



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**Facultad de Psicología**

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

**“El psicoanalista y sus intervenciones frente a las urgencias subjetivas en la guardia de un hospital”**

Modalidad de presentación: Ensayo

**Autora:** Lucero, Katia

**Legajo:** L-5443/7

**DNI:** 41119968

**Docente responsable:** Mg. Zanón, Adriana

**Año:** 2024

### **Agradecimientos**

A mi familia, y en especial a mi mamá Lorena, que desde el primer día siempre fue mi sostén fundamental desde su amor incondicional. Lo fue aún más cuando creí que no podía. Y, sin embargo, ella estaba ahí para abrazarme con su ternura. A Daniel,

por su apoyo total que me brinda desde su lugar.

A mi hermana Brisa, compañera de vida y de días largos de estudio y dedicación a nuestras carreras, donde compartir nuestro espacio se volvió primordial para sostenernos día a día.

A las amigas increíbles que me dio la facultad de Psicología, que se volvieron mi segunda familia en Rosario a lo largo de todos estos años compartidos. Sin ellas no estaría acá, en este preciso momento. En especial a Fati, mi compañera de finales, hasta convertirse en mi mejor amiga mientras creábamos una experiencia de estudio amena.

A mis amigos de Gualeguay, por cada reunión compartida desde lo espontáneo y las risas. Especialmente a Anto, mi gran amiga y compañera fundamental desde la secundaria, acompañando desde su amistad y firmeza.

A Martín, que, desde su amor en forma de ternura y aliento, me acompaña y forma parte de este último trayecto por la facultad, convirtiéndose en alguien significativo para mí.

A Adriana, mi docente de Clínica II y actualmente docente responsable de este trabajo, que sin su compromiso y tiempo dedicado no podría haberse logrado la elaboración de este TIF. Gracias a ella, veo crecer cada vez más mi deseo y amor por el psicoanálisis.

Y gracias a Juan, por su ayuda esencial en este trabajo, por acompañarme en este proceso de escritura, volviéndose un poco más liviano su elaboración y proceso.

<b>Índice</b> .....	2
<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
<b>Desarrollo</b> .....	6
<b>Las urgencias subjetivas y la guardia</b> .....	6
<b>La transferencia habilita el espacio de guardia</b> .....	8
<b>El deseo del analista</b> .....	11
<b>Conclusiones finales</b> .....	15
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	17

En el presente ensayo se trabajan las intervenciones del psicoanalista y la posibilidad de alojar las urgencias subjetivas en el área de guardia de un hospital. De este modo, se describe la urgencia subjetiva, delimitando sus diferencias con las urgencias médicas. Luego se retoman conceptualizaciones de Lacan desde el *Seminario 10: La angustia*, para enlazar los distintos tipos de angustia con la urgencia. En consonancia, se considera que el analista interviene con su deseo de analista para alojar dichas urgencias. La asistencia de las mismas se logra en la entrevista de admisión junto al equipo interdisciplinario. En segundo lugar, se retoma la noción de transferencia para pensar la posibilidad del espacio analítico en la guardia, como además la concepción de sujeto supuesto saber desde la neurosis y psicosis. Asimismo, se destaca un nuevo tiempo, lógico y único. A lo largo de este trabajo se concluye que el modo de operar frente a las urgencias subjetivas es mediante la puesta en función del deseo del analista, aquel que permite el decir, la escucha y la contención en la escena de la guardia. Este deseo se enlaza junto a las concepciones de posición femenina y semblante del objeto a.

**Palabras clave:** Urgencias subjetivas – Deseo del analista – Guardia de hospital

## **Introducción**

En el presente TIF nos dedicaremos a abordar las posibilidades que tiene el psicoanalista de intervenir en las urgencias subjetivas. De esta forma, trataremos de problematizar cuál es su posición con respecto a estas urgencias trabajando en el área de guardia de un hospital.

El objetivo de este trabajo será poner en tensión las intervenciones del psicoanalista ante las urgencias que se presentan en la guardia, ya que su modo de intervenir va a determinar el alojamiento de los sujetos. Por cierto, puede haber consultas que no serían consideradas urgencias, así como también hay urgencias subjetivas, urgencias médicas, emergencias, etc. En todo caso, se determinará si es una urgencia en la entrevista con el equipo de guardia, compuesto por diferentes profesionales como médicos, psicólogos, psiquiatras.

Ahora bien, las preguntas de inicio que se formulan en este ensayo son: ¿De qué modo se asisten las urgencias subjetivas? ¿El psicoanalista habilita el tránsito de las urgencias por el espacio de la guardia? El analista integra un equipo interdisciplinario junto a otras disciplinas y discursos, entre estas, la psiquiatría. Esta

última genera una práctica de la taxonomía y de la medicalización que produce la negación del decir singular y su escucha en el alojamiento de aquellos sujetos que transitan la situación de guardia. De esta manera, el discurso psiquiátrico complicaría el escenario de atención de las urgencias debido a que algunas veces suprime la figura del analista, la opaca. ¿Qué es lo que tratamos de decir? Que mientras el psicoanalista resalta el valor y el efecto que tiene la palabra singular, la intervención del psiquiatra termina obstaculizando el encuentro del sujeto con la misma.

Existen investigaciones (Rodríguez et. al., 2018; Ochoa De La Maza et. al., 2018; Leonardo M. P. Rivas et. al., 2014) que resaltan el abordaje de las urgencias subjetivas desde el psicoanálisis, teniendo en cuenta que la urgencia puede estar en cualquier sector de servicio del hospital y tipo de tratamiento. De esta manera, comprenden que estas urgencias están atravesadas por distintos modos de atenderlas según el profesional que las asista. Ahora bien, lo que nos diferencia de estos trabajos es que pretendemos abordar cuál es la función del psicoanalista que se pone en escena en la guardia para asistir dichas urgencias.

Sotelo (2015) nos brinda una concepción de urgencia subjetiva, entendiendo que es aquello que se presenta comprometiendo al sujeto, percibiendo la situación de una manera muy íntima y confirmando que eso le concierne. Ahora bien, teniendo en cuenta a Leguil (en Sotelo, 2015), esta afirma que Lacan entendía a la urgencia como lo que es imposible de soportar. A este momento, Freud (en Sotelo, 2015) lo denomina quiebre de homeostasis, ruptura que posteriormente desencadenará las apariciones de fenómenos psíquicos que tendrán que ver con un total desequilibrio de la vida del sujeto junto con sus relaciones, su cuerpo, su trabajo, etc.

Por otro lado, en relación al discurso de la psiquiatría, y siguiendo a Sánchez (en Sotelo, 2015), la urgencia es comprendida como la escena en la que el trastorno de afecto, conducta o pensamiento irrumpe de tal forma que el paciente o la sociedad solicitan que sea atendido de inmediato.

Asimismo, Capelan (2018) sostiene que la guardia es un lugar que brinda protección, ayuda y respuestas a las urgencias. Es así que se pueden considerar dos vectores fundamentales para posibilitar la apertura de un encuentro: el que viene a pedir, a mostrar su angustia, y el que aguarda en ese espacio para dar algo que ayude y calme.

Si consideramos lo anterior, podemos recordar lo que Lacan (2007) formula acerca del tratamiento psicoanalítico y el psicoanálisis: la clínica es el decir en la experiencia analítica. Así la define en "Apertura de la sección clínica" en 1977, cuando ya tenía una larga experiencia. Tomando esta afirmación, consideramos que hay que ir por esta vía para poder pesquisar la posición del analista. Se trata de establecer un

Página 4 de 16

tiempo subjetivo, según Sotelo (2015), el cual es justamente el que hace falta para que el sujeto pueda ubicarse en ese decir con respecto a su urgencia. Sin embargo, y a diferencia de Sotelo, este ensayo sostiene como premisa que el psicoanalista interviene con su deseo de analista. Sotelo propone un dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas; para nosotros, el analista es el que realiza un abordaje artesanal para cada urgencia que introduce el reconocimiento de alteridades, de otros, que no son objetos sino sujetos. Aquel que puede llegar a transformar la escena de la guardia, subjetivándola.

El analista frente a la urgencia, podríamos pensar, trata de poner en suspenso la interpretación, ya que esta se coloca en un segundo tiempo. El primer tiempo de la urgencia será la contención por medio de la palabra. Si estamos frente a un caso de psicosis, no interpretamos, ya que el saber lo porta el psicótico. Esta es una divisoria de aguas en la clínica, ya que la interpretación es corte, sólo posible en la escucha de

sujetos no psicóticos. Es decir, en un sujeto en las psicosis, la interpretación podría generar más delirio (Zanón, 2022).

Entonces, poniendo en función su deseo, el analista es capaz de singularizar, contener y escuchar, instaurando un tiempo inédito que integra la experiencia analítica. Es así que acercamos la concepción del *deseo de analista* volviéndose una cuestión central en este trabajo, reivindicando su función en relación a la escena analítica en la guardia.

## **Desarrollo**

### **Las urgencias subjetivas y la guardia**

En principio, podríamos intentar definir desde una mirada aproximativa lo que es la urgencia subjetiva desde la praxis del psicoanálisis. Decimos aproximación, ya que el psicoanálisis aborda al sujeto en su singularidad y no cayendo en la trampa fácil de la generalización. No hay dos sujetos iguales, eso implicaría también poder decir que no hay dos urgencias iguales. Por lo tanto, se trataría de la escucha y la intervención posible en el caso por caso.

Dicho esto, las urgencias subjetivas que atraviesan la guardia son situaciones

donde el sujeto se encuentra desbordado, angustiado o sin recursos para afrontar aquello que está viviendo -ya sea en su vida anímica o el mundo exterior-. Sotelo (2015) brinda una concepción de urgencia subjetiva, entendiendo que es aquello que se presenta comprometiendo al sujeto, percibiendo la situación de una manera muy íntima y confirmando que eso le concierne. En otras palabras, siente un goce y un malestar subjetivo que lo inundan, quedando a la deriva y sin soportes.

Asimismo, podemos tomar lo que afirma Lacan en *El Seminario 10: La Angustia*, ya que la angustia es un afecto que tiene estrecho vínculo con las urgencias subjetivas. La urgencia no es sin la angustia. Lacan (2012) menciona que la angustia de la pesadilla es percibida como el goce extranjero del Otro que aprieta, oprime y aplasta. Tomamos este tipo de angustia porque es la que aparece de manera frecuente en la guardia, reflejada en el sujeto cuando ingresa en un estado de mudez o desconcierto frente a la experiencia angustiosa de la urgencia. Podríamos decir entonces que ese mismo goce asfixia y condiciona al sujeto a la posición de objeto, volviéndose una experiencia tortuosa. En esta misma línea podríamos afirmar que no estaría operando la función de castración: "La angustia no es la señal de una falta, sino de algo que es preciso concebir en un nivel redoblado como la carencia del apoyo que aporta la falta" (p. 64).

También están aquellas urgencias subjetivas donde los significantes aparecen reprimidos, mientras el afecto anda suelto, enloquecido, invertido (Lacan, 2012). Aquí podríamos ubicar a la angustia señal, que retoma Lacan y que describe Freud (1986) como la señal ante algo que anuncia frente al peligro.

Después encontramos otras urgencias que se acercan al orden de lo siniestro, lo espantoso, lo temible. Lacan (2012) sostiene que es lo infamiliar en el lugar de lo familiar, toma el término del alemán de Freud, lo *unheimlich*, y propone:

La angustia es este corte, que se abre y deja aparecer lo que ahora entenderán ustedes mejor, lo inesperado, la visita, la noticia, lo que expresa tan bien el término presentimiento, que no debe entenderse simplemente como el presentimiento de algo, sino también como el pre-sentimiento, lo que está antes del nacimiento de un sentimiento. A partir de la angustia se puede tomar cualquier orientación. Lo que esperábamos, a fin de cuentas, es ese *lo que no engaña*, lo fuera de duda (p. 87).

Entonces, aquí podemos situar aquella angustia que deja perplejo y sin recursos al sujeto, *es lo que no engaña*. Se percibe como angustia horrible, que deja al sujeto inerte. Se trata de cierta situación límite que puede desembocar en un pedido de ayuda, debido a que el sujeto -solo o acompañado- no puede combatirla o aliviarse. Se ve obligado a buscar otra alternativa, como por ejemplo acudir a la guardia de un hospital. Y no podemos olvidarnos de aquellas urgencias que devienen por síntomas de psicosis, que irrumpen y se hacen insoportables. Malestar por consecuencia de cierto goce que arrasa al sujeto.

Ahora bien, como nuestro ensayo trata de describir las urgencias subjetivas en la guardia, retomamos lo que Martello (2018) comparte sobre dicho espacio:

El sujeto inundado de sufrimiento convoca a la mirada de otro, como testigo de su catástrofe: manifiesta un pedido de ayuda desesperado, manotazo de ahogado de alguien que nos encuentra en la guardia a nosotros, o bien llega como resto, cuando demasiado tarde, su voz no le alcanza para formular una demanda... Sólo cuerpo como sede muda de goce: sobredosis, ingesta de pastillas, intentos de suicidio, crisis de angustia. Dimensión acuciante cuando de la urgencia psíquica se trata, el sujeto caído de la escena, caído de aquello que lo constituyó

como sujeto, pierde la dimensión del interlocutor a quien hacer llegar su mensaje y queda “ahogado” en oleajes de padecimiento sin palabras. A la prisa de la urgencia antepone la pausa que introduce la dimensión de la espera a que algo sea dicho. Realizamos un pasaje de “cosas por hacer” a “algo por decir”. En este sentido, será la guardia un lugar donde a-guardar la palabra y el analista responderá orientado desde las premisas mismas de la práctica psicoanalítica: la apuesta al sujeto inconsciente (p. 63).

A partir de lo anterior, la guardia de un hospital polivalente es ese sector que se encarga de recibir sujetos que entienden que su situación particular no puede esperar, y necesitan de un abordaje lo más pronto posible. Si recordamos a Capelan (2018), este sostiene que la guardia es un lugar que brinda protección, ayuda y respuestas.

Es por esto que las urgencias que ingresan en el espacio de la guardia deberán atravesar por el dispositivo de la entrevista de admisión. Desde Rubinstein (1996), podemos entender la entrevista de admisión del siguiente modo:

Es la entrevista que se realiza a todo paciente que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar datos de filiación, motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde, 1- su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado, 2- su derivación a otros servicios hospitalarios, 3- no requiere tratamiento alguno (p.1).

Entonces, el equipo interdisciplinario indagará en primer lugar si las consultas que ingresan a la guardia son urgencias médicas, subjetivas o de otro orden. Si son urgencias que pertenecen al orden de lo orgánico, del cuerpo, Sotelo (2015) afirma:

Para la medicina, la urgencia se define como la aparición fortuita, imprevista o inesperada, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre (o de su familia). La intervención médica no solo está ligada a la gravedad del caso, sino a la necesidad del paciente o de quienes lo rodean (p. 65).

Si, por otro lado, son urgencias subjetivas, requieren de la intervención del psicoanalista y del psiquiatra, trabajando conjuntamente. Es así que el trabajo del analista se vuelve fundamental para poder guiar la entrevista hacia la escucha del paciente, de aquello que tiene para decir, ya sean pequeños trozos de palabras, frases, silencios, llanto, enojo.

El psiquiatra, ante la escucha del testimonio del sujeto, podrá determinar ciertos síntomas de su padecimiento, y desde su mirada aportará observaciones semióticas que tienen que ver con el aspecto físico, comportamental, de dicho sujeto, para poder arribar a cierto diagnóstico y analizar si se requiere la toma de medicación. Desde luego, también hay que enfatizar las concepciones de urgencias que comparte cada profesional, ya que ellas también forman parte de las intervenciones.

Desde lo dicho anteriormente, en la entrevista de admisión también se abordará si el sujeto de la urgencia puede esperar, si necesita de varios encuentros con los profesionales para que la urgencia finalice, o si se tratará de un único encuentro.

Así es que remarcamos la importancia del trabajo integral y en conjunto de los profesionales, más allá de las distintas disciplinas y discursos que los atraviesen y desde el marco teórico que se posicionen. No hay que olvidar que frente al profesional hay un sujeto que se dirige a la guardia a ser escuchado, acompañado y contenido. Es un sujeto

escuchado. De aquí la importancia del abordaje del psicoanalista desde una posición ética, apostando a la escucha del discurso de cada quien.

### **La transferencia habilita el espacio de guardia**

Anteriormente habíamos indagado una de las posibles intervenciones del analista en la guardia. Es decir, la de guiar la entrevista de admisión para que allí se habilite el alojamiento de la urgencia subjetiva.

Es así que nos vemos orientados a retomar una noción que es clave para poder llevar a cabo la intervención, y es la transferencia. Esta no se presenta solamente en el espacio del consultorio privado del analista, sino que también se consolida en distintas instituciones, y en este caso, en el servicio de guardia de un hospital polivalente, es decir, en la clínica general.

Podríamos decir que con la transferencia instalada y la presencia del analista se posibilitaría asistir a consultas sobre urgencias. Pero entonces, ¿qué sería la transferencia? Podríamos entenderla como la relación analítica o el lazo que se establece entre el analista y el paciente. O también, la conceptualización planteada por Lacan (2013): “la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente” (p.152). Es decir, una vez presente la transferencia, podría generar que se lleve a cabo la experiencia del inconsciente. Por eso mismo, diremos que el tiempo en la guardia es relativo, ya que si el tránsito por ella implicó varias entrevistas o solo una, importa que haya producido efectos en la experiencia del inconsciente del sujeto generando movimientos en su vida cotidiana.

Pero como estamos situando esta relación en dicho dispositivo, la transferencia también es hacia otros profesionales que estarían presentes en la entrevista. Es decir, también la transferencia puede ser del paciente hacia el médico de guardia, hacia el psiquiatra, hacia la medicación, incluso, dicho fenómeno puede no aparecer. Es decir, el modo en el que se asiste al sujeto puede habilitar o no las condiciones para que se establezca la transferencia hacia el equipo de guardia, o puede generarse la misma sólo hacia la persona del psicoanalista.

Si avanzamos un poco más en dicha reflexión, podríamos pensar que la escucha de las urgencias en la guardia se realiza, además, gracias a que el sujeto le supone un saber al analista. Vía este lugar de sujeto supuesto saber, podemos afirmar que se establece la transferencia analítica. Lacan (2013) menciona que: “en cuanto hay, en algún lugar, el sujeto que se supone saber, hay transferencia” (p. 240). Y más adelante, que: “cada vez que esta función pueda ser encarnada para el sujeto por quienquiera que fuese, analista o no, de la definición que acabo de darles se desprende que la transferencia queda desde entonces ya fundada” (p.241). Por consiguiente, diremos que este supuesto saber del sujeto junto a la consolidación de la transferencia hacen posible ir entretejiendo el espacio analítico en la guardia.

Ahora bien, debemos tener en cuenta ciertas cuestiones que pueden aparecer durante la atención de las urgencias subjetivas: No todos los sujetos suponen el saber al analista. Para adentrarnos en este pensamiento, situaremos lo que plantea Jean Allouch (1986): “el neurótico transfiere, el psicótico plantea transferencialmente” (p. 41). Esto quiere decir que cuando se plantea la transferencia en la neurosis, el sujeto es el que supone el saber al analista. Pero en las psicosis sucede lo opuesto, el analista es el que debe suponer el saber al sujeto psicótico, es el que debe ceder a la transferencia. Lacan (1983) lo recuerda en *El Seminario 3: Las psicosis*: No se retrocederá frente a la psicosis.

¿Qué es lo que tratamos de pesquisar? Pues bien, anteriormente en este trabajo remarcábamos las posibles urgencias que podían presentarse como consulta en la guardia. Una de ellas es la irrupción de las psicosis, una crisis inaugural. Es por eso mismo que no se debe descuidar el modo de intervenir frente a la experiencia psicótica, no se debe dar un paso atrás. Lacan (1986) afirma: “Tenemos el derecho de aceptar

entonces el testimonio del alienado sobre su posición respecto al lenguaje, y tenemos que tomarlo en cuenta en el análisis del conjunto de las relaciones del sujeto con el lenguaje” (p. 298). Agregaríamos: se trata de poder prestarse a escuchar el decir del psicótico.

Pero, ¿cómo hacerlo? Pues bien, nos falta nombrar una función crucial que forma parte de este encuadre analítico que posibilitará alojar las diferentes situaciones de urgencia: el deseo del analista. Es el que deberá estar implicado allí junto con las otras condiciones para que se aloje a las psicosis en la guardia.

Entonces si el psicoanalista, guiado por su deseo, se presta transferencialmente para escuchar el decir psicótico, ocupará el lugar del *secretario del alienado*:

Aparentemente nos contentaremos con hacer de secretarios del alienado. Habitualmente se emplea esta expresión para reprochar a los alienistas su impotencia. Pues bien, no sólo nos haremos sus secretarios, sino que tomaremos su relato al pie de la letra; precisamente lo que siempre se consideró que debía evitarse (Lacan, 1986, p. 295).

Comprendemos que el decir del sujeto psicótico –subrayamos el término sujeto tiene un sentido, ya que él es testigo de eso que habla en él, y el analista se volverá secretario de ese testimonio, de eso que le concierne al sujeto, y tomando actas, haciendo un registro mental de su testimoniar a la letra. Con esto queremos decir que dejamos de lado la hipótesis que afirmaba Freud, aquella que planteaba que el psicótico no podía acceder a una experiencia psicoanalítica. Ya que, si tomamos la enseñanza de Lacan, la misma considera que la psicosis puede ser alojada, así como también se aloja a la neurosis.

En cambio, si hablamos de sujetos neuróticos, este deseo apuesta a que, más allá de que el paciente haya colocado al analista en el lugar de supuesto saber, este no debe responder con ese saber, más bien deberá interrogar y poner en juego el saber no tan sabido, preguntar por qué llegó al hospital, qué es lo que está atravesando, si vino acompañado o solo, cuál es su urgencia, etc. A su vez, el sujeto se posiciona desde un lugar totalmente activo, ya que, con la ayuda del analista, irá haciendo corte en el sentido aplastante de esas palabras que le portan gran sufrimiento.

Ahora bien, si sucede lo contrario, si el sujeto ingresa a la consulta enmudecido por ese goce o padecimiento, interceptado por los fenómenos elementales de la psicosis, el analista intervendrá con lo justo y necesario, no preguntará de más, o sólo escuchará, u optará por el silencio respetando el momento angustiante de la urgencia del sujeto. Y poco a poco se apostará ahí por un decir, que ordene aquello que elaborará verbalmente el sujeto como puede, con los recursos simbólicos que cuente en dicho momento. Rabinovich (1998) lo plantea de la siguiente manera:

La oferta que hace el analista inaugura en ese espacio otra escucha y otro decir. La invitación que un analista puede hacer allí apuesta al desafío que abre el juego: retornar al decir para iniciar un nuevo tiempo donde la urgencia pueda ser interrogada (p.15).

Ese decir se volverá único. Podrán aparecer significantes que pondrán en juego la aparición del sujeto comprometido en aquello que le acaece, en tanto se posibilite también la determinación del inconsciente en sus significantes. Es de este decir del que habla Lacan (2007): “¿Qué es la clínica psicoanalítica? – Es lo que se dice en un psicoanálisis” (p. 3).

Asimismo, el analista estará ahí dispuesto a acompañar al sujeto frente a eso

que le pasa, guiándolo por medio de la escucha singular, prestándose a entretener junto con el sujeto la red de significantes que aparecerán en la escena de la guardia:

La función deseo del analista indica, en tanto función, que lo que opera del lado del analista tiene sus efectos del lado del paciente. Es deseo de palabra

Página 9 de 16

(significante). No es deseo de ningún objeto, pues una palabra remite a otra, y no hay ninguna palabra que pueda nombrar el ser del sujeto. Estos efectos tienen que ver con instaurar el valor de la palabra (Martello, 1998, p. 41).

Por consiguiente, intervenir con el deseo del analista implica también comprender los tiempos de las urgencias. Es decir, prestarse para acompañar al sujeto tanto en el tránsito como en el tiempo de desvanecimiento de tal urgencia. El analista no debe optar por apresurarse a que acabe tal experiencia de sufrimiento, o suponer que dicha urgencia será eterna, sino que en algún momento llegará a su fin. Esta quedará determinada por movimientos de la cadena de significantes S2 que hayan causado ciertos efectos en la historia del sujeto, como en su experiencia cotidiana. Dicho de otra manera, que se inaugure *otro* tiempo del sujeto, tras haber pasado por la experiencia analítica en el espacio de guardia. Lacan (2008) lo enuncia por medio del concepto de anamnesis:

Seamos categóricos, no se trata en la anamnesis analítica de realidad, sino de verdad, porque es el efecto de una palabra plena reordenar las contingencias pasadas dándoles el sentido de las necesidades por venir, tales como las constituye la poca libertad por medio de la cual el sujeto las hace presentes (p. 248).

Aun así, estamos dispuestos a decir que no siempre se puede resolver la urgencia de una forma efectiva en un tiempo fugaz. Eso dependerá de cada urgencia, de cada tiempo, entendida esta desde su singularidad: “Es necesario un tiempo para un tratamiento. Ni la inmediatez ni la demora pueden ser parámetros. El único parámetro posible es el tiempo del sujeto, y el único apremio atendible es el de la lógica subjetiva en juego” (Rodríguez, 1998, p.134).

Asimismo, muchas veces sucede que algunos sujetos que ingresan por una urgencia, luego de ese único encuentro, ya no vuelven. Pero quizás eso haya sido suficiente para haber generado modificaciones con respecto a aquello que traía el paciente como motivo de padecimiento.

Por consiguiente, el deseo del analista guiará al sujeto introduciendo en la escena de la guardia: *tiempos lógicos*. Estos mismos van a contracara de la fluidez discontinua de la sociedad actual. En ese sentido, debemos respetar cada tiempo del sujeto, concernido en el relato histórico de su urgencia.

Entonces, vemos poco a poco como va dibujándose esta concepción nodal que es el deseo del analista, que habilita el espacio de guardia, teniendo en cuenta las singularidades de cada urgencia: delirios, alucinaciones, pasajes al acto, *acting out*, angustias, donde estas se van constituyendo desde otro tiempo, la idea de un nuevo tiempo, *lógico y único*:

¿Cómo se modula el tiempo? Distinguiremos tres instancias: instancia de ver, tiempo de comprender, momento de concluir, que corresponden cada una a distintas acciones: ver, comprender y concluir, respectivamente. Estas instancias no se resuelven por el paso del tiempo cronológico, sino por la lógica subjetiva. Hasta podríamos aventurarnos a decir que son “posiciones” del sujeto (Rodríguez, 1998, p.133).

Estas posiciones del sujeto son las que varían y se modifican constantemente. El sujeto no vuelve siempre a la misma escena, sino que cada una de ellas se vuelve diferente a las demás:

Por supuesto, para que estas modulaciones del sujeto, que dan cuenta de una lógica subjetiva, se desplieguen, es necesario que el tiempo cronológicamente corra. ¿Cuánto tiempo? Nunca sabemos de antemano, al recibir un paciente, cuanto tiempo cronológico necesitará para desplegar estas instancias (Rodríguez, 1998, p.134).

Página 10 de 16

### **El deseo del analista**

Hemos llegado puntualmente al *deseo del analista*, noción fundamental que atraviesa este escrito. En primer lugar, hablar de esta conceptualización conlleva que recordemos lo que plantea Lacan (2012) en *El Seminario 10: La Angustia*:

Yo no les desarrollo una *psico-logía*, un discurso sobre esa realidad irreal que se llama la psique, sino sobre una praxis que merece un nombre, *erotología*. Se trata del deseo. Y el afecto por el que nos vemos llevados, quizás, a hacer surgir todo lo que este discurso comporta a título de consecuencia, no general sino universal, sobre la teoría de los afectos, es la angustia (p. 23).

Hablamos desde la praxis, desde el deseo. Una praxis del deseo, *erotología*, en fin, el psicoanálisis. Desde la simpleza, Lacan aborda cuestiones fundamentales que atraviesan el trabajo profesional de un psicoanalista, y nosotros podríamos agregar, especialmente, en la guardia de un hospital polivalente, poniendo el énfasis en que esta práctica del deseo también implica reconocer el afecto, la angustia.

En consonancia con lo anterior, lo que tratamos de percibir junto con Lacan es que la experiencia analítica implica ir más allá del plano de lo imaginario, esto requiere el no dejarse llevar a realizar ciertas intervenciones imaginarias, por ejemplo, aconsejar, influir directamente sobre las decisiones del sujeto, o dejarse persuadir emocionalmente por el relato del paciente, sino más bien ocupar un lugar vacío:

El deseo del Otro no me reconoce. Hegel lo cree así, lo cual lo hace todo fácil, porque si me reconoce, como nunca me reconoce suficientemente, no tengo más que recurrir a la violencia. En realidad, ni me reconoce ni me desconoce. Sería demasiado fácil, siempre podría salir mediante la lucha y la violencia. Él cuestiona, me interroga en la raíz misma de mi propio deseo como *a*, como causa de dicho deseo, y no como objeto. Y como es eso *a* lo que apunta, en una relación temporal de antecendencia, no puedo hacer nada para romper esa captura, salvo comprometerme en ella. Esta dimensión temporal es la angustia, esta dimensión temporal es la del análisis. Si quedo capturado en la eficacia del análisis, es porque el deseo del analista suscita en mí la dimensión de la espera (Lacan, 2012, p.167).

“Esta dimensión temporal es la angustia, la del análisis”, de nuevo, introducimos la problemática del tiempo junto con el analizante. No es nada simple dejarse atravesar por el afecto de la angustia, ya que el sujeto está acostumbrado a que el Otro le diga qué es lo que tiene hacer, qué decisión tiene que tomar sobre su vida, el trabajo, sus vínculos, entre otras cuestiones, para evadir la experiencia de la angustia.

Y justamente, lo que recuerda Lacan es que la posición del analista, éticamente, debe ser la de ocupar un espacio vacío, hacer semblante de objeto *a*, e implica la práctica de la abstinencia, es decir, no influir demasiado al paciente. En *El*

*Seminario 19: ...o peor* (2012), en los años 1971-72, sitúa que “el analista, *en cuerpo* instala el objeto *a* en el sitio del semblante, para aludir luego a el semblante del cuerpo” (p. 226).

Asimismo, hablar desde esta posición del analista también implica que se establezca desde su deseo: “es preciso saber qué es el deseo. Su función no está únicamente en el plano de la lucha, sino allí donde Hegel, y por buenas razones no quiso buscarlo – en el plano del amor” (Lacan, 2012, p.167).

Por diferentes motivos, desde el principio de la atención de la urgencia no siempre se podrá ocupar el lugar de no responder al sujeto, sino que para que pueda volver a restablecerse como sujeto deberá tener una figura de apoyo, que será muchas veces la del analista, es decir, no estamos hablando desde una perspectiva moral que implica que no se deba brindar una respuesta al paciente, eso sería ignorar lo que nos trae como experiencia subjetiva, tomarlo como objeto y no reconocerlo como sujeto.

Página 11 de 16

Estamos hablando acerca de cuándo un sujeto necesita contención de palabras, más que interrogantes a producir.

De este modo, Lacan (2012) guía con el siguiente planteo: “Siempre hay otra coordenada, que he destacado a propósito de la intervención analítica de Sócrates, a saber, en particular, en los casos que evoco, un amor presente en lo real” (p.122).

Se trata de que el analista se preste a alojar las angustias que portan los sujetos, a escucharlas, posicionándose desde su deseo de analizar y a su vez como semblante del *a*, no es ningún objeto pequeño *a*. Todo esto implica trabajar desde el amor, así como se presenta en lo real, aquel que se instala en el espacio analítico transferencial con cada paciente.

Hablar del deseo del analista también implica, como decíamos anteriormente, respetar los tiempos de cada sujeto, desde la espera de que algo novedoso surja ahí, y que esta novedad sea inconsciente y propia, desde el lugar del sujeto:

El neurótico no dará su angustia. Como verán ustedes, acabaremos sabiendo algo más al respecto, vamos a saber por qué. Esto es tan cierto, es tan claramente de esto de lo que se trata, que todo el proceso, toda la cadena del análisis consiste en lo siguiente – que dé al menos su equivalente, porque empieza dando un poco su síntoma. Por esta razón un análisis, como lo decía Freud, empieza por una puesta en forma de los síntomas. Nos esforzamos, dios mío, por hacerlos caer en su propia trampa. No puede actuarse de otro modo en ningún caso. Él nos hace una oferta que, en suma, es falaz – pues bien, la aceptamos. En consecuencia, entramos en el juego allí donde él apela a la demanda. Quiere que le pidan algo. Como no le piden nada, empieza a modular sus propias demandas que van a ocupar el lugar del *Heim*. Ésta es la primera entrada en el análisis (Lacan, 2012, p. 62).

Podríamos decir que apresurarse a responder frente al discurso del sujeto de la urgencia sería como responder a esa demanda imaginaria, cumplir con el capricho del neurótico, dando opiniones o influyendo en la toma de decisiones. En cambio, si el analista se posiciona desde la dimensión de espera, poco a poco el sujeto podrá dar gradualmente su angustia, e ir él mismo tomando responsabilidad con respecto a su urgencia.

También podemos ejemplificar esta demanda que se va dibujando en el sujeto, desde *El Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*:

¿Qué sucede cuando el sujeto comienza a hablar al analista? (...) Al analista se le ofrece algo que, necesariamente cobra primero la forma de demanda. Pero, ¿Qué demanda el sujeto? Este es el meollo del asunto, pues el sujeto sabe muy bien que sean cuales fueren sus apetitos, sus necesidades, ninguno encontrará

allí satisfacción – como mucho, tendrá la satisfacción de organizar su menú. (...) *Aconséjeme usted*, lo cual quiere decir - *¿Qué deseo yo de todo esto?, a usted le toca saberlo* [las cursivas son del original] (Lacan, 2013, p.277)

Esta no es una operación simple, conlleva un tiempo, ya que esta demanda ocupa un primer lugar en el análisis, hasta que el sujeto comienza a realizar ciertos interrogantes que van cediendo a su propio deseo, que no es sin atravesar la experiencia de incomodidad frente a la angustia, anterior a ese goce muchas veces insoportable:

El sujeto se precipita, se anticipa como deseante. Si aquí hay precipitación, anticipación, no es en el sentido de que este paso suponga un salto, que vaya más acá de su realización, la hiancia entre el deseo y el goce. Es ahí donde se sitúa la angustia. Tanto es así, que el tiempo de la angustia no está ausente en la constitución del deseo, aunque esté elidido, aunque no sea perceptible en lo concreto. (...) La angustia es, pues, término intermedio entre el goce y el deseo, en la medida en que es una vez franqueada la angustia, fundado en el tiempo de la angustia, como el deseo se constituye (Lacan, 2012, p.190).

Página 12 de 16

Para que se lleve a cabo este paso del goce, que lo podemos ver en primera instancia al comienzo de la urgencia, y ceder a otra instancia, el *deseo*, es preciso que el analista se coloque en una posición femenina. Así lo plantea Lacan (2012), afirmando que la mujer tiene una relación más laxa con el nudo del deseo y por lo tanto las analistas mujeres también.

Un poco más adelante, Lacan (2012) establece que:

Esta relación simplificada con el deseo del Otro es lo que permite a la mujer, cuando se dedica a nuestra noble profesión, estar respecto a dicho deseo en una relación que nos parece mucho más libre, sin perjuicio de cada particularidad que ella pueda representar en una relación, si puedo decirlo así, esencial. Esto es manifiesto cada vez que aborda el campo confusamente designado como el de la contratransferencia. Si tiene esta mayor libertad, es porque ella depende menos esencialmente, de la relación con el Otro que, en particular en lo que se refiere al goce (p. 200).

Con esta cita podemos cuestionar la posición del analista en cuanto tal, teniendo en cuenta que ceder frente al deseo implica asumir la posición de castración simbólica, falo en *-phi*, y parecería que desde una posición femenina costara en menor medida estar en falta, ya que se entraría en una relación más laxa con el deseo del Otro. Por esto, nos permitimos pensar la posición femenina enlazada al concepto del deseo del analista.

Si el analista se ubica desde una posición femenina, estará operando desde el deseo del analista que, en simples palabras, permitirá que el profesional pueda escuchar, alojar, y dejarse llevar por la experiencia analítica en la guardia, libremente y sin perjuicios.

Lacan (2012), en la última página de *El Seminario 10: La Angustia*, postula:

Lo que hace de un psicoanálisis una aventura única es la búsqueda del *ágalma* en el campo del Otro. Les he interrogado varias veces acerca de lo que conviene que sea el deseo del analista para que el trabajo sea posible allí donde tratamos de llevar las cosas más allá del límite de la angustia (p. 365).

Desde esta idea introducimos entonces que, en el espacio analítico de una guardia, el sujeto busca volver a reconducir su camino hacia el deseo, volviéndose a colocar como objeto resto, el *a*, objeto causa de deseo.

Asimismo, para poder dar paso al deseo, es necesario atravesar el tiempo de la angustia, reordenar las coordenadas subjetivas dando lugar a la palabra verdadera, plena, que invoca al sujeto desde el acontecimiento del inconsciente. Haber podido atravesar ese primer momento de la urgencia, que sería la demanda del sujeto para obtener respuestas, es el instante mediante el cual el analista, con sus intervenciones, posibilitará que el sujeto pueda colocarse como objeto causa de deseo, es decir, que vuelva a reivindicarse junto a su deseo: *“Te amo, pero porque inexplicablemente amo en ti algo más que tú, el objeto a minúscula, te mutilo [las cursivas son del original]”* (Lacan, 1964, p. 276).

Concluimos este apartado con la reflexión acerca de que el espacio de guardia del hospital, instaurado por la presencia y deseo del analista, nos lleva a plantear que ese lugar introduce la angustia a atravesar, a vivenciar, y posiblemente, a soportar:

Conviene, sin duda, que el analista sea alguien que, por poco que sea, por algún lado, algún borde, haya hecho volver a entrar su deseo en este a irreductible, lo suficiente como para ofrecer a la cuestión del concepto la angustia una garantía real (Lacan, 2012, p. 365).

Nos parece fundamental tomar esta idea de Lacan, ya que el deseo del psicoanalista puede descuidarse y esto dificultaría conducir la experiencia analítica.

Página 13 de 16

Podría suceder, por ejemplo, cuando las intervenciones están teñidas de puro sentido generando sufrimiento y goce en el paciente, en vez de intentar que logre nuevos interrogantes con respecto a su situación. Ya que, si recordamos lo que decíamos anteriormente, la función de corte posibilita la apertura de otros horizontes para el sujeto.

**Conclusiones finales**

Es todo lo contrario lo que aquí me esfuerzo por ser. Me esfuerzo

por ser siempre verdadera con usted. Cuando estoy con usted no escribo una novela. La escribo cuando no estoy con usted (...) Lo que reclamo es su ayuda. La mirada, la mía, es insuficiente para captar todo lo que hay que absorber.

Lacan

A lo largo de este ensayo se trabajaron las posibles intervenciones del psicoanalista en la guardia de un hospital polivalente para responder y abordar las urgencias subjetivas. Entendiendo que una urgencia subjetiva es aquella en la que el sujeto aparece sin apoyos para soportar una experiencia angustiante, y es así que recurre a buscar ayuda y alojo en la guardia de una institución hospitalaria, donde se encontrará con un equipo interdisciplinario para trabajar conjuntamente en la atención de dicha urgencia.

La premisa de este ensayo resistió a la argumentación, ya que logramos dar cuenta a lo largo de todo el trabajo que el psicoanalista intervenía en la atención de las urgencias encarnando su función desde el *deseo del analista*. Este mismo posibilitaría que el espacio de la guardia se habilite para alojarlas, prestándose a la escucha del sufrimiento del sujeto. Es decir, nosotros proponemos considerar en primera instancia que el analista se guiará por medio de su deseo para alojar cada urgencia desde su singularidad, alejándonos de la propuesta de Inés Sotelo, ya que ella proponía un dispositivo para atender las consultas de urgencias subjetivas.

En relación a lo anterior, habíamos tratado de marcar diferencias entre la urgencia médica y la urgencia subjetiva. Dentro de esta última describimos los distintos tipos de angustias que ingresaban a la guardia: la angustia señal, la angustia de la pesadilla, y la angustia de lo infamiliar, *unheimlich*.

Esto nos posibilitó reflexionar acerca del rol del analista frente a ellas, el de guiar la entrevista clínica más allá de la observación de signos y síntomas, para apostar a la singularidad del sujeto de la urgencia. También recordamos la importancia de la entrevista de admisión, que es fundamental para que se indaguen datos filiatorios, motivo de consulta y de la urgencia para delimitar posibles intervenciones.

En consiguiente, pensamos una noción fundamental que debe aparecer en la escena de la guardia: la transferencia, ya que, gracias a dicho fenómeno, el psicoanalista puede trabajar frente a las urgencias. En este sentido, el sujeto le supone un saber al analista, y de este modo comienza la demanda analítica y la experiencia del inconsciente. Pero, por otro lado, hay sujetos que portan el saber y es el psicoanalista el que debe prestarse como secretario del alienado para alojarlo.

Asimismo, habíamos considerado que, si el analista es guiado por su deseo, tiene en cuenta trabajar con la noción de tiempos lógicos, singulares y únicos, donde cada escena es distinta a la demás.

Luego enlazamos el concepto del deseo del analista con su posición, aquella de ser el semblante de *a*, como también la de ocupar un lugar vacío, que posibilitaría la abstinencia de aconsejar, influir directamente sobre la experiencia del sujeto o la toma de decisiones. Es decir, se debe guiar la escena analítica hacia el plano de la palabra plena, verdadera. Pero, esto también implica tener en cuenta que, al principio, el sujeto requiere de contención de palabras, y que, en otro tiempo podrá ir generando preguntas con respecto a su urgencia e historia.

Entonces, reflexionamos sobre el rol del psicoanalista desde una posición ética y no moral, teniendo en cuenta que el ingreso de distintas urgencias implica contener al sujeto mediante significantes, para que pueda restituir su cadena mediante nuevas significaciones con respecto a su posición en la urgencia, y de ese modo comprender que la interpretación, el corte, se da en otro momento, el encaminado hacia el deseo.

Este camino del goce del sujeto hacia el deseo (colocándose como objeto causa de deseo, *a*) es posible mediante las intervenciones del analista desde su posición femenina, ya que la mujer tendría una relación más laxa con el deseo del Otro. Es decir, pensar lo femenino implica que el analista asuma su castración simbólica, falo en *-phi*. Por eso mismo establecimos un vínculo muy estrecho entre el deseo del analista y la posición femenina, porque pensar esto también implica considerar el espacio de la guardia, un lugar para soportar, vivenciar y reelaborar la angustia.

Esto nos lleva a cuestionarnos ¿Existen otros caminos para trabajar el malestar de las urgencias? Esos caminos, ¿Enriquecerían o dificultarían el trabajo integral de los discursos de la psiquiatría y del psicoanálisis?

A pesar de los progresos en el reconocimiento de la práctica psicoanalítica en entornos hospitalarios y sus efectos de alivio, ¿Por qué el discurso psiquiátrico sigue mostrando resistencia a este reconocimiento?

Podría ser útil seguir planteando interrogantes sobre el rol del analista y su función en estas instituciones, para facilitar la asistencia de las urgencias. También es importante recordar que los sujetos que acuden a la guardia de un hospital en busca de ayuda no deben ser reducidos a meras clasificaciones clínicas, sino reconocidos como sujetos, cada uno con su malestar singular.

Finalmente, esto nos lleva a pensar que el deseo del analista se asume, es puesto en función, que es deseo de nada, no es imaginario, sino que es aquel deseo de analizar, de escuchar, contener, conducir y tejer la experiencia del inconsciente en la guardia, porque como nos recuerda Lacan: la clínica psicoanalítica es lo que se dice en un análisis. Y la apuesta de ese decir la determina el psicoanalista; dependerá de su deseo, que allí pueda surgir una escucha y un decir singular del sujeto de la urgencia.

### Referencias bibliográficas

- Allouch, J. (1990). Ustedes están al corriente: hay transferencia psicótica. *Littoral*, 7/8(1), 39-65.
- Freud, S. (1986). Inhibición, síntoma y angustia. En *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1971-72). *Seminario 19: ...O peor*. Buenos Aires: Paidós. Lacan, J. (1983). *Seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós. Lacan, J. (2007). Apertura de la sección clínica. *Ornicar*, 3(1), 4-26. Lacan, J. (2007). *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós. Lacan, J. (2008). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I*, (pp. 240-257). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2012). *Seminario 10: La Angustia*. Buenos Aires: Paidós. Lacan, J. (2013). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ochoa De La Maza et. al., (2018). Clínica de la Urgencia Subjetiva. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-122/501.pdf>
- Psicoanálisis y el hospital. (1998) La urgencia. *Publicación semestral de practicantes*

- en Instituciones Hospitalarias*, 7(13) 5-135.
- Rivas, L., M., P., et. al., (2014). Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicios de Urgencias Hospitalario. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2071-081X2014000200003](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2014000200003)
- Rubistein, A. (1996). Sobre la admisión. Jornadas Provinciales de Dispositivos de Salud Mental en Instituciones Públicas. Paraná, Entre Ríos. Recuperado de [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/146\\_acercamiento/material/rubistein\\_%20sobre\\_la\\_admision.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/146_acercamiento/material/rubistein_%20sobre_la_admision.pdf)
- Rodríguez, et. al., (2018). La elaboración psíquica en la clínica de la urgencia. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 18, 51-59 Recuperado de [https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos\\_completos/revista18/rodriguez.pdf](https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista18/rodriguez.pdf)
- Sotelo, I. (2015). *Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Buenos Aires: Grama ediciones.