

**URGENCIAS SUBJETIVAS, UN MODO DE PSICOANALISIS APLICADO A
LA SALUD MENTAL**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE PSICOLOGOS

POR

**LUISA FERNANDA CORREA CANO
JHON BAINER SANCHEZ HENAO**

Asesora

CRUZ ELENA GOMEZ GIRALDO

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
BELLO, ANT. 2017**

Agradamientos

A partir del deseo de ser profesionales en psicología, nace la posibilidad de saber sobre una práctica tan apasionante como lo es el psicoanálisis, que aquellos que se acercan a él, no cesaran su continuo aprendizaje y formación, es así como en este camino, nos hemos topado con excelentes personas donde más que transferencia por el psicoanálisis, existe un gran aprecio, respeto, admiración y un lazo llamado amistad; así brindamos nuestros más sinceros agradecimientos a:

Todos los miembros del Instituto terapéutico de Orientación Lacaniana ITP-OL

(Elizabeth Jaramillo, Yoany Rendón, Liliana Ramírez, Elkin Gómez, Wilmar Yépez, Juan Pablo Hinestroza, Linz Zurita, Yolima Franco, Patricia García, Xiomara Urrea, Leidy Barros, Zatria Vallejo, Juan Giraldo, Soel Calle, Nelson Londoño, Huber Quintero, Jaime Cortes).

A la profesora Cruz Elena Gómez, sus asesorías y compartir de experiencias hicieron posible la articulación de este trabajo de grado.

Resumen: En la época actual se evidencia una proliferación de síntomas contemporáneos que emergen a partir de los riesgos, las crisis, los cambios, las rupturas, situaciones diversas que ponen al sujeto frente al malestar y la angustia. Prima la relación con los objetos, el lazo social se debilita emergiendo una degradación de lo simbólico, por ello se aborda aquí la manera como responde cada sujeto a la angustia. No obstante existe un variado número de prácticas que pretenden atender el padecimiento psíquico, desde el enfoque biomédico hasta las técnicas de modificación de conducta, aboliendo la subjetividad, la salud mental es tomada desde el modelo estadístico, asumiéndola como la ausencia de trastornos de acuerdo al DSM. Se indaga la pregunta de cómo las urgencias subjetivas son un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental, en tanto el psicoanálisis hace una apuesta por la intervención inmediata y la forma de la demanda del sujeto contemporáneo, incluye la subjetividad dentro del campo de la salud mental.

Palabras claves: salud mental, urgencias subjetivas, psicoanálisis aplicado.

Abstract: In the current time, there is a proliferation of contemporary symptoms that emerge from the risks, the crises, the changes, the ruptures, diverse situations that put the subject in front of the discomfort and the anguish. The people prefers relationship with objects, the social bond is weakened emerging a degradation of the symbolic, so we address here how each subject responds to the anguish. However, there is a variety of practices that aim to address the psychic condition, from the biomedical approach to the techniques of behavior modification, abolishing subjectivity, mental health is taken from the statistical model, assuming it as the absence of disorders according to the DSM. The question of how subjective urgencies are a mode of psychoanalysis applied to mental health is investigated, while psychoanalysis makes a commitment to immediate intervention and the form of demand of the contemporary subject, includes subjectivity within the field of health mental.

Keywords: health mental, subjective urgencies, psychoanalysis applied.

Tabla de contenido

1.	Introducción.....	1
2.	Planteamiento Del Problema	3
3.	Antecedentes.....	11
4.	Justificación	15
5.	Objetivos.....	17
5.1	Objetivo general	17
5.2	Objetivos Específicos	17
6.	Diseño Metodológico	18
6.1	Paradigma y enfoque de investigación	18
6.2	Tiempos lógicos	19
6.2.1	El instante de ver:	19
6.2.2	Tiempo de comprender:.....	20
6.2.3	Momento de concluir:	20
6.3	Técnica de recolección de datos:	21
6.3.1	Primera etapa revisión documental:	21
6.3.2	Segunda etapa análisis documental:	21
6.3.3	Tercera etapa lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados:21	
6.3.4	Cuarta etapa lectura cruzada y comparativa de los documentos en cuestión:22	
6.3.5	La observación participante en la perspectiva cualitativa:	22
6.4	Principios éticos	23

7. Referente Teórico	23
7.1 Apuntes sobre la atención de la salud mental en la actualidad, según la ley 1616 de 2013, Colombia.	23
7.2 La Urgencia desde la perspectiva Psicoanalítica.	28
7.3 La Angustia, manifestación de las Urgencias Subjetivas.	36
7.4 Urgencias subjetivas, el malestar en la cultura contemporánea.	39
7.5 Psicoanálisis aplicado y dispositivos para la atención en Salud Mental.	41
8. Proceso de análisis.....	44
8.1 Experiencia pasantías:	44
8.1.1 P.A.U.S.A.....	44
8.1.2 El Hospital Central de San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse:	46
8.2 Discusión	49
8.3 Conclusiones, esbozo de una propuesta de intervención.	51
8.3.1 Metodología de intervención.....	52
8.3.2 Pensar el dispositivo “PARE” dentro de los hospitales públicos e instituciones médicas privadas:.....	54
8.3.3 Formación del psicólogo de Uniminuto en la clínica de las urgencias subjetivas	55
9. Referencias Bibliográficas.....	56

1. Introducción

En esta investigación el lector se encontrará con un recorrido sobre lo que ha sido la atención de la salud mental en Colombia según la Ley 1616 de 2013, dentro de las instituciones médicas y la clínica privada, se evidenciará que en la época actual la ciencia toma lugar para el tratamiento psicológico desde el enfoque biomédico y la exclusión de prácticas que incluyan la subjetividad; es así que este trabajo aborda la pregunta ¿De qué manera las urgencias subjetivas son un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental? Esto nos llevara a pensar en un modelo diferente de intervención al que el sistema de salud mental ofrece, permitiendo intervenir y comprender la angustia desde la singularidad de cada sujeto, a partir de la teoría psicoanalítica.

Para abordar el objetivo que en esta investigación se plantea, el de indagar sobre las urgencias subjetivas como un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental, se realiza una revisión teórica y documental; también se dan a conocer los datos que se obtuvieron con la participación de la pasantía realizada en instituto clínico PAUSA y el Hospital San Isidro de Buenos Aires Argentina, y según el paradigma hermenéutico aquí postulado, interpretar la vivencia de un fenómeno y describir cualitativamente los hallazgos encontrados.

A partir del referente teórico, se describen las variables de esta investigación: atención en salud mental en Colombia, conceptualizaciones de la urgencia a partir del psicoanálisis, la angustia, psicoanálisis aplicado, malestar en la cultura actual y su relación con los síntomas contemporáneos, con el fin de ubicar las urgencias subjetivas como una categoría clínica y

cómo a partir de esta, el psicólogo con orientación psicoanalítica se instaure en el discurso social, capaz de responder a las demandas de las subjetividades de la época.

A partir de la anterior y como conclusiones, se esboza una propuesta de intervención a través del dispositivo de urgencias subjetivas, no solo como modo de atención desde el psicoanálisis aplicado, sino que incluya el proceso de formación, docencia e investigación sobre el tema aquí propuesto, para todos aquellos profesionales de diversas áreas.

2. Planteamiento Del Problema

En la época actual emergen nuevos imperativos que inciden en la subjetividad, los ideales del mercado en la era de la globalización han hecho que lo instantáneo, el consumo rápido, la satisfacción inmediata, se instaure como modo de vida de las personas que responden de manera continua a la oferta del discurso capitalista, dichos ideales sugieren que el sujeto se sumerja en una relación con los objetos de consumo, de manera tal que la función de la palabra se debilite en relación a los lazos sociales y privilegie la individualidad, si bien se solidifica una relación con el objeto, se evidencia en la actualidad una considerable manifestación de angustia, bajo la forma de nuevos síntomas.

Son los llamados síntomas contemporáneos como toxicomanías, violencias, crisis de pánico, depresión, estrés, auto incisiones, acting out¹, pasajes al acto², las crisis de angustia conocidas a comienzos del siglo pasado que en su extensión actual presentan una novedad clínica que no poseían, una proliferación de las impulsiones, nuevas configuraciones familiares, el empuje de los modos de goce³ilimitado, hiperconectividad digital⁴, una

¹ Acciones que presentan un aspecto impulsivo, relativamente inarmónico con las pautas motivacionales habituales del sujeto, donde el mismo no logra comprender los motivos que tuvo para su acción. (Evans, 2007. p. 29). En el acting out, siempre hay un marco para ese mensaje que va dirigido al Otro. Es una identificación de un sujeto a un significante, donde se juega el ser y el goce, pero en relación al sentido sin perder en ningún momento la relación con el Otro, un ejemplo de esto puede ser el Cuting, aislamiento, adicciones, bullying, anorexia, bulimia, gesto suicida, (Gaviria, 2013. p.1).

² Proviene de la psiquiatría francesa, se utiliza para designar los actos impulsivos de naturaleza violenta o criminal que a veces indica el inicio de un episodio psicótico, una salida de la red simbólica. (Evans, 2007. p. 32)

³ Ir más allá del principio de placer, pulsión de muerte. Satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma o sufrimiento que se deriva de su propia satisfacción. (Evans, 2007. p. 103). A lo que Lacan llamo goce, en el sentido que en el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. goce, es una perturbación del cuerpo. No hay, hablando con propiedad, armonía del goce en el cuerpo. No hay posibilidad de armonizar a un sujeto con su goce, el ser hablante tiene, gracias a la sexualidad, un acceso al goce (Rodríguez, 2006. p.1)

degradación imaginaria de lo simbólico (Delgado, 2011), diferentes manifestaciones psíquicas que pueden ser críticas durante el transcurrir de la vida, donde se adoptan comportamientos y reacciones diferentes en cada uno de los momentos en que se experimenta angustia y por añadidura uno de sus efectos es la urgencia.

Las urgencias⁵, son la forma en que se manifiesta el malestar psíquico, es una exteriorización de la angustia (Sotelo, 2015); viene del latín Urgentia⁶, (quien no sufre retraso), que significa empujar, apurar, donde se pone en cuestión el tiempo, la dimensión del apremio y la prisa; proviene del código médico y refiere tanto a un dispositivo asistencial, como un modo en que llegan los pacientes a consulta, se presenta descriptivamente como desborde, verborragia, desesperación o también como un mutismo inmovible, puede también tener el carácter de una impulsión con todos los riesgos que implica, tanto para sí mismo como para otros (Delgado 2005); otras manifestaciones de las urgencias, son el límite de la desesperación, las bruscas crisis de violencia, el anonadamiento, la aparición repentina de una alucinación o delirio, la agitación, la imposibilidad de realizar la más mínima actividad, los reiterados intentos de suicidio, etc.

Así mismo diferentes factores dan cuenta de la vulnerabilidad que precipita las crisis en el sujeto, como son fenómenos naturales: terremotos, erupciones volcánicas, los deslizamientos, lluvias torrenciales; las provenientes de la industrialización, como la contaminación, accidentes vehiculares y de aviación; y los conflictos armados, entre otros.

⁴ fenómeno reciente y se deriva de la continua digitalización, automatización y el aumento de la interconexión de redes telemáticas, (Canales, 2016. p.1)

⁵ Mejor decir las urgencias, para que el plural preserve la idea de lo singular de cada una y acentúe lo relativo de una noción que intenta generalizar una clínica tan rica y diversa.

⁶ Diccionario de la real lengua española.

En cualquier caso se trata de una situación que compromete la subjetividad y despierta angustia, factor común de peligrosidad para sí y para terceros, se trata del peligro del acto que pudiera concluir el sufrimiento a falta de palabras que funcionen como límite, acto que se asoma o se precipita como único tope posible, o única vía de solución (Moscón, 1998).

El sujeto en la búsqueda de respuestas ofrecidas por el sistema de salud, para que atienda su urgencia, acude al hospital donde el profesional que con su saber hacer y los recursos con los que cuenta, intervenga para dar solución a las afectaciones demandadas, la respuesta del hospital, por ejemplo, ofrece contención, psicofármacos, internación o derivación, todo ajustado al discurso del sistema de salud y al desarrollo del mercado farmacológico, así mismo la intervención de entidades como la Cruz Roja prestan atención en los lugares donde ocurren los hechos de desastres, con un modelo de intervención nombrado como primeros auxilios psicológicos.

En Colombia, las instituciones y profesionales que pretenden atender estas demandas, se enmarcan en una lógica de prestación de servicios de salud, ajustada al Sistema General de Seguridad Social según la ley 100 de 1993, SGSS en adelante, que busca regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población en todos los niveles de atención, dispositivos tradicionales, que si bien resuelven la urgencia médica más ligada al riesgo, no siempre aborda lo subjetivo (Sotelo 2015).

Dentro del SGSS Colombiano actual, Restrepo & Jaramillo (2012), en el artículo concepciones de la salud mental en el campo de la salud pública manifiestan que lo subjetivo,

es tomado desde el enfoque biomédico⁷, la mente se define en términos de procesos biológicos, lo subjetivo para las instituciones en el campo de la salud mental es excluido y la salud mental propiamente dicha es tomada como ausencia de trastornos mentales según el DSM V y el CIE-10, la intervención dentro de las instituciones médicas y psiquiátricas está centrada en farmacoterapia, terapia electro-convulsiva, terapias conductuales que enseñan y entrenan a los sujetos para que desarrollen una conducta más adaptativa, deseable y aceptable, las terapias cognitivas buscan corregir formas de pensamientos disfuncionales y la concepción socioeconómica de la salud mental, busca una lógica horizontal orientada a generar entornos saludables que favorezcan la elección de condiciones de vida.

Por su parte, Prado (2014), muestra en el artículo modos de intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario la forma en que en los servicios de salud pública, las instituciones ingresan en un discurso de razonamiento utilitarista, privilegiando la eficacia, la rapidez, la evaluación y la estadística como aspectos fundamentales para el tratamiento de un sujeto, se encontró que priman las leyes de la productividad, a partir de la idea de un bienestar común, un bienestar completo, sin falta, en otras palabras un bienestar donde lo subjetivo queda por fuera: Las instituciones al introducirse en esta lógica de la posmodernidad acaban por anular la particularidad del sujeto y su división subjetiva.

Lo anterior permite concluir que los aspectos subjetivos del ser humano, dentro de las políticas del país y en el marco del SGSS en Colombia, tiende a abordarse desde la perspectiva

⁷ Enfoque que postula que la enfermedad mental se produce netamente por factores físicos y químicos, aislados completamente de la parte psicológica, regido por el método científico-positivista (Restrepo & Jaramillo, 2012. p.204).

de la salud pública, el enfoque biomédico, la promoción y prevención dentro de la Atención Primaria en Salud, entre otros.

Cabe resaltar que el SGSS en Colombia hace énfasis en lo que refiere a la salud mental por lo que se establece la creación de la ley 1616 de 2013, que promueve la Salud mental y la define como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Ley 1616, 2013, art. 3.).

Más adelante La Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el slogan “no hay salud sin salud mental”, reconoce la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos.

Con base en lo anterior, Restrepo & Jaramillo (2012), dentro del artículo concepciones de la salud mental en el campo de la salud pública, mencionan que la salud mental se presenta como un concepto generalizado, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar, elaborando un conjunto universal de comportamientos, síntomas y signos, que hablan de normalidad y anormalidad y omiten la importancia de la singularidad en el momento de intervenir con la responsabilidad que cada fenómeno particular incide en la vida del ser humano.

Manifiesta Eric Laurent (2000) que el problema en la atención de la salud mental, se refiere al endeudamiento de los estados modernos industrializados, por lo tanto se debe reducir gastos en la salud mental, porque la productividad es escasa en este campo, el interés

se ve reflejado en la privatización de la salud y mantener lo que es científicamente demostrable, como la medicación, el uso de manuales diagnósticos, entre otros, sin embargo lo que concierne al bienestar de la salud mental es imposible demostrar científicamente.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la salud mental tiene relación con el Otro⁸ y con su silencio, es lo que asegura el silencio del Otro, desde el psicoanálisis el sujeto surge de la palabra, ser hablante, ser hablado, hablante ser, evalúa la potencia de la palabra, la propone como una alternativa al peso angustiante del determinismo del discurso del amo⁹.

Recordemos la anécdota que relata Freud en su obra el chiste y su relación con el inconsciente de un pobre judío de Viena, Hirsh, que toma el tren para Karlsbad y sus aguas termales. Está en el tren y no tiene boleto. El guarda lo intercepta y le pide que se baje del tren. Lo hace y vuelve enseguida a subirse en otro vagón. Lo agarran, el guarda le pega y lo echa del tren. Sin embargo vuelve a subir, el guarda lo muele a golpes, etc. Así continúa durante un cierto número de vagones. Al cabo de algunas paradas agitadas, por el mismo episodio, se cruza con uno de sus amigos de Viena que le pregunta: “Pero, ¿Qué haces aquí? Y Hirsh responde: “Voy a Karlsbad a tomar baños termales, ¡si mi salud me lo permite! (Laurent, 2000. p. 135).

Con relación a lo anterior La salud mental según Miller, citado por Laurent, (2000), es la paz social, asegurarse de que los ciudadanos estén en sus trenes, en sus coches, en sus casas, y que puedan permanecer allí.

⁸ Gran Otro, designa alteridad radical, Lacan equipara esta alteridad radical, con el lenguaje y la ley, inscrito en el orden simbólico, particularizado para cada sujeto, (Evans, 1996, p.143).

⁹ Dialéctica del amo y el esclavo, oculta la división (falta) del sujeto, el amo comanda el discurso, discurso de dominio que se une con el de unificación, con el fin de la totalización, ilusión de unidad. (Evans, 1996. p.74).

Lo anterior hace referencia a que el psicoanálisis sostiene una reivindicación del derecho al “no como todo el mundo”, alivia al sujeto de la voluntad del “Otro que quiere el bien”, intenta habilitar un espacio para la “Locura de cada uno” (Caroz, 2011); a su vez, Jones (1942), investigó sobre los efectos terapéuticos del psicoanálisis, concluyendo que éstos no solamente consisten en la eliminación de los síntomas manifiestos, sino en la promoción de un estado en el que el paciente logra cambios en su carácter e incluso intelecto, logrando de este modo un aumento de la tolerancia y la apertura mental.

En ese orden de ideas, Prado (2014) en el artículo Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario, refiere la necesidad de introducir métodos que respondan a las demandas de la subjetividad de la época, apuntando a la relación sujeto – objeto, utiliza la palabra “modos” de intervención, pues estos no son universales y están sujetos a las condiciones particulares de la institución donde se realice la práctica clínica, así como lo incalculable de los matices subjetivos en cada caso.

De esta manera se propone el psicoanálisis como un modelo práctico de intervención frente al discurso científico que regido por la estadística apunta a la generalidad y la uniformidad de los síntomas, anulando la subjetividad; en este sentido la práctica del psicoanálisis en las urgencias se orienta a lo singular de cada caso, a la subjetividad que imprime la noción de sujeto, donde no existe una clasificación previamente establecida del modo de operar, sino que esta se funda en relación al discurso de cada sujeto (Prado, 2014. p. 25).

Para comprender esta lógica es necesario plantear lo referente al psicoanálisis como

método práctico, Freud (1911), en su trabajo sobre psicoanálisis, traza algunos propósitos y principios de la técnica psicoanalítica, en tanto tratamiento para la neurosis como resultado de la experiencia clínica:

El trabajo se llevó a cabo mediante el método de la «asociación libre», en el cual el paciente permanece en su estado normal. Esta modificación tenía la ventaja de que permitía aplicar el procedimiento a un número mucho mayor de casos de histeria, así como a otras neurosis y a sujetos sanos. Sin embargo, se tornó necesario desarrollar una técnica especial de interpretación a fin de extraer conclusiones de las exteriorizaciones de la persona en estudio (Freud 1911, p. 212).

A su vez, Freud (1911), indica que es una ciencia para la comprensión de la vida anímica y que aquel que quiera comprobar sus resultados o por el contrario refutarlo, deberá antes analizarse.

En el texto del sujeto por fin cuestionado Lacan (1966), introduce el término de psicoanálisis didáctico, para designar un psicoanálisis de formación que habilita la práctica de analistas, Miller (2001) lo nombra psicoanálisis puro, que se concluye con el pase¹⁰ como forma de cura, donde el sujeto encuentra salida, lo intenta a través del testimonio de su propio análisis; el psicoanálisis aplicado, es el que concierne al síntoma, tratándose de terapia, Miller (2001) habló de psicoanálisis aplicado a la psicoterapia, allí ya no se trata del psicólogo, ese especialista de la escucha que es enviado en una situación de urgencia para hacer hablar a un traumatizado, sino del psicoanalista formado como tal, que en su práctica, obtiene casi siempre efectos terapéuticos, dice Lacan (1966) acerca del psicoanálisis aplicado: “mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalistas para responder a ciertas urgencias

¹⁰ Lacan instituyó este procedimiento, en un marco institucional de la escuela Freudiana de París, destinado a permitir que las personas dieran testimonio del fin de su análisis, esta experiencia tiene que ver con el principio básico del psicoanálisis: articularse con el lenguaje. (Evans, 1996. p.149).

subjetivas”.

Por lo anterior, la pregunta que orienta la presente investigación, procura abordar: ¿De qué manera las urgencias subjetivas son un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental?

3. Antecedentes

En la actualidad se identifica varias propuestas para la intervención en estados psicológicos que requieren de atención inmediata, se han instaurado modelos que permiten la intervención en crisis o primeros auxilios psicológicos, permitiendo al profesional de la salud mental, responder a las necesidades de la ciudadanía desplazándose a los lugares de urgencia cuando algún desastre natural, accidente, crisis circunstanciales que ocasionan el denominado estrés postraumático, como pérdidas de actividades, duelos u otras situaciones de riesgo suceden para la población, uno de estos modelos es el programa de la Federación internacional de Sociedades de la Cruz Roja, promoviendo actividades humanitarias en favor de la prevención, promoción y atención del riesgo psicológico, personal capacitado para actuar en casos de crisis psicológicas.

Conforme al manual proporcionado por la Cruz Roja Colombiana, el propósito de los primeros auxilios psicológicos es brindar una primera intervención para el restablecimiento de los recursos psíquicos de la persona atendida y de ser necesario remitir al hospital para que un profesional especializado culmine el tratamiento con terapia o medicación; así mismo, en la revisión de antecedentes para este trabajo, se encuentran proyectos institucionales para atender las situaciones de crisis y brindar espacios que permitan abordarlas de inmediato a

quien solicite, derivando el caso de ser necesario a psicología del sistema general de seguridad social actual del país.

Ahora bien, la novedad clínica representada bajo el nombre las urgencias subjetivas, da cuenta de cómo el psicoanálisis ha favorecido el tratamiento del sufrimiento subjetivo ubicando a partir de la obra de Freud, el término trauma y con este la apertura de una categoría de clínica específica; Freud (1920) en el texto más allá del principio de placer define el trauma como acontecimiento, como un episodio que es externo a la estructura pero que es la causa misma del sujeto, el episodio traumático deja una marca, que es vivenciada en el transcurrir de la vida misma, produciendo displacer.

Freud propiamente no introduce el término urgencia en su obra, pero se refiere a esta en analogía al trauma, como cicatriz en el yo de una escena anterior, que produce un desequilibrio psíquico a posteriori, ocurre una irrupción pulsional que es señal de angustia, es pérdida de la cadena de representantes psíquicos que le permiten al sujeto mantener el equilibrio del principio del placer y la homeostasis.

Se encuentra en el recorrido de los casos clínicos de Freud, características que muestran como la angustia se manifiesta como algo que no da espera y que requiere alojar un espacio para la escucha, en estudios sobre la histeria Freud (1895), relata en caso de Katharina, un caso particular traumático de neurosis histérica; Freud en sus vacaciones se encuentra con la necesidad de Katharina de ser escuchada sobre los síntomas presentes en su organismo y la angustia que esto le produce al no conocer la causa de su padecimiento, en medio de su angustia recurre a Freud y a partir de su relato

se hallan episodios traumáticos que daban cuenta del origen de su angustia, relacionados a eventos del encuentro con la sexualidad.

En la medida en que el psicoanálisis fue extendiendo su medio de acción como terapéutica, avanzado hacia otros terrenos, por ejemplo la clínica con niños, la clínica de la psicosis, se fue encontrando con problemas inéditos, problemáticas nuevas que ha hecho que los psicoanalistas tengan que asegurar la eficacia de su acción a partir de la inclusión de la operación analítica en campos totalmente nuevos y se fue insertando en los espacios de la llamada salud mental.

Es así como los practicantes del psicoanálisis en la actualidad, están ejerciendo dentro de las salas de urgencia de los hospitales públicos para la atención de las urgencias desde esta perspectiva, como lo evidencia Prado (2014), en la publicación *Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario* refiriendo la conveniencia de la aplicación del psicoanálisis a la diversidad de demandas hospitalarias, y esto no significa de ninguna manera un mero servilismo destinado a la terapéutica, sino que se trata de un argumento demostrativo de cómo se puede operar desde la teoría analítica en instituciones, tampoco se trata solamente de la práctica sino de la experiencia, llevar al paciente a un punto de resolución o de satisfacción relacionado al problema que necesita tratar.

Sotelo & Belaga (2008), en la investigación “Análisis Comparativo De La Demanda E Intervenciones En La Urgencia En Salud Mental” en cuatro hospitales del MERCOSUR (Hospital central de San Isidro, Hospital San Bernardo de Salta, Hospital Maciel de Montevideo y Hospital Das Clínicas de Minas Gerais - Belo Horizonte), explican como el

dispositivo clásico en las salas de urgencia contempla la evaluación, alivio sintomático y finalización de la urgencia a través de intervenciones protocolizadas; agregan que el dispositivo que se ofrece a través del concepto de “Urgencias Subjetivas” en estos hospitales, proponen alojar al sujeto en urgencia, uno por uno, localizando el acontecimiento traumático o las coordenadas en las que la irrupción sintomática aparece, asimismo describen como el funcionamiento de la admisión sin turnos previos, permite que el paciente sea atendido inmediatamente, inscribiéndolo en el hospital y que no haya tiempo de espera para que tenga su primera consulta, orientando el caso hacia un posible tratamiento o al menos introducir algún interrogante para el sujeto que lo implique en lo que le ha sucedido.

Así mismo estos autores en la investigación realizada, indican que dentro de las salas de urgencias de las instituciones médicas, es muy común que los pacientes formulen su necesidad de curación, librarse del malestar lo más rápido posible, refieren que el dispositivo de urgencias subjetivas, será eficaz en la medida en que resuelva la consulta, trabajando la angustia del paciente, sin caer en la prisa que la urgencia presenta, sino posibilitando la emergencia de un sujeto o su implicación subjetiva, es decir que cierto lazo transferencial es necesario, para que el paciente acuerde con continuar el tratamiento en el hospital, más allá de que la urgencia se haya resuelto.

A su vez, P.A.U.S.A., Psicoanálisis Aplicado a las Urgencias Subjetivas de la Actualidad, es un centro asistencial creado por la Escuela de Orientación Lacaniana EOL, y el Instituto Clínico de Buenos Aires, Argentina ICBA para la atención desde el modelo psicoanalítico, Tratamientos breves orientados a la resolución de las urgencias subjetivas, turnos sin lista de espera, la orientación al tratamiento está dirigida a que pueda subjetivizar

esa urgencia y que eso abra la posibilidad de una demanda de análisis, se observa que en muchos casos, una vez resuelta la urgencia del paciente el tratamiento finaliza; PAUSA, recibe 700 pacientes anuales, de los cuales con un 30% logrando establecer demanda de análisis y procesos más continuos, (Seldes, 2014).

4. Justificación

Este trabajo pretende dar a conocer cómo el psicoanálisis apuesta a la intervención inmediata en relación a la demanda del sujeto contemporáneo, comprendiendo el síntoma de este como forma de su estructuración subjetiva; permitirá comprender que la urgencia aparece como consecuencia de las exigencias e imperativos de la sociedad en el malestar actual, que empuja cada vez más a un goce sin límite, y por lo tanto se instaura como una categoría clínica de la época; procura vislumbrar que el psicoanálisis no pretende producir un efecto de rivalidad con las demás disciplinas de la salud mental, sino que a partir de la inclusión del psicoanálisis en el campo de la salud mental, las demás disciplinas pueden influirse, cotejarse y conciliarse en una decisión final, permitiendo la inclusión y valoración de los pacientes, lo que favorece el tratamiento acorde para cada sujeto.

Freud(1917) en la conferencia, psicoanálisis y psiquiatría, indica que el psicoanálisis es producto de la experiencia, expresión directa de la observación o resultado de su procesamiento y no una ocurrencia reciente, ni subjetiva, tal vez no bien aceptada por opositores, por considerar que la psiquiatría y la psicología se comprometen muy poco con los neuróticos: “oyen con tan poca atención lo que ellos tienen que decirles, que se han enajenado

de la posibilidad de extraer algo valiosos de sus comunicaciones, y por tanto de hacer en ellos observaciones en profundidad” (p. 224).

En la actualidad se observa como las terapias de diversas orientaciones, ofrecen un ideal terapéutico rápido, confiable y no desagradable para el tratamiento del sufrimiento psíquico; no obstante, Freud (1917) menciona que el método hipnótico que trabajó con base a lo propuesto por Bernheim cumplió con estos requisitos, sin embargo lo refiere como un método sugestivo, tal como se ve hoy en las instituciones, donde se ofrece una ejecución de terapias de alivio más rápidos que la terapia analítica; es la ciencia quien tiene el saber sobre lo que le sucede al sujeto, por tanto tiene lo indicado para curarlo, así los profesionales de la salud mental dentro de las instituciones de salud y por fuera de ellas, trabajan de idéntica manera y con el mismo ceremonial, sin poder aprehender nada de los variados síntomas que, aunque se busca el bienestar de las personas, no cuentan con una perduración de los resultados y se evidencia que los síntomas reaparecen, de esta manera es necesario el uso de técnicas para el tratamiento psíquico que se ocupen de la naturaleza y el origen del malestar.

Es por ello que este trabajo investigativo pretende poner en relieve como las urgencias subjetivas son un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental, teniendo en cuenta una revisión sobre la manera en que la ley de salud mental en Colombia, (ley 1616 de 2013), responde a la demanda clínica, la cual procura garantizar una atención idónea, oportuna, efectiva y ética.

En introducción al método psicoanalítico, Miller (1997), recuerda que el bien decir es la llave de la ética del psicoanálisis, se trata justamente del valor que adquiere la palabra, lo

esencial es lo que el paciente dice, se destaca la importancia de la singularidad: No se trata de un caso clínico, si no de la localización subjetiva que hace de cada enfermo uno por uno.

A su vez, en este trabajo se quiere dar a conocer la experiencia en las pasantías que se realizaron en P.A.U.S.A. y el Hospital de San Isidro de Buenos Aires Argentina, y esbozar una propuesta donde el psicólogo con orientación psicoanalítica, pueda intervenir la salud mental desde la singularidad, sin la generalización actual que se hace de los síntomas, más bien apelando al sujeto y la subjetividad, con los recursos teórico-prácticos que posibilitaran implementar estrategias clínicas para actuar en casos de urgencia.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

- Indagar sobre las urgencias subjetivas como un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental.

5.2 Objetivos Específicos

- Revisar la manera en que la ley de salud mental en Colombia, (ley 1616 de 2013), responde a la demanda clínica.

- Identificar las características de las urgencias subjetivas.
- Describir la práctica del psicoanálisis aplicado en la atención de las urgencias subjetivas.
- Trasmitir la experiencia de Instituto Clínico P.A.U.S.A y del Hospital Central de San Isidro de Buenos Aires Argentina, en la atención de las Urgencias subjetivas como un modo de Psicoanálisis aplicado a la salud mental.
- Esbozar una propuesta de intervención de la salud mental donde se cuente con el dispositivo clínico de las urgencias subjetivas.

6. Diseño Metodológico

6.1 Paradigma y enfoque de investigación

Esta investigación concibe su objeto de estudio desde el paradigma hermenéutico, el cual entiende que la vivencia es en sí misma es un proceso interpretativo, la cual ocurre en el contexto donde el investigador es participe. (Zichi Cohen, Omery, 2003, citado por Monje, 2011. pág., 113). Se trabaja bajo el modelo teórico-documental, donde también se dan a conocer los hallazgos que se obtuvieron durante la participación a través de la observación en la pasantía realizada en PAUSA y el Hospital San Isidro de Buenos Aires Argentina. De tal manera que el objetivo planteado nos lleva a indagar sobre las urgencias subjetivas, el psicoanálisis aplicado a la salud mental, además en el análisis y tratamiento de los síntomas

contemporáneos. En este paradigma es posible articular los tiempos lógicos que Lacan plantea: instante de ver, tiempo de comprender, momento de concluir, esta triada posibilita una comprensión lógicadel abordaje de esta investigación, en tanto es un proceso que ha requerido la temporalidad en la elaboración y comprensión de los resultados aquí expuestos. Por ello los tiempos lógicos se toman de manera analógica en el proceso investigativo.

6.2 Tiempos lógicos

6.2.1 El instante de ver:

Permite hacer una revisión teórica exhaustiva, buscar antecedentes, conocer como es la atención de la salud mental en Colombia; en el trabajo de investigación Monje (2011) plantea que los investigadores en la investigación cualitativa pueden informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, se aproximan a un sujeto real, un fenómeno real, que está presente en el mundo y que puede, en cierta medida, ofrecer información sobre sus propias experiencias, opiniones y valores; permite dejar al descubierto los significados que los sujetos ofrecen a sus propias experiencias.

A través de revisión teórica de antecedentes y la revisión de la ley en Colombia observar cómo es la atención de la salud mental y como a partir de la ley 1616 se puede proponer otras metodologías de intervención, con el fin de identificar a través de textos y la experiencia de la pasantía en PAUSA y el Hospital San Isidro de la ciudad de Buenos Aires, la manifestación de los síntomas contemporáneos y como desde el psicoanálisis aplicado se puede intervenir las urgencias subjetivas.

6.2.2 Tiempo de comprender:

A través de las pasantías realizadas en PAUSA y el Hospital San Isidro de la ciudad de Buenos Aires, se vislumbran otras formas de intervención en la salud mental, de una manera distinta como lo hace la psicología desde los enfoques comportamentales o cognitivistas y la psiquiatría; estas pretenden curar los padecimientos angustiantes de cada sujeto de una forma sistémica, lo que da cuenta del malestar en la actualidad, donde la palabra es remplazada por la técnica. Sandoval, (2002) considera que la comprensión de la realidad social se asume bajo la metáfora de un texto, el cual es susceptible de ser interpretado, es la tendencia representada por Hans-Georg Gadamer y a la interpretación de la realidad social entendida como texto susceptible de múltiples lecturas, además expresa que el conocimiento es una creación compartida a partir de la interacción entre el investigador y el investigado, lo que hace necesario meterse en la realidad para poder comprenderla en su especificidad.

6.2.3 Momento de concluir:

Permite discutir cómo es la atención de la salud mental en Colombia y como a partir de la ley 1616 se puede esbozar una propuesta desde el psicoanálisis aplicado, que propone intervenir las urgencias subjetivas donde se cuente con el dispositivo clínico, Sandoval, indica que la investigación cualitativa, se estructura a partir de los sucesivos hallazgos que se van realizando durante el transcurso de la investigación; la validación de las conclusiones obtenidas se hace a través del diálogo, la interacción, la vivencia, la construcción de sentido compartido y sistematización. (2002, p.30).

6.3 Técnica de recolección de datos:

6.3.1 Primera etapa revisión documental:

Se realiza el rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles con una lectura orientada por la pregunta; esto conlleva a una revisión de fuentes bibliográficas y una exigencia de rigor para la selección del material, para puntualizar en las teorías que justifican el estudio del fenómeno interrogado. Esta primera etapa se corresponde con el tiempo lógico del ver, primer instante que orienta la búsqueda y rastreo de información.

6.3.2 Segunda etapa análisis documental:

Se hace una clasificación de los documentos psicoanalíticos referenciados como fuentes primarias y secundarias, estos documentos son el soporte teórico conceptual; como fuentes primarias y secundarias se abordan textos de Freud como: Más allá del principio de placer, Estudios sobre la histeria, De Lacan los escritos 1, el seminario 10 la Angustia, Inés Sotelo tiempos de la urgencia, Inés Sotelo – Guillermo Belaga análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital de San Isidro, Jacques Alain Miller introducción al método psicoanalítico, Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C. concepciones de salud mental en el campo de la salud pública, entre otros.

6.3.3 Tercera etapa lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados:

Posibilita extraer elementos de análisis y consignarlos en notas. Esta etapa junto con la anterior corresponden al tiempo de comprender, ejercicio exhaustivo y riguroso del proceso de investigación, en tanto ha implicado la agudeza de los conceptos y categorías utilizadas

aquí.

6.3.4 Cuarta etapa lectura cruzada y comparativa de los documentos en cuestión:

Estas lecturas no se hacen sobre la totalidad del contenido de cada uno, sino también sobre los hallazgos observados de modo que fue posible construir una síntesis comprensiva sobre el fenómeno analizado (Sandoval, 2002. pág. 138). Es lo que finalmente se ha nombrado como momento de concluir y que como producto se esboza una propuesta de intervención.

6.3.5 La observación participante en la perspectiva cualitativa:

Esta favorece la interpretación del comportamiento y las experiencias dentro de un fenómeno, como ocurre en su medio natural, la observación participante conlleva a descubrir la lógica, la dinámica y los procesos de un fenómeno, para tal fin el investigador se integra con el objeto de estudio, el investigador describe los elementos concretos de la situación y refiere textualmente el fenómeno. (Monje, 2011. pág. 153); en la pasantía que se realizó a través de la observación en P.A.U.S.A, y el Hospital San Isidro, se describe el proceso que se lleva a cabo en estos lugares en la atención de urgencias subjetivas, esta investigación vela por que se mantenga el rigor conceptual y epistémico planteados por el psicoanálisis.

Cabe decir que en esta práctica se contó con la participación de Guillermo Belaga¹¹ director del hospital San Isidro, quien relato como se aplica este dispositivo dentro de una institución pública, y Silvia Gutraich¹², directora de pasantes de PAUSA quien explicó cómo se aplica el dispositivo en una institución privada.

¹¹Guillermo Belaga, Psicoanalista Argentino, miembro de la escuela de orientación Lacaniana EOL. Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro. Director de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría. Facultad de Medicina (UBA).

¹²Psicoanalista, miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana.

6.4 Principios éticos

En esta investigación se destaca los derechos de autor y se expresa la protección de las obras literarias como lo establece La constitución política de Colombia de 1991. El estado protege por medio de la normatividad los derechos de autor y la propiedad intelectual mediante las formalidades que establece los artículos 2.1 y 2.2, teniendo en cuenta que para este trabajo se consultó fuentes teóricas donde se menciona y se reconoce la propiedad intelectual.

7. Referente Teórico

7.1 Apuntes sobre la atención de la salud mental en la actualidad, según la ley 1616 de 2013, Colombia.

El 21 de enero de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, promulga la Ley de Salud Mental 1616 de 2013, sancionada por el Presidente de la República, Juan Manuel Santos, esta ley establece la garantía en el derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo objetivo es la de garantizar el derecho a la atención oportuna y digna en los aspectos de salud mental, salud integral y Atención Primaria en Salud para responder a las necesidades y demandas poblacionales.

Parra Espitia funcionario del Ministerio de Salud y de la Protección Social, indica para el boletín N° 16 de prensa de este Ministerio, que en Colombia, basado en el último Estudio

Nacional de Salud Mental, los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia dentro de la población general con cifras que alcanzan el 19.3%”, aseguran que dos de cada cinco personas en el país han presentado trastornos mentales en algún momento de su vida, aseveró que el déficit de atención, la fobia específica y la ansiedad de separación son los padecimientos que aparecen tempranamente a los 5, 7 y 8 años y menciona que posteriormente surgen otros trastornos de conducta, la fobia social, la agorafobia entre otras anomalías como la dependencia a las sustancias psicoactivas y al alcohol; según este estudio realizado, los trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3%), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%).

Así mismo, los efectos de la violencia y las lesiones de causa externa tienen alto impacto en la salud mental de la población: los homicidios y las lesiones infligidas intencionalmente por otra persona son las mayores problemáticas que se presentan en el país, además, existen grupos poblacionales en situación de desplazamiento forzado, grupos étnicos y población en situación de discapacidad que comparten, por condiciones culturales o sociales, mayores vulnerabilidades que las observadas en la población general; también, el país presenta el nivel de ocurrencia de desastres más alto en América Latina durante los últimos treinta años, al registrar en promedio 597,7 eventos por año. Entre los fenómenos que con mayor frecuencia originan desastres se encuentran las inundaciones con 36,8%, los deslizamientos de tierra con 25,5% y los incendios urbanos con 7,6%. En su conjunto, estos han causado 70% de todos los desastres de las últimas tres décadas.

Estos resultados fueron tenidos en cuenta en la definición de los lineamientos para una política de salud mental en Colombia dentro de los preceptos de la Ley 1616 de 2013, así

como también se tuvo en cuenta las necesidades de la población:

La búsqueda de evidencias de políticas efectivas, las consultas con diferentes sectores y el establecimiento de objetivos y áreas estratégicas de intervención, por tanto, la Ley de Salud Mental responde a las necesidades de promoción, prevención del trastorno mental y la prestación de servicios. (Parra, 2013. p.1).

En Colombia, se ha reconocido que la organización de los servicios de salud mental presenta deficiencias que afectan su efectividad y la posibilidad de cumplir con los principios del Sistema General de Seguridad Social, En el actual SGSS, las entidades prestadoras de salud, EPS, son las responsables de garantizar la red de servicios para sus afiliados. Por lo tanto, más que una red de servicios, lo que existe son redes de distintas instituciones, con debilidades de articulación para responder mejor a sus afiliados.

Para el caso de las urgencias psiquiátricas se ha establecido la guía para el manejo de urgencias, que establece el Ministerio de Salud y la Protección Social, a partir de esta guía se define como consulta de urgencia a la que se realiza sin cita previa, quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que su padecimiento requiere atención inmediata, son circunstancias en las que una persona presenta alteraciones del estado de ánimo, del pensamiento o de la conciencia que alteran de manera aguda y notable su comportamiento y ponen en riesgo su integridad personal y la de los demás, se observa con frecuencia que los pacientes acuden a los servicios de urgencias en solicitud de atención psiquiátrica debido a intentos de suicidio, crisis de angustia, duelos patológicos, aparición de sintomatología delirante, depresiones severas, trastornos de la alimentación, recaídas de trastornos mentales, crisis de agitación reactivas a situaciones vitales agudas y aparición de graves patologías psicosomáticas, entre otras causas.

La Guía para el manejo de urgencias, establece un apartado para la intervención en crisis, allí se indica que la crisis es un periodo de desequilibrio emocional que resulta de una situación o un evento peligroso, que es problemático y que no puede ser solucionado utilizando los mecanismos que normalmente ha utilizado la persona para dar solución a los problemas, afirman que las técnicas psicoterapéuticas en el manejo de las crisis elevan el nivel de esperanza de un paciente anteriormente desesperado, y una de las cosas que puede devolver la esperanza a un paciente es ofrecerle ayuda inmediata.

La intervención en crisis tiene dos formas, propuestas en la actualidad, una son los llamados primeros auxilios mentales como ayuda inmediata para restablecer la homeostasis y la capacidad de adaptación emocional, por lo general, es la intervención que hacen personas no especializadas en los primeros momentos de la crisis, la otra es la intervención del profesional de la salud o del especialista como manejo de la urgencia psiquiátrica.

En la actualidad los servicios de urgencias en Colombia, han asumido, de manera precisa a lo establecido por el SGSS, responsabilidades asistenciales de importancia en salud mental. En los últimos años, la atención de los casos psiquiátricos urgentes ha estado a cargo de los médicos generales y de otras especialidades de los servicios de urgencias, como enfermería, y esto sigue siendo la regla, los profesionales que atienden este tipo de urgencias, están en capacidad de dar cumplimiento a la atención inicial, de la siguiente forma:

- A partir del Triage, entendido como la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de

urgencias, definir la prioridad de la atención, se debe decidir si se trata de una emergencia¹³, una urgencia¹⁴ o una solicitud de primera consulta psiquiátrica.¹⁵

- Manejar pacientes violentos y agitados, tranquilización medicamentosa.
- Evaluar desde el punto de vista médico a personas con enfermedad aguda y comportamientos anormales, descartar patología orgánica y tener en cuenta datos que orientan hacia una posible etiología como el uso de sustancias psicoactivas.

- Examen del estado mental, mediante la exploración de las esferas de la orientación en persona, lugar y tiempo, la conducta, el lenguaje, la percepción, el pensamiento, la atención, memoria, emociones, afecto, capacidad de raciocinio, etc.

- Realizar diagnósticos diferenciales de comportamientos anormales.
- Formular terapias con psicofármacos.
- Manejar crisis psicosociales.
- Hospitalización.
- Remisión a consulta externa con especialista (psiquiatría, psicología).

Estas intervenciones protocolizadas demuestran un nivel de eficacia en el sentido de pacientes atendidos, el objetivo de las instituciones médicas es atender al paciente lo más rápido posible, estabilizarlo para que se lleve a otra instancia o inclusive curar el

¹³Emergencia: situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata, acontecimiento que se presenta de manera abrupta y que, por lo general, requiere de algún tipo de acción para evitar o minimizar los daños. (RAE, 2001)

¹⁴ La urgencia implica una necesidad apremiante o una situación que requiere de atención sin demoras. El concepto suele asociarse a los problemas de salud. (RAE, 2001)

¹⁵ La consulta psiquiátrica es una valoración médica especializada en la cual el psiquiatra realiza una entrevista clínica al paciente, con la finalidad de identificar algún problema de salud mental que requiera tratamiento por parte de este médico, ya sea tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. (RAE, 2001)

padecimiento de inmediato, hay un tiempo cronológico que coincide con lograr la menor permanencia en las salas de urgencias del paciente.

Lo anterior muestra que es necesario adicionar estrategias en la prestación de servicios de salud mental y la estructura organizativa adecuada en el SGSSS para la promoción, prevención, vigilancia y atención integral; así como el análisis y redefinición del conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos relacionados con salud mental y la articulación de acciones y actores involucrados en la prestación de servicios de salud mental, que incluyan metodologías que beneficien a quien consulta, ubicando la singularidad y lo subjetivo, dentro de cada padecimiento.

7.2 La Urgencia desde la perspectiva Psicoanalítica.

Si bien la urgencia es un concepto médico, para designar una situación que requiera atención inmediata y cuyo objetivo es evaluar la gravedad de los casos, y resolver aquellas situaciones que implican riesgo de vida, regida por la expectativa del alivio sintomático, según el modo en que se concibe la urgencia determinará el modo de abordarla, el interés aquí descrito es a partir de algunos postulados de la teoría psicoanalítica.

Desde la teoría freudiana no se hace mención al concepto de urgencia, sin embargo a lo largo de su obra y en sus historiales clínicos se hace referencia a ella, a partir de la teoría y clínica psicoanalítica; para citar algunos, iniciando por su trabajo sobre el desamparo Freud,

(1885), lo describe como algo del orden de lo traumático, un estado de dependencia donde el lactante se halla impotente para realizar una acción específica y poner fin a una tensión interna, el desvalimiento o desamparo se constituye en el estado originario de la situación traumática, despierta angustia, la situación de angustia que se manifiesta en el presente del sujeto recuerda la vivencia traumática que antes se experimentó, las marcas que deja el desamparo originario, son fijadas, perdurables.

Se destaca una aproximación a la urgencia en el proyecto de una psicología para neurólogos en el año 1895, donde Freud, indica que al incremento de las pulsiones, el sujeto se ve enfrentado a un exceso, que no puede tramitar mediante sus propios recursos, está bajo condiciones apremiantes, una necesidad vital, para la cual requiere de un auxilio ajeno, describe una situación de urgencia del lado orgánico como una descarga interna que produce una cierta alteración y a la que refiere como emocionalidad del dolor, expresión de las emociones, grito e innervación vascular, plantea una necesaria intervención para dar respuesta a esta urgencia, la cual no es posible corporalmente, no puede ser producida desde el propio organismo, ninguna descarga interna agota la tensión, descartando incluso fisiológicamente que el cuerpo humano sea capaz de realizar una acción, es decir Freud marca que es necesaria una intervención ajena al sujeto, la cual a su vez debe ser específica e inmediata, con la cual se obtendrá como resultado la pacificación de la urgencia que causó el displacer.

En estudios sobre La histeria, Freud y Breuer (1895) plantean su teoría acerca de los síntomas en la neurosis traumática y su relación con el trauma psíquico, donde precisamente manifiesta que está relacionado a un sobresalto, a una situación que provoque una falla en la respuesta del aparato psíquico, donde el aparato psíquico se queda sin recursos para poder

regular esta excitación nerviosa existiendo un fracaso para restablecer el funcionamiento del principio de placer, dicen: “Cualquier afecto que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como tal trauma” (p.5), plantea la noción de trauma, como un exceso de excitación imposible de tramitar.

Para Freud el origen de la neurosis era ocasionado por un acontecimiento traumático, el cual aparece como experiencia sexual prematura, pero ésta en sí no produce ningún efecto, es recién un periodo que Freud denominó periodo de latencia que va a aparecer el representante psíquico en conexión con la marca que dejó el episodio traumático, produciendo displacer.

Más adelante del texto Más allá del principio de placer, Freud (1920), describe un momento de quiebre, la ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría causada por una irrupción pulsional, donde los mecanismos que sostienen la vida misma son irrepresentables debido a que el yo deja de mediar entre el principio de placer y el principio de realidad y llevan al sujeto a actos desesperados que pueden poner en riesgo su propia vida y la de los demás, el concepto de trauma ya no va a referir a ningún episodio, a ningún acontecimiento, sino directamente interno a la estructura, ligado la exigencia pulsional, a la pulsión de muerte.

A su vez, en Inhibición, síntoma y angustia, Freud (1925) da una teoría de la angustia conceptualizada, como reacción ante una situación peligrosa o señal de alarma ante un peligro interno (como la libido) o externo (como la castración); la angustia es una preparación ante un peligro, por tanto manifiesta un aumento de la tensión sensorial y motriz, preparación para la huida y la defensa activa, la angustia es entonces una perspectiva del trauma y una repetición

amenguada de este.

En sus historiales clínicos, Freud ha descrito manifestaciones asociadas a la urgencia, como en el caso del Hombre de las ratas, característico por ser un caso de neurosis obsesiva, manifestando un temor excesivo, impulsos criminales, autoagresión, preocupaciones obsesivas centradas en asuntos insignificantes, también los casos de Anna O, Elizabeth Von R., y el mismo caso Dora, quienes manifestaban diferentes síntomas conversivos característicos de la neurosis histérica como cansancio, dolores en el cuerpo, tos, parálisis en algunas partes del cuerpo, repudio, que no se referían a patologías de origen biológico y que devenían de un acontecimiento traumático, Freud dice que el recuerdo y la escucha de un relato como estos no es la causa de la enfermedad, lo que ocurre, como en la mayoría de los casos, es que al escucharlo se actualizan aspectos reprimidos y aparece la angustia. Cuando avanzamos en el proceso de la asociación libre, encontramos otros aspectos destacables que permiten llegar al origen y a las causas de este tipo de padecimientos.

En los postulados de Lacan (1936), se introduce la terna simbólico, imaginario y real, que será eje fundamental a lo largo de su enseñanza, para explicar la constitución de la realidad humana, las diferentes patologías por lo tanto dependerán de como los tres registros se anudan o se enlazan entre sí. Los primeros aportes de Lacan se centran en el registro imaginario: el estadio del espejo muestra la formación del yo a través de la imagen especular, El Yo se construye, entonces, a partir de una imagen externa, lo cual implica que la identidad nos es dada desde afuera. El Yo se precipita a partir de una identificación imaginaria:

Este acto, en efecto, lejos de agotarse, como en el mono, en el control, una vez adquirido de la inanidad de la imagen, rebota en seguida en el niño en una serie de gestos en los que

experimenta lúdicamente la relación de los movimientos asumidos de la imagen con su medio ambiente reflejado, y de ese complejo virtual con la realidad que reproduce, o sea con su propio cuerpo y con las personas, incluso con los objetos, que se encuentran junto a él. (Lacan, 1936. p.99).

En la década de los 50' lacan, examina el registro simbólico, donde el niño, capturado por una identificación imaginaria, asumirá también como factores identificatorios, los significantes pronunciados por sus padres, lo simbólico es el registro psíquico que se origina en el lenguaje y la instancia del gran Otro, o bien, la Madre, S1¹⁶ en un primer momento, capaz de responder ante cualquier adversidad, sin embargo el niño descubre que ese Otro no es completo, que padece una falta al introducirse la Función Paterna, S2¹⁷. El sujeto una vez ingresado en el lenguaje, quedara dividido y marcado por la ineliminable carencia de un objeto perdido, un vacío que muy a menudo intenta llenar o tapar de modo patológico.

A partir de la enseñanza de Lacan (1953), en el texto Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis, en Escritos 1, hace la primera mención a la urgencia, “nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento de la palabra, pero nada también que no se haga en ella contingente” (p.235), esto hace referencia a que a partir de la urgencia, de un quiebre en el discurso o pérdida de la cadena significante, se demanda de Otro para encontrar los S1 del sujeto que lo comandan y lograr nuevamente la articulación simbólica, restaurar las identificaciones del sujeto y los significantes que regían su vida. a partir de la escucha lo que se busca es calcular en qué momento ocurre la ruptura del sujeto con la cadena significante, es decir ubicar en el discurso

¹⁶ Significante primordial, Lacan lo llama matriz fundadora del lenguaje, es la marca inicial que recibe el sujeto por parte de La madre. Significante amo. (Leone, 2011).

¹⁷ Significante del saber, unido con S1, produce un discurso, introducido por la función paterna como eje fundamental de lo simbólico. (Leone, 2011).

o en el silencio del paciente el origen de su crisis e invitarlo a reconstruir su relación con la palabra, en esta perspectiva diremos que el psicoanálisis en la urgencia parte del sujeto como efecto de lo simbólico, sujetado al lenguaje, atrapado en la palabra, es de esta manera que tenemos un sujeto de la palabra, un sujeto del lenguaje, (Belaga, 2017).

La urgencia se puede decir que es la emergencia de un real, Lacan explica este registro a lo largo de su enseñanza, dice que lo real es lo que retorna siempre al mismo lugar, luego lo real es definido como aquello imposible de articulación lógica, como aquello *no-todo* para el significante. Finalmente una tercera definición sobre lo real dice: “El verdadero real implica la ausencia de ley”, (Lacan 1975, citado por Velásquez 2014); lo real es lo que hace que el ser hablante despierte del sueño que le produce su inconsciente; surge cuando algo rompe el principio del placer, el sentido y la ley: “Lo real es lo imposible de escribir”. Lacan (1977), aunque pueda aparecer de manera ocasional siempre implica una disrupción en la conducta, en el pensamiento, en los actos del sujeto, volviéndolo siempre al mismo lugar, a pesar de cualquier intensión.

Nos explica Miller¹⁸ (2003), la urgencia subjetiva no es urgente en el sentido del tiempo cronológico, si no la erótica del tiempo lógico, donde el sujeto manifiesta a través de su padecimiento la necesidad de la respuesta inmediata a su demanda y el analista le hace una pausa para leer y encontrar la urgencia, la urgencia es el modo preliminar para el tratamiento; parte de la cura, la urgencia es la ruptura de la cadena significativa, dicha ruptura se produce

¹⁸Psicoanalista lacaniano francés, fundador de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, Fue director del departamento de Psicoanálisis de la Universidad de París VIII y presidente de la École de la cause freudienne, que fundó en 1981 junto a Jacques Lacan. Tras la muerte de Lacan, se ha dedicado principalmente al estudio y la difusión de su pensamiento, editando sus seminarios y brindando cursos y conferencias en distintas partes del mundo.

como efecto de colapso temporal entre el instante de ver y el momento de concluir, se trata justamente de encontrar una estrategia para sostener un tiempo para comprender, se trata de subjetivar la urgencia, hacerla pasar por la palabra, pues la sola entrada en el discurso analítico produce un efecto terapéutico, por ejemplo el apaciguamiento de los estados de pánico, sedaciones de la angustia o la postergación de pasajes al acto.

Tomando algunos psicoanalistas en la actualidad, y cuya práctica se enfoca en la clínica de la Urgencia, Inés Sotelo¹⁹, define la urgencia desde varias perspectivas; la primera, la perspectiva médica, como la aparición de un fenómeno que requiere imperiosa atención por parte del sujeto que lo sufre o desde su familia, que aun sin riesgo eminente de muerte requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo para evitar mayores complicaciones, como accidentes, agresiones violentas, uso excesivo de alcohol y drogas. La urgencia psiquiátrica aunque plantea otras cuestiones que el síntoma orgánico, la posición de la medicina es la de emplear la misma metodología antes descrita, para los médicos el síntoma se ha convertido en sinónimo de signo, tras el síntoma médico no hay ningún sujeto, la emergencia médica, es una situación crítica de riesgo vital inminente en que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición sino se toman las medidas inmediatas, como ataques de corazón, daño en un órgano vital.

Para el Psicoanálisis, Sotelo (2015), refiere que la Urgencia está íntimamente ligada al concepto de sujeto. Toda consulta supone la vivencia subjetiva de haber llegado a un límite, a un punto de basta que requiere intervención inmediata, el sujeto puede entonces según la

¹⁹ Analista Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y de la Escuela de la Orientación Lacaniana, Doctora en Psicología, Coordinadora de la práctica profesional Clínica de la Urgencia, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

intensidad de su vivencia, dirigirse a una institución médica o llamar a pedir una cita, toda consulta tiene un punto de urgencia que habrá que localizar, desprendiéndose de la emergencia médica, del riesgo, de la espectacularidad de las presentaciones en las salas de urgencia de los hospitales, para localizar la urgencia en la intimidad de aquel que atraviesa un momento de crisis, de cambio, de ruptura, y que puede manifestarse desde una excitación psicomotriz al sufrimiento silencioso del pensar obsesivo.

Se llama urgencia subjetiva a la que aparece en aquellos casos en la que la misma compromete al sujeto quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, más allá de la opinión del profesional, acerca de la gravedad del caso. La intervención terapéutica requiere de cálculo cuidadoso; en esa primera consulta habrá que pesquisar en el paciente el sentimiento subjetivo del phatos, de sufrimiento. En las guardias o admisiones o consultas se deberá ubicar ¿quién considera que hay allí una urgencia? Muchas veces será la familia, el médico, la escuela, el juez quienes requieren de una intervención para el paciente; otras veces será el paciente mismo el que llega pidiendo ayuda, (Belaga, 2005. pág. 6)

Ricardo Seldes²⁰ (2017), sobre el abordaje de las urgencias subjetivas, dice: “esas situaciones en las que de repente el sistema en el que los sujetos funcionan en el mundo deja de funcionar”. Y agrega: “en esos momentos, explota la angustia o ataca el pánico”, así es como a partir de la urgencia la vida cambia y pierde sentido y el sujeto se siente empujado a actuar, así sus acciones pongan en peligro su vida, la salida, entonces, es provocar una emergencia subjetiva, cosa que se consigue con la escucha:

²⁰ psicoanalista, Director de la Escuela de la Orientación Lacaniana y Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

El padecimiento del sujeto que sufre la urgencia es masivo y sin sentido. Aunque no puede sostener una demanda, poner en palabras su angustia amorfa le permite trasladar de alguna manera su sufrimiento a otro y organizarlo de a poco en segmentos que, al ser dichos, van cobrando sentido. Este paso de la urgencia a la emergencia abre las puertas a que aparezca lo silenciado; Si una demanda puede articularse luego de eso, habrá lugar para una nueva decisión. (p.1)

7.3 La Angustia, manifestación de las Urgencias Subjetivas.

La angustia se manifiesta como un padecimiento, un afecto imposible de soportar y ser expresado, se trata aquí de esclarecer teóricamente el papel de la angustia en la clínica de las urgencias subjetivas. Para Freud (1985) en inhibición, síntoma y angustia, esta surge como una reacción ante un peligro, un aumento de la tensión de la necesidad donde el sujeto es impotente, una situación frente a la cual se está desvalido, donde coinciden el peligro externo y la exigencia pulsional, la angustia como respuesta a la pulsión de destrucción vuelto hacia la misma persona frente a un episodio traumático. Freud habla de la angustia como una excitación que es sentida como *displacer* y que el sujeto no puede dominar.

Garbarino (2012) en el artículo sobre las diferentes concepciones de la Angustia, indica que Freud describió diferentes situaciones de peligro; la del nacimiento, por la indefensión de un ser prematuro, la de pérdida de objeto y la de pérdida de amor del objeto, la de castración, la de culpa ante el superyó y finalmente, la de autodestrucción como masoquismo; estas dos últimas derivadas de la pulsión de muerte. Si bien describió estas diferentes situaciones de angustia, valorizó la angustia de castración como central, como la otra cara del Edipo y también como el único motor que lleva a los procesos defensivos.

Freud (2007) señala que la angustia de la pulsión de muerte encuentra una expresión consciente en el sentimiento de lo siniestro, aquello que siendo lo más propio del sujeto, se vuelve desconcertante y perturbador, no se trata tanto de algo que sorprenda por ser desconocido, al contrario, hay una familiaridad tan íntima que desorienta; lo siniestro es eso que tiene como destino permanecer oculto pero cuando sale a la luz produce horror, es algo tan propio como la angustia que mientras no se manifieste es como si no existiera y cuando se siente es extraña, ajena, insoportable.

Freud describe la emergencia de situaciones de angustia frente a peligros reales que él llama angustia realista, puesta al servicio de la pulsión de autoconservación, y la diferencia de este modo de la angustia neurótica, que es angustia ante un peligro fantaseado o interno, sostiene que las diferencias no son radicales y que siempre nos encontramos que junto a la angustia realista coexiste angustia neurótica en mayor o menor grado, hay en Freud dos concepciones de la angustia; una como descarga somática directa, como expresión de una excitación sexual que no puede ser ligada porque no tiene acceso a los representantes psíquicos y otra como producto de una transformación de la libido en angustia por efecto de la represión.

A continuación, se trata de ubicar cómo Lacan abarca la angustia y cómo desde el lugar de aprendizaje se logra articular lo que refiere de ella; en el seminario X La Angustia 1962 – 1963, Lacan introduce la metáfora de la Mantis Religiosa, aquel insecto hembra de gran tamaño, donde el macho a través del reflejo que observa en el ojo de ésta su reducido tamaño y dirige la pregunta: Che voui? ¿Qué quieres de mí?, para referir que el sujeto (S) encontraría en el Otro (A) la adecuación absoluta de su deseo, pero este no satisface su

demanda y le plantea al sujeto un doble interrogante: ¿Cuál es el objeto de tu deseo? Con ello el Otro (A) dice que no tiene la clave del deseo del sujeto, ante la cual se manifiesta la angustia.

Miller (2007), en el texto *la angustia lacaniana* indica que el deseo está soportado por la angustia, el sujeto ingresa en la falta y otorga al Otro el poder de satisfacerlo, situación paradigmática de lo imaginario, se dirige al Otro para borrar su carencia de ser, para ello tiene que ser deseado por el Otro, desea el deseo del Otro, pero el deseo no como tal, que es inexpresable, sino articulado en la demanda a un objeto, objeto metonímico, objeto *a*, con los cuales se dirige al Otro, obteniendo un placer, pero no la satisfacción absoluta de su deseo, allí queda el resto, que se convierte en otra demanda, o vuelve a aparecer como angustia. En el orden imaginario esta angustia se expresa de diversas maneras, como angustia ante la castración, el fracaso narcisístico, la pérdida del objeto, la incompletud, entre otros, que en la actualidad lo encontramos con el nombre de depresión, ansiedad, estrés postraumático y un sinnúmero de trastornos alrededor de la angustia.

Dice Miller (2007), La angustia emerge como una contingencia en las relaciones del sujeto con el Gran Otro. El sujeto dividido que se descubre como sujeto de deseo, como puro significante, por el no reconocimiento por el gran Otro, sucumbe a la angustia, señal de peligro ante la falta de ser y el deseo es el remedio para la angustia. La angustia es entonces una bisagra fundamental en la entrada del deseo, no es una señal de peligro como en Freud, que refuerza la represión, sino que es soporte para el deseo, que es relanzado para calmar la angustia.

Jacques Alain Miller propone una orientación de la angustia en los cursos dictados en los años 2003 y 2004, lo nombra la angustia lacaniana, con el fin de diferenciarla de las demás teorías sobre este tema, que conciben la angustia como un trastorno o disfuncionamiento, pretendiendo desangustiar suponiendo una normalidad homeostática, y trata de ubicarla como lo más singular del sujeto, la angustia toma aquí un papel proactivo, como única vía privilegiada de acceso al objeto a, como objeto causa de deseo, así, la experiencia analítica, permite al sujeto localizar, reducir, aliviar y hasta franquear su angustia abriéndole las puertas al acto y a la vez demuestra que, sin la angustia, no hay sujeto digno de su existencia.

7.4 Urgencias subjetivas, el malestar en la cultura contemporánea.

Desde Freud y su teoría sabemos que la civilización en si misma representa la causa de los malestares:

Se recibe la impresión de que la cultura es algo impuesto a una mayoría recalcitrante por una minoría que ha sabido apropiarse de los medios de poder y de compulsión, cabe suponer que estas dificultades no son inherentes a la esencia de la cultura misma sino que están condicionadas por las imperfecciones de sus formas desarrolladas hasta hoy. (1927, p 6.).

La biopolítica como agente regulador de la vida misma, ofrece respuestas inmediatas al alcance de todos como, la ciencia y la tecnología hace creer que son los apaciguadores de la angustia.

Sotelo (2015) a cerca del malestar en la cultura, refiere en dos conceptos que llevan a pensar dos programas, el de la felicidad y la culpa, siendo la primera un imperativo de la

época y la segunda consecuencia del superyó voraz. Así mismo a través de su experiencia en las consultas con pacientes y la experiencia de otros pensadores coinciden que: los sujetos atravesados por la época cuyo padecimiento, que muchas veces excede lo psíquico, parece estar determinado por múltiples variables, como lo social, lo económico, lo institucional, lo orgánico, lo legal.

Por otro lado Belaga (2014), agrega que en la época actual el sujeto ingresa en un orden social consumidor donde no hay límites de los nuevos objetos de auto satisfacción, que permiten sostener un circuito pulsional que no reconoce límites y que hace saltar la experiencia del vacío. En esta época la caída de los nombres del padre entendiéndose este como la caída de los grandes relatos que sostenían una ciudad como ejemplo, el cristianismo, el marxismo, capitalismo, y en remplazo de estos la posición de discursos individuales (Lyotard 1979), como consecuencia, la fragilidad en los lazos sociales, la debilidad de la función de lo simbólico y la elevación de los objetos al cenit social siendo estas las categorías que caracterizan el discurso hipermoderno.

Causa de esto de se evidencia una proliferación de síntomas contemporáneos, nuevas formas sintomáticas donde podemos evidenciar que las anorexia, las toxicomanías, los pasajes al acto y los acting aout, son cada vez más frecuentes ante la precaria relación del sujeto con la cadena significante, donde comprobamos cada vez con mayor intensidad, un sujeto desterrado del orden simbólico completamente fuera de discurso.

La ciencia en nuestra época parece disparar la angustia cuando introduce en el discurso los términos incertidumbre y probabilidad, el sujeto hoy vive entre la probabilidad de que algo

le suceda, no sabe cuándo sucederá, una incertidumbre constante en cualquier plano de la vida, pues tampoco hace distinción de ello, a mayor incertidumbre mayor angustia, el sujeto de hoy se angustia antes, después y entre tanto, con la caída de los grandes ideales, es el discurso capitalista el que comanda y en lugar de ayudar en la construcción de un lazo social, arremete contra este lazo, dejando al sujeto más suelto que nunca, promoviendo el individualismo, que empuja a la competencia, desconfianza del otro, búsqueda de unos estándares que el capitalismo establece, donde se hace creer que todo es posible.

En efecto surgen los síntomas contemporáneos como la anorexia, bulimia, ataques de pánico, violencias, depresión, estrés, auto incisiones el llamado cutting, la toxicomanía como las adicciones, no solo las que se relacionan con las de consumo de sustancias tóxicas, sino también las que están en función de las cirugías, los juegos, el internet, y muchos otros, donde el goce ilimitado toma lugar principal en la sociedad.

7.5 Psicoanálisis aplicado y dispositivos para la atención en Salud Mental.

Cada época, constituye una apertura a nuevos síntomas y a diversidad de malestares los cuales requieren una respuesta por lo menos ofrecer dispositivos de atención que se encarguen de las demandas de la subjetividad de la época, en este sentido Lacan dice:

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues ¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? (1988, p. 309).

Así, el psicoanálisis sigue vigente dentro del debate clínico de estos tiempos, comprometido como un discurso para el bienestar diferenciado radicalmente de otros saberes

que se basan más en el discurso científico que mayormente se limita a describir, observar, experimentar y concluir estadísticamente en un para todos universal, si no que se rige desde la particularidad del caso de un sujeto mortificado por su síntoma.

Si bien su práctica ha estado centrada en el ámbito privado dentro de sus consultorios, la propuesta ahora es, el analista ciudadano, más allá de una posición intelectual crítica, lo que refiere es a analistas insertados en los dispositivos de salud mental y diferentes instituciones de las ciudades: “hay que pasar del analista encerrado en su reserva, crítico, a un analista que participa, un analista sensible a las formas de segregación, un analista capaz de entender cuál es su función y cual le corresponde ahora”. (Laurent, 2000), agrega también que:

El analista, más que un lugar vacío, es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. El analista, más allá de las pasiones narcisistas de las diferencias, tiene que ayudar, pero con otros, sin pensar que es el único que está en esa posición. Así, con otros, ha de ayudar de impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal, ya sea humanista o anti humanista, se olvide la particularidad de cada uno. (p.116).

Es así como en la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), surge una sección de Psicoanálisis Aplicado, la cuestión aquí planteada es la del psicoanálisis aplicado a la terapéutica: “que siga siendo psicoanálisis, que sea un asunto de psicoanálisis, que sea el psicoanálisis como tal en tanto que aplicado” (Miller, 2001. p.19). El psicoanálisis aplicado al síntoma, se dirige a lo real del síntoma, el síntoma concebido como lo más propio del sujeto, se trata de un sujeto que sufre y se busca la causa del malestar para establecer una dirección de la cura. Esta simple operación ubica la práctica psicoanalítica de orientación lacaniana en el caso por caso. Toma al sujeto en la división de su ser y toma en cuenta la demanda del paciente que dice “no sé lo que tengo”, el psicoanálisis aplicado ya sea en el consultorio, en la institución o por fuera del discurso analítico conserva una misma política en tanto se dirige a

que el sujeto conozca su síntoma, este es el principio de una ética que no excluye, más bien reconoce y considera al ser hablante en su modo singular de gozar.

Con respecto al psicoanálisis aplicado, Cárdenas (2004) citando a Lacan señala que el psicoanálisis solo se aplica, en sentido propio, como tratamiento, por lo tanto, a un sujeto que habla y oye. A pesar de las diferencias, el fundamento del psicoanálisis aplicado a la terapéutica no es otro que el psicoanálisis puro; el psicoanálisis aplicado debe diferenciarse de la terapéutica y seguir siendo psicoanálisis, aunque en una forma restringida para que no termine siendo un tipo de psicoterapia, a lo Miller (2001), agrega que es con la condición de captar bien que se trata de una terapia conducida por un analista según la estructura y la lógica del psicoanálisis.

Para Rubistein (2003), los modos de aplicación del psicoanálisis serían también aquellas intervenciones producidas por fuera del dispositivo analítico e incluso por fuera de condiciones terapéuticas: intervenciones en guardia, en interconsultas, en escuelas, en juzgados y en todas aquellas condiciones en que por fuera del discurso, el analista pueda hacer lugar a la singularidad del sujeto, aun cuando no se trate de la iniciación de un análisis.

La práctica del psicoanálisis en las instituciones puede tomar varios vectores, ya sea que el psicoanalista sea un agente del discurso analítico propiamente o participando junto con otros profesionales en la puesta en forma del síntoma que aqueja a un sujeto, es en este sentido que Sotelo (2005) plantea que el ámbito institucional es un lugar privilegiado para leerlo porque se trata de lugares que reciben una importante variedad de demandas y en el que coexisten diversos discursos, y que el dispositivo de urgencias subjetivas como

psicoanálisis aplicado, en las salas de urgencia de los hospitales, se puede propiciar un efecto de subjetivación en la medida que hay allí alguien atravesado por el discurso analítico sosteniendo su apuesta:

El analista en la urgencia, haciéndole la contra a lo real, apunta a que la urgencia se transforme en urgencia subjetiva y que aquel que consulta pueda interrogarse acerca de la causa de su padecer. De esta manera la inclusión del analista en la guardia adquiere un lugar central aunque no esté operando desde el dispositivo analítico. Así, la diferencia esencial entre el psicoanálisis y otras prácticas es “el modo en que esa demanda es alojada (Sotelo, 2005. p.29).

El dispositivo de urgencias subjetivas se fundamenta en lo que Miller (2001) denomina como esbozo del acto analítico, en tanto se trabaja efectivamente por la vía de la singularidad y se busca el despliegue de la asociación libre. Es un servicio pensado desde la clínica en tanto el ejercicio de escuchar al uno por uno, y la reflexión de la experiencia con la teoría.

8. Proceso de análisis

8.1 Experiencia pasantías:

8.1.1 P.A.U.S.A

Las siglas significan Psicoanálisis Aplicado a las Urgencias Subjetivas de la Actualidad, es un centro de asistencia, docencia, investigación; atención psicoanalítica para niños, adolescentes, adultos, parejas; integrado por un equipo de psicoanalistas y psiquiatras con formación en el tratamiento de las urgencias subjetivas, ubicado en Dr. Emilio Ravignani

2506, en la Ciudad de Buenos Aires Argentina. PAUSA es un dispositivo de asistencia de las urgencias subjetivas creado por la Fundación Casa del Campo Freudiano, la Escuela de Orientación Lacaniana EOL y el Instituto Clínico de Buenos Aires ICdeBA; en esta institución se propone las pasantías como un espacio de formación y transmisión de la clínica del psicoanálisis aplicado a las urgencias subjetivas, una experiencia de la práctica analítica de la orientación lacaniana.

Comopasantes se contó con el acompañamiento de Silvia Gutraich, directora de pasantes, quien explicó el dispositivo de Urgencias Subjetivas en una Institución privada, y se participó en:

- Admisiones: Presencia en las primeras entrevistas de admisión de los pacientes en la Institución. Luego se trabajó con los admitores su perspectiva clínica.
- Supervisión de los casos de los terapeutas de PAUSA.
- Discusión y debate clínico de los casos de la admisión.

La experiencia en P.A.U.S.A., permitió dimensionar el alcance que el profesional en salud mental tiene desde la perspectiva psicoanalítica, como el psicoanálisis aplicado puede comprender la angustia o descompensación psíquica del sujeto y de quien lo rodea, para buscar junto con un grupo interdisciplinar de la institución, como psicoanalistas y psiquiatras, el diagnóstico y el tratamiento adecuado, estos dos saberes operan en la atención de urgencias subjetivas de la actualidad dentro de dicha institución.

Se pudo presenciar la primera entrevista de admisión del paciente junto con el analista

admisor, se observó cómo se aborda en esa primera entrevista, desde la singularidad del analista se comprendió que en ocasiones no es suficiente la posición de escucha activa, sino que es necesario hablar, preguntar y extraer la información necesaria del relato del paciente, para derivar el caso de manera correcta al tratamiento indicado una vez el motivo de consulta se identifique; una vez terminada la sesión se continúa con el Staff de los casos clínicos con el grupo presente, oportunidad para ampliar los casos y de manera pedagógica comprender las subjetividades clínicas de cada paciente.

Se aclaró conceptos teóricos llevados a la práctica y comprender este modo psicoanálisis aplicado a la salud mental para el tratamiento psíquico ya que como institución privada cuenta con los recursos suficientes para atender los estados de urgencia, cabe decir que en un caso de brote psicótico, donde la vida del sujeto y la de los demás está en riesgo y el paciente requiere contención por vía farmacológica, es remitido a instituciones médicas, a pesar de contar con psiquiatría, P.A.U.S.A, no realiza este tipo de intervenciones, el objetivo es brindar un espacio para la subjetividad del paciente de carácter terapéutico.

8.1.2 El Hospital Central de San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse:

Es un hospital público ubicado en la provincia de San Isidro, en la localidad de Acassuso, sobre la Avenida Santa Fe al 431. Fue inaugurado de día 6 de junio de 2003. Es un Hospital Universitario adherido a la Facultad de Medicina y Psicología, de la Universidad de Buenos Aires.

En esta institución se contó con la participación del Jefe del Servicio de Salud Mental Guillermo Belaga, quien permitió hacer el recorrido como pasantes y mostró la aplicación del dispositivo de urgencias subjetivas en una institución de salud pública.

Es de aclarar que esta Institución se encuentra orientada desde una política, una episteme y una clínica psicoanalítica. La misma intenta poder estar a la altura de la época. El dispositivo se encuentra integrado por concurrentes de psicología²¹, residentes de psiquiatría y psicólogos y psiquiatras de planta. Como también prestan colaboración asistentes sociales, coordinadores de talleres y acompañantes terapéuticos.

Los diferentes procesos del dispositivo cuentan con una reunión mensual donde se discuten las diferentes problemáticas, como también los cambios que se podrían hacer.

Los diferentes procesos son:

- Admisión:

Funciona de lunes a viernes a partir de las 8.30hs. Hasta el mediodía, los pacientes que acuden al hospital se atienden en el mismo día, de este modo se eliminan los turnos de espera dados por la computadora y, por otro, se promueve que en el proceso de admisión (ya que puede ser una o más

²¹ Los residentes y concurrentes son profesionales médicos o no médicos (trabajadores sociales, kinesiólogos, bioquímicos, enfermeros, psicólogos, etc.) que van a insertarse en el sistema de salud a través de una capacitación en servicio que les permitirá especializarse en dicha área. Es un requisito para poder graduarse de doctor o licenciado según sea el caso. Los residentes y concurrentes realizan trabajos similares, la diferencia es que el residente recibe una remuneración y el concurrente no.

entrevistas) se evalúa la urgencia de la consulta y de este modo decidir la derivación o no a otra instancia.

- Interconsulta: la misma se divide en dos:
 - a) Interconsulta en piso y sala: dónde todas las mañanas un equipo de profesionales recogen los pedidos de interconsulta de los diferentes pisos y salas que realizan los médicos, enfermeros o pacientes (que se encuentran internados por problemáticas médicas clínicas). En general se trata de un proceso de tres tiempos. El primero dónde se escucha y se interviene sobre el pedido de parte del médico, luego la entrevista con el paciente, y por último, la devolución al médico y escritura en la historia clínica.
 - b) Interconsulta en Guardia²²: se desarrolla en el espacio de la Guardia General del Hospital con un equipo integrado por psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y acompañantes terapéuticos ante el pedido de los médicos de guardia. Todos los días, al principio de la mañana (8.30hs.) y al final (11.30hs.) se desarrolla el pase de guardia donde se transmite la lógica de los casos que permanecen internados en la guardia así como también la resolución de diversas cuestiones legales, familiares y sociales.
- Talleres:

Luego de una entrevista de admisión especial a los talleres, los pacientes pueden ir a uno o más talleres, los cuáles son espacios de dos horas de duración sobre diversas temáticas: plástica, expresión corporal, música, lectura de diarios, teatro, etc. Todos los días funciona al menos un taller. Los mismos son,

²² Sala de urgencias.

en general, concurridos por pacientes psicóticos.

4) Presentación de Enfermos: (a partir de un pedido de un paciente diagnosticado esquizofrénico, quien en su misma presentación, nosotros presentes, pide cambiar el nombre de esta actividad como Presentación de Pacientes, el mismo refiere que no padece de una enfermedad, si no que a través de su trabajo con su terapeuta, comprende que interpreta el mundo de una manera diferente, el nombre de la actividad cambio).

Siguiendo la enseñanza de Lacan todos los meses se desarrolla una entrevista entre un paciente y el Jefe del Servicio frente a un público versado en el abordaje del psicoanálisis aplicado. La invitación o no de un paciente a este dispositivo se inscribe según un cálculo del practicante en función de la cura de ese paciente. Para algunos pacientes psicóticos la misma puede servir como un espacio para dar testimonio a una comunidad sobre su relación singular al lenguaje.

8.2 Discusión

En el proceso de formación como psicólogo y con un interés por el psicoanálisis de orientación lacaniana, permitió la aproximación en la comprensión de la angustia y las respuestas al malestar psíquico de cada sujeto. Se ha entendido que las situaciones de urgencia son cada vez más generalizadas, con una demanda de intervención inmediata. Los dispositivos clínicos tradicionales responden con estrategias dadas por el sistema de salud,

bajo un modelo de estándares que promueven la desaparición de los síntomas. Sin embargo, esta forma de intervenir hacen poco eficaz los tratamientos, en tanto lo que se halla es una proliferación de padecimientos de difícil localización para el sujeto.

Por ello, la intervención con un dispositivo de la palabra que da lugar al sujeto que habla, cuenta con la subjetividad o la posibilidad de que una persona que sufre pueda subjetivar su malestar o su dolor psíquico.

En la actualidad se habla de la caída de los nombres del padre, el declive de función reguladora de los goces de los sujetos, aquellos ideales que sostenían las ciudades y mantenían equilibrada las familias, el nombre del padre es lo que hace que el sujeto entienda que hay leyes, que no se puede vivir de placeres, a pesar de quererlos, que hay cosas que requieren requisitos, hace que el sujeto se reconozca en falta y no completo, al no existir esta función se está dispuesto al discurso actual donde nada es imposible y todo se puede, Ahora la ley dice no hay ley, goza!

Lo anterior ha llevado a la instauración de nuevos síntomas, esto se evidencia en la clínica que se lleva en la actualidad donde existe un sinnúmero de trastornos, aboliendo la subjetividad; esto permitió indagar como el psicoanálisis responde a esta demanda y que la categoría urgencias subjetivas son un modo de aplicación del psicoanálisis a la salud mental, este dispositivo produce efectos terapéuticos llevando a poner límite al goce, responsabilizando al sujeto de sus síntomas y hacia un direccionamiento a la cura; ya Freud por medio de la palabra logró darle tratamiento a las patologías psíquicas haciendo a un lado lo biológico y la técnica, incluyendo la subjetividad.

8.3 Conclusiones, esbozo de una propuesta de intervención.

Esta propuesta tiene su fundamento en la experiencia como miembros y practicantes en formación del psicoanálisis en el Instituto Terapéutico Psicoanalítico de Orientación Lacaniana (de aquí en adelante ITPOL), ubicado en la carrera 54 número 37-37 del Municipio de Rionegro – Antioquia, en la cual se adecuó tres consultorios, una biblioteca, un auditorio, y un espacio para compartir. Se busca con ello, que la sede sea un lugar para la formación, atención terapéutica y también un espacio donde se mantiene e inventa el lazo social con los otros. Se abren las puertas teniendo como principio que cada persona encuentre allí un lugar y logre dar cuenta de su deseo, un espacio para el trabajo y hacer con la vida. ITPOL está registrado en la Cámara de comercio del Oriente Antioqueño, a partir del mes de mayo de 2017.

ITPOL hoy está conformado por profesionales en psicología, medicina, psiquiatría, artes visuales y demás especialidades, todos con orientación psicoanalítica y en proceso de formación en la misma, se tiene como principio: Análisis personal, Control de casos, Asistencia y formación en la escuela Nel Medellín.

En el momento actual y producto de las investigaciones acerca de las urgencias subjetivas como un modo de psicoanálisis aplicado, evidencia la vigencia de la práctica analítica y se emplea en la actualidad para sostener el dispositivo analítico creado por Freud, cuyos pilares son: la asociación libre, la interpretación y la transferencia; la comunidad analítica alrededor del mundo propone dispositivos que si bien se salen del dispositivo clásico

para ajustarse a la época, tiene su fundamento en el psicoanálisis teniendo en cuenta la subjetividad.

A partir de la anterior, el dispositivo “PARE”, Psicoanálisis aplicado a las relaciones de la época, surge con el objetivo de alojar las urgencias manifestadas con mayor frecuencia como crisis de ansiedad, pánico, angustia, depresión, conducta violenta, riesgo de suicidio, consumo de tóxicos y darles un tratamiento hasta que el paciente se responsabilice de aquello que le acontece y del tratamiento que esté dispuesto a darle.



8.3.1 Metodología de intervención.

El equipo estaría integrado por miembros del ITPOL, quien en su trayectoria de formación, ha incluido la investigación y están entrenados en urgencias subjetivas, por lo tanto la importancia de la formación continua del profesional de orientación psicoanalítica lacaniana.

El horario de atención será de 7 am - 7 pm, con proyección las 24 horas, habrá un

profesional disponible para el proceso de admisión del paciente, quien solicitará cita previa, será derivado de otra institución o quien se presente de manera contingente. Se menciona derivación de parte de otras entidades, ya que el dispositivo se extenderá como propuesta para el apoyo a las áreas psicosociales de las instituciones educativas o empresariales del sector; a su vez el dispositivo “PARE”, posibilitara la opción de desplazarse a instituciones que requieran el servicio en la ciudad de Medellín o demás zonas donde se extienda la atención.

El profesional a cargo de la entrevista inicial a través de preguntas semiestructuradas permitirá localizar los contextos del paciente, como el sociológico (edad, ocupación, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, números de teléfono contacto); contexto familiar (familia de origen, constituida, de convivencia); contexto subjetivo (modo en el que llega a consulta, si habla por sí mismo o es el acompañante quien refiere el motivo de consulta) así, orientar al paciente a construir un relato sobre su angustia, para ubicar acontecimientos ligados a aparición de la urgencia, se verifica si el paciente logra o no armar una trama de acontecimientos ligados a la urgencia, esta instancia requiere de un tiempo de elaboración que puede prolongarse a lo largo de varias entrevistas. Entonces cuando el paciente ha podido armar su relato, localizar acontecimientos y formular algunas hipótesis sobre la causa, se derivara al tratamiento a seguir, en que se comprometen paciente y analista.

Desde la perspectiva psicoanalítica, no se trata de una cuestión metodológica, sino fundamentalmente ética al realizar un diagnóstico, así las decisiones que se tomen en consulta de urgencia estarán en relación al caso por caso, no solo como clínica estructural (neurosis, psicosis, perversión), sino fundamentalmente con la singularidad que lo atraviesa, leyendo un acontecimiento como único y singular, no clasificable, (Sotelo, 2015).

8.3.2 Pensar el dispositivo “PARE” dentro de los hospitales públicos e instituciones médicas privadas:

“En el hospital y las instituciones médicas, predomina algo propio de la época, el paradigma tecnológico: biomédico” (Belaga, 2015, p. 113), sin embargo las instituciones no pueden abstraerse de la realidad de la época y deben implementar modos de responder a la urgencia entendiéndola como una nueva categoría clínica en relación a la salud mental, articulado al SGSS, creando espacios que permitan alojar la atención y el tratamientos de los diferentes padecimientos psíquicos desde la admisión de un paciente según sea su demanda, así el profesional de la salud mental trabaja en pro del cumplimiento de la ley:

La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas (ley 1616, 2013, art. 5).

El dispositivo funcionaria en las salas de urgencia de las instituciones, se abrirá el espacio para la salud mental y recibir las admisiones que no son de carácter médico, dando la oportunidad al psicólogo y demás profesionales especializados en salud mental para atenderlas y darles el tratamiento a partir de la orientación psicoanalítica, de esta manera y como dice Eric Laurent citado por Belaga (2015):

el abordaje del trabajo en instituciones es demostrar que el psicoanálisis cura en la medida en que permite testimoniar que un sujeto no se puede reidentificar del todo a una clasificación, debido a que siempre queda algo, hay efectos positivos cuando uno toca lo irreductible del síntoma, su singularidad. p.141.

Agregando que:

En una época caracterizada por el ímpetu de silenciar, enmudecer aquello que no enlaza con el ideal social, allí la brújula es el síntoma. El psicoanálisis se diferencia de las psicoterapias que intentan reacomodar al sujeto, eliminando aquello que aqueja y que sería la vía para ubicar una causa, siempre particular. Un síntoma definido por fuera de los imperativos sociales que intentan homogenizar al sujeto aplastando la subjetividad. (Belaga, 2015. p. 142).

8.3.3 Formación del psicólogo de Uniminuto en la clínica de las urgencias subjetivas

A partir de los antecedentes de los que esta investigación se ha servido para este análisis, se abordó la formación que recibe el psicólogo de la Universidad de Buenos Aires (UBA), con un eje temático que orienta en la atención de la urgencia desde la perspectiva psicoanalítica, de tal manera que incluir a los psicólogos en formación en esta categoría permita la pasión por la clínica incluyéndose en ámbitos institucionales de salud, de acuerdo a la ética que se pone del lado de la decisión y no de la evaluación, y que implica siempre, por parte del sujeto, la responsabilidad subjetiva frente a los propios actos y sus consecuencias.

Bajo el título de cátedra clínica de la urgencia, Inés Sotelo quien sostiene desde hace años la práctica psicoanalítica en los hospitales públicos, actualmente se dedica a transmitirla en la universidad, así como la inclusión de los estudiantes a manera de práctica clínica en las instituciones donde se trabaja desde el dispositivo de las urgencias subjetivas.

Esta investigación para optar al título de psicólogo, esboza la propuesta de incluir una cátedra electiva, un curso, un diplomado o un semillero de investigación que se oriente por la clínica de las urgencias subjetivas como un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental. Incluir en la formación del psicólogo de Uniminuto esta categoría clínica se convierte en alternativa de intervención del malestar psicológico actual, además de ser un valor agregado a la formación profesional.

Con el apoyo del ITPOL, que cuenta con profesionales formados en la práctica del psicoanálisis lacaniano e incluso docentes de Uniminuto que se han vinculado a esta institución, se incluiría la formación en este tema dentro de la universidad, así como ofrecer el espacio de práctica que permita articular el aprendizaje teórico con la práctica clínica en la categoría de las urgencias subjetivas.

9. Referencias Bibliográficas.

Belaga, G. (2006). Equipo de urgencias subjetivas. Virtualia, revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. Número 14. p 1-4.

Belaga, G. (2015). La práctica del psicoanálisis en el hospital. Gramma ediciones.

Canales, G. (2016) Tecnología digital e hiperconectividad. Diario la prensa

Cárdenas, M. H. (2004). La práctica lacaniana y el Psicoanálisis Aplicado. Extraído el 4 de Marzo de 2013, desde http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2072-06962004000100020&script=sci_arttext

Cubas, M. (2006). Lo Saludable: Una Propuesta para la Comprensión de la Salud Mental desde el Psicoanálisis Tesis para optar el Grado de Magíster en Estudios Teóricos en Psicoanálisis. Universidad Católica de Lima.

Delgado, O. (2017). El psicoanálisis y la subjetividad contemporánea. Extraído desde

http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=38%3Ael-psicoanalisis-y-la-subjetividad-contemporanea&catid=9%3Aperspectivas&Itemid=1&showall=1.

Evans, D. (1996). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Paidós. Bs.Aires.

Freud, S. (1885). Proyecto de psicología. En Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1982.

Freud, S. (1895) Estudios sobre la histeria. Obras Completas, Tomo II. Buenos Aires, Amorrortu.

Freud, S. (1920 - 1922). Más allá del principio de placer y otras obras. Tomo XVII. Amorrortu. Séptima reimpresión, 1975.

Freud, S. (1926) Inhibición, Síntoma y Angustia. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.

Freud, S. (1927 - 1931). El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras. Tomo XXI. Amorrortu editores.

Freud, S. (2007) Obras completas, tomo XVII: Lo siniestro (1919) Buenos aires, Amorrortu.

Garbarino, H. (2012). Las diferentes concepciones psicoanalíticas de la angustia. Revista uruguaya de Psicoanálisis. 15-26.

Gaviria, L. (2013). El acto (pasaje al acto y acting out) en el sujeto contemporáneo. Grupo de investigación en Psicoanálisis con Niños (GIPN), de la NEL-Medellín 3. Extraído

desde <http://nel-medellin.org/el-acto-pasaje-al-acto-y-acting-out-en-el-sujeto-contemporaneo/>.

Lacan, J. (1936) El estadio del Espejo como formador de la función de yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: Escritos. J. Lacan. Obras escogidas I. RBA Coleccionables, S.A. Barcelona. España, 2006.

Lacan, J. 1945. El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada Un nuevo sofisma. En Escritos 1. Siglo XXI Editores.

Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis, en escritos 1. Bs Aires. Paidós.

Lacan, J. (1955) El seminario. Libro 3. Las Psicosis. Editorial Paidós, 2015 última edición.

Lacan, J. (1959). La ética del psicoanálisis. Seminario 7. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1975), El Seminario, Libro 23, El sinthome, Paidós, Buenos Aires, 2006.

Lacan, J. (1987). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1992). El reverso del psicoanálisis. Seminario 17. Barcelona: Paidós.

Lacan, J.: El Seminario, libro 10, La angustia, Paidós, Buenos Aires, 2006.

Laplanche, J; Pontalis, J-B. (1967) Diccionario de Psicoanálisis. Paidós. Bs As. 1996.

Laurent, E. (2000). Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: tres haches. Pag 113-121.

Lyotard J. (1979). La condición posmoderna, Editorial de Minuit, col. Critique, Paris.

Miller, JA (1993). Salud Mental y Orden Público. Uno por Uno n° 36.

Miller, J. A. (1997). Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires. Eolia- Paidós.

Miller, J. A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. Freudiana
No.32, 7-42.

Miller (2001). “La orientación lacaniana III, 3, El lugar y el vínculo”. La Cause Freudienne
n° 48.

Miller, J. (2003) la erótica del tiempo y otros textos. Buenos Aires, Argentina. Tres haches.

Miller, J. curso 2006- 2007, clase del 15 de noviembre. Inédito.

Miller, J. (2007). La angustia lacaniana. Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2013). Colombia cuenta con ley de salud
mental. Boletín de Prensa No 016.

Monje, C. (2011). Metodología De La Investigación Cuantitativa Y Cualitativa, Guía
Didáctica. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad Sur Colombiana.
Neiva – Colombiana.

Prado, L. (2014). Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias
Hospitalario. Área Clínica del Instituto Nacional de Rehabilitación, Tratamiento e
Investigación en Drogodependencias. VOL. 8.

- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Restrepo DA, Jaramillo JC. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública.
- Rubistein, A. (2003). Los modos de aplicación del psicoanálisis. Virtualia #7: extraído desde <http://virtualia.eol.org.ar/007/default.asp?notas/arubistein-01.html>
- Sandoval, C. (2002). Investigación Cualitativa. Editores e Impresores Ltda. Bogotá – Colombia.
- Seldes, R. (2017). En la urgencia la vida cambia de golpe y llega a perder sentido. Extraído de <http://www.lagaceta.com.ar/nota/725568/actualidad/urgencia-vida-cambia-golpe-llega-perder-sentido.html>
- Seldes, R., Álvarez, P. (2014). Hablar con el cuerpo, las crisis de las normas y la agitación de lo real. Revista Enapol. Vol 6. 1ª. Edición. Gramma ediciones. Argentina.
- Sotelo, I. & Belaga, G. (2008), análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro. Revista de investigaciones UBA.
- Sotelo, I. (2005). Tiempos de Urgencia, estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires – Argentina. JCE ediciones.
- Sotelo, I. (2007): Clínica de la urgencia. JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2015). Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas. Buenos

Aires Argentina. Grama Ediciones.

Sotelo, M., Belaga, G. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia.

Publicación para la Revista de investigaciones UBA.

Velasquez, J. (2014). Boletín Un Real N° 11. Nel Medellin.

Zack, O. (2008). Pragmática analítica, el psicoanálisis una pragmática que no es como las

demás. Revista Virtualia. Extraído de:

http://virtualia.eol.org.ar/018/pdf/pragmatica_zack.pdf.