



Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL:

Clínica de las Urgencias: desde la prisa a  
la pausa y el oficio de hacer lazos.

**Modalidad de presentación:** Ensayo  
**Autor:** Reynoso, Romina Desireé  
**Legajo:** R-5101/2  
**DNI:** 35.441.046  
**Docente responsable:** Ghilioni, Celeste

- 2024-

## Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional de Rosario, en especial a esta casa de estudio en la cual tuve la dicha de “caer”, que me acogió y acompañó en estos años ofreciéndome una formación gratuita y de calidad a través de cada docente, en especial a Julieta por el acompañamiento en este último tránsito. A su vez, agradecer a Celeste, quien con dedicación y amoroso compromiso supo brindar seguridad y orientación durante la construcción de este trabajo.

Gracias a mi familia, que siempre han estado para ser sostén. A mi madre y mi padre, Sonia y Sebastián de quien herede el amor por las causas nobles, comunes y justas. A Rocio mi hermana, mi cómplice desde siempre. A Camilo, Alma y Salvador, testigos de que la magia existe, por enseñarme el amor más puro.

A Juan Manuel mi compañero, por ser refugio en tiempos de tempestades y alegría en momentos de júbilo. Por estar siempre atento y predispuesto a acompañar, en especial en estos tiempos de escritura.

A mis amigas, todas ellas. Las de cerca y las de más lejos, las eternas y las más fugaces. Las que se hicieron familia y ahora colegas, que supieron ser hogar, alegría, interrogantes y compañía. Las que, como dice Dani, están ahí para darnos confianza cuando la propia flaquea.

Gracias por este caminar, que siempre es acompañado, porque sin cada uno y una no hubiese sido posible, o al menos en la misma medida.

## Índice

Resumen .....	2
Introducción .....	3
Los dispositivos asistenciales en Argentina: andamiaje clínico-jurídico .....	4
Las urgencias y su devenir subjetivo. Psiquiatría y Psicoanálisis .....	6
Cruces entre psicoanálisis y medicina. Una lectura posible hacia la institución .....	8
Eccomi, aquí estoy. El lugar del analista en la urgencia .....	9
El oficio de hacer lazos en la práctica institucional .....	12
Reflexiones Finales.....	16
Referencias Bibliográficas.....	18

## Resumen

Este ensayo aborda la clínica de las urgencias subjetivas desde una perspectiva psicoanalítica, centrada en el papel del analista dentro de instituciones hospitalarias, en el marco de la Ley 26.657. Se reflexiona sobre la "urgencia" entendida como la ruptura aguda del orden simbólico que desestabiliza al sujeto, generando una pérdida de coordenadas para transitar la vida. La diferencia entre las urgencias tratadas por la medicina y el psicoanálisis es fundamental, ya que mientras la medicina busca aliviar rápidamente los síntomas, el psicoanálisis ofrece un tiempo de pausa para que el sujeto pueda reconstruir el sentido de su malestar. El analista debe intervenir inicialmente desde la función del amo, proporcionando contención y un espacio donde el sujeto pueda ser alojado. Posteriormente, este espacio debe habilitar la subjetivación de la urgencia, permitiendo que el paciente articule su sufrimiento, tomando posición desde una escucha que permita estar allí para que algo se pueda decir. La intervención psicoanalítica en la urgencia requiere una práctica flexible y creativa, por lo que se introduce el concepto de "oficios del lazo", entendido como perspectiva clínica, que implica acompañar a los pacientes mediante gestos y palabras que ejerzan presencias desde las artes del cuidado, favoreciendo la reconstrucción de significantes y el proceso de subjetivación, en un lazo discursivo con el analista.

Palabras clave: urgencia subjetiva – psicoanálisis – clínica hospitalaria – transferencia-  
oficios del lazo.

## Introducción

El presente ensayo aborda como tema, la clínica de las urgencias en hospitales generales, desde una mirada psicoanalítica, con el objetivo de reflexionar sobre el quehacer psicoanalítico y su especificidad dentro del ámbito hospitalario, en relación a las urgencias en salud mental. Se intenta construir una reflexión acerca del lugar del analista ante un sujeto que ingresa al hospital desde alguno de los dispositivos como la guardia, consultorios o derivación e interconsulta, atravesando una urgencia, caído de la (su) escena, y se encuentra con el accionar de los profesionales: ¿cómo se sostiene una práctica analítica, que pone su énfasis en el uno por el uno, dentro de un discurso institucional tomado por universales, por ideales que se focalizan en “igual para todos”, y que pueden ser protocolizados? A partir de la respuesta posible a este interrogante, es que nos encontraremos con lo que caracteriza al discurso analítico: la especificidad de la escucha y la suposición de un sujeto en el que habla (Abaca, 2008).

Tema pertinente dentro del campo psi en la actualidad ya que es de basto conocimiento, que a partir de la implementación de la ley 26.657, con el proceso de transformación que intenta trasladar la atención y abordaje de las urgencias de padecimientos subjetivos desde los hospitales monovalentes (históricamente encargados de dicha atención) hacia los hospitales generales, se plantean nuevos desafíos a la hora de responder a las demandas actuales, en contextos presentes y con las particularidad del abordaje de la salud mental y sus problemáticas. Se suma a este panorama, el sello característico de nuestra sociedad posmoderna, el invite constante a satisfacer compulsivamente nuestros deseos y borrar rápidamente el dolor aparejado a la vida misma, que lleva a que tomen relevancia presentaciones clínicas de padecimiento asociadas a la desligazón pulsional tales como impulsiones, toxicomanías, pasajes al acto; que hacen imperioso poner el foco en esta clínica que llamamos de las urgencias, en tanto su forma de presentación.

Se recorre una serie de conceptos desde diferentes autores, para poder reflexionar y construir así un desarrollo en relación al tema abordado. Entendiendo por urgencias, la idea de irrupción, de la ruptura del orden simbólico que empuja al sujeto a una pérdida de las coordenadas necesarias para transitar la vida. M. Inés Sotelo, siguiendo a Freud, nos habla de la noción de quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría (Sotelo, 2007). A lo largo del escrito podremos ir respondiendo a interrogantes que se desprenden de la temática: ¿Por qué pensar la clínica de la urgencia en este contexto? ¿Qué es la clínica de la urgencia? ¿Qué diferencia la urgencia de la urgencia subjetiva? Como también interrogarse sobre las particulares condiciones que deben darse para articular el dispositivo analítico en el contexto de las urgencias subjetivas, en instituciones de salud como es el hospital público. Por último tomando la conceptualización de “oficios del lazo” aportados por Frigerio G. y Korinfeld D, como oficios de lo posible, que operan en los vacíos para dar lugar a lo nuevo por la vía del inasible deseo, poder (Rodríguez Arcolia, 2021) pensar las posibilidades del vínculo entre practicante del psicoanálisis y consultante como también la posición del analista en el marco del hospital público.

La premisa que sostiene este trabajo es que las intervenciones en la urgencia, configuran un espacio que opera como límite y frontera entre la institución que aloja y el consultante, en tanto que articula un “entre”, asegurando el tiempo necesario para la pausa. Esto abre la posibilidad de emergencia del orden de lo simbólico, que permita la singularización del sujeto, la aparición de su historia; y por tanto esa angustia, antes muda, se hace texto, subjetivando la urgencia. Resulta fundamental, entonces, que el psicoanalista introduzca un tiempo para comprender, que proponga una pausa que le permita al paciente hacer suyo ese sufrimiento (Sotelo, 2005). Es a partir de estos actos

de subjetivación, que el sujeto comenzará a otorgarle un texto a aquello que en primera instancia lo escinde de su propia historia.

El principio ético fundamental que le permite extender su clínica a otros dispositivos, es el propio deseo del analista. Según Ballesteros, Bracco y Garbet “su eficacia en dispositivos institucionales, siempre es por la vía del uno por uno y no se puede aplicar a la masa; de esta manera es que el discurso analítico apunta a reintroducir al sujeto rechazado y segregado” (2015, p.349), orientando la dirección de la cura, con su principal herramienta de trabajo, el síntoma en tanto invención singular de cada quien.

Este ensayo es abordado desde la perspectiva psicoanalítica, como marco teórico y epistemológico. La misma permite posicionarse desde el punto de vista del sujeto, otorgando a la escucha del psicoanalista características particulares al enfrentarse con lo trabajado.

Los dispositivos asistenciales en Argentina: andamiaje clínico-jurídico.

En 2010, se aprobó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en Argentina, resultado de una larga lucha por parte del personal de salud mental, familiares y personas usuarias de los servicios asistenciales. El objetivo era establecer un nuevo modelo de atención basado en los derechos humanos. Este cambio, es parte de un proceso de transformación que sigue aún vigente, que busca trasladar la atención desde los hospitales psiquiátricos hacia los hospitales generales y las estrategias de atención primaria, alineándose con normativas internacionales y locales, que la antecedieron. Entre los antecedentes a la ley 26.657 se incluye la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 de la provincia de Santa Fe, sancionada en el año 1991 y reglamentada en el año 2007, junto a otras leyes provinciales. Esta normativa constituye un hito relevante en los procesos de desinstitucionalización y sienta las bases fundamentales de una nueva lógica de asistencia en salud mental. Entre sus propósitos busca restringir los tiempos de internación en las instituciones manicomiales y evitar el alejamiento familiar, social y comunitario. En el artículo 1 la ley señala:

Toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento (...) Entre las alternativas más idóneas, se evitarán aquellas que pudieran ocasionar algún daño a la salud, privilegiándose las que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social (Ley 10.772/91: 1), con los recaudos establecidos por la ley.

Y en el artículo 18 nombra los diferentes dispositivos a crear para producir una alternativa a la internación psiquiátrica:

El Estado (...) promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales generales, con o sin internación, atención domiciliaria en salud mental en la comunidad, servicios de emergencia en salud mental, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, etc. Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad. (Ley 10.772/91: 4)

La Ley Nacional 26.657, por su parte, establece un marco legal que transforma la atención de la salud mental en el país, incluyendo también la gestión de las urgencias. Reconoce la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, que está vinculado a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas. Entre sus principios fundamentales podemos mencionar: 1) *Atención Integral y Comunitaria*: la ley promueve la atención de la salud mental en el ámbito comunitario, de forma ambulatoria, buscando evitar la internación en instituciones de salud cuando no sea estrictamente necesario. 2) *Derechos Humanos*: las personas con padecimientos mentales tienen derecho a recibir tratamiento digno y respetuoso de sus derechos, evitando prácticas de internación prolongada y arbitraria. Por último, 3) promueve la *desestigmatización* de las personas con padecimientos mentales, fomentando una visión de la salud mental como parte integral de la salud general y no como una cuestión separada o marginal, y como tal debe ser abordada de forma integral, interdisciplinaria e intersectorialmente.

Los servicios de salud pública, especialmente los dedicados a la atención de la salud mental, han experimentado importantes cambios a lo largo de las últimas décadas generando diferentes dispositivos alternativos anclados en la comunidad y con un enfoque que privilegia el fortalecimiento de sus lazos. En esta línea, la Ley Nacional ha marcado un punto de inflexión en los modelos de atención, promoviendo la creación de dispositivos comunitarios alternativos que priorizan el fortalecimiento de los vínculos sociales y se

organiza a partir de considerar a la salud mental como un derecho; se produce un cambio de paradigma: los pacientes pasan así de ser objetos de asistencia a ser sujetos de derecho (Ballesteros et al., 2015). Estos incluyen centros de salud mental comunitarios para atención ambulatoria, hospitales de día como una opción intermedia entre la internación y la atención ambulatoria para evitar las internaciones crónicas y favorecer el lazo del sujeto con la comunidad. Equipos especializados en salud mental integrados en centros primarios para diagnóstico y tratamiento temprano, así como servicios especializados y generales para emergencias y crisis en salud mental, tanto en hospitales generales como en servicios especializados en salud mental.

En cuanto a las internaciones en salud mental, la ley señala, en el artículo 28 que: deben realizarse en hospitales generales. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592 (Ley 26.657/10: 32). Asimismo, la ley dispone que la internación deba considerarse como una medida de último recurso y con fines terapéuticos. La internación involuntaria sólo puede llevarse a cabo cuando haya un riesgo inminente para la vida del propio paciente o de terceros, y debe garantizarse el cumplimiento de todos los derechos procesales y garantías para las personas afectadas. Las personas en situación de crisis tienen derecho a recibir atención sin discriminación y con pleno respeto a sus derechos humanos. Esto implica que cualquier intervención de emergencia debe ser realizada de manera que respete la dignidad y la autonomía de la persona afectada.

La Ley Nacional de Salud Mental, junto con su decreto reglamentario y los dispositivos creados para su implementación, dio inicio a un proceso caracterizado por tensiones y conflictos entre distintos actores. Esta tensión persiste en la actualidad. Por tanto, reformar la atención en salud mental requiere instaurar nuevas lógicas y prácticas que eviten la reproducción de la lógica manicomial en las intervenciones de los equipos de salud, que se imprimen en todos los niveles de atención. Según Ballesteros et al., toda ley implica, de manera inherente, un ámbito de universalidad, el “para todos” en cuanto al acceso general a ciertos derechos. Limitarse a este nivel puede conllevar el riesgo de anular las diferencias, lo singular, lo cual iría en contra del objetivo deseado y podría convertir al paciente nuevamente en un mero objeto. Por lo tanto, sostener entonces la tensión entre lo universal y lo singular es un desafío para quienes trabajan en estos dispositivos dentro del ámbito de la salud pública (2015).

Como hemos mencionado, esta ley enfatiza la protección de los derechos humanos de los pacientes, estableciendo como principio fundamental la atención integral, interdisciplinaria y comunitaria en lugar de la internación en hospitales psiquiátricos, alineándose con los principios de la desinstitutionalización en salud mental, que busca promover una atención más inclusiva, respetuosa y accesible para las personas con padecimiento mentales, alejándose del modelo tradicional de internación. La ley contempla la internación sólo como una alternativa terapéutica de último recurso, que debe realizarse solo si es absolutamente necesaria, y en hospitales generales, con el propósito de integrar la salud mental dentro del enfoque de la salud en general. Dado que esta ley abarca tanto a los servicios y prestadores de salud públicos como privados, los servicios de guardia también deben ajustarse a los lineamientos establecidos por la misma. Por esta razón, en este escrito se destaca la necesidad de una reflexión constante sobre el quehacer psi y profesional en general dentro de los hospitales, para abordar tanto las demandas tradicionales como las emergentes en el campo de la salud mental, alineándose a los requerimientos legales y éticos que nuestra legislación promueve, con el objetivo de garantizar los derechos de las personas usuarias.

## Las urgencias y su devenir subjetivo. Psiquiatría y psicoanálisis

*Me ensordece este silencio, ya no me puedo mover  
Yo fui ocupado por todo lo que perdí*  
Gabo Ferro

En la actualidad, se puede afirmar que la principal atención en los servicios de psicopatología y salud mental se centra casi exclusivamente en la urgencia (Belaga, 2006). Esta urgencia se entiende como manifestaciones clínicas, tal como son los episodios de crisis, así como aspectos de la tradicional emergencia psiquiátrica que han dado lugar a una clínica que podemos llamar "urgencias subjetivas", subrayando el adjetivo "plural", en tanto el psicoanálisis considera que una u otra forma la urgencia siempre es subjetiva, en tanto es una experiencia singular (Rivera Romero y Gómez, 2018).

La urgencia puede manifestarse en diversos momentos durante los tratamientos y dispositivos de asistencia, no limitándose únicamente a los casos que llegan a través de la guardia, ni siempre coincidiendo con un "riesgo cierto e inminente para uno mismo o para terceros". Para los propósitos de este escrito, nos enfocaremos especialmente en las presentaciones clínicas que llegan a través de la guardia, espacios privilegiados para el alojamiento de las urgencias. Definiendo una consulta de urgencia como aquella que se realiza de manera espontánea y sin cita previa, a menudo manifestándose como una irrupción sintomática que exige una urgente resolución debido al sufrimiento excesivo e insostenible que experimenta el paciente (Sotelo, 2007).

Acercando de los dispositivos de guardia en salud mental y a modo de esquematizar los servicios públicos actuales, se pueden distinguir dos modelos principales de dispositivos de guardia en Argentina. El primero es el de la guardia tradicional de resolución de la urgencia en 24 horas, inspirado en el paradigma médico que busca la desaparición o reducción máxima de los síntomas, evaluando principalmente el riesgo y la peligrosidad para el paciente o terceros. Dentro de este modelo, se presentan algunas variantes: Guardia sin psiquiatra ni psicólogo, la urgencia es atendida por el médico clínico de guardia, que evalúa la patología orgánica y, si detecta una patología psíquica, deriva al paciente a un hospital psiquiátrico o a consultorios externos en Salud Mental; hospital con psiquiatra de guardia donde las urgencias con la presentación de síntomas psíquicos es atendida por el psiquiatra con intervenciones que apuntan a la remisión inmediata de síntomas, que de no ocurrir se decidirá la derivación; y en algunos hospitales, tanto el psicólogo como el psiquiatra de guardia trabajan conjuntamente, combinando intervenciones farmacológicas con espacio para la palabra, evaluando diversas dimensiones de la urgencia y se analiza la peligrosidad para el paciente o terceros para decidir si es necesaria la internación (Sotelo, 2011). Además, es importante señalar que, por lo general, la urgencia se intenta resolver en un máximo de 24 horas, ya sea mediante el alta o la derivación a un hospital psiquiátrico o consultorios externos en Salud Mental.

Ahora bien, al hablar de urgencia podemos posicionarnos desde diferentes discursos. Por su parte, la medicina describe la urgencia como una situación que requiere atención hospitalaria inmediata, ya que implica un riesgo vital inminente o la posibilidad de secuelas graves para la persona afectada, lo que hace indispensable la intervención y el diagnóstico por parte de profesionales de la salud (Rivera Romero y Gómez, 2018). Siguiendo esta línea, para la psiquiatría en particular, la urgencia se define como "la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata" (Sánchez, 2001, párr.1) que pueden implicar riesgo para sí o

para terceros y suelen evidenciar un comportamiento profundamente desorganizado. Al hablar de un trastorno, invirtiéndose el orden regular de algo o perturbándose el sentido o la conducta de alguien, implicaría que existe una conducta, un afecto y un pensamiento normal, a los que se contrapondría uno trastornado, que deberá ser tratado con el objetivo de normalizarlo.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la clínica de la urgencia no es la misma que la urgencia médica, ya que mientras en ésta última se supone un saber que elimina la dimensión del tiempo operando inmediatamente sobre lo que acontece, la nuestra supone la prisa pero también la pausa (Bialer et al., 1989) favoreciendo que el sujeto pueda poner en palabras aquello que pasa por el cuerpo.

En términos de Freud, la urgencia se caracteriza como un momento de ruptura del relativo equilibrio homeostático de la economía subjetiva. Lo pulsional, “como perturbación económica, rompe los circuitos facilitados por las huellas mnémicas. Un exceso de cantidad inunda al sujeto, quien encuentra una única forma de acotar esta situación de crisis subjetiva: la inminencia del acto” (Bertran, 2024, párr.3). Por lo tanto, un acontecimiento se ha presentado en la vida de un sujeto y representa un quiebre en el relativo equilibrio psíquico que, hasta entonces, se mantenía (Sotelo, 2007). Esta ruptura puede llevar al sujeto por diferentes caminos, así la urgencia se manifiesta a través de una variedad de síntomas, reflejando las diversas formas en que el sujeto responde al malestar causado por esta irrupción.

Desde la enseñanza de Lacan, podemos afirmar que una urgencia es aquella situación en la que se produce una ruptura en el devenir de las significaciones habituales de un sujeto, como resultado de la irrupción de la dimensión traumática de lo real, “lo real en tanto se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (Lacan, 1974, p.84). Sin la articulación significante, el sujeto no puede representarse, quedando suspendido en el tiempo de la urgencia, originándose así un exceso de goce (Ochoa De La Maza et al., 2018) que se imprime en el cuerpo. Según Bertran:

Se trata siempre de momentos en los que la palabra no tiene --o tiene poco-- lugar, y el acto se presenta como única alternativa para detener un sufrimiento insoportable. El sujeto caído de la cadena significante --sin el sostén simbólico ni las significaciones imaginarias que, hasta entonces, le brindaban un lugar en el Otro—se haya arrojado a la angustia. (2024, párr.3)

En este punto nos encontramos ante el interrogante por el abordaje de las urgencias en salud mental desde la perspectiva del psicoanálisis. El objetivo será la subjetivación de la urgencia, lo que implica un proceso en el que el paciente pueda implicarse en la urgencia que atraviesa, buscando otorgar algún sentido a ese malestar que habla. Ante el sinsentido que arrasa con el sujeto, se ofrece un espacio y un tiempo para que comience a producirse algún sentido que siempre será de orden libidinal. En esta dirección, el psicoanalista intervendrá para que la urgencia devenga subjetiva, transformando la consulta en una demanda de análisis y abriendo la posibilidad de iniciar un tratamiento. Se apuesta a que la urgencia, caracterizada por el arrasamiento de la dimensión subjetiva, implique una oportunidad para la restitución del sujeto que se ha visto arrojado fuera de la (su) escena (Sotelo, 2012), mediante la construcción de un saber que permita encontrar un sentido a ese malestar que lo desborda. Siguiendo lo que plantea Ochoa De La Maza et al, la intervención debe orientarse a transformar la urgencia en una urgencia subjetiva, convirtiendo el hecho en un acontecimiento (2018), abriendo así un espacio necesario para el tiempo de la pausa, que permita la emergencia de lo simbólico, facilitando así la subjetivación, al posibilitar la articulación significante que se ha visto suspendida por la urgencia.

Cruces entre psicoanálisis y medicina. Una lectura posible hacia la institución.

El hospital público, como institución que pone de relieve diversos atravesamientos, es el ámbito por excelencia donde surgen las manifestaciones propias de la clínica de urgencias, y donde la presencia del saber médico es dominante. La medicina suele abordar la urgencia acallando lo disruptivo, a menudo mediante el uso de psicofármacos y protocolos establecidos, priorizando lo escópico. En contraposición, el psicoanálisis se presenta como el reverso de esta clínica, señalando la necesidad de que exista un tiempo para el sujeto y su verdad (Byrnes, 2015). Como señala Fernández E.: “El hospital tiene establecidas jerarquías, estructuras y lugares, y todo quien trabaje allí tiene posiciones y caminos preestablecidos, que puede recorrer o no, pero están trazados con pautas y límites” (2004, pár. 8). Tomo aquí dos preguntas introducidas por la misma autora: ¿Qué es ejercer el psicoanálisis en un hospital? ¿Es hacer de cuenta que el dispositivo institucional no existe?

La intervención médica establece un tipo de relación en la que el saber se sitúa del lado del profesional, relegando al paciente a ser mero objeto de su intervención, con el objetivo de devolverlo al estado previo a la enfermedad. Esta dinámica es un requisito fundamental para que los médicos ejerzan su labor, y no debe evaluarse desde una perspectiva moral, ya que estas características son inherentes a su práctica. Por lo contrario, el psicoanálisis no sólo le supone un saber al que sufre, sino que además se le supone un sujeto a ese saber. Esto constituye, en esencia, la ética del psicoanálisis: la suposición de un sujeto que es depositario de un saber sobre su deseo (Ballesteros et al. 2015).

Esta diferencia en la concepción del ser humano no implica que quien practica el psicoanálisis en las instituciones de salud pública, deba esforzarse por eliminar la lógica médica, cuestión que carece de fundamento, pero sí debe ser cuidadoso de no reproducirla. Es fundamental que el trabajo psicoanalítico en los servicios públicos (sin distinción con el ámbito privado) pueda dar cuenta de su especificidad y su discordancia lógica y epistemológica respecto a otras prácticas. Esta diferencia entre la medicina y el psicoanálisis debería ser utilizada como una herramienta para el trabajo en las instituciones, entendida como una riqueza que deriva de la interacción con otros discursos disciplinares, como el médico, trabajo social, terapia ocupacional; y el discurso político, entre otros (Abaca, 2008).

En este contexto, donde predomina el saber médico, surge la pregunta: ¿Qué es lo que asegura o busca garantizar que se instale un dispositivo analítico? ¿Son las condiciones físicas y situacionales del momento, o incluso la presencia del famoso diván? Lo fundamental radica en la forma de escucha y en la suposición de un sujeto en el que habla. Es importante poder incorporar algo en esa escucha de un más allá, reconociendo la existencia de un Otro que esté dispuesto a “poner en juego una escucha implicada con el retorno al rumbo del propio deseo” (Onocko Campos et al. 2008, p.181).

J. Alain Miller es quien retoma el vocablo de *extimidad*, acuñado por Lacan, para definirlo como “lo que está más próximo, lo más interior, sin dejar de ser exterior” (2010, p.13), aquello que no es ni íntimo ni ajeno, ni de adentro ni de afuera, sino que se encuentra en los bordes. Se utiliza este concepto para poder pensar el quehacer del psicoanalista en dispositivos que se encuentran ajenos al dispositivo tradicional o de consultorio:

El analista éxtimo no desconoce que habita un dispositivo institucional y que está atravesado por las reglas y las normas propias de esa institución y de sus discursos; sin embargo, al mismo tiempo mantiene cierta distancia, cierta ajenidad con respecto a las mismas, buscando, cada vez, un modo particular de hacer con ellas. (Ballesteros et al. 2015, p.348)

El psicoanálisis no se sitúa frente a la clínica con universales, por el contrario, su práctica está caracterizada por lo impredecible y la sorpresa, llevando a que no haya pacientes, tratamientos ni estrategias clínicas que sean estandarizables. Ahí donde la medicina se enfrenta con un cuerpo, en tanto orgánico (Abaca, 2008), el psicoanálisis “responde alojando la locura singular de cada uno, porque no cree que exista un bienestar ideal para todos por igual” (Ballesteros et al., 2015, p.353), es por esto que se puede afirmar que el principio ético fundamental que le permite extender su clínica a otros dispositivos, es el propio deseo del analista, orientando la dirección de la cura, con su principal herramienta de trabajo, que es el síntoma en tanto invención singular de cada quien.

En este sentido, el aporte del psicoanálisis implica una lectura que vaya más allá de los "delirios de normalidad", expresión utilizada por E. Laurent para referirse a las creencias y expectativas que la sociedad tiene sobre lo que se considera normal, el cual va de la mano del furor curandis y con la regulación de todo aquello que se desvía de la norma. Como dice Raquel Capurro en *Psicoanalizar o Psicopatologizar*: “Cada existencia hace excepción a la universalización, no por su rareza, sino por ser un fenómeno cualitativo, irreducible, que el método analítico pone en juego mediante una lógica refractaria a la cantidad” (2008, p.100). En este contexto, dominado por el discurso médico, donde la respuesta suele ser acallar lo disruptivo de los síntomas mediante ciertos protocolos –cuestión que en ocasiones no deja de ser necesaria-, no se puede limitar solo a esto, ya que de esta manera la urgencia tenderá a reeditarse.

No se trata de desvalorizar la necesidad de actuar para contener la urgencia y aliviar el malestar que conlleva esta ruptura, sino de instalar un tiempo que permita habilitar los caminos de la palabra, localizando un significante que articule un interrogante para el sujeto en relación a su propio malestar. Esto implica que cada practicante del psicoanálisis, como señala Virnetti, “construye, inventa, su lugar en el hospital: la apuesta es a subjetivar, a la emergencia del sujeto mediante el acto de la palabra” (Citado en Byrnes, 2015, p. 17). Hacer emerger el sujeto del inconsciente en una institución que aloja lo mensurable, que mide los resultados y hace de esto su concepto de eficacia, es una tarea ardua y desafiante pero que no implica renegar de la institución y sus reglas, más bien la torna posible (Fernández, 2004).

Se podría sostener entonces que la ética del psicoanálisis implica un posicionamiento que permite actuar en favor del sujeto, de su goce singular y de su síntoma, para facilitar así, las torsiones que propicien un movimiento subjetivo. El deseo del analista apunta principalmente a recortar la singularidad del sujeto, sin importar dónde realice su práctica, aunque siempre reconociendo las particularidades de cada contexto.

Eccomi, aquí estoy. El lugar del analista en la urgencia.

*¿A quién damos hospitalidad? Tal vez aquí estemos frente a una hospitalidad,  
en el sentido más puro e histórico: el amparo para los que vienen del desierto,  
para los que vienen a la desolación,  
a los que fueron arrojados al mundo sin brazos que los sostengan*  
(Hospitalidad-Historias no clínicas. Relatos del Hospital Esc. de Salud Mental)

El malestar en la cultura del siglo XXI se caracteriza por la puesta en acto de lo traumático. Situados en un marco caracterizado por el desborde, por el vértigo, la prisa, la inseguridad, la dificultad en los lazos sociales, surge un nuevo significante en la escena: la urgencia. Desde el psicoanálisis, como ya hemos señalado, la misma se entiende como una ruptura de la cadena significativa, una suspensión de la función subjetiva que conduce

a formas no simbólicas de librarse de aquello que mortifica (Byrnes, 2015). Las significaciones habituales del sujeto han sido desgarradas por la emergencia de un real traumático. La presencia e intervención del analista facilita el tránsito hacia la urgencia subjetiva: escuchar atentamente el discurso del sujeto que consulta, es un intento por subjetivar esa urgencia, buscando una vía de subjetivación que revierta el quedar suspendido como objeto, para volver a asumir una posición subjetiva. Lo que a su vez trae aparejado, por añadidura, el alivio sintomático, ya que “al dar sentido, el ubicar algo del inconsciente, produce un efecto curativo. (...) El dar sentido permite reintegrar al sujeto a sus lazos grupales, a esos lazos de los que ha sido apartado” (Belaga, 2008, pp. 17).

Me hago de un párrafo de una magnífica poética de R. Seldes para introducirnos en este apartado:

urgencias hay muchas, las sociales y las individuales; las de los fondos libidinales, llámense urgencias económico-financieras o amorosas; las arrebatadoras; las de las pérdidas reales o imaginadas; las invasoras. Las del Otro que de golpe se ha puesto a vociferar en las orejas psíquicas del sujeto, o las que lo someten a la angustia más cruel; las oníricas, que los dejan insomnes e incluso pueden desencadenar una psicosis; o al revés, las que atan a algunas personas al querer dormir, cuanto más mejor, y si fuera para siempre, mejor aún. (2019, p.31)

Las personas con padecimiento mental sostienen diversas maneras de manifestar sus sufrimientos, los cuales demandan respuestas lo menos restrictivas posibles, teniendo en cuenta su proyecto de vida. Esto es importante también para quienes ingresan a la guardia de un hospital en estado de urgencia. Al llegar a un hospital necesitan ser atendidos considerando tanto la sintomatología que presentan como el relato que ofrecen sobre su malestar. Esto implica que esté allí alguien dispuesto a investir un lugar, generando una oferta de escucha: “el discurso despliega, ante la disposición de la escucha, angustias, delirios, alucinaciones, verborragias, soliloquios, mudeces, impulsiones, manifestación de lo real del cuerpo, lo que requiere ser alojado en tanto insoportable” (Milano, 2018, p. 166), esbozando(se) un proceso transferencial.

¿Qué implica ofrecerse de un modo discreto para escuchar a quienes padecen de la ruptura aguda de la cadena significante? Cuando nos ocupamos de alguien, ya estamos estableciendo un vínculo que puede facilitar la elaboración de la experiencia. La presencia y la escucha son fundamentales; crean un espacio donde el sujeto puede comenzar a articular lo que lo desborda, ofreciéndose el analista como un símil del Otro desde donde el sujeto pueda captar algo de su inmersión en lo que lo desborda (Seldes, 2019).

La virtud analítica radica en ser un espejo que no juzga, que refleja la angustia del otro y permite que esa experiencia sea nombrada y reconocida. A través de este proceso, el sujeto puede comenzar a reconstruir su cadena significante, lo que es crucial para su estabilización. Como ha señalado Miller el objeto analista, no busca nada a priori por el bien del otro, ha cultivado cierta flexibilidad para poder adoptar el lugar necesario para cada sujeto, desde donde actuar. Me valgo aquí de una definición que presta Adriana Rubistein, que sintetiza lo antes mencionado, para mostrar desde qué posición es que el analista puede llevar a cabo sus intervenciones, tomando lugar en un discurso:

El analista se orienta por el deseo del analista, que toma como punto de partida la singularidad de las soluciones subjetivas con las que cada sujeto ha respondido al encuentro con lo real del goce y de la castración y, sin ideal previo, siguiendo de cerca las posiciones subjetivas del enfermo, aprovechando el potencial de cada sujeto, operando desde el lugar de semblante de objeto a y haciendo valer su versatilidad, articulando la

falta en el lugar del Otro y operando con el vacío, se manifiesta en la interpretación y se localiza en el acto analítico, para conmover las fijaciones libidinales, y contribuir a crear las condiciones de un arreglo menos sufriente con el goce, un saber-hacer. (Citado en Kugler, 2018, p.389)

En esta línea, en consonancia con lo expuesto por G. Bertrán en su artículo *La Urgencia Subjetiva*, se puede entender que en la urgencia, la situación de crisis, se presenta con la caída de la función subjetiva, en tanto el sujeto se encuentra identificado al objeto como resto de la estructura. En estos casos, la respuesta del analista se ubica desde la función del amo, es decir introduciendo un orden, una normativización de la mortificación del sujeto. Esta posición permite al analista, ubicarse como representante del Otro, como lugar de “hospicio”, donde se actúa a través de la contención (tanto física como farmacológica), la internación, etc. Ahora bien, abordar una urgencia desde el lugar del amo requiere necesariamente la intervención del hospital como institución, en tanto actúa como respaldo para operar en nombre de la función paterna y proporciona, al mismo tiempo, al sujeto un lugar de hospedaje, donde quedar alojado. Aquí, la función paterna se hace presente no solo como autoridad, sino también como un orden que posibilita un primer paso hacia la elaboración del malestar emparejado con el goce doloroso e intolerable que inunda al sujeto. Esta intervención del analista no se detiene ahí, aunque es necesaria e inevitable en un primer momento, donde la palabra no puede ser el primer recurso. Intervenir en nombre del amo, persigue como finalidad alojar ahí un sujeto para que, luego, en un segundo tiempo, se trabaje sobre el síntoma (2024).

Se puede decir, que al caer el velo que da significado a la existencia, al caer las coordenadas que le dan sentido a la vida, el sujeto se queda sin referencias para orientarse en el mundo, y se pierden los significantes que sostienen su andamiaje psíquico. En estos casos, la pulsión queda desbocada, desenlazada, manifestándose en el cuerpo, como en un ataque de pánico, o en un estallido yoico, entre otros modos que encuentra para expresarse. El sujeto se desvanece, por tanto no se pueden pedir asociaciones, se trata por el contrario de que la intervención pueda contener, enmarcar y alojar el desamparo, permitiendo así que un sujeto pueda emerger y dar paso a la palabra. Si lo traumático ha ocasionado un quiebre en las redes simbólicas, afectando la relación del sujeto con la palabra, el tratamiento implica el restablecimiento de la misma.

El trabajo en la urgencia subjetiva no es sino una exploración, una investigación clínica donde se busca identificar los puntos donde ha habido un desabrochamiento salvaje entre la cadena signifiante y el goce pulsional, impulsando al hablar, al decir. Este rodeo clínico, realizado en un lazo discursivo, permite que el sujeto reconozca la causa de esa ruptura y la ponga al trabajo. El sujeto en la urgencia, parece estar fuera del discurso y del lazo social; el signifiante no se articula en un decir, lo que lo que causa un efecto de mortificación e impide el movimiento de representación necesario para que se produzca una pérdida de goce, una localización, fijando al sujeto (Seldes, 2019). El autor continúa:

en ese punto de perplejidad en que el sentido no aparece, el que podemos calificar como un momento en espera de sentido, enigmático, que no colma la satisfacción (...) En la urgencia surge lo enigmático, ese decir arrinconado. Hay algo que se inmoviliza, surge un solo signifiante que suele provenir “como de lo real” o adquiere ese valor. (2019, p. 42)

Esto implica la necesidad de introducir un tiempo de pausa y espera, que permita la interrogación. Este tiempo para la pausa es crucial, ya que permite introducir en la prisa originaria propia de la urgencia un tiempo para comprender; proponer una pausa que le permita al paciente hacer suyo este sufrimiento (Sotelo, 2005), al hacerlo, no solo se

enfrenta a la causa de su ruptura, sino que también surgirán sus propios interrogantes, sus propias angustias, en relación a su propia historia en relación a lo acontecido.

El tiempo de concluir la atención en la urgencia coincidía con el momento para comprender: que hubiera precipitado en un significativo. Este enfoque pone de relieve la importancia de la temporalidad en el proceso terapéutico, que respeta la dimensión lógica del tiempo, en el cual el paciente pueda preguntarse por la lógica que sostiene aquello que le sucede. La prisa que inicialmente caracteriza la urgencia puede ser transformada en un tiempo de espera, donde el sujeto puede reconfigurar su relación con sus propios significantes (Seldes, 2019).

Nuestra práctica ha de localizarse desde allí: en el modo en que las palabras “operan en un cuerpo animado por las pulsiones, cuerpo deseante, cuerpo gozante (...) Las formaciones del inconsciente cifran un orden al sin-sentido de aquello que no cesa de escapar a la escritura” (Capurro, 2008, p.103). Por lo expuesto anteriormente, se puede sostener que la presencia de un analista en las guardias es fundamental, en tanto puede abrir espacios que eviten el cierre de otros sentidos.

El psicoanálisis se centra en la dimensión subjetiva que hace que cada urgencia sea absolutamente única e irrepetible, apostando a la capacidad del ser humano de "reinventar el deseo con el otro" (Onocko Campos et al. 2008, pp.181). Las urgencias que irrumpen en la vida de un sujeto, podrán ser abordadas siempre que exista alguien que, desde una escucha ética y respetuosa, esté dispuesto a investir una posición desde la cual acompañar un tratamiento, dentro de un dispositivo adecuado. Eccomi, *aquí estoy*, tomando posición desde una escucha que permita estar allí para que algo se pueda decir.

El oficio de hacer lazos en la práctica institucional.

La extensión del psicoanálisis hacia prácticas fuera del ámbito tradicional del consultorio, o de un encuadre más clásico, nos enfrenta a un desafío que nos invita como analistas a pensar una práctica psicoanalítica comprometida con las demandas de la época. Esto implica buscar formas de abordar las manifestaciones a las que ya nos hemos referimos, propias de la clínica actual, en las que el sufrimiento se presenta bajo diversas formas de arrasamiento; es decir, situaciones donde la vida, en sus diferentes dimensiones, se encuentra casi al límite de la existencia, donde se ha producido una “ruptura aguda” en el escenario que la sostenía, con la consiguiente fractura de los lazos con los demás, el trabajo, los pensamientos, incluso con el propio cuerpo (Taruschio, 2024).

Actualmente, se promueve un enfoque interdisciplinario para la atención de urgencias en las guardias de salud mental. Este enfoque nos coloca frente a la necesidad de trabajar con lo diverso: las múltiples singularidades, la diversidad de la formación de los profesionales y colegas de distintas disciplinas, las tareas a realizar, las ideologías, etc. Esta pretensión no siempre resulta satisfactoria, ya que implica un esfuerzo constante para reunirse, trabajar, pensar y tolerar lo diverso del otro. Caso contrario existe el riesgo de caer en la rutina de intervenciones estandarizadas o en la aplicación de protocolos que eliminan cualquier subjetividad posible, tanto en quien se acerca a la consulta como en los profesionales. Es así que, desde la posición de "no saber" que cada uno de los involucrados debe ponerse en juego, para generar un vacío, un hueco que dé lugar a una intervención que sea una suerte de invención, adaptada a la singularidad de cada sujeto que consulta (Santimaria et al., 2016). Llevar a cabo esta práctica en el ámbito hospitalario, tensiona el pensamiento teórico y al trabajo clínico, exige intervenir de manera artesanal, creando herramientas y condiciones que faciliten la configuración de un

espacio interdisciplinario donde los psicoanalistas estén incluidos, un espacio que permita un encuentro creativo y favorezca el establecimiento de una transferencia como también la construcción de diferentes dispositivos clínicos.

Ante este contexto y frente a estos requerimientos que responden a las particulares condiciones donde se desarrolla el quehacer “psi”, que invita a reinventar la teoría, que no es sin la práctica (y viceversa), es que nos habilitamos a pensar y reflexionar sobre modos de transitar este ejercicio desde el sintagma "oficios del lazo", invención de Graciela Frigerio, que expresa el conjunto de ideas, pensamientos, y reúne una serie de diversas titulaciones profesionales, que se caracterizan por intervenir en la vida de las personas y ejercer presencias, orientadas por las artes del cuidado. La autora, se resiste a definir este término de manera rigurosa, que ella misma denomina como una “noción borrosa” debido a su naturaleza compleja y fluida, que no puede ser capturada en una definición, sino más bien una construcción que es siempre transitoria, pasajera en continuo diálogo con el hacer.

Ahora bien, los oficios del lazo, como ya mencionamos, suelen presentarse bajo “distintas tarjetas de presentación” (Frigerio, 2017, p. 44) como trabajo social, pedagogía, enfermería, docencia, psicología, entre otros. Estos títulos se revelan insuficientes a la hora de describir los verdaderos alcances de las prácticas profesionales en los territorios de acción específicos, al tener como materia prima el encuentro con otros (Rodríguez Arcolia, 2021). Es decir, el papel o título puede quedar corto en el intento de abarcar la complejidad y la profundidad de las intervenciones que estos oficios exigen, especialmente cuando se trata de la atención a la subjetividad, el cuidado y la transformación de los lazos entre las personas.

Frigerio (2017) sugiere que los oficios del lazo pueden entenderse como aquellos que reúnen a los “oficios imposibles”, siguiendo lo planteado por Sigmund Freud en tanto refieren a la imposibilidad de -educar, curar y gobernar-, aludiendo esa imposibilidad al objeto al que se dirigen las mismas, es decir, un sujeto. Estas profesiones están marcadas por la certeza de que sus resultados serán necesariamente insuficientes, como si se tratara de un trabajo que no pudiera ofrecer conclusiones absolutas ni finales. Son oficios que tienen esa particularidad, de pensar con otros, de hacer con otros y por lo tanto, que escapan a toda planificación perfecta. Tienen una preparación y guiones previos, pero en el encuentro con el otro, todo trastabilla. No puede reducirse a una aplicación estandarizada; quienes ofician el lazo trabajan con todo lo que queda fuera de eso, con lo que escapa a las normas establecidas.

En este sentido, los oficios del lazo aluden a unas posiciones que, aunque tienen un marco institucional y formal, en su ejercicio profesional cotidiano van más allá de los límites preestablecidos por los títulos, enfrentando lo “imposible”. Que estas tareas sean imposibles de cumplir y que sepamos que nunca serán completadas satisfactoriamente no impiden que nos enfoquemos constantemente en desempeñarlas, intentando volver pensable aquello que se encuentra, siempre, al borde de lo posible. Como señala Rodríguez Arcolia (2021):

no implica desconocer que lo efectuado se da sobre la base de un imposible estructural. Estamos frente a una operatoria sobre un vacío para intentar producir una marca capaz de bordear un resto ineducable, ingobernable e incurable. Ese es el movimiento de lo imposible a lo posible, desplazamiento que se sirve del lazo, no como simple sinónimo de vínculo, sino como auténtico ars operandi institucional: maniobra estratégica que da al lazo carácter ético, teórico y político (párr. 4)

Como hemos señalado, son oficios que tienen que ver con el cuidado, el acompañamiento y la presencia en la vida de las personas. La acción de cuidar forma parte del corazón de estos oficios, sostiene Laurence Cornu, especificando que se trataría

de una «forma de velar sobre aquello que nos mantiene vivos» (2018, p.126) convocando la emergencia de los posibles.

La perspectiva clínica que desarrollan Frigerio y Korinfeld, durante los encuentros que llevaron a cabo en el Hospital Bonaparte, es definida a partir de diferentes elementos; uno de ellos, es la noción de *disponibilidad*, definida como aquella de llevar adelante una función de apuntalamiento, es decir sostener, apuntalar para que se despliegue algo (2022). Tal vez sea en este punto donde radique el núcleo de las artes del lazo, en la medida en que esa disponibilidad de una presencia – a la vez prudente y osada – hace actuar al oficiante como un “creador de circunstancias” (Frigerio, 2017. p.79). Cornu L. lo expone así:

Los oficios del lazo buscan la posibilidad de una metamorfosis en el otro mediante una iniciativa que habilita la iniciativa, por la atención que se brinda y la confianza en lo que está en estado potencial. El corazón de esta acción es la noción de posibilidad (la que está instalada) y de disponibilidad. Disponibilidad a la escucha, a la atención. Es así como entendemos el «cuidar» en los oficios del lazo que, de este modo, reciben al otro (lo inescuchado, lo inatendido del otro) por medio de un sujeto presente, atento a un sujeto desconocido, atento a las subjetivaciones. (Citado en Rodríguez Arcolia, 2021, ppár.4)

La experiencia analítica consiste en que alguien le habla a Otro, utilizando principalmente como medio, la palabra. La transferencia, elemento esencial en el proceso de la cura psicoanalítica, se refiere al mecanismo en virtud del cual el paciente proyecta sobre el analista afectos originalmente dirigidos hacia otros. Siguiendo la concepción de Freud, este proceso tiene una naturaleza libidinal, es decir que lo que se trasfiere es un afecto. Por otro lado, para Lacan la transferencia es un fenómeno relacionado con el saber. En este sentido, el paciente supone que el analista posee el saber sobre las causas de su sufrimiento, es decir hay una suposición acerca del saber del analista sobre el *saber no sabido* del paciente (Estivalet B., Bloide, 2018). Es en ese momento cuando se crean las condiciones para que surja el proceso de transferencia, cuando la palabra de quien sufre se dirige a otro, a quien se le atribuye el conocimiento sobre su sufrimiento. En relación a esto, M. Percia nos advierte que:

La escucha permite leer el lugar que nos otorga quien sufre. No se trata de intervenir desde la posición del *todo lo sé*, ni de la posición de *nada sé* (...), sino de intervenir favoreciendo la articulación del sujeto respecto del saber no sabido que marca su destino y lo rechaza.

Al dar tiempo para el despliegue de la palabra a aquel que sufre, se ofrece la posibilidad de que, ese discurso mediante la escucha, pueda hacer lugar al cuerpo en su singularidad y se anude con las marcas de un *goce – sufrimiento* que forjó su historia (2018, pp. 166-167)

En los oficios del lazo, como plantea Frigerio, se busca que para el sujeto, la lengua de la descripción advenga lengua de una narración, “un modo en el que el sujeto pueda decir y decirse, narrar y narrarse” (2018, p.22). Quizás los oficios del lazo tengan que ver con apalabrar los cuerpos, de encontrar formas de nombrar, de decir; con una forma de ir apalabrando, de asociación en asociación, de fragmento a fragmento de una manera oblicua, es decir no lineal, más bien espiralada (Frigerio, Korinfeld, 2022); que no es más que el trabajo, que con *espíritu investigativo*, frente a aquello que no podemos abordar linealmente, mediante nuestro razonamiento que rige de antemano, nos queda el recurso de abordarlo de manera oblicua: descubrir un sesgo, en el camino, bordeando el vacío para dar lugar a lo nuevo por la vía del deseo, a través de lo simbólico. Como lo introduce Frigerio, siguiendo a Freud, la noción de “un fragmento que es a la vez un todo, capaz de transformar el derrotero de una vida”, capaz de generar un efecto, de

transformar un modo de posicionarse, de generar una nueva manera (Frigerio, Korinfeld, 2022) de estar en el mundo o con el mundo.

Los oficios requieren palabras, pero se dicen en gesto: atar-desatar, juntar-separar. Allí donde decimos enlazar, decimos también desenlazar. Desligazón, desenlace, desidentificación, para construir nuevas maneras de enlace. Podría decirse que aquí se encuentra el núcleo de la tarea de los oficianes, que tiene que ver con formar nuevos lazos, nuevas tramas que impliquen zurcidos.

Los gestos en el trabajo de oficiar lazos, como señala Frigerio, son "políticos" porque ponen en juego unas presencias que no pueden ser neutrales al afectar las vidas de los sujetos dentro de las instituciones. Cuando un sujeto se siente reconocido, esa experiencia de existir para otros, abre la posibilidad de una nueva escritura que, como una marca en la madera, imprime una huella sobre el vacío, lo simboliza y genera un desplazamiento/movimiento en el pensamiento. Este es el propósito de los "oficios del lazo": actuar como oficios de acompañamiento, lo cual consiste en autorizar un interrogante, sostenerlo y promoverlo (Rodríguez Arcoia, 2021).

La búsqueda de dispositivos que posibiliten una clínica rigurosa dentro de las instituciones se orienta hacia la posibilidad de poner a circular la palabra en lugares donde se encuentra silenciada, habilitando los procesos de singularización del sujeto, ampliando los límites del decir. De este modo, el dispositivo analítico crea espacios discursivos a través de los cuales el sujeto puede hallar a otro que lo escuche y con quien puede hablar en transferencia. Así, el sujeto del deseo puede comenzar a emerger, a menudo en un torbellino de palabras, ideas y sentimientos, en una reconexión con las pérdidas ya vividas, enlazadas a una profunda sensación de desamparo (Estivalet B., Bloide, 2018), característica de las situaciones de urgencias subjetivas.

En síntesis, entendemos la transferencia dentro de este dispositivo como armado de un espacio y un lazo nuevo, capaces de acoger la experiencia de ruptura y ofrecer al que sufre, el paso a algo nuevo, a otra cosa: "volver a anudar (es decir, reinventar en lazo) e instaurar espacios (inventar lugares) como contra-operaciones urgentes y necesarias al efecto destituyente que parece rodearlo todo" (Taruschio, 2024, párr.18). La situación transferencial, entonces es un operador clínico que no se limita al consultorio, sino que se presenta siempre que la realidad psíquica del sujeto entra en juego en su relación discursiva con un psicoanalista, a través del decir y de la escucha.

## Palabras finales

La práctica del psicoanálisis en el contexto de las urgencias subjetivas dentro de hospitales generales, enfrenta un desafío fundamental: sostener la singularidad del sujeto ante una institución que, por su propia lógica, tiende a universalizar y protocolizar las respuestas. La Ley de Salud Mental promueve una atención integral, interdisciplinaria y comunitaria, orientada a evitar la institucionalización en hospitales monovalentes y minimizar la internación prolongada, favoreciendo una visión integrada e integral de la salud mental dentro de la salud en general. Sin embargo, dentro de este discurso institucional tomado por los ideales de "igual para todos", el analista debe poder articular una práctica que enfatice lo "uno por uno", preservando la singularidad del sujeto.

La urgencia subjetiva, desde la mirada psicoanalítica, es una ruptura de la cadena significativa causada por la irrupción de lo real-traumático, dejando al sujeto sin referencias para orientarse en el mundo, y sin los significantes que sostienen su andamiaje psíquico. Esta ruptura genera manifestaciones únicas e imprevisibles, reflejando lo más propio de cada sujeto, su modo particular de vérselas con su propio goce. La presencia e intervención del analista busca subjetivar esa urgencia mediante una escucha atenta, que configure un espacio donde el sujeto pueda empezar a articular su malestar y poner en palabras lo que le está sucediendo, aquello escindido de su historia. La urgencia se presenta como un quiebre en el orden simbólico que deja al sujeto suspendido en un exceso de goce, desconectado de los significantes que dan sentido a su vida. El sujeto queda atrapado en el tiempo eternizado de la urgencia, sin poder representarse, ya que ha sido arrojado de la (su) escena.

A diferencia de las respuestas médicas, que suelen tratar los síntomas con rapidez, operando inmediatamente sobre lo que acontece, la intervención analítica introduce un tiempo de pausa en la urgencia, permitiendo que el sujeto articule su malestar a través de la palabra. No se trata de desvalorizar la necesidad de actuar para aliviar el sufrimiento, sino de instalar un tiempo que permita habilitar los caminos de la palabra, localizando un significante que articule un interrogante para el sujeto en relación a su propio sufrimiento. Esto implica la presencia de un analista dispuesto a asumir un lugar, desde donde generar una oferta de escucha, estableciendo un vínculo que sostenga la elaboración de la experiencia del sujeto. El trabajo con la urgencia subjetiva es una exploración, un rodeo clínico dentro de un lazo discursivo, que busca identificar los puntos donde se produjo un desajuste entre la cadena significativa y el goce pulsional. Esta intervención facilita que el sujeto reconozca la causa de la ruptura y la ponga al trabajo, iniciando el proceso de subjetivación de la urgencia. De este modo, el sujeto puede implicarse en la urgencia que atraviesa y comenzar a otorgar algún sentido – libidinal- a ese malestar que habla.

La posibilidad de mantener la ética del psicoanálisis en instituciones de salud pública, como en la práctica hospitalaria, plantea un desafío en la relación entre lo singular de la experiencia subjetiva y las estructuras institucionales. En este contexto, el psicoanálisis no busca acallar lo disruptivo, sino crear un espacio en el que lo impredecible y único de cada sujeto pueda ser escuchado y comprendido. La presencia del psicoanalista en dispositivos de urgencia es crucial, ya que ofrece un tiempo y un espacio para la subjetivación del sufrimiento, especialmente cuando la irrupción de lo real anula las posibilidades del sujeto de tomar la palabra. El analista, al sostener este espacio, permite que quien sufre reconstruya el sentido de su malestar, articulando alguna pregunta o enlazando significantes que otorgue sentido a su experiencia, restituyendo así el borde temporal de la escena, desde donde resignificar su historia.

Ahora bien, inicialmente la posición del analista debe ubicarse desde la función del amo, haciendo uso del hospital como institución, como respaldo para sostener sus

intervenciones con el propósito de introducir un orden, una normativización de la mortificación del sujeto; y operar en nombre de la función paterna proporcionando, al mismo tiempo al sujeto un lugar donde ser alojado. La función paterna se presenta aquí no solo como autoridad, sino como un orden que facilita el primer paso hacia la elaboración del malestar asociado al goce doloroso e intolerable que lo desborda. Aunque esta intervención es necesaria, la palabra no es el primer recurso en este momento; se trata de contener y enmarcar el desamparo del sujeto. Intervenir en nombre del amo, persigue como finalidad alojar ahí un sujeto para que luego, en un segundo tiempo, un sujeto pueda emerger y dar paso a la palabra. Si la irrupción de lo real ha provocado un quiebre en las redes simbólicas, afectando la relación del sujeto con la palabra, el tratamiento implica el restablecimiento de la misma, la intervención analítica en la urgencia buscará que se restituyan los significantes perdidos, para que el sujeto pueda comenzar a trabajar sobre su síntoma en una segunda fase, apoyándose en la transferencia que se genera con el analista pero también con la institución.

En la urgencia, la transferencia se establece en un contexto donde la palabra está limitada, pero es el punto de partida para crear un espacio necesario, que introduzca un tiempo de pausa al apremio inicial, para que el sujeto, pueda asumir el sentido de su historia. En este sentido, una pregunta crucial surge: cómo garantizar que, en estos dispositivos de urgencia, se pueda sostener el tiempo de pausa necesario para que se dé la subjetivación. La intervención psicoanalítica en este contexto debe ser capaz de navegar entre el malestar del sujeto, las presiones de la institución y los desafíos de la transferencia, con el fin de ofrecer un espacio que hospede e invite al decir, habilitando los procesos de singularización del sujeto,.

Llevar a cabo la práctica psicoanalítica en el ámbito hospitalario en la tarea de acompañar a los sujetos que consultan en la guardia, pone a prueba tanto el pensamiento teórico como el trabajo clínico, ya que exige una intervención flexible y creativa, que requiere intervenciones artesanales pensadas para cada singularidad y que faciliten la creación de espacios interdisciplinarios. Este espacio debe fomentar la transferencia y permitir la construcción de diversos dispositivos clínicos. Ante este reto de ajustar la teoría al ejercicio práctico, surge la necesidad de pensar nuevas formas de trabajo, lo que nos lleva a reflexionar sobre el concepto de "oficios del lazo" como una manera de transitar este ejercicio, como oficiantes de los lazos, a través de gestos, palabras, que ejerzan presencias que afecten la vida de las personas que se debe acompañar, capaces de acoger la experiencia de ruptura y ofrecer al que sufre el acompañamiento en la construcción de nuevos modos de enlazar lo que la ruptura inicial a desenlazado, a través de la palabra y de la escucha, en un lazo discursivo con quien oficia de analista, enlazando.

## Referencias Bibliográficas

- Abaca, F. (11 de octubre de 2008). *Algunas especificidades del psicoanálisis en lo público: clínica de la urgencia*. En: <http://psicologiaunrclinicaunoa.blogspot.com/2008/10/fernando-abaca.html>
- Ballesteros, Daiana; Bracco Anabela; Garbet, Antonela. (11 al 13 de noviembre de 2015). *Psicoanálisis y salud mental: el lugar éxtimo del analista en las instituciones*. (Ponencia). 5to Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. En: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.12390/ev.12390.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12390/ev.12390.pdf)
- Belaga G. (comp.). (2006). *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital*. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Belaga G. Sotelo, I. (2008) "Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia" Investigación en el Hospital Central de San Isidro. En: revista de investigaciones UBA; Buenos Aires.
- Bertran, G. (12 de septiembre de 2024). La urgencia subjetiva. *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/765090-la-urgencia-subjetiva>
- Bialer, M et al. (1989). Sobre la urgencia (I). En: Dreyzin, A. (1989). *La urgencia: el psicoanalista en la práctica hospitalaria: grupo de investigación y asistencia sobre la urgencia*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Byrnes, F. (2015). *Clínica de la urgencia y psicoanálisis en el hospital público*. (Tesis de grado). Universidad de Belgrano. Repositorio institucional: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/8657>
- Capurro, R. (2008) Psicopatologizar o psicoanalizar. *Revista Ñacate*, (1), 86-104.
- Cornu, L. (2018). Acerca de los oficios de los posibles. En Frigerio, G.; Korinfeld, D. y Rodríguez, C. (2019). *Saberes de los umbrales. Los oficios del lazo*. Noveduc.
- Estivalet Broide E., Boide J. (2018). Notas sobre la transferencia como operadora de la clínica psicoanalítica en situaciones sociales críticas. En Frigerio, G.; Korinfeld, D. y Rodríguez, C. *Saberes de los umbrales. Los oficios del lazo*. Noveduc.
- Fernández, E. (15 de Abril de 2004). Dificultades, sorpresas e iluminaciones de los profesionales "psi" ante los pacientes de hospital. *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-34094-2004-04-15.html>
- Frigerio, G. (2017). Oficios del lazo: mapas de asociaciones e ideas sueltas. En Frigerio, G., Korinfeld, D. y Rodríguez, C. (2017). *Trabajar en instituciones: los oficios del lazo*. Noveduc.
- Frigerio, G. (2018). Ensayos para volver pensable el oficio. En Frigerio, G.; Korinfeld, D. y Rodríguez, C. (2018). *Saberes de los umbrales. Los oficios del lazo*. Noveduc.
- Frigerio, G. Korinfeld, D. (2022, 23 de septiembre). *Curso: Los oficios del lazo. Acompañar, curar, educar*. <https://www.youtube.com/watch?v=26w6rb569dk>
- Kugler, Maria Victoria (2018). *Psicoanálisis y hospital: la clínica más allá de las normas*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/458.pdf>
- Lacan, J., (1974), "La tercera", *Intervenciones y textos II*, Buenos Aires: Manantial, 2010.
- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041.
- Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 (1991). Santa Fe.
- Milano, C. (2018). *Psicoanálisis en un hospital: procesos clínicos del equipo de salud. Docencia e Investigación*. En: Percia, M. *Después de los manicomios. Clínicas insurgentes (pp.165-167)*. Ediciones La Cebra.

- Miller, J.A. (2010). Extimidad. Los cursos psicoanalíticos de J.A. Miller. El objeto en el Otro. Paidós.
- Ochoa De La Maza, M. López Bertella, C. Varela Rozados, M. Moreno, V. Soliani, A. Lubo, F. y Girano, M. (2018). *Clínica de la urgencia subjetiva*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.  
<https://www.aacademica.org/000-122/501.pdf>
- Onocko Campos, R. Massuda, A. Valle, I. Castaño, G. Pellegrini, O. (2008) Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 4(2):117-185.  
<https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/340/357>
- Percia, M. (2018). Corajes que atraviesan portadas. En: Percia, M. *Después de los manicomios. Clínicas insurgentes*. Ediciones La Cebra.
- Rivera Romero, N. Gómez Ocampo, Á. (2018). Abordaje de las urgencias psiquiátricas en los hospitales generales: una propuesta desde el marco de las urgencias subjetivas. *Psicogente*, 21(39), 203-215. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2831>
- Rodríguez Arcolia, F. (2021). Los oficios del lazo. Ars operandi institucional para el trazado de cartografías del deseo. *Itinerarios Educativos*, (15).  
<https://doi.org/10.14409/ie.2021.15.e0020>
- Sánchez, E. (2001) Urgencias Psiquiátricas. En: Medynet.com.  
<http://www.medy.net.com/usuarios/jraquilar/urgencia%20psiquiatrica>.
- Santimaria, L. Melamedoff, D. Gasquet, G. Paturanne, E. Triveño, G. Vizzolini, L. y Saraceno, G. (2016). *Psicoanálisis e interdisciplina en la atención de la urgencia en salud mental en el hospital público*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-044/844.pdf>
- Seldes, R. (2019). La urgencia dicha. Ed. Diba. Buenos Aires.
- Sotelo, M. (2005) Tiempos de Urgencia. Estrategias del sujeto, Estrategias del analista. Buenos Aires. JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). El sujeto en la Urgencia Institucional. En: *Clínica de la urgencia*. Ed: JCE; Buenos Aires.
- Sotelo, M. (2011). Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. En:  
<https://www.aacademica.org/000-052/873.pdf>
- Sotelo, I. (2012). *Aportes del psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas*. (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología; U.B.A; Buenos Aires.
- Taruschio, A. (2024). *Albergar la experiencia de ruptura*. En el margen. Revista de psicoanálisis. En: <https://enelmargen.com/2024/05/17/albergar-la-experiencia-de-ruptura-por-agostina-taruschio/>