significante que represente al sujeto y cae fuera de la escena a través del pasaje al acto (Lacan 1962-63/2016).

Es así que en el pasaje al acto lo que ocurre es que el sujeto se identifica al objeto *a*, produciéndose una súbita relación del sujeto con lo que él es como objeto. Es decir, al caer el sujeto del campo del Otro, identificándose con ese resto excluido de la operación cae; es un corte radical con respecto a ese Otro. Cosa distinta pasa en el *acting out*, en el que siempre hay un marco para ese mensaje que va dirigido al Otro. Es una identificación

de un sujeto a un significante, donde se juega el ser y el goce, pero en relación al sentido sin perder en ningún momento la relación con el Otro (Lacan 1962-63/2016).

De este modo, se pierde el enlace a un significante que le dé un sentido; el pasaje al acto se produce por la imposibilidad de recibir o de dar respuesta ante la pregunta de ¿quién soy?. Frente a este interrogante sin respuesta, cae, identificándose al objeto *a*, al resto.

Por lo tanto, atendiendo al fantasma como la pantalla, marco a través del cual el sujeto se posiciona frente a la realidad, el derrumbe o caída del mismo hace que el sujeto tenga un sentimiento de pérdida de subjetividad, de estructuras para moverse, dando lugar así al pasaje al acto.

Por ello, atravesar el fantasma en el pasaje al acto implica que toda la estructura del sujeto queda desarticulada, cayendo el sujeto de la escena fantasmática. El pasaje al acto supone entonces un atravesamiento del fantasma. Por el contrario, el *acting out* se inscribe siempre en la lógica misma del fantasma.

Vale decir entonces que el pasaje al acto se piensa como una urgencia psíquica - teniendo en cuenta lo desarrollado anteriormente, en el cual se hace referencia a que éste implica una caída de la escena-. Es así que al hospital público general llegan pacientes en estado de "urgencia": crisis de angustia, crisis de ansiedad, policonsumos, ataques de pánico, autolesiones, intentos de autoeliminación, angustia, sufrimiento, entre otros. Entonces, ¿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 Lacan (1962-63/2016) 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 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.

Retomando a Laurent (2004, como se citó en Sotelo, 2017) quien establece que las urgencias subjetivas se entienden como una ruptura en la cadena significativa, si el significante no se articula -un  $S_1$  con un  $S_2$ - el sujeto no puede 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.

Por tanto, cuando una persona llega al servicio de urgencia de un hospital público general los practicantes del psicoanálisis se enfrentan a un desafío en su praxis: abordar la urgencia, dando lugar a la apertura de los siguientes interrogantes:

¿Cómo se posiciona el practicante del psicoanálisis frente a la urgencia psíquica? ¿Cuáles son las posibilidades de intervención del practicante del psicoanálisis en la urgencia?

## **CAPÍTULO V:**

# **¿CÓMO TRABAJA EL PRACTICANTE DEL PSICOANÁLISIS EN EL HOSPITAL PÚBLICO GENERAL?**

## V.1 INTRODUCCIÓN

Preguntarse acerca de cómo trabaja el practicante del psicoanálisis en el hospital público general, implica pensar al dispositivo psicoanalítico dentro del marco de la salud y de las leyes que la rigen. Esto genera así cuestionamientos sobre algunos aspectos que conducen a pensar las condiciones para su praxis: el deseo del analista y el discurso psicoanalítico.

De este modo, ¿cómo opera la función deseo del analista en el marco del hospital público general? ¿cómo opera el discurso psicoanalítico en la institución donde coexisten diversos discursos, saberes; y predomina el discurso del amo?

### V.1.1 LA FUNCIÓN DESEO DEL ANALISTA

El concepto “deseo del analista” es una noción en la que se reflejan variaciones importantes a lo largo de 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” (Lacan, 1958/2009, p.586).

Para entrar en contexto es importante destacar que el lugar desde el cual el analista debe intervenir está marcado por la transferencia, siendo ésta la que orienta y determina el lugar desde el que se interviene. En el *Seminario XI Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964) Lacan advierte: “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” (Lacan, 1964/2015, p.165).

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.

Se debe tener en cuenta lo que establece Lacan en *Seminario VIII La transferencia* (1960-61) donde insta que el analista debe abandonar todo ideal para poder ocupar esta posición. Cuando hace referencia al ideal, remite a este lugar del “saber” del analista, donde si bien la posición del mismo en un primer momento, no es sin el ideal, luego es necesario que el analista realice una operación para correrse de este lugar.

Para examinar esto, es necesario realizar una revisión del concepto de deseo del psicoanalista. Lacan en el *Seminario VIII* (1960-61) hace referencia a lo que debe ser el deseo del analista, donde establece que este para alcanzar su lugar se debe ofrecer 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 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. (pág. 17)

Es decir que el analista tiene que ofrecer un vacío, tiene que vaciar el lugar de su propio deseo, como sujeto del inconsciente. Lo que será la condición para que se dé lugar a ese Otro primordial para el paciente, que estructura su deseo. En tanto, su deseo es el deseo del Otro. De este modo, ¿cómo se ubica el analista?

Según lo establece Lacan en el *Seminario VIII* (1960-61) debe ubicarse en términos de nesciencia. Esta nesciencia o también nombrada como docta ignorancia implica que el analista no sabe, es decir, no tiene un saber previo sobre el deseo de su paciente -ya que 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. (pág. 41)

Por consiguiente, el psicoanalista debe posicionarse desde un lugar de nesciencia, de docta ignorancia, de un no saber, que no es igual a ignorancia. Sino un no saber -de una ausencia de ciencia, de un no saber en el sentido de “la ciencia”- que el analista como tal en su función, no ha de poseer (Rabinovich, 2004). Esto es, el analista debe posicionarse desde un lugar de no saber, de no saber aquello que el paciente desplegará de su inconsciente en el análisis.

Cabe resaltar la importancia de este vacío, ya que en este vacío es donde surgirá el objeto *a*. Como establece Lacan en *el Seminario VIII* (1960-61) el analista debe ofrecerse vacante, al deseo del paciente para que se realice como deseo del Otro. Ahora bien, no se trata de que el analista en ese lugar vacío permita al analizante el acceso a un ideal o a un amor, todo lo contrario, sino que el ideal o el amor es lo que cercará, delimitará, el campo donde aparecerá el objeto *a*. En tal sentido es que el analista debe correrse de ese lugar de “ideal”, de “sujeto supuesto al saber”, para dejar un vacío y que aparezca el deseo del paciente.

Ahora bien, ¿en qué consiste ese vaciamiento o vacancia de la que habla Rabinovich siguiendo a Lacan? El analista no ocupa un lugar vacío, se ofrece vacante, en tanto, ¿qué queda vacante en el analista? su fantasmática. Por ello, un analista debe analizarse con otro analista, a fin de que su fantasma no opere en el análisis de otro sujeto. Ese vaciamiento de la fantasmática que opera en el analista es lo que permitirá que se ubique como función y no como persona.

Al respecto Lacan (1960-61, como se citó en Rabinovich, 2004):

[...] 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. (pág. 148)

De este modo, se puede decir que el deseo del analista funciona como sostén del objeto *a* y pone en juego un vacío posibilitador para el surgimiento del deseo del paciente. Instala una distancia entre el Ideal y el objeto *a*, posibilitando así también la transferencia.

Por lo tanto, el analista debe salir del lugar del Ideal para ubicarse como causa del deseo, para generar un lugar vacío que habilite la pregunta por las condiciones deseantes. En tanto, el deseo del analista apunta a determinar, interrogar la causa del deseo del Otro. Es solamente el deseo del analista el que puede hacer existir el inconsciente del analizado.

Así, el analista no se presenta como sujeto dividido, sino como objeto. Objeto que causa el deseo y es la presencia del analista quien con su deseo -que es precisamente el vaciamiento- causa el deseo del Otro. De este modo la función del deseo del analista es la posición ética posible que habilita el surgimiento del inconsciente y el deseo del paciente.

Pero ¿cómo opera la función deseo del analista dentro del hospital público general?

Para adentrarse en tema, es necesario primeramente establecer que la institución opera como un elemento que permite un primer encuentro, ya que desde la concepción social, cultural e histórica existe una transferencia con la institución de salud -quedando ésta instalada en el lugar de sujeto supuesto saber-. Por ello es que el paciente ante una urgencia de salud mental asiste o es llevado al hospital público general.

Se debe aclarar que la persona que llega a una guardia no se ubica, en general, 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 a Lacan en *La dirección de la cura y los Principios de su poder* (1958/2009), quién establece que será por el lado del lugar del analista -es decir desde el lugar en que éste se posicione- que una intervención, interpretación, maniobras transferenciales, el silencio, el corte, etc., se elevarán a la dimensión de analítica. En este sentido será esa posición misma la que estructurará el dispositivo en cuestión; así su funcionamiento podría ubicarse a partir del manejo de la transferencia y el deseo del analista.

En este escrito además Lacan plantea 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” (Lacan, 1958/2009, p.561). Es decir que lo que diga el analista tiene soporte a partir del lugar en el que transferencialmente está ubicado para el analizante.

Retomando la idea que se estableció en un principio de que la institución de salud está ubicada en el lugar de sujeto supuesto saber y que es el marco institucional lo que va a sostener parte de la transferencia -en tanto el saber se ubica en la institución- esto permitirá que el practicante del psicoanálisis opere e intervenga como tal.

Siguiendo este lineamiento el autor establece también 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” (Lacan, 1958/2009, p.563). Tomando esta idea se puede decir que el analista, más allá del contexto en el que se encuentre -sea desde el dispositivo analítico clásico, o en el encuadre de un hospital público general- lo que determina su posicionamiento es la carencia de su ser. Es decir, desde el

deseo del analista, desde una posición de vacío, de nesciencia, de docta ignorancia.

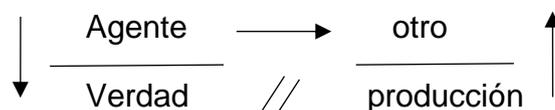
En relación a estos puntos es que se piensa a la operación de la función deseo del analista en el marco del hospital público general. La transferencia que surge entre el paciente y la institución hospitalaria habilita que el practicante del psicoanálisis intervenga desde su praxis. A partir de la función deseo del analista se podrá causar el decir del paciente y así que surja el sujeto del inconsciente.

## V.2.2 LOS CUATRO DISCURSOS COMO POSICIONES DISCURSIVAS EN EL HOSPITAL PÚBLICO GENERAL

Lacan aborda los cuatro discursos en el *Seminario XVII El reverso del psicoanálisis* (1969/2015). Se debe hacer referencia a que los discursos son matemas, que forman parte de símbolos algebraicos que buscan formalizar el psicoanálisis. Discurso implica una configuración significativa.

Cuando Lacan define al concepto de discurso lo caracteriza como estructura y lo denomina aparato, al cual refiere como un aparato de cuatro patas con cuatro posiciones. Según el autor, el discurso excede la palabra, ya que mediante el lenguaje como instrumento es que se instauran las relaciones en las que se inscribe algo mucho más amplio, que va más allá de los enunciados. Es decir que para que haya discurso es necesario primero el lenguaje, es a través de éste que se instalan las relaciones que lo configuran. Así, Lacan establece que el discurso es sinónimo de lazo social, que indica la regulación del goce en la relación del sujeto con el otro (Lacan, 1969/2015).

De este modo, Lacan (1969/2015) elabora una tipología discursiva en la que incluye cuatro discursos. Esto es, cuatro tipos posibles de lazo social: el discurso del Amo, el discurso de la Histérica, el discurso del Analista y el discurso de la Universidad. A éstos los organiza en relación a cuatro lugares invariables: agente, otro, verdad y producción.



De estas fórmulas se desprenden cuatro significantes, “letras”, que se denominan “términos” y que ocupan las diferentes posiciones del discurso:  $S_1$  (el significante amo),  $S_2$  (el saber),  $a$  (el objeto  $a$ ),  $\$$  (el sujeto).

Estas letras poseen una relación secuencial fija. El orden no cambia, pero ocupan las diferentes posiciones del discurso, dando lugar a las cuatro formas ya mencionadas a partir de una rotación de cuarto de vuelta.

Según 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.

Respecto al otro 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 es un otro de la teoría de la comunicación (emisor, receptor, canal, mensaje) el otro no es un semejante, es la alteridad irreductible. En otras palabras, agente y otro no son intercambiables.

Siguiendo este lineamiento, la producción es “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” (Casaretto, 2002, párr. 6). En tanto, la producción es el lugar del efecto, del producto engendrado por el discurso, cada vez que actúa el dispositivo del discurso algo se produce.

Casaretto agrega además que “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 medias” (Casaretto, 2002, párr. 6).

La verdad es el motor del discurso, es lo que sostiene el discurso. Para Lacan la verdad está en relación con el decir, sólo puede decirse a medias, ya que es imposible decir toda la verdad (Lacan 1969/2015).

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

Discurso de la universidad

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

Discurso del amo

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

Discurso de la histórica

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

Discurso del analista

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

Ahora bien, centrándose en el tema radical de este apartado que son los cuatro discursos como posiciones discursivas en la institución hospitalaria, -como se ha hecho mención anteriormente- cuando pensamos en las instituciones públicas, se debe tener en cuenta que el desarrollo de la praxis se da en espacios conceptuales múltiples, ya que la misma está habitada por mixturas discursivas, así como también por una heterogeneidad de disciplinas. Específicamente la institución hospitalaria se instala como un dispositivo de intervención desde un campo de saber que responde al discurso del amo el cual permite la regulación de la ley en el punto de la organización y como tal, es necesario, al igual que los otros tres, para que el lazo social esté regulado.

Para profundizar, es importante hacer referencia a lo que Lacan refiere como discurso del amo -siendo amo la traducción de la palabra “maître” en francés-. Tiene dos acepciones: amo que es el que gobierna y maestro el que enseña. El discurso del amo se basa en la dialéctica del amo y el esclavo de Hegel, el cual considera al deseo humano como deseo de reconocimiento, pero como el otro tiene el mismo deseo de reconocimiento se produce una lucha por el prestigio. La lucha termina cuando uno de las dos renuncia a su deseo de reconocimiento y se rinde ante el otro. De este modo, reconoce al

otro entonces como amo y se identifica a sí mismo como esclavo (Lacan 1969/2015).

Así, este discurso está marcado por la voluntad de dominio, en el que el amo funciona como significante operativo, entonces el significante amo se sitúa en el lugar del agente sobre el que se apoya la esencia del amo. Allí se sitúa la ley. El amo desconoce la verdad de su determinación: la división del sujeto. Por esta razón el sujeto barrado se advierte por debajo de la fórmula. De esta manera, intenta borrar la barra que es constitutiva del Otro. En la posición del otro se ubica el esclavo, dueño del saber, posee un saber hacer. El esclavo se presenta como aquel que sabe por haber perdido su cuerpo al que ha querido conservar en su acceso al goce. Por tal motivo, el objeto *a*, el plus-de-goce, es el efecto, producto del discurso. La imposibilidad del discurso del amo es gobernar lo real.

De esta manera es que la institución se coloca en lugar de Amo, ya que, desde su lógica de gobernar supone el “garantizar el cuidado, salud y bienestar para todos” y se posiciona así desde un lugar de dominio, de ley, de orden, de garantía precisamente, asentándose como dueño del saber y de poseer un saber hacer.

Por otro lado, el discurso del analista es el reverso del discurso del amo. Según Lacan, el lugar del psicoanálisis es una práctica subversiva, puesto que frustra todo intento de dominar el saber y al otro. En el discurso analítico el analista ocupa el lugar de agente bajo la forma de *a*, se presenta como la causa del deseo. El analista queda como objeto *a*, soporte de la transferencia, como semblante del objeto *a*, que causa la división del sujeto.

Es decir, solo hay un sujeto en juego, sujeto dividido que es producido a partir de la operación del lugar agente -lugar que encarnará el analista en posición de objeto *a* causa del deseo- orientado por una ética soportada en el deseo del analista. En tanto, el discurso analítico tiene una función: llevar el saber al lugar de la verdad (Lacan 1969/2015).

Se debe considerar que un análisis avanza a través de las sucesivas rotaciones por los distintos discursos, en los cuales el analista quedará

posicionado por el devenir transferencial como S1, S2, como objeto a, a modo semblante del goce que comanda el sujeto. Así hasta arribar en el discurso del analista, último en aparecer, como objeto a causa de deseo.

Ahora bien, ¿cómo operar analíticamente en la institución en la que predomina el discurso del amo?

Para que el practicante del psicoanálisis opere analíticamente en la institución es necesario que se sitúe como tal desde el reverso del discurso del amo. Es decir, desde el discurso del psicoanálisis o sea desde la función deseo del analista, que es lo que permitirá que aparezca el deseo del otro y desde la ética que orienta su praxis: la orientación por lo real.

Para esto se debe tener en cuenta que el practicante del psicoanálisis forma parte de una institución de salud, en la cual, en término de relación entre las prácticas -psicoanálisis e institución- se las puede pensar como antinómicas. Esto se debe a que la institución apunta a reducir el síntoma, busca garantizar la salud y bienestar del paciente, respondiendo a la demanda. Mientras que el psicoanálisis apunta a que emerjan los significantes inconscientes, a que el sujeto se pueda contactar con su deseo y encontrar la raíz de la demanda del sujeto.

En tanto, más allá que la institución opere desde el discurso del amo es necesaria la diferenciación de ambas, ya que el hecho de que estas puedan considerarse como antinómicas no implica que no puedan ejercerse en un mismo espacio.

De este modo, cada uno de los cuatro discursos que delimita Lacan implican posiciones en el discurso y, por ello, efectos de discurso diferentes. Por lo tanto, la posibilidad de ubicarse discursivamente en la institución hospitalaria desde el discurso del analista permitirá generar algunos efectos, como salir de la lógica que plantea la institución, para hacer lugar a la clínica psicoanalítica. Es decir, la clínica del caso por caso, desde el discurso de cada sujeto, desde la verdad de cada paciente; desde la subjetividad.

De esta manera, los efectos del discurso analítico -que es el reverso del discurso del amo- son los principios de una ética que permite que advenga el sujeto en el marco de la institución hospitalaria.

# **CAPÍTULO VI**

## **EL ACTO ANALÍTICO**

## V.1 INTRODUCCIÓN

Reflexionar acerca de las posibles intervenciones del practicante del psicoanálisis en la urgencia psíquica en el hospital público general lleva a pensar en uno de los conceptos fundamentales en el ejercicio de la clínica psicoanalítica: el acto analítico.

### VI.1.1 EL ACTO ANALÍTICO

El concepto de acto analítico fue introducido y desarrollado en la teoría psicoanalítica por Lacan. Es importante destacar que el acto analítico no tiene un contenido general o sustancial que lo defina y se encuentra el mayor acercamiento a su noción en los Seminarios XIV (1966-67), XV (1967-68) y XVI (1968-69).

Específicamente en el *Seminario XV, El Acto Psicoanalítico* (1967/68), en la *clase del 15 de noviembre* Lacan introduce que la función del acto, es decir el hacer psicoanalítico, implica al sujeto. De este modo, gracias a esta dimensión del sujeto -lo que puede ser enunciado del sujeto como tal y que se llama el inconsciente-; este sujeto en el psicoanálisis es puesto en acto.

En efecto, aquí Lacan establece que la función del acto analítico implica al sujeto, siendo el sujeto del inconsciente lo que se pone en acto. Ahora bien, ¿qué es el acto psicoanalítico? Lacan se pregunta ¿es la sesión? ¿en qué consiste? ¿qué clase de intervención?: ¿es la interpretación? ¿es el 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)

Se puede dilucidar aquí que Lacan hace referencia a que el acto psicoanalítico va más allá de la cura por la palabra, es un más allá de la intervención, de la interpretación, y de la acción en sí. Es así que avanza en la construcción del concepto y en la *primera clase de noviembre de 1967* señala explícitamente que el acto no se trata de algo del orden de la

motricidad, ni un arco reflejo, ni una descarga de tensión; sino que tiene que ver con el significante (Lacan, 1967-68).

Aquí abre un nuevo camino respecto al concepto, que el acto es del orden del significante. Esto da lugar a la apertura de los siguientes cuestionamientos: ¿debe pensarse en relación al concepto de significante? ¿es el acto analítico un significante? en tanto ¿cuál es el estatuto del acto analítico?

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 (*laisser 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)

Llama la atención cómo Lacan refiere al acto analítico como una ficción. Según el *Diccionario de la Real Academia Española* (2020) ficción hace referencia a: invención, cosa fingida. Cuando especifica que el acto analítico se esboza bajo una ficción, da lugar a pensar que el acto analítico es algo fingido, es decir, un hacer fingido ya que la posición del psicoanalista es no hacer; de este modo el hacer está del lado del analizante.

Para profundizar más esta definición, se tomará a Manuel Murillo, quien en su libro *¿Qué es el acto analítico? Deseo y técnica en psicoanálisis* (2018), realiza un desglose y análisis de los conceptos condensados en esta definición.

Primero establece que el acto analítico es la causa del análisis: esto remite a la articulación entre el acto analítico y el análisis. A partir del concepto que Lacan define en el *Seminario X* (1962-63) y en el *Seminario XI* (1964)

respecto al objeto *a* en su función de causa del deseo, es que Lacan sitúa que el análisis sólo puede ocurrir como causa del deseo. En otras palabras, el acto va a tener que ver con las condiciones de posibilidad para que el análisis se instale.

¿A qué se refiere Murillo con que el acto analítico es la causa del análisis? Lacan, en la *clase del 17 de enero de 1967*, establece que el acto psicoanalítico es soporte de la transferencia. Para ello es importante primeramente 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, siendo este vacío 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.

Luego, como segundo aspecto a tener en cuenta Murillo (2018) asienta que el analista no debe olvidar que su acto es la causa del análisis. Para esto, es necesario aclarar que el hablar de acto, no significa específicamente que el analista esté actuando, sino que Lacan refiere que acto analítico implica que el analista debe situarse en acto (Lacan, 1968).

De este modo, ¿qué significa que el analista deba situarse “en acto”? Lacan en la *clase del 21 de febrero de 1968* establece que el psicoanálisis no podría instaurarse sin un acto, esto es, sin el acto de aquel que autoriza la posibilidad.

Dicho de otro modo, 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 advierte, es que, es la función del acto analítico generar las condiciones al sujeto para que el análisis se instaure como tal.

Murillo (2018) agrega también un tercer aspecto a tener en cuenta en relación a la definición que da Lacan de acto analítico: el analista finge olvidar que su acto es la causa del análisis. Esto que plantea Murillo remite a lo que llamó la atención -en un primer momento- respecto a que Lacan propone al acto analítico como una ficción, ahora bien, ¿qué se finge?, ¿a qué se refiere Lacan?

Por un lado, se puede pensar que el saber que el sujeto puede suponer que tiene el analista, es justamente aquello de lo que el analista hace ejercicio de su ignorancia, esto es lo que Lacan (1960-61) plantea como -deseo del analista, desde la posición de docta ignorancia y lugar de nesciencia-. Y por otro lado, otro aspecto a tener en cuenta, es lo que Lacan establece 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)

O sea, es necesario que el analista haga un acto en falso -en un primer momento posicionarse desde un lugar de sujeto supuesto al saber-siendo estas condiciones las que crean la posibilidad de que el análisis como contingencia se instale. Para así luego, posicionarse en un lugar de ficción.

Vale decir, de objeto a, de vacío, de no hacer; lo que hará lugar a que surja la palabra.

Así, Murillo (2018), resalta como cuarto aspecto a tener en cuenta que el acto analítico implica un acto y un hacer: a esto Lacan en la *clase del 24 de enero 1968* lo refiere como la conjunción de un acto y un hacer. Si se remite a la *clase del 6 de diciembre de 1967* el autor establece que el acto y el hacer es el estatuto mismo del acto, ahora bien, aclara que el analista no hace nada. Entonces ¿de quién es el hacer? En la *clase del 24 enero de 1968* dice que ese hacer es el del analizante, ya que después de todo, el que habla es el psicoanalizante.

En otros términos, el analista es el instrumento y no el que hace el trabajo, como se desarrolló anteriormente. El acto por parte del psicoanalista implica un hacer -que es un no hacer- ya que el hacer no es por parte del analista, sino del analizante. Es así que, Lacan subraya que el analista debe negarse al acto, resistirse al acto, precisamente porque sabe que no le corresponde a él hacer el trabajo. Su acto, es un acto que permite otro, lleva a otro -esto es- el acto del sujeto o acto a secas. De esta manera, el acto del analista es no hacer precisamente porque su hacer obstaculiza, impide o detiene el hacer del analizante (Lacan, 1968).

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 es, una mutación en la relación del sujeto con el analista, lo que significa 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” (Lacan, 1967-68, como se citó en Murillo, 2018, p. 184).

Entonces, el fin de análisis, no refiere a un fin del tratamiento, ni un fin al que el paciente debe llegar, sino más bien que en el análisis el paciente

pueda producir salidas de su padecimiento, de aquello que lo aqueja, de aquello de lo que hace síntoma.

Por otro lado, Murillo (2018), también, plantea al fin de análisis desde una noción espacial y lo asocia con una puerta, con una salida, refiriéndose a que el carácter de lo terminable remite a la producción de salidas. Esto es, que se produzcan efectos que suponen alguna diferencia en la relación del sujeto con el deseo, con la libido, con la pulsión, con el goce, entre otros.

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

En resumen, el acto analítico no consiste en ningún acto, acción, gesto o movimiento por parte del analista, sino lo contrario, implica que el analista no haga nada. Este no hacer será el motor del análisis y lo que causará o moverá el hacer del analizante, siendo así un acto que se dirige a otro.

Además, el acto analítico, no tiene lugar sin el deseo del analista; esto es: el analista no puede ocupar el lugar de objeto *a*, que es lo que causará el análisis, sin el deseo del analista como función. Ya que el deseo del analista, que se ofrece como un deseo vacío, es el lugar donde se aloja el acto. Así, el análisis no podría tener lugar sin la presencia de este deseo.

En consecuencia, el acto analítico, es la causa del análisis, y a partir de este, el soporte tanto de la transferencia como de la interpretación. Se debe aclarar que la interpretación como tal, es un efecto de un decir que ocurre en el acto analítico. De este modo, no se produce ni desde el lado del analista ni del analizante, sino más bien se genera entre ambos, en el efecto de lo que allí se dice.

En relación a la transferencia, el acto analítico interviene directamente en la instauración de ésta. Se aclara que la interpretación y la transferencia operan de manera conectada, generándose ambas, por el acto analítico que es el que las sostiene.

Ahora bien, en función de lo desarrollado y haciendo referencia al eje principal que ronda esta investigación, se da lugar a la apertura de los siguientes interrogantes: ¿es a través del acto analítico que el practicante del psicoanálisis interviene en la urgencia psíquica? ¿cómo crear las condiciones para el acto analítico en el ámbito del hospital público general en relación a la urgencia psíquica?

# CONCLUSIONES

Luego del recorrido teórico realizado y retomando la formulación del problema que dio origen a este trabajo de investigación, se regresa a los objetivos e interrogantes que impulsaron a la búsqueda de respuestas -dentro de lo posible- sobre el abordaje de la urgencia psíquica en el hospital público general, en el marco de la ley de salud mental.

Para ello se hará mención nuevamente de los objetivos propuestos:

Objetivo general: estudiar las posibles condiciones de abordaje de la urgencia en salud mental desde una mirada psicoanalítica en articulación con los lineamientos de la ley de salud mental, en el marco del hospital público general.

Objetivos específicos: estudiar la concepción de urgencia desde una mirada psicoanalítica; detallar la intervención en la urgencia desde la ley N° 26.657; caracterizar la ética y práctica del psicoanálisis y producir aportes teóricos respecto a las posibles condiciones de abordaje de la urgencia en salud mental en la institución hospitalaria.

El recorrido teórico realizado a lo largo del trabajo de investigación ha permitido alcanzar los objetivos planteados, dando lugar así a la premisa de que pensar la práctica psicoanalítica en las instituciones públicas de salud es posible.

Respecto a los interrogantes de investigación:

¿Cómo pensar la praxis del psicoanálisis en el hospital público general atravesado por la ley de salud mental?

¿Cómo se posiciona el psicoanálisis desde su ética en la institución pública atravesada por diversos discursos?

¿Cómo abordar la urgencia de salud mental desde una perspectiva psicoanalítica en el hospital público general en el marco de la ley N° 26.657?

En relación a la primera pregunta de investigación se puede decir que a partir del estudio y lectura exhaustiva que se ha realizado sobre la ley de

salud mental (2010), se ha podido observar que si bien más allá de que esta norma legisla el derecho a la salud mental por igual a todos los habitantes del territorio argentino, se especifica, que el abordaje se debe realizar desde la particularidad de cada caso, dando lugar al criterio profesional. Como se refleja en los artículos 5º, 7º, 20º, no se determina un modo de tratamiento, intervención o abordaje “general o universal”, sino que se da lugar y libertad a la elección de cada profesional para abordar a los pacientes desde su orientación y método, por esta razón, el psicoanálisis está habilitado en su ejercicio y praxis.

Además, el hecho de que la ley reconozca a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, implica para los practicantes del psicoanálisis llevar a cabo la fórmula bajo la cual el psicoanálisis condensa su ética: la relación con lo real, como norte que orienta la posición ética del analista, dando lugar a que el practicante del psicoanálisis pueda asumir su posición desde lo particular y singular de cada caso.

De este modo, desde la mirada integral que propone la ley, como desde la libertad que habilita al ejercicio profesional; es que hay lugar para trabajar desde una perspectiva psicoanalítica, es decir, trabajar con lo inconsciente.

El hecho de pensar la praxis del psicoanálisis en el hospital público general atravesado por la ley de salud mental implica reflexionar también sobre el dispositivo psicoanalítico que plantearon Sigmund Freud y Jacques Lacan. Si se lo piensa en términos de práctica -en este marco del hospital público general no es posible- ya que, si se remite a su origen, no fue pensado en ese encuadre y contexto. Sin embargo, esto no es un impedimento para el ejercicio de su praxis ni para la inserción de los psicoanalistas en las instituciones de salud; puesto que es la posición del analista lo que determinará el dispositivo en cuestión.

En textos como *Tótem y Tabú* (1913), *Psicología de las masas y análisis del yo* (1920-1922), *El malestar en la cultura* (1927-1931), entre otros, Freud reflexionó sobre la relación de los sujetos con lo social, sobre el

malestar de los seres humanos en relación con su cultura, con la sociedad, con lo que los rodea. Se ocupó de la psicología de las masas y del orden social, la biología, la historia, para hacer referencia al psicoanálisis como un saber, práctica y teoría posible para entender y abordar lo social.

Así es que en *Nuevos caminos de la terapia analítica* (1919/2010) Freud predijo que se producirá la posibilidad de sostener una práctica en la que se va a tratar a grandes masas de hombres de manera gratuita y se dará lugar a que el pobre pueda acceder a la terapia anímica, siendo el Estado el que tendrá como obligatorio estos deberes. Por lo tanto, será necesario adecuar la técnica a estas nuevas condiciones.

Es así como en el año 2010 la ley de salud mental legisló derechos para que los ciudadanos puedan acceder a las instituciones de salud y recibir un tratamiento en salud mental, sin distinguir entre el “pobre y el rico”, sino para todos los habitantes del suelo argentino. De este modo, aparece la necesidad de crear nuevas condiciones para adecuar la técnica.

También, por su lado Lacan estableció que es posible sostener una práctica para abordar a cualquiera, por el solo hecho de que esté afectado por un padecimiento que le perturbe el ser, o que por lo menos pueda poner en duda un saber sobre él o sobre su verdad; por el solo hecho de que hable. En tanto, que un paciente pueda ponerle palabras a aquello que lo perturbe o aflige, más allá de que todo no puede ser dicho -hablar es una manera de expresar el inconsciente- lo que basta para que el psicoanálisis prevalezca (Lacan, 1953/2003).

Además, en *La dirección de la cura y los principios de su poder* (1958/2009) estableció que será por el lado del lugar del analista, es decir desde el lugar en que éste se posicione, que una intervención, interpretación, maniobras transferenciales, el silencio, el corte, etc., se elevará a la dimensión analítica; y en este sentido será esa posición misma la que estructurará el dispositivo en cuestión.

Entonces, es a partir de la función deseo del analista que se dará lugar a causar el decir del paciente y que, como efecto, surja el sujeto del inconsciente. Dicho de otro modo, es la función deseo del analista la posición ética posible que habilita el inconsciente y la intervención desde la práctica psicoanalítica.

En suma, operar analíticamente en las instituciones de salud es posible ya que la estructuración del dispositivo analítico tiene que ver con la posición que asume el analista y la demanda del paciente, no con el contexto o encuadre.

Ahora, el hecho de que algunos practicantes del psicoanálisis están insertos en una institución hospitalaria implica convivir y trabajar con otros discursos y saberes, dando lugar así al segundo interrogante de esta investigación: ¿cómo se posiciona el psicoanálisis desde su ética en la institución pública atravesada por diversos discursos?

Como se ha podido observar la institución hospitalaria está atravesada por diversas disciplinas, discursos y saberes. Ésta se instala como un dispositivo de intervención desde un campo de saber en el que predomina el discurso médico hegemónico, que es comparable con el discurso del “amo”. Ya que desde la institución se apunta a garantizar el cuidado, salud y bienestar para todos y se posiciona así desde un lugar de dominio, de ley, de orden de garantía precisamente, asentándose como dueño del saber y de poseer un saber hacer.

Por su parte, el discurso psicoanalítico frustra todo intento de dominar el saber y al otro, de modo que, es el reverso del discurso del amo. El analista se posiciona como vacante, como objeto *a*, poniendo en juego un vacío posibilitador para el surgimiento del deseo del paciente. En tanto, el discurso analítico tiene una función: llevar el saber al lugar de la verdad. Es decir, trabajar desde la verdad singular y particular de cada paciente.

Empero, que en el hospital predomine el discurso del amo, no es un límite para que el practicante del psicoanálisis se sitúe desde el discurso

analítico. Justamente esto, es lo que permitirá salir de la lógica que plantea la institución de “garantizar salud, cuidado y bienestar para todos”, para hacer lugar a la clínica psicoanalítica, “el caso por caso”.

Dicho de otro modo, el hecho de que el practicante del psicoanálisis opere desde el discurso del analista en la institución hospitalaria es lo que permitirá que aplique la ética que orienta su praxis: orientación por lo real.

De esta manera, los efectos del discurso del analista son los principios de una ética que permite que aparezca el sujeto en el marco de la institución hospitalaria.

En resumen, es a través de la presencia del practicante del psicoanálisis y su discurso, que se va a pasar del “para todos y de lo universal” -a lo particular de cada caso, al cada uno, para dar lugar a que surja lo singular, lo íntimo- y así posicionarse desde la ética que rige la praxis.

Frente a lo mencionado, también, se debe tener en cuenta que las nuevas políticas de salud mental que propone la ley, dan lugar a nuevos significantes, ya que al concebir al paciente de salud mental como activo en su curación, el significante hospital público general -como significante amo, del lado del discurso médico- se desplaza ya que el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento, se hace por parte de un equipo interdisciplinario; así como también desde la voz del paciente como sujeto activo en el curso del tratamiento.

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, lo que dio lugar al tercer interrogante de investigación: ¿cómo abordar la urgencia de salud mental desde una perspectiva psicoanalítica en el hospital público general en el marco de la ley N° 26.657?

Para desplegar esta pregunta, primeramente, es importante nuevamente diferenciar la emergencia de la urgencia. La primera implica la intervención inmediata del profesional médico, ya que está en riesgo la salud física o vida del paciente. En ella el tiempo cronológico tiene un lugar predominante.

En cambio, a la urgencia desde esta investigación se la puede concebir como un acontecimiento que implica una ruptura, un quiebre, la irrupción de un real, hay algo que queda por fuera del discurso. Se generan elevados montos de angustia donde la persona siente que no cuenta con recursos para hacer frente a lo real, no hay posibilidad de hacer una articulación significativa y de tramitar aquello que irrumpe y desborda. De este modo, la urgencia no es urgente en el sentido del tiempo cronológico, sino desde la percepción de un tiempo lógico por parte del paciente, que considera que necesita atención inmediata.

Para pensar cómo abordar la urgencia se debe tener en cuenta que el paciente que demanda atención en el hospital público general no va en busca de un analista, sino que consulta porque tiene una transferencia con la institución, desde el lugar de supuesto al saber. Así, la posible intervención del practicante del psicoanálisis será a partir de la relación transferencial del paciente con la institución de salud.

Ahora bien, para que el practicante del psicoanálisis intervenga como tal, es necesario tener en cuenta que el psicoanálisis no puede instaurarse sin un acto, es decir, el acto psicoanalítico. Su función -el hacer psicoanalítico- implica al sujeto, siendo 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 ello, el practicante del psicoanálisis debe ofrecerse vacante, debe ofrecer un lugar vacío, y en este vacío es donde surgirá el objeto *a*. En tanto el practicante del psicoanálisis como objeto *a*, será el soporte -y de esta manera- dará lugar a la transferencia y al deseo del

paciente. Éste será el lugar y la posición posible para abordar la urgencia psíquica.

De este modo, se sostiene la hipótesis planteada al inicio de esta investigación en la cual se estableció que: bajo el postulado de que en una urgencia existe una ruptura con la cadena significativa por parte del sujeto, la puesta del analista no solo está en tanto escucha como destinatario del discurso del consultante, sino en tanto puede realizar actos analíticos en primera instancia para lograr restituir la relación con el Otro simbólico, e implicar y responsabilizar al paciente en sus dichos, propiciando la emergencia de un sujeto, un sujeto del inconsciente, ahí donde los recursos significantes fueron sobrepasados y generan un desborde al sujeto.

Así, el posicionamiento del practicante del psicoanálisis en un servicio de emergencia del hospital público general es desde su principal herramienta y la ética que lo orienta: “la escucha del sujeto desde su singularidad”.

En resumen, es a partir de la función deseo del analista, de la escucha desde la particularidad y singularidad de cada caso, y del acto analítico 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 así enlazarlo y que en efecto -emerja el sujeto-.

De esta manera, cuando aparece el sujeto, concluye la urgencia.

A modo de cierre y para finalizar es importante destacar que la implementación de la ley de salud mental no solo es un avance en materia de salud mental para los pacientes, sino también para los profesionales que trabajan en instituciones de salud, ya que el hecho de dar lugar al criterio profesional para abordar a los pacientes y el concebir a la salud mental desde una mirada integral habilita al psicoanálisis desde su discurso y praxis.

También es relevante resaltar que operar analíticamente en el hospital público general es posible, ya que la construcción del dispositivo analítico depende de la posición que asuma el analista y de la demanda del paciente, no del encuadre o contexto del consultorio privado o particular.

De ello se concluye decir que, el abordaje de la urgencia subjetiva en el contexto del hospital público general en el marco 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*
- 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\\_Historialnstit.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_Historialnstit.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 psicoanálisis. *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%201%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://lacanerafreudiana.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://lacanerafreudiana.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](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://revistasoberanasanitaria.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.

# ANEXOS

## **ANEXO 1: LEY DE SALUD MENTAL 26.657**

**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, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**ARTÍCULO 3º.-** En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

**ARTÍCULO 5º.-** 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.

**ARTÍCULO 7º.-** El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

d) Derecho 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.

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión.

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su

atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

**ARTÍCULO 14.-** La internación es considerada 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. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

**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 mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

**ARTÍCULO 23.-** El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

**ARTÍCULO 28.-** Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

## **ANEXO 2: ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL EN LOS HOSPITALES GENERALES**

### **INTRODUCCIÓN**

## **SALUD MENTAL EN LA POLÍTICA DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD.**

Nuestro país tiene historia en cuanto a un Estado presente que garantiza el derecho a la salud. También sabemos que muchas veces el acceso a los cuidados no es el adecuado, si no se garantiza una cobertura real y oportuna, con integralidad y continuidad de los procesos de atención, con redes articuladas de salud que acompañen a las personas y garanticen el ejercicio del derecho en un sistema de salud continente y promotor de crecientes niveles de autonomía.

La Secretaría de Gobierno de Salud ejerce el rol de rectoría sanitaria en el país y en este contexto, promueve como política central la Cobertura Universal de Salud (CUS). Ésta propone la articulación e integración entre la Nación, las Provincias y los Municipios para garantizar el acceso equitativo, la cobertura efectiva, y consecuentemente, el ejercicio pleno del derecho a la salud.

La CUS posee como una de sus estrategias, la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC), con un fuerte componente territorial en el primer nivel de atención que propone la articulación e integración del sistema de salud, abordando diferentes problemáticas tanto desde lo biológico, psicológico, social y cultural en el ámbito comunitario y relacional de las poblaciones del país.

Esta estrategia define un Modelo de Atención en el que la población es nominalizada y georreferenciada y en el que los equipos de salud familiar y comunitaria son responsables de la producción de cuidados y de garantizar la integralidad de los procesos de atención. Con la CUS es necesario avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, de calidad, integral y efectivo.

## **SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

En el marco de la ESFyC, el abordaje de la salud mental es únicamente coherente en un Modelo de Salud Mental Comunitaria que promueva el abordaje integral del sufrimiento mental, tal como lo establece la normativa vigente a nivel internacional y nacional. Este marco normativo privilegia los modelos de abordaje comunitario basados en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud - APS.

En particular, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es una norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental, en especial se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En base a ello, se conceptualiza 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 concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Las problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y presentan una tendencia en aumento. Estos eventos generan importante sufrimiento subjetivo y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (Organización Panamericana de la Salud, 2014; World Health Organization, 2017). Distintos documentos internacionales coinciden en que entre las problemáticas más prevalentes con mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS, 2014; WHO, 2017).

## **REDES INTEGRADAS DE SALUD MENTAL CON BASE A LA COMUNIDAD**

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud se propone un Modelo de Atención que aborde efectivamente los problemas de salud mental de nuestro país, que sea acorde a los lineamientos de los organismos internacionales y a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) y que sea respetuoso y promotor de los derechos de las personas, familias y comunidades, en pos del efectivo y real acceso a las prestaciones de salud / salud mental que su proceso de atención requiera.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones e intersectorial centrado en las personas y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – continuidad de cuidados, en el ámbito territorial donde las personas desarrollan su vida cotidiana; así se asume que las problemáticas en salud mental son complejas y multidimensionales y se producen en el marco de un proceso de determinación social.

El desarrollo de un Modelo de Abordaje Comunitario conlleva la implementación de una Red de Salud Mental con Base en la Comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Todos los dispositivos mencionados deben estar integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico ampliado, como estrategia en la que la persona que padece y sus vínculos tienen un rol central.

Para ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: personal de trabajo de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando – necesariamente - una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la Red. Esta Red debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes, ya que no es complementaria de ellas.

Desde la perspectiva del Modelo de Abordaje Comunitario, la distinción de niveles no depende de las características específicas de los efectores, sino de la densidad que asume la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad y de las dimensiones presentes en la intervención para brindar respuestas de acuerdo a la complejidad biomédica y social que presenta cada problemática. De esta manera, se concibe como máxima complejidad de abordaje a la propia comunidad y a las modalidades de articulación de la red con los diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, cuyo fin es garantizar el correcto acceso a la salud en vistas a la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

La implementación de la Red tiene como objetivo fundamental, brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de Salud Mental respetando sus lazos vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Esta Red apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Se funda en el respeto y la promoción de los derechos humanos y propicia acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así

como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial.

## **LOS EQUIPOS DE ABORDAJE PSICOSOCIAL EN LA RED**

En el marco de una ESFyC, que implica la creación de Equipos Interdisciplinarios, Núcleo y Ampliados en el territorio, se establecen Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS). Su función es de apoyo matricial para el abordaje de la Salud Mental. Por lo tanto, el desarrollo del trabajo de los EAPS implica un funcionamiento en red y referenciado con otros equipos de salud en el armado de proyectos terapéuticos singulares, según la población/territorio definido que implicarán acuerdos entre los actores, un diagnóstico territorial, la priorización de problemas y la explicitación de vías de comunicación. Es necesario entender la red como un espacio de mutua colaboración entre pares y no como un ámbito de derivación y recepción de casos.

Son equipos del primer nivel de atención para el abordaje de las problemáticas prevalentes en salud mental (depresión, ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, violencias, entre otras), así como trastornos mentales severos. Los EAPS tienen el propósito de fortalecer a los Equipos de Salud Familiar (ESF), mejorar la calidad de atención, la respuesta a la demanda y la continuidad de cuidados de las personas usuarias.

## **INTERNACIÓN EN LOS HOSPITALES GENERALES**

La publicación “Atención en Hospitales Generales” forma parte de la serie “Red de Abordaje y Atención en Salud Mental Comunitaria”, y tiene como objetivo acercar sugerencias y recomendaciones como herramientas de trabajo que orienten a la adecuación, la creación y el desarrollo de Servicios de Salud Mental dentro del ámbito de atención de hospitales generales. Se halla enmarcado en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, de su decreto reglamentario N°603/2013 y el Plan Nacional, entendiéndose que la atención de la Salud Mental no debe efectuarse en instituciones monovalentes, si no

que promueve, cuando sea necesario y se hayan rebasado las posibilidades de atención en terreno, la internación en hospitales generales.

Estas Recomendaciones incluyen lineamientos y sugerencias para la adecuación y/o fortalecimiento de los servicios de Salud Mental en hospitales generales, los cuales deberán garantizar la atención sanitaria y social, integral y humanizada, con énfasis en la promoción de la salud, prevención e inclusión social de personas con padecimiento mental.

## **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

Estas recomendaciones están dirigidas a las áreas cuya función es la atención de la salud mental en los hospitales generales y en los hospitales pediátricos, materno-infantiles e instituciones especializadas en el abordaje de adolescentes. Independientemente que dicho área sea institucionalmente denominada “servicio” o funcione bajo otra denominación.

El servicio de salud mental de un hospital general recibirá y brindará respuesta a todas las problemáticas de salud mental y adicciones y a toda la población objetivo que concurra al nosocomio.

El criterio de atención debe seguir los lineamientos plasmados en el artículo N° 3 de la Ley 26.657 donde se indica que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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”, por lo tanto toda problemática que implique padecimiento subjetivo en el usuario es susceptible de atención en el servicio de salud mental.

El servicio de salud mental debe estar integrado a la estructura edilicia del hospital, no debe tener características relacionadas con el encierro o con la presunción de peligrosidad o incapacidad de los usuarios de dicho servicio. Deberá estar situado preferentemente en la planta baja, y el control de acceso al mismo se compartirá con el resto de las áreas, evitando el aislamiento del usuario y favoreciendo el contacto con el resto de las áreas

de hospital. No obstante, deberá garantizar las medidas de protección y bioseguridad hacia los usuarios al igual que todas las áreas del establecimiento.

Es importante garantizar un servicio con criterios flexibles de abordajes acordes a la problemática de la comunidad.

Deben ser contempladas las distintas alternativas de la vida cotidiana de la comunidad. Se debe planificar el horario de atención teniendo en cuenta los horarios laborales, escolares y los diferentes tipos de organización familiar que existan en la comunidad. Por este motivo, se debe contar con actividades de atención y abordaje

Es importante que la actividad de la atención clínica ambulatoria no esté concentrada en una única franja horaria.

Se recomienda una guardia donde se realice una atención interdisciplinaria de las urgencias durante las 24 horas.

El equipo de atención debe ser interdisciplinario y con capacitación permanente, y preferentemente compuesto por:

1. médico/a psiquiatra.
2. psicólogo/a.
3. trabajador/a social.
4. enfermera/o con capacitación en salud mental.
5. personal terapéutico.
6. También se debería contemplar la presencia de profesionales especializados en salud mental infanto-juvenil, y se debe contar con la capacidad de desarrollar abordajes territoriales.