



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Clínica de la urgencia y psicoanálisis en el
hospital público

N° 849

Fernanda Byrnes

Tutor: Lic. Emiliano Polcaro

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesina: 14 de agosto de 2015

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

INDICE

ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVO ESPECÍFICO	7
ALCANCES Y LÍMITES.....	8
ESTADO DEL ARTE.....	8
MARCO TEÓRICO.....	10
CAPÍTULO UNO: PSICOANÁLISIS Y HOSPITAL: UNA ARTICULACIÓN ES POSIBLE	12
(1.1) El discurso del hospital público: clínica de la Mirada.....	13
(1.2) El discurso psicoanalítico: el reverso de la clínica.....	14
(1.3) Hospital, clínica y psicoanálisis.....	16
CAPÍTULO DOS: LA URGENCIA.....	19
(2.1) Formas y modos de presentación.....	20
(2.2) Un espacio para la urgencia subjetiva en la institución	21
CAPÍTULO TRES: DISPOSITIVO ANALÍTICO EN LA URGENCIA.....	24
(3.1) Impulsiones: pasaje al acto	27
(3.2) Compulsiones: Toxicomanías	28
CONCLUSIONES.....	30
REFERENCIAS.....	31

ABSTRACT

El malestar en la cultura del siglo XXI esta signado por la puesta en acto de lo traumático. Situados en un marco caracterizado por el desborde, aparece un significante en escena: la urgencia. Desde el psicoanálisis la misma se conceptualiza como una ruptura de la cadena significante, una suspensión de la función subjetiva que lleva a formas no simbólicas de desembarazarse de aquello que mortifica.

El presente trabajo es una revisión bibliográfica que pretende, frente a la idea que circula en el imaginario de una incompatibilidad entre urgencia y psicoanálisis, dar cuenta de que un abordaje es posible; determinando frente a esta ruptura, la posibilidad de una localización subjetiva.

El hospital público, es el contexto por excelencia donde se presentan este tipo de manifestaciones que, frecuentemente, adoptan el semblante de compulsiones(toxicomanías) e impulsiones (acting out/pasaje al acto). La medicina suele abordar la urgencia acallando lo disruptivo, generalmente a partir del uso de psicofármacos y protocolos aprobados priorizando lo escópico. El psicoanálisis se presenta como el reverso de esta clínica, señalando la necesidad de que exista un tiempo para el sujeto y su verdad.

Es importante, en este contexto, pensar la relación psicoanálisis - urgencia- institución y reconocer tanto las tensiones como las articulaciones posibles.

Psicoanálisis - urgencia - hospital público - abordaje - pasaje al acto/acting-out - toxicomanías

INTRODUCCIÓN

La sociedad posmoderna está caracterizada por la ruptura del orden simbólico regido por el Nombre del Padre. Atrás quedó la época de la renuncia pulsional, hoy, es el tiempo del goce.

El imperativo superyoico empuja a la satisfacción inmediata. La tendencia al acto, borra la distancia entre lo deseado y la posibilidad de alcanzarlo; dejando, de esta manera, su impronta en los modos de padecimiento subjetivo.

El malestar en la cultura del siglo XXI se presenta bajo la forma de trastornos de alimentación, patologías del acto, adicciones, estados límites, angustia y somatizaciones.

En este marco, caracterizado por el desborde, aparece un significante en escena: la urgencia.

La urgencia habla de un padecimiento excesivo imposible de soportar, una ruptura aguda caracterizada por una prisa temporal y una suspensión de la función subjetiva.

Nos encontramos con la pulsión y sus producciones: el pasaje al acto, el acto adictivo, la psicósomática, la anorexia, las conductas violentas, etc. La pulsión se presenta en "acto" sin alcanzar el circuito más logrado por vía inconciente. Los carriles de simbolización resultan insuficientes para conducir a la pulsión hacia alguna expresividad metafórica (Marín y Romero, 2009, p. 3).

En el mismo momento de la ruptura o crisis, la urgencia no es subjetiva sino generalizada. Un acto es una palabra, no hay simbolización y por lo tanto encontramos una imposibilidad, desde este hacer, de que se sostenga una demanda.

La transición a la urgencia subjetiva tiene que ver con dar lugar a la palabra, a que esta emerja para poder reconstruir algo de lo que se ha roto.

El Hospital público forma parte de las instituciones que el Estado organiza para dar respuesta a las necesidades de la población.

El debate acerca del lugar que ocupa el psicoanálisis en los hospitales públicos, es decir, el lugar de lo singular en un espacio caracterizado por lo universal y estandarizado es un tema recurrente en la literatura actual.

A pesar de la controversia, para el Estado, el psicoanálisis forma parte de las prácticas psicoterapéuticas que se ofrecen a la población. Con ciertos alcances y limitaciones es posible sostener el acto analítico en el marco institucional.

En este sentido es necesario destacar que en el contexto de la Salud Pública, mayormente atravesado por el discurso médico, la respuesta suele ser acallar lo disruptivo a través de cierto protocolo.

Si bien es cierto que apaciguar es necesario, no podemos apuntar sólo a esto dado que de esta manera la urgencia tenderá a reeditarse.

El psicoanálisis no se caracteriza por la prescripción de tratamientos estandarizados ni trabaja con supuestos. Hoy más que nunca, frente a la incertidumbre que caracteriza la época, es necesario atender el caso por caso buscando la forma particular en la que se inscribió el goce en ese sujeto particular y el modo que tiene de vérselas con el mismo.

Eric Laurent (s.f.), señala que el analista se defiende por su deseo de hacer surgir la particularidad de cada cual, en el seno de lo que es vivido por todos (citado en Belaga, 2005, p. 36).

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Dentro de la institución el primer encuentro con los pacientes puede tener lugar en el ámbito de los consultorios externos o en la guardia. Ámbitos donde nos encontramos lejos de poder aplicar con rigurosidad los requisitos técnicos del psicoanálisis clásico.

Sigmund Freud (1919/2012, p. 163), anticipó en el texto “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, la extensión del psicoanálisis a otros ámbitos diferentes de la práctica privada y señaló que cuando esto sucediera se nos plantearía la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones.

Asistimos a una suspensión del sujeto, sosteniendo la necesidad de que exista un tiempo para la palabra dentro de las instituciones públicas.

A partir de esto se nos plantean los siguientes interrogantes: ¿Cómo adaptar el psicoanálisis y a través de que dispositivo analítico trabajar dentro de este marco institucional y contexto signado por la urgencia sin que nuestra práctica se convierta en la reproducción del modelo médico? ¿Como sería la transición de la urgencia a la emergencia del sujeto y su demanda?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Como señala Zuberman (2001, p. 5), aún el psicoanálisis esta vigente y hay aún nuevas preguntas y desafíos para aquellos psicoanalistas que quieran sostenerlos.

El sentido de aproximarnos a esta problemática instalada en los servicios de Salud Mental de nuestro país, radica en la necesidad de dar respuesta a los interrogantes que estas formas de sufrimiento subjetivo plantean al psicoanálisis y su práctica; reivindicando la particularidad de nuestra escucha y la necesidad de emergencia de la demanda para que el sujeto pueda encontrar su propio significante, es decir, preguntarse algo acerca de esto que se presenta como impronunciable.

Tematizar acerca del abordaje en la “Clínica de la urgencia” desde el psicoanálisis, se nos impone como un intento de hacer frente a la concepción que circula en el imaginario acerca de la poca eficacia de nuestra práctica frente a las demandas actuales; destacando que es posible, tomando la teoría heredada, trabajar con variaciones de la modalidad técnica analítica que permitan el abordaje, dentro de los Hospitales Públicos, de estas situaciones apremiantes.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer el dispositivo psicoanalítico que, dentro del marco hospitalario, permita el abordaje de lo urgente.

Objetivos específicos

- Explorar el abordaje psicoanalítico de las toxicomanías en la urgencia.
- Caracterizar el abordaje psicoanalítico de lo urgente del pasaje al acto.

ALCANCES Y LÍMITES

El siguiente trabajo abarca el abordaje de las toxicomanías, el acting out y el pasaje al acto, manifestaciones de lo urgente, en los servicios de salud mental de los hospitales públicos y desde una perspectiva psicoanalítica. Otras manifestaciones de lo urgente no serán desarrolladas en este escrito.

Dentro de un contexto caracterizado por los cambios constantes, pueden aparecer nuevas manifestaciones que requieran atención desde esta perspectiva y que no han sido consideradas en el presente trabajo.

Al mismo tiempo se presenta una perspectiva psicoanalítica de la temática, no siendo posible extender el abordaje y las conclusiones a otros marcos teóricos.

Por último, encontramos que al tomar el hospital público como encuadre de la problemática planteada, no será posible generalizar estos desarrollos a otros contextos institucionales y no institucionales.

ESTADO DEL ARTE

Actualmente, y aunque siempre en desarrollo, la psicología es una disciplina consolidada y aceptada socialmente tanto en la esfera privada como en la pública. Pero esto no siempre fue así, los profesionales tuvieron que transitar períodos de gran oposición e indefinición.

A fines de los cincuenta y principios de los sesenta, en la esfera pública, el psicólogo era convocado en calidad de “auxiliar de la medicina” o “testista”.

Con el tiempo comenzaron las discrepancias acerca de esta calificación reduccionista. Las primeras grandes confrontaciones se dieron en forma más explícita en los años sesenta cuando surgió un movimiento de los nuevos profesionales en los hospitales para delimitar un “saber hacer” propio de los psicólogos y que este sea reconocido como tal por profesionales de la medicina.

En los años setenta comienza la historia de la psicología como disciplina reconocida tanto por la comunidad científica como por el público en general, que la acepta y demanda. En los ochenta, finalmente, se legaliza.

La psicología argentina tiene, desde sus comienzos, una serie de características que la diferencian de la psicología del resto del continente y más aún del resto del mundo. Una de ellas es la orientación predominantemente psicoanalítica; en ninguna parte del mundo tiene tanta importancia el psicoanálisis y en ninguna parte existe tanta relación entre el psicoanálisis, la psiquiatría y la psicología como en la Argentina (Ardila, 1979, p. 82).

Sigmund Freud es considerado el padre del psicoanálisis, el cual dio a conocer en torno a 1896 y cuyos pilares fundamentales: son la asociación libre, la abstinencia, la transferencia y la exploración del inconsciente. A partir de los desarrollos de Freud, fueron surgiendo diferentes escuelas. Una de ellas la francesa, cuyo representante fundamental es Jacques Lacan, quien tuvo y tiene, gran influencia en la práctica de nuestro país.

Freud (1919/2012, p. 162) consideró la extensión del psicoanálisis, que en ese momento se trataba de una práctica restringida a estratos superiores, señalando la “enorme miseria neurótica” que afectaba también en las capas más populares. Planteaba que algún día el Estado se haría cargo de tal situación; señalando que en ese momento se nos plantearía la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones.

A través de los años el psicoanálisis fue avanzando sobre diversos ámbitos, uno de ellos: los servicios de Salud Mental de los hospitales públicos. El trabajo hospitalario, entonces, se convirtió en un desafío que amplió los alcances del psicoanálisis, pero no sin generar un debate entre los profesionales en relación a “la coexistencia de discursos, la incidencia de las exigencias de la salud pública, la presión y la variabilidad de las demandas, así como las condiciones de tiempo y de dinero” (Rubistein, 2002, p.

2). Las peculiaridades de la práctica en el hospital y la necesidad de variaciones técnicas, enfrentaron a aquellos que defendían una práctica necesariamente purista y aquellos que aceptaban el desafío de insertarse en la esfera pública introduciendo las modificaciones necesarias, conservando los principios fundamentales del psicoanálisis y su ética.

Otro debate surgió a partir de la proliferación de modelos psicoterapéuticos que prometían soluciones más rápidas y eficaces. El psicoanálisis fue y continua siendo objeto de numerosas objeciones por parte de quienes, considerando al psicoanálisis un tratamiento prolongado, plantean alternativas terapéuticas supuestamente más acordes a los tiempos y condiciones institucionales (Rubistein, 2002, p. 2).

La posmodernidad plantea una nueva encrucijada al psicoanálisis. Mientras que en la sociedad tradicional las mociones pulsionales encontraban un límite en un sistema de normas y prohibiciones culturales, hoy el circuito pulsional no reconoce el corte y hace saltar la experiencia del vacío (Belaga, 2014, p. 7). En la actualidad, perturbada la función simbólica, hay un pasaje del "Malestar en la cultura al Malestar más allá de la cultura" (López Arranz, 2011, p. 93).

Se trata de la tesis central de "El malestar en la cultura": por encima (o por debajo) de todos los miedos que nos amenazan, el más temible es aquel que nos asecha desde el interior de nosotros, y que se origina en esa fuerza que Freud denominó, pulsión de muerte. (Bauman y Dessel, 2014, p. 26)

Las violentas irrupciones del goce obsceno arrasan el entramado simbólico que sostiene la "identidad narrativa del sujeto" (Milmaniene, 2014, p. 29)

El concepto de "lo líquido" es el significante con el que Zygmunt Bauman va a cernir lo real de un mundo que ha quedado desprovisto de toda estructuración narrativa como consecuencia de la caída de la Imago paterna (Bauman y Dessel, 2014, p. 12).

En la posmodernidad se ha producido, entonces, un notable debilitamiento de la "identidad narrativa" del sujeto, dada la defeción estructural del Padre de la Ley, con la consiguiente exacerbación de las políticas de goce (Milmaniene, 2014, p. 29).

Nos enfrentamos a "nuevas formas del síntoma", como lo piensa Massimo Recalcati (2003), al referirse a "aquellas posiciones subjetivas (bulimia, anorexia, depresión, adicción a las drogas, etc.) en las cuales falta o es deficitaria la articulación metafórica del síntoma (citado en Milmaniene, 2010, p. 47).

Los cuadros que se presentan en la clínica actual están signados por prácticas de goce autoerótico que derivan en nuevas configuraciones subjetivas: sujetos posmodernos apáticos y narcisistas (Milmaniene, 2014, p. 30).

La ausencia de un sistema de legalidad simbólica consistente, como se observa en la actualidad, favorece la caída del universo desiderativo, dado que el vacío es reemplazado por el agujero que tiende a ser ocupado por objetos pulsionales excesivos, como acontece con las adicciones y la bulimia, o por conductas transgresivas con alto gradiente narcisista y tanático (Milmaniene, 2010, p.48).

Dentro de este contexto nos enfrentamos a lo que Lacan llama "la muerte del sujeto" (Fudín, 2008). La urgencia, desde una perspectiva lacaniana, se define como la emergencia de lo real, es decir, aquello "que se pone en cruz para impedir que las cosas anden" (Lacan, 2001, p. 84).

El analista en la urgencia, haciéndole la contra a lo real, apunta a que la urgencia generalizada se transforme en urgencia subjetiva y que aquel que consulta pueda interrogarse acerca de la causa de su padecer (Sotelo, 2011, p. 10).

En el hospital público, lugar donde el discurso amo es el de la medicina, la urgencia esta marcada por la prisa, lo cual no es ajeno al psicoanálisis en la practica hospitalaria; pero en el caso de la clínica analítica, las intervenciones marcadas por el apremio no deben reproducir la lógica desubjetivante (Abaca, 2008).

A partir de esto, es importante afirmar que: una clínica de lo urgente es posible. Esto implica pensar que lo que caracteriza al discurso psicoanalítico, no es sólo aquello instalado en el imaginario (incluidos el diván y la frecuencia de las sesiones), si no que lo fundamental es la especificidad de la escucha y la suposición de un sujeto en el que habla (Abaca, 2008).

No se trata de desvalorizar la importancia de actuar para contener la urgencia y acallar esta ruptura, pero si de instalar un segundo tiempo es pos de, como señala Miller (1998), localizar y aislar un significante que nombra el ser del sujeto (citado en Sotelo, et al., 2010 , p. 3). Un significante enigmático que articule un interrogante para el sujeto.

Los dispositivos tradicionales, si bien resuelven la urgencia médica, no siempre consideran la urgencia subjetiva ya que su objetivo está orientado a la desaparición de los síntomas a través de la aplicación de protocolos estandarizados. Sin embargo las cuestiones ligadas a la misma han alcanzado en la época una complejidad tal que requieren de múltiples intervenciones, siendo insuficiente la exclusivamente médica (Sotelo, Rojas y Santamaría, 2013).

La clínica de la urgencia subjetiva despliega entonces, múltiples estrategias cuya orientación es habilitar los caminos de la palabra buscando que no queden suspendidos y supeditados a los apresamientos de la mirada médica.

Las formas sintomáticas de la época son el acting-out, el pasaje al acto, las toxicomanías y las anorexias, entre otras. Las mismas nos interpelan en las guardias, consultorios externos e interconsultas y se constituyen en lo urgente.

Centrándonos en las manifestaciones que conciernen a la presente revisión bibliográfica, encontramos que, en el caso de las toxicomanías debemos estar atentos a no responder de manera compulsiva, certera y contundente (igual que el objeto droga); nos urge esperar, darle un sentido a la urgencia apuntando a recuperar algo del cuerpo en la palabra (Rech, 2012, p. 786).

Con respecto al acting out y el pasaje al acto, podemos decir que el encuentro con el analista posibilita que el padecimiento tenga un lugar en el Otro pasando del grito al llamado conduciendo al sujeto a recorrer aquellos acontecimientos que lo llevaron a optar por esta salida errática (Sotelo, 2007, p. 114).

La especificidad de la clínica de la urgencia, entonces, consiste en interpelar al individuo para facilitar la emergencia del sujeto: detener el automatismo mental e implicar al sujeto (De Clérumbault, 1942 citado en Osorio Clavijos, 2011, p. 17).

Finalmente, vale aclarar, que dado que es una clínica en desarrollo y la práctica psicoanalítica se desarrolla mayoritariamente en consultorios privados, en la actualidad se encuentran pocas publicaciones al respecto.

MARCO TEÓRICO

El saber de la medicina se articula a través de presupuestos, clasificación y protocolos a seguir dejando al sujeto y su demanda relegados. Para el médico, el sujeto suele ser un obstáculo entre su saber y la enfermedad.

La mirada médica le impondría al individuo el rasgo de alienado, la predominancia de lo escópico excluye la voz del sujeto capturando sólo el cuerpo del enfermo.

Las manifestaciones posmodernas del padecer psíquico refieren a una problematización social del cuerpo y el acto. "El cuerpo se convierte en un "Falso yo", disociado de las aspiraciones internas del individuo, aunque rigurosamente gobernado por ellas" (Flores Morelos, 2010).

En las formas de presentación de lo urgente nos encontramos frente a una puesta en acto de lo traumático, prevaleciendo tanto la angustia como las compulsiones e impulsiones (Laznik, Battaglia, Capurro y Etchevers, 2006, p. 70).

Este panorama introduce necesariamente la presencia del psicoanalista en los hospitales y la aceptación por parte de los médicos de un saber diferente del saber de la mirada; promoviendo de esta manera una articulación lo más armónica posible entre la mirada y la escucha. Sólo a partir de la escucha pueden surgir el sujeto y su verdad.

J. A. Miller (2012, p. 425) llama urgencia a “una modalidad temporal que corresponde al advenimiento de un traumatismo”, será entonces, eso que empuja, que no admite espera. La urgencia subjetiva se presenta, entonces, como una ruptura de la cadena significante y conduce al sujeto a buscar modos drásticos de verse aliviado de los efectos mortificantes del significante desencadenado (Seldes, 2004, p. 34). Algo del sin sentido se hace presente apremiando al sujeto (Seldes, 2006, p. 118).

Frente a esto, una intervención protocolizada, cuando es posible llevarla a cabo, puede operar cierto alivio del síntoma pero al precio de dejar por fuera todo lo que no fue estandarizado en el protocolo. La experiencia nos muestra que lo que se deja afuera de algún modo retorna. La buena disposición de los profesionales no hace posible que todo entre en los estándares (Tustanoski, Mazzia, Méndez y Marini, 2014, p. 586).

Habitualmente se requieren intervenciones rápidas y eficaces; especialmente cuando está en riesgo la vida de esa persona o la de terceros: contención farmacológica, procedimientos según protocolos médicos, internación.

Además de acompañar y conducir muchas veces hacia estas primeras instancias de emergencia, el psicoanalista introduce un tiempo para comprender (Sotelo, 2005, p. 102).

El psicoanálisis encuentra su lugar en las instituciones públicas a partir de la creación de nuevos dispositivos que permiten este entrecruzamiento de discursos, respondiendo a las reglas institucionales pero no dejándose atrapar por ellas (Coronel, 2014, p. 82). Toma el problema al revés de como lo hace habitualmente la ciencia, no ha de partir de lo “sabido”, de aquello que responde a su cuerpo de conocimiento y formulas, sino a partir de lo “no sabido”, a partir de aquello que se presenta como no respondiendo a nuestro saber previo (Sauval, 1999, p. 5).

El analista le ofertará al sufriente la apertura de un espacio que posibilite el despliegue de la cadena significante, que abra un tiempo no encorsetado por la prisa, que permita la emergencia del sujeto dividido, que permita la interrogación de sus síntomas (Zack, 2005, p. 93).

Se trabajará en pos de reducir el hiato entre lo que vive el sujeto y lo que no puede significar. Intentará reducir la tensión entre estos dos puntos que son el de una emergencia de goce que se impone y la ausencia de una palabra que permita anudar una significación. Habrá que poner palabras donde solo habita lo mudo de la pulsión (Sassaroli, 2014, p. 108).

“Eric Laurent proponía intentar una intervención inolvidable” (Sotelo, 2005, p. 104), lo cual no significa una entrada al análisis, aunque puede ser que suceda, pero sí que el sujeto pueda apropiarse de su sufrimiento (Sotelo, 2007, p. 54).

CAPITULO 1: PSICOANÁLISIS Y HOSPITAL: UNA ARTICULACIÓN ES POSIBLE.

Desde sus inicios la relación psicoanálisis y hospital implicó una compleja articulación. En un espacio institucional erigido sobre el discurso médico y lo universal, un saber diferente se hace presente. Aquel que, desde una perspectiva psicodinámica, sostiene una mirada singular sobre el sujeto y su padecer.

La clínica médica opera con un discurso que se ubica en proximidad permanente con el yo: algo no marcha y debe remediarse, medicarse. Por contrario, cuando se presenta ante un analista alguien desbordado, que sufre de su cuerpo o de su pensamiento buscamos perfilar una respuesta que en primer lugar otorgue un marco significativo que posibilite incluir estos fenómenos en un decir (Silvestri y Seldes, 1989 , p.131).

La noción de síntoma en la clínica médica consta de dos caras: la señal sintomática y su significación en el orden de lo patológico situado a nivel de lo biológico y contenido en los manuales diagnósticos de la materia y ubicando el saber del lado del profesional.

En la clínica psicoanalítica, el síntoma adquiere una dimensión de verdad (Kelman, 2012, p. 41-42). El saber acerca del síntoma esta del lado del sujeto y responde a un sentido singular y no estandarizado.

El mismo síntoma sometido a la mirada médica o a la escucha psicoanalítica deja de ser el mismo síntoma. Uno remite al cuerpo, a lo visible y el otro; al inconciente, a lo que no es accesible sensorialmente (Leivi, 2001, p. 342)

El diagnóstico en psicoanálisis, entonces, no se concibe solamente en términos descriptivos, como en la medicina, sino a partir del modo como el sujeto (singular) articula su discurso (Menezes y Souza Leites, 1992, p. 40).

En la práctica clínica contemporánea prevalecen fenómenos, que constituyen “lo urgente”, para los cuales la medicina aun no encuentra, como señala Weill (s.f., p. 3), respuestas acabadas.

Hay que considerar que el contexto donde esto ocurre es la posmodernidad, en donde al mismo tiempo los avances y la técnica nueva en medicina, generan en la sociedad la ilusión de que “todo es posible”. La otra cara de estos progresos, es que velan el hecho de que el paciente no sólo tiene un organismo sino que también tiene un cuerpo y goza con ese cuerpo (Heumann, s.f.). Forcluir esta dimensión nos enfrenta a la redición de la urgencia y el padecer subjetivo.

Entonces, como señala Castellanos (2009), es notable el avance de la medicina a lo largo de los años y la efectividad de sus métodos. Pero por mucho que avance, lo que no puede atrapar en una imagen es ese lugar de la subjetividad. Todos los intentos de la tecnología médica para querer atrapar algo de la subjetividad en determinadas enfermedades o padecimientos se encuentran con un imposible.

No se trata de que los roles, el del medico y el psicoanalista sean intercambiables o sustituibles el uno por el otro. Se trata de encontrar un “entre” discursos, un lugar que vehiculice la comprensión mutua y un encuentro en pos de responder a las presentaciones clínicas actuales.

Es en este punto y dentro de este contexto que, a pesar de las recurrentes y constantes tensiones señaladas por los diversos profesionales dentro de las instituciones, podemos empezar a pensar que una articulación entre ambos espacios, el de la mirada y el de la escucha, es posible e imperante frente a la realidad clínica hoy.

(1.1) El discurso del hospital público: clínica de la Mirada.

“Los ojos no deben jamás empañarse de lágrimas”

Bacon, (s.f.)

La aparición y desarrollo de la clínica médica, se articula con el establecimiento de la soberanía de una mirada (Zimmerman, , citado en Foucault, 2014). Bien sabemos que la labor médica comprende observar los signos de la enfermedad, midiendo las desviaciones de la “norma”, tomando como referencia la geografía anatómica y basándose en protocolos aprobados.

Por supuesto que esta mirada abarca diversas dimensiones, algunas más profundas que otras: la piel, los tejidos, los órganos y los huesos. El cadáver abierto y exteriorizado es la verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo (Foucault, p. 187).

Foucault (1980 citado en García Canal, 2006) habla de una Mirada soberana, pero de una mirada que requiere de toda una serie de procesos para que lo invisible en lo visible se haga posible, es decir plurisensorial. Una Mirada que no sólo ve, sino que toca, oye y describe. Esto último a través del lenguaje. Los médicos, entonces, también hablan con los pacientes pero en el marco de una relación asimétrica sostenida en que el saber sólo se encuentra del lado del médico (Abaca, 2008).

La pregunta con que se inicia el diálogo entre ambos se ha modificado, ínfima pero de manera decisiva. Hasta el siglo XVIII ella era: ¿Qué tiene usted?, para pasar a ser ¿Qué le duele a usted?, pregunta que hace evidente la emergencia de la clínica, su aparición, una diferente organización y reestructuración del saber que logra su expresión en la tenue diferencia de la pregunta sobre el cuerpo enfermo (Jean Clavrel, 1983, citado en Foucault, 2014).

La primera etapa de este proceso consiste en la afirmación: usted padece una enfermedad. Su cuerpo está habitado por una enfermedad en la que usted no está personalmente comprometido. El enfermo es así invitado a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le sucede (Clavrel, 1983).

Se trata de que el paciente hable acerca de los síntomas y de aquello circunscripto a la enfermedad, desde lo fenomenológico; a la espera de un significante por parte del médico que defina su padecer y determine una terapéutica adecuada. El lenguaje aparece con valor denominador y tiene valor de exactitud y rigor descriptivo (Colovini, 2009) De lo que se dice, el médico retiene exclusivamente lo que resuena en el discurso médico (Clavrel, 1983).

El sujeto diagnosticador cuenta con un saber que es objetivo y ritualizado: a cada cosa le corresponde un rótulo y ante los mismos signos todos los sujetos son iguales (Sanchez, 2014); “la certeza médica no se constituye a partir de la individualidad completamente observada, sino de una multiplicidad enteramente recorrida de hechos individuales” (Foucault, 2014). De esta manera la subjetividad del paciente queda ignorada, aunque también la del médico, en tanto este solo se remita a aplicar las categorías establecidas de antemano.

Lo que sellará su entrada en el discurso médico es el nombramiento de la enfermedad, el diagnóstico. A través de ello, el médico muestra que lo que padece el enfermo tiene un lugar en el sistema de los significantes (Clavrel, 1983) que constituyen el edificio de saber de la práctica médica. El ofrecer un nombre al padecimiento, acerca al sujeto al conocimiento de alguna causa, lo calma frente a la angustia de lo desconocido, pero, lo aleja de la posibilidad de interrogarse e implicarse en su cura (Sanchez, 2014).

El saber médico, discurso amo dentro de las instituciones públicas, se rige por la marcación de los cuerpos a través de una serie de etiquetas (Foucault, 2004) universalistas y la utilización del lenguaje en su vertiente objetivadora (Colovini, 2009).

Portador del síntoma, para la medicina, el sujeto es secundario con relación al mismo; informante acerca de las condiciones de aparición y de presentación, sus singularidades subjetivas (como registra, como lo padece, como lo informa), no dejan de ser un obstáculo. El objetivo sería la máxima objetivación del síntoma: describirlo, medirlo, representarlo, volverlo visible. Si es necesario hacer hablar al sujeto, es para que aporte información. Se lo interroga y luego debe callar (Leivi, 2001)

Para conocer la verdad del hecho patológico, entonces el médico debe abstraerse del enfermo como sujeto. El paciente es puesto entre paréntesis, es decir, es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre (Foucault, 2014, p. 29). El sujeto no es más que un obstáculo entre el profesional y la enfermedad; se trata de producir la verdad de la enfermedad. Son estas las que sirven como texto; el enfermo es sólo aquello a través de lo que se da el texto a leer (Foucault, 2014, p. 90).

Como señala Cleuvrel (1983), el enfermo es el “médium” a través del cual ese ente incorpóreo que se llama “enfermedad” cobra cuerpo y se hace presente a los ojos del médico.

El hombre es considerado un objeto de saber positivo, la intervención médica lo subsume a la categoría de objeto y busca reestablecer el cuerpo biológico a través de técnicas estandarizadas.

La medicina científica opera desde el lugar de saber y forcluye al sujeto en tanto propicia, desde ese discurso del Amo soluciones universales (Weill, sf, p. 2); logrando de esta manera cumplir con el postulado de la objetividad, pero sin superar, por esto, su ignorancia sobre las condiciones subjetivas de la enfermedad (Sanchez, 2014).

Belaga (2014, p. 10) habla del “arte de reparar”, una lógica cerrada de la enfermedad: no hay nada que aprender de la misma, es tratada fuera del sentido, porque no hay en ella ni sujeto ni experiencia. Sosteniendo a rajatabla una base orgánica para toda conducta humana se achica el margen de error, se supone eliminar lo impredecible y lo incalculable. Lo que no entra en tabulación alguna: lo real (Insua, 2007, p. 15).

Lo aquí desarrollado no pretende ser una crítica moral, sino la conceptualización de aquello que es intrínseco a la práctica (Abaca, 2008): El conocimiento de la enfermedad es la brújula del médico (Foucault, 2014, p. 30).

(1.2) El discurso psicoanalítico: el reverso de la clínica.

“Tu, el sujeto, te has de identificar con el lugar en el que tu síntoma ya estaba (...) has de reconocer el elemento que da congruencia a tu ser.”

Zizek (2003)

El psicoanálisis propone una “mirada” diferente, basada en la escucha y en la búsqueda de la verdad, ya no de la enfermedad, sino del sujeto.

El psicoanálisis, a diferencia de la actitud clasificatoria y universalista de la medicina, se coloca desde el principio 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 (Herrera Guido, 2010). Lacan, desde la enseñanza de 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, desde el momento en que hay más de un analista, se presten, de todos modos, a cierta generalidad. Pero con Freud la experiencia analítica representa la singularidad llevada a su límite, puesto que él estaba construyendo y verificando el análisis mismo [...] Si descuidáramos el carácter único, inaugural, de su proceder, cometeríamos una grave falta (Lacan, 1975/2013).

El psicoanálisis toma el problema al revés de como lo hace habitualmente la ciencia, no ha de partir de lo “sabido”, de aquello que responde a su cuerpo de conocimiento y formulas, sino a partir de lo “no sabido”, a partir de aquello que se presenta como no respondiendo a nuestro saber previo (Sauval, 1999, p. 5).

La experiencia psicoanalítica implica un poner al trabajo al sujeto acerca de aquello que lo trae a la consulta, debiendo implicarse respecto de la verdad subjetiva en juego y asumir una responsabilidad propia sobre su propia patología. Es decir, que el sujeto siempre es responsable de su problemática particular y de su posición de goce en la estructura, lo que le permitirá situarse de otro modo ante lo que es fuente de su padecimiento y clave de su cura (Kelman, 2012).

La cura analítica se encamina, al redescubrimiento de la verdad perdida del sujeto, verdad que encierra el goce, verdad manifiesta en el síntoma, se le plantea al sujeto una nueva relación con el saber, el saber acerca de sí mismo. Posibilidad que desde la perspectiva científica es inalcanzable, pues la ciencia opera en vía contraria al descubrimiento de la verdad por parte del sujeto, la ciencia da la verdad al sujeto, anulando la búsqueda interna de la misma (Aponasenko, 2007).

El lugar del analista es, en palabras de Miller (1997), el de la “ignorancia docta”. Es la ignorancia de alguien que sabe cosas, pero que decide voluntariamente hacer a un lado su saber para dar un espacio en donde pueda producirse un nuevo saber del lado del sujeto analizante.

Si calla en lugar de responder a la demanda, podemos decir que lo que regresa al sujeto es una interrogación acerca de su implicación en eso que dice (Kerycz, 1992 citada en Tumburu, 2013 p. 5) .

Freud, adelantándose a la demanda de sus pacientes ofrecía: “antes que yo pueda decirle algo, cuénteme lo que usted sabe sobre usted mismo”. Es de este modo cómo logró invertir las condiciones de la demanda: ‘no soy yo el que sabe, de antemano, sino usted’.” (Sinatra, 2004 citado en Tumburu, 2013, p. 8)

Al respecto Miller (1997) expresa: “La función operativa de la ignorancia es la misma que la de la transferencia, la misma que la de la constitución del sujeto supuesto saber. El sujeto supuesto saber no se constituye a partir del saber sino que se constituye a partir de la ignorancia”. Con esto se marca que no puede saberse con anterioridad lo que el sujeto quiere decir, solo puede suponerse que quiere decir otra cosa, algo más.

Se apunta a hacer circular el “pathos” en una serie significativa, es decir, a que el paciente pueda poner en palabras aquello que se encuentra coagulado. Circular se opone a taponar y/o rotular, invita a la búsqueda (Tumburu, 2013, p. 8) .

En Psicoanálisis, el saber es un espacio de subjetividad único que está del lado del pa(de)ciente. Nos importa todo aquello que para el médico no sólo es nimio sino que constituye incluso un obstáculo porque no lo ayuda en la definición de la enfermedad y porque, de hecho, hace “ruido” en lo que va de suyo en su material (Perez, 2005).

No se trata del discurso, ni de la lengua, ni del lenguaje en tanto estructurado, sino de ponderar sus palabras quebradas y entrecortadas, sus interferencias, sus vacilaciones, sus inconsistencias entre distintos dichos o entre dichos y actos: el equivoco, los tropiezos del lenguaje. Esto es lo que para nosotros tiene sentido (Harari, 2004, p. 2).

La dimensión subjetiva, singular, es central: ¿lo registra? ¿Cómo lo registra? ¿Lo padece o goza de él? ¿cómo aparece en su palabra y como se articula en su discurso? (Perez, 2005). La “escucha interpretativa” de las ficciones narradas por el paciente son la herramienta principal del acto analítico (Milmaniene, 2012, p. 11).

No sólo es necesario que el paciente hable, sino que además se torna fundamental que teorice acerca de por qué cree él que le ocurre lo que le ocurre, es decir, que haga teoría sobre su síntoma: “¿Por qué cree Ud. Que le pasa esto hoy?”, suele interrogar el psicoanalista (Baraldi, 1993 citado en Tumburu 2014)

Aparece entonces, otra cara del lenguaje, su vertiente subjetiva. Se trata de hacer hablar al sujeto y singularizar su padecimiento apuntando a la recuperación de los significantes y nombres reprimidos o repudiados de la historia libidinal, un saber-hacer-con la falta inherente al orden simbólico (Milmaniene, 2012, p. 12).

Se sostiene, dentro del dispositivo, una apuesta al sentido. Sobre la base de la oferta de escucha el sujeto podrá desplegar los enigmas, su interrogante (Leivi, 2001, p. 345).

Los psicoanalistas son creyentes de la palabra (Milmaniene, 2012, p. 11), no prometen la felicidad, ni eliminar el padecer, ni hacerlo encajar en los patrones de normalidad dictados por el discurso del amo; lejos de rebajarlo a la medida común, se lo eleva como lo propio del sujeto (Greiser, 2012, p. 127).

(1.3) Hospital, clínica y psicoanálisis.

“Dos prácticas, dos discursos, dos realidades”.

Vila (2012)

Psicoanálisis y medicina constituyen dos caras de la clínica, dos modos de aproximación al paciente; uno a predominio de la escucha y el “Otro” a predominio de lo escópico.

El objeto de la medicina es sustancia extensa, espacio lleno en cuyo hueco el lenguaje toma su volumen y medida; se espacializa, y se verbaliza lo patológico. El objeto del psicoanálisis sólo se puede pensar como los efectos de los decires de otro sobre el sujeto, que no arman unidad, que no son dimensionables ni sustancializables. (Hanono, s.f.)

Los entrecruzamientos con la medicina se dan, mayormente y de manera diaria, dentro de las instituciones públicas pero no sin dificultades. En un espacio donde la medicina es el discurso del Amo, la inclusión de los psicoanalistas no fue, ni es, sin resistencias.

La posibilidad de que analistas hoy puedan habitar estos espacios institucionales, con cierta naturalidad, está íntimamente ligada a un esfuerzo consistente en fomentar lazos con otros discursos, dominantes desde antaño en el contexto institucional. Esfuerzo que hoy se puede traducir en un espacio ganado. Sin embargo a pesar de éste, la resistencia institucional aparece siempre, en mayor o menor medida, fundamentalmente de parte del equipo médico (Verneti, 2008).

Pero, ¿Por qué relacionarlos? ¿Qué nos lleva a plantear la necesidad de implicar cosas tan disímiles?

Es importante el reconocimiento de la incompletud de todo campo de saber, de una falta estructural. Los límites de cada concepción teórica, devienen de su propia posición, que permite e imposibilita determinadas intervenciones (Braceras, 2000).

En relación a la “falta” (falta) del discurso médico es que se torna necesaria otra forma de pensar la enfermedad en la institución: el psicoanálisis.

¿Qué nos piden cuando nos dicen que se trata del ámbito de lo psi? A menudo constatamos que se trata de una demanda de atender al sujeto excluido por el discurso de la ciencia, de que alguien se haga cargo de lo que no está previsto por el mismo (Teixidó, 2003).

En “Intervenciones y textos”, Lacan (1999) dice que “el lugar del psicoanálisis en la medicina es marginal, extraterritorial, es marginal debido a la posición de la medicina respecto al psicoanálisis, al que admite como una suerte de ayuda externa”

Podríamos decir que la medicina frente a sus imposibilidades recurre al psicoanálisis, como ayuda externa, derivando a aquellos pacientes que no pueden ser clasificados dentro de un saber establecido y escapan a su afán universalizante.

La carencia del discurso médico es en la medida en que no admite la existencia de la dimensión gozante del cuerpo, a lo cual hay que agregarle que tampoco tiene porqué hacerlo (Verneti, 2008).

Freud con su teorización de la pulsión, como concepto límite entre lo psíquico y lo somático nos da la posibilidad de poder pensar el cuerpo como sinónimo de subjetividad, cuerpo como manifestación subjetiva, cuerpo erógeno y pulsional.

Frente a las “nuevas formas del síntoma”, la dicotomía cartesiana del pensamiento y la extensión, ya no puede ser pensada, tenemos pruebas suficientes para no caer en este reduccionismo.

El problema que se nos plantea, es el de la relación entre el cuerpo orgánico y el cuerpo erógeno (Braceras, 2000).

Podríamos plantear que, por el contrario, el real es el mismo. Hay por mediación de un real, un punto de contacto, uno de cuyos términos para la medicina, es lo subjetivo y para el psicoanálisis es lo biológico.

Ese real compuesto sería la enfermedad, entendida como la experiencia en que aparece un punto de contacto, contingente, entre el cuerpo orgánico y el cuerpo erógeno, ambos campos diferenciados por la especificidad de distintas disciplinas (Braceras, 2000).

Se podría pensar, debido al discurso imperante en dicha institución, que no hay un lugar preestablecido para los psicoanalistas en los hospitales. De manera que lo que va a ponerse en juego, es el modo en que cada practicante del psicoanálisis construye, inventa, su lugar en el hospital: la apuesta es a subjetivar, a la emergencia del sujeto mediante el acto de la palabra (Verneti, 2008).

No existe “el” analista y mucho menos el analista “del” Hospital. No hay especificidad, más bien postulados teóricos que marcan su práctica y definen una ética que los comanda. Lacan dice que el psicoanálisis se reinventa cada vez, que siempre es el caso por caso, y que además debe actuar en base a una posición inquebrantable, la de suponer un sujeto, sujeto del inconciente, sujeto deseante; allí donde el discurso médico supone un organismo, un objeto.

Para el psicoanálisis no hay nada asegurado y la cuestión es aquí muy diferente. La presencia de los analistas en los hospitales ha tenido siempre un carácter sintomático. En principio debido a razones discursivas, ya que el psicoanálisis mismo es una manifestación sintomática del discurso médico. Es preciso recordar entonces, que no hay un lugar preestablecido para los psicoanalistas en los hospitales. De manera que lo que va a ponerse en juego es el modo en que cada practicante del psicoanálisis construye, inventa, su lugar en el hospital. El lugar que allí no hay (Millas, 2002).

Las respuestas que puede proveer la medicina no son, y no deben ser, las mismas que las del psicoanálisis.

La orientación científica de la medicina ha alejado a los médicos de aquel Hipócrates que proponía escuchar al enfermo y atender bien a la respuesta que él mismo daba para así ganarse su confianza y poderle cuidar. Ahora, ante el goce obsceno que irrumpe, ante aquello que no es posible reducir a la demanda y cae por fuera de su saber, el médico responde con el psicoanalista (Teixidó, 2003).

Frente a la complejidad del ser humano y de las presentaciones posmodernas, son necesarios los giros discursivos y la integración en pos de un mayor beneficio para el paciente.

La clínica hoy, “Lo urgente”, representa desafíos para ambas prácticas que acentúan la necesidad de articulación y convivencia de saberes.

La clínica de la urgencia no es la clínica de la urgencia médica, sino un modo de ofrecer como alternativa terapéutica el psicoanálisis dentro del marco de las instituciones públicas. La dimensión del sujeto no puede ser olvidada en los momentos que el paciente se muestra desbordado.

Dentro del marco hospitalario, caracterizado por la presión y condiciones de tiempo diferenciales con respecto a la práctica clásica, no se trata de ir en busca de aquellos significados alojados en las profundidades del psiquismo pero si, del significante que lo implique en su sufrimiento. Tomando en cuenta que el acto médico no deja de ser indispensable.

CAPÍTULO 2: LA URGENCIA

La urgencia se ha convertido en un imperativo de la época. Los sujetos que se nos presentan en la actualidad, evidencian un trasfondo de un universo pulsional habitado por una angustia excesiva e in-nominada, expresión de una deficitaria arquitectura simbólica y una defectuosa consolidación narcisista (Milmaniene, 2010, p. 48).

Colette Soler (2009), plantea que las construcciones simbólicas son la envoltura protectora entre el sujeto y lo real; y brindan la capacidad para hacer frente a lo intolerable. En este contexto, signado por la falta de significaciones estables, el sujeto queda a la deriva sin semblantes y se ve obligado a hacer frente a un real sinsentido (citado en Mateos y Gutierrez, 2014, p. 808).

Podríamos decir que el posmodernismo plantea paradigmas tales que implican modificaciones sociales que influyen en la manifestación del psiquismo y su estructura. Los principios sólidos e inamovibles se han modificado y esto lleva a consultas en donde predomina la urgencia (Pingaro, 2003).

“Urgencia” es un término que proviene del código médico y refiere tanto a un dispositivo asistencial —la urgencia— como un modo de lo que vamos a llamar “la llegada de los pacientes”, un modo en que llegan ciertos pacientes a la consulta (Osvaldo Delgado, s.f.) .

En el diccionario la urgencia remite a prisa, a instar, a inmediatez. Y es desde esta perspectiva que la medicina piensa la urgencia: se trata de una situación a resolver en el menor tiempo posible. Padecimiento y sin tiempo se anudan alrededor del significante urgencia (Nisembaum, 2005, p. 214).

Cuando hablamos de urgencia desde el psicoanálisis, hablamos del encuentro de un sujeto con un acontecimiento, circunstancia que conmueve los puntos de referencia simbólica en los cuales se sostenía. El sujeto queda “desamarrado” en una “deriva de sentido” (Camaly, 2014, p. 129).

“En la urgencia se presenta la dimensión de un real en juego, momentos en la vida de un sujeto (tanto psicótico o neurótico) donde hay un hecho que desencadena un sufrimiento inefable y singular que se manifiesta desde el mutismo absoluto y actos desesperados o quedando apresado de la más profunda angustia como resultado de la ruptura de la cadena significativa, implicando un efecto de mortificación” (Arellano, 2005, p. 163).

Nos referimos a aquello que al *hablanteser* se le hace presente como lo imposible de simbolizar, aquello que sobrepasa lo que su palabra puede nombrar, es decir, que se funda en aquello que Lacan llamó: el traumatismo del agujero de lo real (Sotelo, 2007, p. 17).

En la urgencia, entonces, algo del decir no se articula; algo ocurre justamente en ese nivel que presupondría un significante para otro significante ($S1 \rightarrow S2$), cuyo efecto debe ser un sujeto. Cuando el significante no se articula, el sujeto no puede representarse (Dreyzin y Lichtenstein, s.f., p. 30), se produce su borramiento. Entonces, en la urgencia algo no anda y aquello que no anda es precisamente el sujeto.

Fenomenológicamente podemos pensar que la urgencia puede presentarse bajo la forma de una gran escenificación; el mundo es la escena para que se muestre algo, una agitación psicomotriz, llanto, desesperación, perplejidad. Quien se encuentra en este estado se ha visto confrontado a lo real de una manera abrupta, brutal y no contaba con lo imaginario o con lo simbólico para responder (Seldes, 2006, p 112).

La urgencia esta ligada al sinsentido: al sujeto esto se le presenta como ajeno, no sabe que esta mostrando con este “montaje de escena”, “caída de la escena” o “fragmentación de la escena” (Scavino, 1998, p. 114).

La dimensión de la urgencia tiene que ver con un encuentro que conmociona los sentidos subjetivos en los que el sujeto se reconocía y que le permitían darse un sentido a él y a su existencia. El sujeto no sabe, no entiende, se desconoce en el acto realizado, en la crisis o el desborde que lo ha sorprendido o en los síntomas corporales con los que se presenta (Camaly, 2014, p 130)

En síntesis, podemos definir la urgencia, desde el punto de vista psicoanalítico, como una ruptura de la cadena significativa, una suspensión de la función subjetiva que conduce a la persona a buscar modos drásticos de aliviarse y desembarazarse de aquello que lo desborda y mortifica.

La misma se desencadena cuando un sujeto se encuentra ante la imposibilidad de dar un sentido a algo, algo que es el encuentro con un real que no se deja significar (Sotelo, 2014, p. 7). Cristalizado por fuera de la cadena significativa se hace patente en este exceso; en el desborde que lo habita como algo que debe resolver y, que a veces, lo lleva a buscar una conclusión anticipada en una precipitación a una guardia, o bien a una compulsión o impulsión (Sotelo, 2012).

(2.1) Formas y modos de presentación:

Para poder caracterizar la urgencia es necesario formularse algunas preguntas respecto al carácter de la misma: ¿Qué conduce a la consulta de urgencia? ¿Cómo se presenta el paciente? ¿Dónde nos interpela lo urgente? ¿Por qué la urgencia?

La urgencia reúne la presencia de un padecimiento sin velo, sin trama, con la cuestión del tiempo: la dimensión del apremio y de la prisa. Se presenta descriptivamente como desborde, como verbosidad, como desesperación o también como un mutismo inmovible. Implica la dimensión de un acontecimiento que tiene el carácter de algo abrupto para el equilibrio psíquico del sujeto con todos los riesgos que implica tanto para sí mismo como para otros (Delgado, 2011).

Se trata de la ruptura de la homeostasis que puede transitar diversos caminos: el de la inhibición, el de la compulsión (toxicomanías y trastornos de la alimentación), el de la impulsividad (pasaje al acto o acting out) o el que desemboca en el desencadenamiento de una psicosis.

Los síntomas del paciente suelen ser claramente identificables dentro de los cuadros descriptos por la psiquiatría clásica o por el DSM (Sotelo, 2004, p. 98):

Así, se tratará de un brote psicótico, de la emergencia de un sentimiento de angustia que se vuelve insoportable para el sujeto, de una sobredosis de drogas, de casos de anorexia que ponen en riesgo la vida, de intentos manifiestos de suicidio y otros actos impulsivos (Zack, 2005, p. 92).

Alguien que atraviesa una crisis aguda experimentará de alguna forma un pasaje de lo privado a lo público, de la normalidad a la anormalidad, de la intimidad de su estructura sostenida hasta el momento de una manera particular, al desborde que la sacude y desacomoda (Sotelo, 2004, p. 98).

Los pacientes acuden muchas veces por su propia voluntad pero también traídos por terceros persuadidos o por presión o también fuerza de la ley (son estos últimos dos casos los que más problemas presentan).

Evidentemente, no llegan al diván pero si llegan a nosotros por otras vías (Zack, 2005, p. 91): la guardia, las admisiones e interconsultas son aquellos dispositivos donde la urgencia emerge en los hospitales públicos y nos interpela como profesionales.

Las interconsultas se realizan en las salas de internación; la situación de internación puede favorecer el desencadenante de patologías psíquicas potenciales. En ocasiones, la patología psiquiátrica es preexistente y se solicita la intervención en caso de tratamiento de la crisis.

La admisión consiste en un proceso de evaluación del caso por caso y la posterior orientación del paciente o contención del mismo en caso de crisis. Son muchos los pacientes que llegan a las admisiones en situaciones límites y en estado de indefensión.

Las urgencias solicitadas por Guardia General, lugar de “lo urgente” per se, tienen que ver con una irrupción de lo psíquico que hace tambalear al discurso médico y nos pone frente a un sujeto que, por la perentoriedad de su crisis, no parece beneficiarse solo de aquellos protocolos médicos de urgencia.

El por qué del sujeto, su fundamento más íntimo, aquello que lo responsabiliza y lo representa en su malestar, está suspendido. Lo que encontramos, en consecuencia, es que se articula un silencio, llanto, grito o acto dado que el sujeto ha alcanzado un límite y que este implica riesgos tanto para sí como para otros. El sujeto queda sin recursos, y a merced del goce (Martello, 1998, p 41) precipita una salida que desemboca en algún dispositivo institucional.

(2.2) Un espacio para la urgencia subjetiva en la institución:

“Si uno piensa orientarse por las reglas está perdido, tiene que orientarse por el hecho de que, por supuesto, están las reglas, pero hay que saber hacer con eso, para después actuar conforme al interés del sujeto que sufre y viene a consultar”

E. Laurent (2000)

Al abordar la práctica del psicoanálisis en el hospital público no podemos descuidar la inscripción que éste tiene en la población. El hospital, por su carácter público y gratuito responde al ideal de “salud para todos” funcionando como garante de la salud de la población (Coronel, Cruz, Irrazabal, Miari, Paturlante, et al., 2012).

El hospital implica en el horizonte un universal, un “para todos” desde una política de Estado y, en el mejor de los casos, los dispositivos “para que la cosa marche”. Esta es la primera lectura de los hechos a partir del discurso del Amo, como instalación de la norma. Dentro de este marco se ubica la salud mental y en su extimidad, el psicoanálisis (San Miguel, 2011, p. 238).

En las instituciones es quizás donde más se visibiliza que el psicoanálisis trabaja con sujeto forcluido por la ciencia moderna, ya que ahí donde la medicina se enfrenta con un cuerpo, en tanto orgánico, el psicoanálisis supone un sujeto. Esta caracterización de la divergencia lógica y epistemológica de la medicina respecto del psicoanálisis, no debe ser más que una herramienta para poner a trabajar en las instituciones de salud pública, donde la presencia del discurso médico es preponderante. Este movimiento implica que como potenciales analistas, no imagináremos demasiado la relación con el discurso médico, ya que la diferencia es algo a poner a trabajar, sin que esto implique ni el borramiento de la tensión entre discursos, ni el poner fuerzas en abolir la lógica médica (Abaca, 2008).

Las exigencias de una institución hospitalaria consisten en eliminar el síntoma del paciente que causa malestar y la elaboración de informes evaluativos que siguen un protocolo con rótulos clasificatorios (Bermeo Freire y Peralta, 2014)

En el auge de estas prácticas, características del tiempo de lo instantáneo, el psicoanálisis parece quedar marginado por ser concebido como un tratamiento que se dirige al pasado sin responder a pedidos de inmediatez. Sin embargo, el legado freudiano no cesa de recordarnos que la pulsión es lo más actual en el sujeto (Farje y Fernandez, 2009, p. 3).

El practicante del psicoanálisis apuntará a separarse de los ideales colectivos de la institución para hacer aparecer la singularidad del sujeto, cada vez, ya sea en el contexto de los dispositivos clásicos como en el de los nuevos dispositivos (Coronel, Cruz, Irrazabal, Miari, Paturlante, et al., 2012).

Para ir en contra de la agregación institucional, es necesario querer dar su lugar a la palabra del sujeto. Incluso es necesario saber lo que se oye en la palabra, tanto más cuando el sujeto tratado de este modo no habla de entrada, sea un adulto en crisis, un toxicómano al límite o alguna otra emergencia.

Querer instituciones particulares es querer espacios en donde nos orienten, además de las determinaciones institucionales, cuestiones referentes al sufrimiento psíquico y a la existencia de la cadena inconciente; marca de la falla propia de cada uno y no por la identificación común (Laurent, 2000, p. 143).

El objetivo de participar en estas instituciones no es conseguir la cura analítica para todos; se trata más bien de que sea posible para los sujetos, uno por uno (Laurent, 2000, p. 58). Como dijo Jacques Alain Miller, un uso actual y fundamental del psicoanálisis, es que el encuentro con el analista se transforme en la instalación de un paréntesis caso por caso (Laurent, 2000, p. 49).

La presencia del analista en el hospital público abre a una dimensión diferente del tiempo. Su apuesta es introducir una pausa que haga posible el surgimiento de una pregunta. Pregunta que tal vez inaugure un devenir singular que hubiese quedado anulado respondiendo desde la inmediatez (Farje y Fernandez, 2009, p. 5).

Ahora bien, puesto que es un hecho que hay analistas trabajando en los hospitales, ¿cómo pensar la inclusión del dispositivo analítico en el interior de aquél que no ha sido diseñado por el psicoanálisis, en un dispositivo que “no está regido por su discurso sino por el de la medicina”? (Sobel, 2009, p. 5 citado en Sotelo, Rojas y Miari)

La respuesta la hallaremos en la diferencia esencial. La misma radica en que para el psicoanálisis la intervención no se agota en esa respuesta inmediata. Será necesario contener la irrupción de goce que aparece en la urgencia, pero también abrir una dimensión que permita interrogarla: que quien consulta pueda hacerse una pregunta por su padecer (Sotelo, Rojas y Miari, 2009, p. 9).

En la instituciones, la presencia del analista y su escucha acepta el testimonio del paciente con respecto a su posición respecto del lenguaje, privilegiando el pathos, el sufrimiento en su dimensión subjetiva (Sotelo, 2007, p. 70).

Es necesario tener en cuenta la intervención medicamentosa, en tanto recurso que a veces descomprime situaciones y permite trabajar, así lo plantea Mirta Kuperman: “el psicofármaco interviene acallando el órgano y devolviéndolo al cuerpo. Es en este silencio donde la palabra puede hacerse oír”, considerando que los cuadros mas frecuentes en la guardia de un hospital hoy son: intento de suicidio vía intoxicación por ingesta de medicamentos, cuadros de excitación psicomotriz, crisis de angustia (Abaca, 2008).

No se trata, entonces, de desconocer la efectividad de la práctica médica y su respuesta ante la urgencia. Desde nuestra perspectiva, considerando los riesgos que “lo urgente” implica para la integridad del sujeto y/o de otros, un primer tiempo inmediato es necesario. Apuntamos a articular nuestra práctica como un segundo tiempo necesario, más allá de las normas y protocolos institucionales, pero considerándolos y respetándolos. Hablamos de una convivencia de discursos, de lo institucional y objetivo atravesado por la dimensión analítica en pos de un mejor manejo de la urgencia.

La insistencia de lo traumático, usualmente acallado desde la medicina, y su tendencia a reeditarse muestra la necesidad de un nuevo abordaje sobre el cual el psicoanálisis tiene qué decir .

Una institución hospitalaria dedicada al cuidado de la salud, opera y se muestra estructuralmente de una forma muy diferente a las instituciones de otras índoles (Bermeo Freire y Peralta, 2014, p. 12) . , así como también de la práctica privada.

El psicoanálisis encuentra su lugar en las instituciones públicas a partir de la creación de nuevos dispositivos que permiten este entrecruzamiento de discursos, respondiendo a las reglas institucionales pero no dejándose atrapar por ellas (Coronel, 2014, p. 82).

Actualmente, habiendo vencido algunas resistencias pero haciendo frente a otras que aún operan, encontramos en los Hospitales Generales Servicios de Psicopatología que cuentan con profesionales dedicados al tratamiento de la urgencia y tareas de interconsulta con referencia psicoanalítica en su práctica.

El establecimiento de Servicios y su posterior desarrollo, posibilitó el trabajo conjunto de psicoanalistas y psiquiatras (así como también con profesionales de otras especialidades), y llevó a superar la visión de la urgencia desde un punto de vista puramente psiquiátrico a partir de lo enriquecedor que este intercambio mostró ser en la práctica tanto para los profesionales como para los pacientes.

En lo edilicio, suele contarse con un área de consultorios externos en el que trabajan de manera interdisciplinaria psiquiatras y psicoanalistas realizando admisiones y; un equipo de psiquiatras y psicólogos en la guardia para alojar las demandas que llegan durante la tarde y por la noche.

Cada paciente que llega a la admisión es atendido por este equipo. Aunque se trate de un único encuentro con un paciente, hay una intervención allí. La decisión que los admisores toman en relación a los dichos de cada paciente puede cobrar un estatuto terapéutico.

Se reciben numerosos pacientes que se encuentran frente a acontecimientos que irrumpieron en su cotidianeidad, produciendo un efecto de sorpresa que los inunda y les impide continuar con su vida. Acontecimiento imprevisto, incalculable que no puede ser revestido de un sentido que pacifique.

La apuesta es a leer en el discurso del paciente aquellos significantes que le otorguen una significación a lo contingente (Belaga, G. y Sotelo, I., 2008)

Caracterizamos así, el lugar que el psicoanálisis tiene y debe seguir desarrollando en las instituciones públicas de salud. En este escrito no pretendemos dar una respuesta a cada uno de los obstáculos que esto representa pero sí plantear la perspectiva de que la integración e interdisciplina es posible y enriquece la práctica. Son muchas las instituciones en las cuales se trabaja con esta modalidad con resultados sumamente alentadores y en el marco de un dispositivo dentro del cual los pacientes manifiestan sentirse contenidos y alojados. Es por eso que escuchamos en el Servicio de Admisión del Hospital frases como: *“Siempre venimos al hospital porque la atención es muy buena”, “Me recomendaron Salud Mental de este hospital, me dijeron que era buena la atención”*.

Este apartado responde a la pregunta acerca del cómo incluirse cuando el discurso Amo es un discurso que no tiene en cuenta la subjetividad, del cómo abrir un espacio e instalar un tiempo para esta dimensión; lo cual, si bien es fundamental, nos invita a reflexionar acerca de otra cuestión. Esta es, el sentido de nuestra intervención y a que apuntaría sabiendo que no están dadas las condiciones subjetivas en el paciente ni el encuadre para un análisis puro. Al decir de Raimbault: ¿Cómo opera el psicólogo dentro de esta organización y estructura? (citado en Bermeo y Peralta, 2014, p. 9).

CAPÍTULO 3. DISPOSITIVO ANALÍTICO EN LA URGENCIA

“Habla si quieres que te conozca”.

(Sócrates, s.f. citado en Seldes, 2005)

Frente a las manifestaciones actuales y lo apremiante de las mismas se nos impone la necesidad de caracterizar un dispositivo que nos permita pensar el lugar de lo psíquico dentro de las instituciones, desde la perspectiva psicoanalítica; sosteniendo la eficacia de la misma y la necesidad de introducir modificaciones a la práctica psicoanalítica pura o clásica a la hora de determinar el abordaje de lo urgente.

Se trata de intentar reducir la tensión entre un goce que se impone y la ausencia de una palabra que permita anudar una significación; considerando para esto, que no es la ortodoxia lo necesario sino la presencia del analista.

El primer encuentro con los pacientes puede tener lugar en el ámbito de los consultorios externos o en la guardia, aunque básicamente acudimos al sitio donde emerja la crisis (en el ámbito de la interconsulta, del consultorio de otra especialidad o aún en el hall del hospital) (Belaga, 2006, p. 2).

Quien se dirige a un hospital en situación de urgencia lo hace en busca del alivio de su malestar; es claro que no va en busca de un analista. Sin embargo, el encuentro con un analista puede ser la ocasión para que, con esa urgencia, en la singularidad de cada caso, se pueda hacer algo más que suprimirla o padecerla (Sotelo, Rojas y Miari, 2009, p. 6).

Tomamos como referencia para comprender estas manifestaciones del desamparo y el exceso que llevan a un sujeto a consultar en la guardia, la descripción que Freud hace de la situación de desvalimiento psíquico del sujeto frente al trauma, (Freud, 1991, citado en Tustanoski, Mazzia, Méndez y Marini, 2014, p. 586) considerándolo como un exceso de energía que requiere una tramitación del aparato psíquico (Sotelo, 2011, citado en Tustanoski, Mazzia, Méndez y Marini, 2014, p. 586).

En Freud, desamparo y exceso van de la mano: el desvalimiento psíquico del sujeto frente al trauma es producto de un quantum en exceso que requiere una tramitación del aparato psíquico. El desamparo (Hilfslosigkeit), puede ser pensado como la falta de recursos del aparato psíquico ante aquello que se hace imperioso tramitar (Tustanoski, Mazzia, Méndez y Marini, 2014, p. 586).

Ante estas circunstancias, los hospitales públicos ofrecen un dispositivo: “La palabra “Dispositivo” proviene del latín dispositus cuyo significado es dispuesto.” (Sotelo 2012) En la guardia y consultorios hay profesionales dispuestos, es decir, que tienen el ánimo y la intención de hacer una cosa o están preparados para ello (citado en Tustanoski, Mazzia, Méndez y Marini, 2014, p. 585).

Una intervención protocolizada, cuando es posible llevarla a cabo, puede operar cierto alivio del síntoma pero al precio de dejar por fuera todo lo que no fue estandarizado en el protocolo. La experiencia nos muestra que lo que se deja afuera de algún modo retorna. La buena disposición de los profesionales no hace posible que todo entre en los estándares (Tustanoski, Mazzia, Méndez y Marini, 2014, p. 586).

Los dispositivos tradicionales, si bien resuelven la urgencia médica, vinculada al riesgo, no siempre consideran la urgencia subjetiva ya que su objetivo está orientado a la desaparición de los síntomas a través de la aplicación de prescripciones. Sin embargo las cuestiones ligadas a la misma han alcanzado en la época una complejidad tal que requieren de múltiples intervenciones, siendo insuficiente la exclusivamente médica (Sotelo, Rojas y Santimaria, 2013, p. 635).

El psicoanálisis insta a pensar lo particular de la urgencia, es decir, aquello que se encuentra más allá de lo que se muestra y deriva en la necesidad de recurrir a un profesional. En el momento de consulta la urgencia no es subjetiva; sino algo que se le presenta al sujeto como ajeno o extraño.

Frente a las presentaciones de lo urgente, sea cual sea su forma, la primera decisión, que cae del lado del analista, es la de producir un encuentro que puede tener variados nombres, consulta, primera entrevista o admisión (Seldes, 2008, p. 1).

Aunque no es posible hablar de dispositivo analítico puro en la urgencia, la presencia de un analista, desde su posición y su escucha, permite producir efectos analíticos (Sotelo, Rojas y Miari, 2009, p. 7).

Inés Sotelo (2012) señala: "Dirigir la entrevista con una orientación acerca de la búsqueda de la causa, del origen de los acontecimientos, posibilita que el sujeto se encuentre implicado en ellos y se oriente hacia un tratamiento sostenido que evite la consulta esporádica a través de la guardia." (citado en Tustanoski, Mazzia, Méndez y Marini, 2014, p. 585).

Lacan señala que la misión del analista, es hacerle la contra a lo real (Lacan, 1975 citado en Sotelo, Rojas y Miari, 2009, p. 6) . En términos de Freud, la perturbación económica conduce a que la tarea del analista sea "dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación" (Freud, 1920, p. 6). Es decir que, en la urgencia, el primer movimiento del analista apunta a que algo de ese real se tramite a través de la palabra, que se vuelva relato en el que el sujeto pueda representarse (citado en Sotelo, Rojas y Miari, 2009, p. 7).

Aquel real que se encuentra enquistado en el cuerpo o en el hacer del paciente debe ser reconducido e incluido en el discurso.

El psicoanálisis le ofertará al sufriente la apertura de un espacio que posibilite el despliegue de la cadena significativa, un tiempo no encorsetado por la prisa, que posibilite la emergencia del sujeto dividido, que permita la interrogación por sus síntomas y visualizar el camino para la rectificación subjetiva (Oscar Sack, 2005, p. 93).

El analista se ofrece para que el paciente intente ponerle sentido a eso que se presenta como sin sentido; pero no un sentido cualquiera ni un sentido común, sino un sentido particular, único, propio (Sotelo, 2005, p. 103). La fijación de un primer sentido que permite un primer anudamiento subjetivo (Camaly, 2005, p. 114).

Podemos pensar el dispositivo como lugar de alojamiento del sujeto (Belaga y Sotelo, 2014, p. 35); se requiere de un psicoanalista que escuche ese padecimiento para que se pueda ubicar en el discurso del paciente un significante que lo represente (Coronel, 2014, p. 82).

El analista para poder trabajar con la urgencia, tiene que estar ahí. Es con su presencia que oferta una escucha que no provee sentido sino que espere atenta y activamente que algo del sujeto aparezca. Las estrategias apuestan a alojar esta emergencia, lo que permitirá que un sujeto comience el trabajo de poner en palabras su padecimiento, abriendo un espacio en la inmediatez de la urgencia (Buchanan, 2005, p. 210).

Se trata, de introducir una pausa, un tiempo no cronológico, que no lleve a la prisa por concluir (Arellano, 2005, p. 164): "*a que se le pase*". Justamente la maniobra del analista es que esto no se le pase sino que pase a otro registro, que pase a la palabra (Sotelo, 2005, p. 157) y reinscribirlo en la cadena significativa (Arellano, 2005, p. 164). Abrir un paréntesis para introducir el tiempo de comprender y desde allí apuntar al decir (Lemos y Russo, 1994, p. 66).

Nuestra escucha logra que el paciente hable de la urgencia (Belfiglio, 1997, p 12) y pueda formular una pregunta acerca de su angustia (Del Pup y Vera, 1994, p. 62); localización subjetiva que introduce al sujeto del inconciente quien apropiándose de su sufrimiento, se confronta con la x, el enigma de su causa (Sotelo, 2014, p.28).

El psicoanálisis nos permite intelegir aquello del decir que no se articula. Sólo a través de nuestra escucha se podrá circunscribir el goce, dejar lugar al significante que crea la demanda y que viniendo desde el sujeto se convierte en la punta del iceberg que posibilita su estabilización (Belfiglio, 1997, p. 12).

El psicoanalista intentará reducir el hiato entre lo que vive el sujeto y lo que no puede significar. Intentará reducir la tensión entre estos dos puntos que son el de una emergencia de goce que se impone y la ausencia de una palabra que permita anudar una significación. Habrá que poner palabras donde solo habita lo mudo de la pulsión (Sassaroli, 2014, p. 108). En cada sujeto surgirán sus propios interrogantes, sus propias angustias y asociaciones en las que se enlazan las dos dimensiones de lo traumático (Sotelo, 2005, p. 103).

En esa, a veces única entrevista, el analista intentará que el sujeto sustituya el sentimiento de ser víctima de los síntomas, de las angustias, el insomnio, la ansiedad, de las voces, por un apropiarse de ellos, hacerlos suyos, averiguando que conexión tiene esto consigo mismo, con su historia, su pasado y su presente, con su interior (Sotelo, 2005, p. 103). Se trata de subjetivizar la urgencia, en tanto hacerla pasar por la palabra, reinscribiendo de esta manera algunas coordenadas simbólicas (Buchanan, 2005 p. 210).

Nuestro accionar como analistas será el de encontrar el eslabón roto en esa cadena de significantes para restituir al sujeto borrado en su representación (Belfiglio, 1997, p.13).

La singularidad o variable subjetiva, puede ubicarse a partir de los detalles, de la repetición, de la relación lógica de éstos con el resto del material, de la enunciación puntuada a partir de los enunciados. Para producir esto realizamos una extracción, que podemos referir a la comparación que hace Freud del analista con el escultor quien debe quitar lo que sobra para llegar a la forma buscada. Vamos precisando, preguntando, nombre, dirección, quien es, qué suele hacer, qué pasó, cómo llegó a la consulta de guardia. Así, vamos teniendo elementos para reconstruir de qué escena el sujeto ha caído (Belaga, 2006)

La variable subjetiva se mide en tres niveles (Sotelo, Rojas y Santimaria, 2013, p 636):

1-¿Puede hablar de lo que le pasa o acerca del motivo que lo llevó a la guardia?

2-¿Puede localizar el momento de aparición de los síntomas? Intenta distinguir si el paciente, ante preguntas como ¿En qué momento apareció? ¿Qué ocurrió antes de que apareciera la urgencia?, podía o no armar una trama de acontecimientos ligados a la urgencia.

3-¿Puede formular hipótesis sobre la causa de sus síntomas?", se tiene en cuenta si ante preguntas como ¿Por qué cree usted que apareció el malestar o los síntomas actuales? el paciente logra o no formular alguna causa posible. Es decir, si puede darle un sentido subjetivo.

Estos tres indicadores, están orientados a ubicar si el sujeto que llega a la guardia en urgencia ha podido "entramar alguna red en relación a eso que aparece desarticulado del resto de la vida" (Sotelo, I. 2007 citado en Sotelo, Rojas y Santimaria, 2013, p 636).

A partir de esto, la urgencia ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto: cuando, al ubicar algún acontecimiento en el lugar de la causa, se restituye la trama de sentido, que aunque provisional posibilitaría el inicio de un tratamiento (Sotelo, Rojas y Santimaria, 2013, p 636).

No habrá programas preestablecidos sino que se tratará de una invención particular, (Sotelo, 2005, p. 103).

Eric Laurent proponía intentar una intervención inolvidable ya que muchas veces se tratará de una única entrevista, esto es posibilitar que el paciente despliegue su padecimiento y que a partir de su responsabilidad busque de alguna manera reconducir la vida por senderos soportables (Sotelo, 2005, p. 104).

El sujeto de la urgencia no puede aún sostener una demanda, está más en la dimensión del hacer que del decir. Si una demanda puede articularse, habrá lugar para una nueva decisión (Seldes, 2005, p. 88).

Las presentaciones de lo urgente, fenómenos de desligadura, comprenden un amplio campo de perturbaciones. Estos no son en sí mismos estructuras clínicas, sino que se encuentran tanto en la perversión como en las psicosis y en las neurosis.

La pulsión desligada desborda al sujeto, en términos generales, en ámbitos como el del acto, el del soma, el del consumo y en lo alucinatorio (Bottini, 2012, p. 2).

En el siguiente apartado se abordarán las denominadas impulsiones como pasaje al acto y el uso compulsivo del tóxico. La impulsión es aquella acción en la cual el sujeto busca desembarazarse de la angustia mediante un acto de descarga. En la compulsión, tal vez ese mismo acto se vuelve repetitivo en un intento de búsqueda de una solución a un problema que la estructura plantea (Corsiglia, 2012).

(3.1) Impulsiones: pasaje al acto

El pasaje al soma, que implican las impulsiones, se da como una manifestación pura de la cantidad pulsional en forma de afecto no significado (Freud, 1933/1937/1038 citado en Vega, 2009).

Estas, a pesar de su gran diversidad, comparten como característica la pura descarga evacuatoria, a veces en el cuerpo mismo, de cantidad pulsional o de "excitación sexual somática, en la terminología freudiana primitiva, sin inscripción ni representaciones en lo psíquico (Vega, 2009).

Obedece así a un impulso irresistible que momentáneamente calma una tensión insoportable. La invasión de angustia automática, no ligada, hace colapsar las defensas y el impulso se dispara (Mauer y May, 2013)

Acting out y pasaje al acto constituyen dos modalidades de presentación del sujeto frente a la angustia, cuando el sujeto se halla sin recursos simbólicos frente a la misma:

El acting-out implica una mostración y una apelación al otro como intento de situarse en la escena. Lo mostrado corresponde a ese "algo" que como des-velado, emerge en la angustia. Lo que soy como objeto interroga al Otro sobre el lugar que ocupó en su deseo, causándolo. Si falla la respuesta del Otro como deseante, en el sujeto en la zona del acting-out se dan las condiciones para el pasaje al acto, en que sale de la escena y, al perder las coordenadas simbólicas que lo constituyen como sujeto historizado, queda reducido a su identificación con el objeto (Barredo y Paulucci, 1998).

Se trata de un actuar impulsivo inconsciente caracterizado por una intensa angustia incontrolada e incontrolable, en la que el sujeto confrontado radicalmente por una situación irresoluble reacciona de modo intempestivo (Armando, 2013)

Es frecuente encontrar estos actos desafortunados que muchas veces ponen en riesgo la vida o la salud de un sujeto (Sotelo, 2007, p. 113) y probablemente sea necesario, en primer lugar, un "acto médico" para ponerlo a salvo (Sotelo, 2007, p. 117).

Frente al desmoronamiento de la escena que lo ubica sin referente, es decir, a falta de un orden simbólico; el analista en la urgencia brinda alojamiento logrando que algo del orden de la palabra, en tanto significante, se ponga a circular, es decir, una vehiculización de ese goce mortífero (Perelli, 2005, p. 221).

Desde nuestra posición de analistas, podemos señalar que las situación requiere que podamos ofrecer un semblante de Otro capaz de sostener una mirada y una escucha (Staude, 2001). Así la intervención apuntará a crear un espacio de contención (holding), lo cual implica ofrecer un sostén simbólico (Barzani, 2003).

La contingencia del encuentro con un analista posibilita que ese padecimiento tenga un lugar en el Otro, que aquello que se presenta como urgencia pase del grito al llamado (Sotelo, 2007, p. 117).

El acting out pide interpretación pero el sujeto no está en condiciones de recibirla, desconoce que tenga un sentido y no esta representado en lo que dice (Schussler, 2014, p. 69). El analista se abstiene de interpretar y conduce al sujeto a recorrer los acontecimientos que lo precipitaron a la puerta de un acto (Sotelo, 2007, p. 117).

El analista apunta a poner un límite al exceso, pararlo. De algún modo, realizando una intervención en acto, pone algo de un S1, de un significante uno. Se apunta a sorprender al sujeto; a que se pregunte algo de lo que no se había percatado para así, transformarlo en síntoma, en enigma (Carbone, 2002).

(3.2) Compulsiones: toxicomanías

El psicoanálisis rompe con esta concepción y entiende a la adicción no como una entidad patológica autónoma, sino como un fenómeno transestructural, una práctica que se presenta en diferentes estructuras psíquicas y además presenta una gran variabilidad según cada paciente (Corsiglia, 2012).

Silvia Bleichmar explica que el funcionamiento compulsivo produce una especie de “deshidratación psíquica” en la cual el sujeto cree que calma la insatisfacción cuando lo que se produce es precisamente un circuito de insatisfacción mayor en tanto la tensión generada por lo pulsional desligado es inevaluable a la vez que imposibilitado de tramitación psíquica. Terreno fértil para el goce pulsional más que para el campo deseante (Bottini, p. 163)

El tóxico aparece como una alternativa frente a la ausencia de recursos simbólicos. Frente a lo real, la recurrencia a la droga enmarcara o alivia y es objeto de sostén del deseo (Staude, 2001).

El objeto droga es investido por el Sujeto adicto de una cantidad de propiedades inagotables: es un objeto mágico que completa y satisface, por lo tanto no está inscripto en la circulación del deseo ni en el recorrido metonímico de la palabra, sino por el contrario es contundente y propicio para esta época: no deja lugar para la pregunta y le da al paciente adicto un cimiento sólido, un nombre: “soy adicto” (Rodríguez Rech, 2012, p. 784).

La toxicomanía, no es otra cosa que el intento de recrear la unidad del mundo infantil en el cual la pareja representada por la madre y el niño forman una unidad. El toxicómano ya no necesita de la palabra, de la dimensión simbólica, del otro, para satisfacerse. No tiene por qué responder. Estamos en el registro del narcisismo (Jáuregui, 2000, p. 5).

Llegan habitualmente a la consulta sin un síntoma que los aqueje; desimplicados, sin interrogantes; llegan, con la “respuesta” que han conseguido: “yo me drogo por las compañías”, donde la causa es atribuida a algún otro o a la sustancia otorgándole poderes omnímodos y demonizantes (Quevedo y Kameniecki, 2005).

Quien consulta es un otro angustiado sin saber que hacer; por lo tanto la urgencia parece que prevalece, pero tenemos que estar atentos a no responder de manera compulsiva, certera y contundente (igual que el objeto droga). En realidad, a nosotros nos urge esperar y darle un sentido a la urgencia.

Frente al “des-borde” intentamos reflexionar una respuesta posible: hacer hablar y ponerlos a trabajar, esa es nuestra apuesta (Rodríguez Rech, 2012, p. 786) .

El objetivo el contexto del análisis apuntaría a recuperar algo del cuerpo en la palabra, frente a esta suerte de neurosis actual producida por la química (Staude, 2001). Se apunta, entonces, a sintomatizar el consumo y a que algo de la responsabilidad del sujeto aparezca.

Es en definitiva, proponerle al Sujeto sustituir un hacer por un hacer: el adicto hace con la droga y el cuerpo, nosotros le proponemos hacer con la palabra, es crear un escenario donde exista este Sujeto y que para éste exista un inconciente (Rodríguez Rech, 2012, p. 788).

Inés Sotelo (2007, p.143) considera fundamental ubicar con que significantes un sujeto se siente representado, que acontecimientos, que rasgos, que datos selecciona para presentarse y poder empezar a construir una trama (dirigiendo la cura y no al paciente por ejemplo, mediante la prohibición del consumo). Se trata de empezar a pensar en la pregunta: ¿De que padece el sujeto?

El analista tampoco interpreta el consumo sino que trabaja en pos de que el sujeto se apropie de su relación con el tóxico, que pueda preguntarse acerca de esto (Sotelo, 2007, p.157). El objeto droga debe ser cuestionado y problematizado para que pueda, en otro tiempo, haber análisis.

Se debe trabajar el pasaje de significaciones alienantes provenientes del Otro como rótulos: “yo soy toxicómano” a que el sujeto trabaje los significantes que lo representan y determinan (Galante, 2005, p. 171).

4. CONCLUSIONES

La urgencia se ha convertido en el imperativo de la época. Se trata de un significante que abarca diversas formas de manifestación (impulsiones, compulsiones, etc.) que atraviesan tanto el discurso médico como el psicoanalítico, al mismo tiempo que generan entrecruzamientos entre los mismos.

Este acercamiento, que no es sin resistencias ni tensiones, a partir de la creación de nuevos dispositivos tiene su lugar.

El hospital público es el marco en donde esto sucede con mayor frecuencia. La aplicación del psicoanálisis en las instituciones públicas apunta a dar lugar a la singularidad del sujeto separándose de los ideales universalistas del discurso Amo, pero sin desconocer aquello que desde la práctica médica se sostiene y practica.

Lacan (1975/2013) afirma en “Variantes de la cura tipo” que el psicoanálisis “no es una terapéutica como las otras”. Cuando habla de variantes de la cura tipo invita justamente a considerar en las variaciones, en el caso por caso (Favre, 2004).

Es necesario que, en instituciones donde el discurso Amo es el de la medicina y el deseo que impera es el de curar rápido, no perdamos aquello que caracteriza nuestra práctica convirtiéndonos en reproductores de la lógica médica.

La cura analítica presenta especificidades que la distinguen de las psicoterapias y de la curación médica (Rubistein, 2011).

Algunos críticos aseveran que, por el encuadre tradicional planteado desde el psicoanálisis, éste no sería acorde para los tiempos que corren, donde todo intenta ser instantáneo, ni para hacer frente “lo urgente”, caracterizado por el apremio y la prisa.

Sostenemos que el psicoanálisis no es solo la ortodoxia o la práctica coagulada a través del tiempo, sino que aún esta vigente y tiene respuestas a estas “nuevas formas del síntoma” que se presentan como “lo urgente”.

Tomando la teoría heredada, es posible realizar variaciones de la técnica, con la premisa de que es necesario que exista un tiempo para la palabra del sujeto y que la urgencia es que haya un analista dispuesto; que con su escucha pesquise en el discurso del paciente aquel eslabón de la cadena que identifica lo subjetivo del malestar, permitiendo que este se pregunte acerca de sus dichos y, sin el cual, lo traumático tenderá a reeditarse. Lacan advirtió acerca de los riesgos del furor curandis y sostuvo que “*nuestra justificación y nuestro deber son el de mejorar la posición del sujeto*” (Rubistein, 2011).

No se trata de prescindir de la respuesta de la medicina sino de buscar el diálogo y la articulación de ambos discursos, con los desencuentros que esto implica, a favor del paciente y de brindar una mejor respuesta y calidad de atención.

La “clínica de la urgencia” es un desafío diario, no hay prescripciones ni recetas, y aún quedan interrogantes por responder. El tiempo institucional, no es el tiempo del sujeto. Entonces, cabe preguntarse: ¿es posible que el tiempo este preestablecido por la institución y no tome en cuenta aquello que cada sujeto requiere? ¿es suficiente lograr algún efecto terapéutico para dar por terminado el tratamiento? ¿podemos hablar de cura? ¿es necesario considerar un más allá de la institución?

REFERENCIAS

- Abaca, F. (2008). Algunas especificidades del psicoanálisis en lo público: clínica de la urgencia. Universidad de Rosario [versión electrónica].
- Alcocer Mateos, S y Palacios Gutiérrez B. (2014). Breves puntualizaciones desde el psicoanálisis sobre el sufrimiento psíquico del sujeto en el contexto posmoderno. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (2). Disponible en la WEB:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num2/Vol17No2Art18.pdf>
- Ardila, R. (1979). La psicología en Argentina: pasado, presente, futuro. [versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11, (1), 71-91.
- Arellano, F. (2005). El dispositivo de la urgencia en un hospital general. "Un día de locura". En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Armando, A. (2013). El factor humano y su relación con el suceso accidente de tránsito: "el sujeto del accidente de tránsito". Programa de Incentivo para Docentes de la Universidad Nacional de Rosario, Hospital Heca. Disponible en:
http://www.hospitalheca.org/hospital/index.php?option=com_content&view=article&id=94:accidente-de-transito&catid=4:docencia-e-investigacion&Itemid=5
- Barredo, C. y Paulucci, O. (1998). Clínica de la angustia: acting out y pasaje al acto. En Barredo C., Dujovne, I., Paulucci, O., y Rodriguez, D. La misteriosa desaparición de la neurosis. Buenos Aires: Letra Viva.
- Barzani, C. A. (2003). La consulta terapéutica en el marco de la guardia. *Topia*, XIII (37) Disponible en:
<http://www.topia.com.ar/articulos/la-consulta-terapeutica-en-el-marco-de-la-guardia>
- Bauman Z. Y Dessal G. (2014). El retorno del péndulo: sobre el psicoanálisis y el futuro del mundo líquido. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada. Las respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Belaga, G. (2006). Equipo de urgencias subjetivas. *Revista Virtualia*, 14. Disponible en la WEB:
http://virtualia.eol.org.ar/014/pdf/encuentro_eol_belaga.pdf
- Belaga, G. y Sotelo I. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro. Disponible en la WEB:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf
- Belaga, G. (2014). Trauma, angustia, síntoma: desafíos de la biopolítica. Barcelona: Grama ediciones.
- Belaga, G. y Sotelo I. (2014). Trauma, ansiedad y síntoma: lecturas y respuestas clínicas. En I. Sotelo (Ed.). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Belfiglio, M. A. (1997). Los tiempos de la urgencia. *Revista Area*, 5 (6).
- Bermeo Freire, M. J. y Peralta, K. I. (2014). El psicólogo clínico en la institución hospitalaria: formas de abordajes terapéuticos. Tesis de grado. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Braceras, D. (2000). Psicoanálisis y medicina: pensar la interdisciplina. *Psicoanálisis y Hospital*, 18. Disponible en la WEB:
<http://www.cancerteam.com.ar/brac065.html>
- Bottini, M. (2012). "Subjetividad contemporánea y efectos en la estructuración psíquica: los fenómenos de desligadura". Tesis de grado. Universidad Autónoma de Madrid.

- Buchanan, V. (2005). Estrategias del analista: meter la pata. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Camaly, D. (2014). Modalidades de resolución de la urgencia en la guardia de un hospital general. En I. Sotelo (Ed.). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Carbone, V., (2002). "El acting out y el pasaje al acto como respuesta a la angustia en la clínica de hoy". Ciclo de conferencias Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, Buenos Aires. Disponible en la WEB: (<http://www.psicomundo.com/argentina/alvear2002/carbone.htm>).
- Castellanos, S., (2009). El dolor y los lenguajes del cuerpo. Barcelona: Grama ediciones.
- Clavrel, J., (1983). El orden médico. Barcelona: Argot
- Colovi, M., (2009). Seminario 4: La clínica médica, la mirada y el lenguaje. [Material de clase]. Universidad Nacional de Rosario.
- Coronel, M. (2014). La admisión en la institución pública. En I. Sotelo (Ed.). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Coronel, M., Cruz, A., Irrazabal, E., Miari, A., Paturlante, E., et.al. (2012). La eficacia de la clínica psicoanalítica en el hospital público. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires. Disponible en la WEB: <http://www.aacademica.com/000-072/754.pdf>
- Corsiglia P. (2012). El aporte del psicoanálisis a la clínica de las adicciones y el recurso al dispositivo grupal: una apuesta desegregativa. Centro Carlos Gardel de Asistencia en Adicciones. Disponible en: <http://centrocarlosgardel.blogspot.com.ar>
- Cruz Aponasenko, A. (2007). Saber, verdad y psicoanálisis. Acheronta, 24. Disponible en la WEB: <http://www.acheronta.org/acheronta24/aponasenko.htm>
- Delgado, O. (2011). Angustia y trauma. Revista Virtualia, 23. Disponible en: <http://virtualia.eol.org.ar/023/Lecturas-freudianas/pdf/Angustia-y-trauma.pdf>
- Delgado, O. (s.f.). El acontecimiento traumático. Disponible en la WEB: <http://www.vectorsaludmental.com/archivos/El%20acontecimiento%20traum%20E1tico.doc>
- De Pulp, S. Vera, A. (1994). Efectos de nuestra práctica en la urgencia. Psicopatología de la urgencia: 1ras. Jornadas. Hospital Juan A. Fernández. Buenos Aires: Surge.
- Dreyzin, A. y Lichtenstein, C. (s.f). Eric Laurent con el Grupo de Investigaciones sobre las Urgencias. En Bialer M y Blanco, B (Ed.). La urgencia: el psicoanálisis en la práctica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Farje, M. y Fernández, C. (2009). Pensar el tiempo. Acerca de la presencia del analista en el hospital público. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, 20. Disponible en la WEB: http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/pensar_el_tiempo_farje_y_fernandez.pdf
- Favre, A. (2004). Variantes de la cura tipo. Jornadas Aniversario 30 años de la Escuela Freudiana, Buenos Aires. Disponible en la WEB: <http://www.efba.org/efbaonline/favre-11.htm>
- Flores Morelos, F. (2010). El psicoanálisis en la era de la posmodernidad. Revista Carta Psicoanalítica, 2.
- Foucault, M. (2004). El nacimiento de la clínica. Siglo XXI editores: Argentina.

- Freud, S. (1919/2012). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En J. Strachey (Ed. & Trad.) Obras completas, 17. 11ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu. (trabajo original publicado en 1919).
- Fudín, M. (2008). El tiempo de la urgencia: ruptura del lazo social y emergencia de una ética. XI Jornadas sobre Emergencias Psiquiátricas, Buenos Aires.
- Galante, D. (2005). Psicoanálisis: un problema para la toxicomanía. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- García Canal, M. I. (2006). Espacio y Poder: el espacio en la reflexión de Michel Foucault. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Disponible en la WEB:
http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_libro.php?id_libro=1
- Giordano, R. E. (s.f.). Datos sobre el desarrollo de la psicología y el psicoanálisis en argentina. Disponible en la WEB:
<http://www.ocw.unc.edu.ar/facultad-de-derecho-y-ciencias-sociales/psicologia-y-trabajo-social/actividades-y-materiales-1/datos-del-desarrollo-de-la-psicologia-y-el-psicoanalisis-en-argentina>
- Greiser, I. (2012). Psicoanálisis sin diván. Barcelona: Paidós.
- Hanono, P. (s.f.). Del discurso médico-jurídico al discurso psicoanalítico. Disponible en la WEB:
<http://www.psicomundo.com/foros/investigacion/medico.htm>
- Harari R. (2004). Acerca de lo real del lenguaje en la clínica psicoanalítica. *Actualidad Psicológica*, 326.
- Herrera Guido, R. (2010). Psicoanálisis y Medicina. *Revista Carta Psicoanalítica*, 10. Disponible en la WEB: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article96>
- Heumann, G. A. J. (s.f.). La enseñanza de la salud mental en la facultad de medicina en el contexto de nuestra sociedad posmoderna. Disponible en la WEB:
http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/jornada_sm_01.pdf
- Insua, G. (2007). Rostros actuales de lo terapéutico: ¿Hacia el progreso de la ciencia o hacia el egreso del sujeto?. *Psicoanálisis y Hospital*, 31, 15-20
- Jáuregui, I. (2000). El sentido moral del toxicómano. Entre el deseo y la ley. *Orientaciones para una intervención*. *Gazeta de antropología*, 16. Disponible en la WEB:
<http://www.gazeta-antropologia.es/?p=3369>
- Kelman, M. S. (2012). La noción de síntoma en la intersección entre clínica médica y clínica psicoanalítica. *Actualidades en Psicología*, 113 (26), 33-49.
- Lacan J. (1975/2013). El seminario uno: los escritos técnicos de Freud. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1988). La tercera. Intervenciones y textos 2. Buenos aires: Siglo XXI
- Lacan, J. (1999). Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y textos 1. Buenos Aires: Manantial.
- Lasnik, D., Battaglia, G., Capurro, E. y Etchevers, M. (2006). Superyó: el malestar en la clínica. *Anuario de investigaciones Universidad de Buenos Aires*, XIV. Disponible en la WEB:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a36.pdf>
- Laurent, E., (2000). Posición del psicoanalista en el campo de la Salud Mental. Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Tres Haches.
- Leivi, M. (2001). El síntoma en la clínica analítica. *Psicoanálisis APdeBa*, XXIII (2), 341-355

- Lemos, L. y M. Russo, L. V. (1994). Urgencia del cuerpo y urgencia del sujeto. Psicopatología de la urgencia: 1ras Jornadas, Hospital Juan A. Fernández. Buenos Aires: Surge.
- López Arranz, Z. (2011). Los modos de goce en la posmodernidad. [versión electrónica]. Tesis psicología, 6, 89-101.
- Marín, P. Y Romero L. (2009). Pensar las demandas actuales: el espacio analítico como productor de subjetividad. IV Congreso Marplatense de Psicología, Buenos Aires.
- Martello, O. A. (1998). Intervenciones sobre la urgencia. *Psicoanálisis y Hospital*, 7.
- Mauer, S y May, N. (2013). Niños y adolescentes jugando con el filo de la navaja. *Topia*, XX (58). Disponible en: http://www.topia.com.ar/sites/default/files/files/revista/pdf/locuras_actuales.pdf
- Menezes, L. y De Souza Leite, M. P. (1992). Psicoanálisis e intensidad. *Psicoanálisis y Hospital*, 1, 39-41.
- Millas, D. (2002). Psicoanálisis aplicado en las instituciones asistenciales. Jornadas EOL, Buenos Aires. Disponible en la WEB: www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/millas.doc
- Miller, J.A. (1997). Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2012). Lo real en el siglo XXI. El Orden Simbólico en el Siglo XXI. Argentina: Grama Ediciones.
- Milmaniene, J.E. (2010). Clínica de la diferencia: en tiempos de perversión generalizada. Buenos Aires: Biblos.
- Milmaniene, J.E., (2012). La fe en el nombre: una lectura psicoanalítica de las creencias. Barcelona: Biblos.
- Milmaniene, J.E. (2014). Iluminaciones freudianas: el psicoanálisis en la sociedad de consumo. Buenos Aires: Biblos.
- Nisembaum, M. (2005). El goce cínico. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Orosio Clavijos, L. (2011). Psicoanálisis y clínica de la urgencia: aproximaciones freudianas en torno a la atención de urgencia y emergencia en hospitales de Salud Pública en Chile. Tesis de grado. Universidad de Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile.
- Perelli, V. (2005). Tan cerca que quema. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Perez, M. A. (2005). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Actualidad psicológica*, 331. Disponible en la WEB: <http://www.psicocorreo.com.ar/sintomas.html>
- Pingaro N. (2003). La posmodernidad. *Revista Relatos Clínicos*, 3. Disponible en la WEB: <http://www.psicomundo.com/relatos/pdf/relatos3.pdf>
- Quevedo S. y Kameniecki, M. (2005). Dispositivos clínicos en toxicomanías. En Donghi, A., Gartland, C. y Quevedo, S. (Ed). Cuerpo y subjetividad. Variantes e invariantes clínicas. Buenos Aires: Letra Viva.
- Rodríguez Rech, M. (2012). Toxicomanías: un modo particular de vincularse. *Revista Borrromeo*, 3. Disponible en: <http://borrromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/Toxicoman%C3%ADasRodríguezRech.pdf>
- Rubistein, A. M. (2002). Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas. Disponible en la WEB: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/algunas_consideraciones_sobre_la_terminacion_de_los_tratamiento.pdf

- Rubistein, A. (2011). Los efectos terapéuticos en psicoanálisis: recorridos y conclusiones preliminares. Disponible en la WEB: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100067
- Sanchez, L. (2014). Algunas consideraciones sobre el diagnóstico en la clínica psicoanalítica. Acheronta, 28. Disponible en la WEB: <http://www.acheronta.org/acheronta28/sanchez.htm>
- San Miguel, T. (2011). Urgencia y discursos. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires. Disponible en la WEB: <http://www.aacademica.com/000-052/250.pdf>
- Salomon, G. (noviembre, 2013). Las urgencias del parlêtre. IV Encuentro Americano de Psicoanálisis de Orientaciones Lacaniana, Buenos Aires.
- Sassaroli, S. (2014). Tiempo y urgencia – psicoanálisis aplicado – deseo del analista_ un tiempo donde lo urgente es que haya analista. En I. Sotelo (Ed.). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Sauval, M. (1999). Psicoanálisis y práctica hospitalaria. Disponible en la WEB: <http://www.sauval.com/articulos/hospital2.htm>
- Scavino, R. (1998). Observaciones sobre la urgencia. Psicoanálisis y Hospital, 7.
- Schussler, E. C. (2014). Acting out y pasaje al acto en la urgencia. En I. Sotelo (Ed.). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Seldes, R. (2004). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. En G. Belaga (Ed). La urgencia generalizada. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Seldes, R. (2005). La urgencia subjetiva. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Seldes, R. (2006, octubre). La urgencia subjetiva: la decisión para un cambio. El faro,1, 109-129.
- Seldes, R. D. (2008). La urgencia del psicoanálisis aplicado. Revista Virtualia, 18. Disponible en la WEB: http://virtualia.eol.org.ar/018/pdf/seminario_seldes.pdf
- Silvestri, N. y Seldes, R. (1989). La urgencia del sujeto. Escansión: nueva serie, 1, 131-134.
- Sotelo, I. (2004). La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. En Belaga, G., (Ed.). La urgencia generalizada. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2005). ¿Que justifica el psicoanálisis en la institución?. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2005). La invención de un lugar para la urgencia. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2009). Introducción. En I. Sotelo (Ed.). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Sotelo, I., Belaga, G., Moraga, P., Mendez, P., Alesanco, M., Pagano, M., Torres Jimenez, M., Leserre L., Rojas, A. y Santamaria L. (2010). De la urgencia al síntoma. Disponible en la WEB: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo3.pdf

- Sotelo, I., Rojas, M. A. y Miari A. S. (2011). Hospital, dispositivos, urgencias. Disponible en la WEB: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf.
- Sotelo, I. (2012). Desborde angustioso: La urgencia. Disponible en la WEB: <http://www.causaclinicavirtual.com.ar/mod/page/view.php?id=69>.
- Sotelo, M. I., Rojas, M. A. y Santamaria, L. (2013). Conclusiones sobre la consulta de urgencia en salud mental en 4 hospitales generales del Mercosur. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2014). ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?. En I. Sotelo (Ed.). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Staude, S. (2001). Urgencia en la clínica de adicciones. Revista de psicoanálisis y cultura, (14). Disponible en: <http://www.acheronta.org/adicciones14.htm>
- Teixidó, A. (2003). Práctica del psicoanálisis en una institución sanitaria. ¿Qué puede aportar la presencia del psicoanalista en el ámbito de la medicina?. El periódico virtual de la sección clínica de Barcelo. Disponible en la WEB: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=109&autor=7&pub=3&rev=21>
- Tumburú, C. (2013). Sobre la rectificación subjetiva en la clínica del aprender. Revista Pilquen, XV. Disponible en la WEB: http://www.revistapilquen.com.ar/Psicopedagogia/Pscio%2010/10_Tumburu_Rectificacion.pdf
- Tustanoski, G., Mazzia, V., Méndez, P. y Marini, G., (2014). Tratamiento de las urgencias en salud mental: del desamparo al detalle. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires. Disponible en la WEB: <http://www.aacademica.com/000-035/735.pdf>
- Vernetti, R. L. (2008). El hospital: un lugar para la clínica psicoanalítica. [Material de clase]. Universidad Nacional de Rosario.
- Vila, M. E. (2012). Los discursos en la dirección de la cura. Jornadas Escuela Freudiana, Buenos Aires. Disponible en la WEB: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1472.pdf
- Weill, V. (s.f.). Un significante: psicósomática. [Material de clase]. Psicología clínica de adultos. Universidad de Belgrano.
- Zack, O. (2005). Lo que no llega al diván. En I. Sotelo (Ed.). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Zizek, S. (2003). El sublime objeto de la ideología. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Zuberman, J. (2001). Por qué el psicoanálisis aún. Escuela Freudiana de Buenos Aires. Disponible en la WEB: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1137.pdf