



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**El dispositivo analítico: una propuesta para abordar la angustia
ante la urgencia subjetiva en un hospital de tercer nivel de salud
pública de la ciudad de Guayaquil.**

AUTORAS:

Quinde Abrigo, Yamileth Melissa

Tapia Maldonado, Maritza Elizabeth

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TUTOR:

Psi. Cl. Cando Zapata Juan Andrés

Guayaquil, Ecuador

16 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Quinde Abrigo Yamileth Melissa; Tapia Maldonado Maritza Elizabeth** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**.

Psi. Cl. Cando Zapata, Juan Andrés, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana, Mgs.

Guayaquil, 16 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Quinde Abrigo, Yamileth Melissa; Tapia Maldonado,
Maritza Elizabeth**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **El dispositivo analítico: una propuesta para abordar la angustia ante la urgencia subjetiva en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 16 de septiembre del año 2022

LAS AUTORAS:

QUINDE ABRIGO, YAMILETH MELISSA

TAPIA MALDONADO, MARITZA ELIZABETH



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Quinde Abrigo, Yamileth Melissa; Tapia Maldonado,
Maritza Elizabeth**

AUTORIZAMOS

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **El dispositivo analítico: una propuesta para abordar la angustia ante la urgencia subjetiva en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil** cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 16 de septiembre del 2022

LAS AUTORAS:



QUINDE ABRIGO, YAMILETH MELISSA



TAPIA MALDONADO, MARITZA ELIZABETH



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	Quinde.Melissa_Tapia.Maritza.El.dispositivo.analitico.una.propuesta.para.abordar.la.angustia.ante.la.urgencia.subjetiva.en.docx (D143695666)
Presentado	2022-09-06 23:39 (-05:00)
Presentado por	maritama1994@gmail.com
Recibido	juan.cando.ucsg@analysis.orkund.com
0% de estas 68 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.	

TEMA: El dispositivo analítico: una propuesta para abordar la angustia ante la urgencia subjetiva en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil.

ESTUDIANTES:

Quinde Abrigo, Yamileth Melissa

Tapia Maldonado, Maritza Elizabeth

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA COORDINADOR UTE A 2022

INFORME ELABORADO POR:

Psic. Cl. Juan Andrés Cando Zapata, Mgs.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTO

A Dios quien me ha dado el amor, la fuerza, la fe, y la esperanza de que puedo lograr todo lo que me proponga.

A mis padres Pedro y Maira, que me han apoyado en todo y han creído en mí. Por ustedes seguiré triunfando hasta que Dios me preste vida.

A Bryan por ser más que un hermano, por sus consejos, abrazos y besitos que me muestran lo mucho que me quieres como yo a ti. ¡Gracias!

A Isaac por escucharme y hacerme compañía, quien me decía “especial” “yo no sé cómo tú vives” porque prefería quedarme en casa haciendo tareas o lecturas que salir a distraerme. Creo que todo esfuerzo tiene su galardón.

Los amo.

A mi tía/o, cuñada que en su momento han estado presente dándome consejos y apoyo. A quienes se me han reído porque a veces me quedaba dormida encima de la laptop por querer terminar todo en un día, lo cual sabía que no es posible.

A mi tutor Juan Cando por tenernos la paciencia de guiarnos e incentivarnos a investigar y llenarnos de saber.

A mi compañera Maritza con quien nos desvelamos para que este trabajo fuera posible, que a pesar de tener muchas responsabilidades que cumplir dábamos todo. Gracias por tu arduo trabajo.

A todos los profesores que de alguna u otra forma nos han enseñado y han despertado el deseo en mí de amar a la carrera y seguir preparándome profesionalmente.

A ti que estás leyendo esto, espero que te propicie el saber.

A todos, ¡Gracias!

Yamileth Melissa Quinde Abrigo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTO

A Dios, por quien fue creado todas las cosas y ha permitido mi estancia en el aquí y el ahora.

Agradezco a mi madre, Carmen Maldonado, por sostenerme con amor y comprensión, hoy le digo gracias a usted estoy aquí.

Agradezco a mi padre, Néstor Tapia, quien transitó conmigo por el camino de la vida, fue mi compañía, ejemplo de entereza y voluntad por 22 años, a usted que está en el cielo gracias por jamás dejar de apostar al deseo de su hija.

A Arely quien me motiva siempre a ser mejor, para quien me muevo y por quien encontré sentido a la existencia, te amo hija.

A William, mi esposo y compañero de vida, a quien amo y dice amarme, gracias por la paciencia que tuviste conmigo en este proceso, este logro también es tuyo.

A Narcisa, gracias por cuidar de mí y de Arely, mis estudios jamás hubieran podido ser sin su ayuda.

A mis hermanos, Carlos y Mayra quienes son ejemplo de lucha y constancia, gracias por sus consejos. A Dayanna, gracias por brindarme tu amistad, escucha, comprensión, por leer mis interminables borradores y corregir oportunamente.

A mis queridas Maldonados, Inés, Lourdes, Elisa y Cecilia gracias por establecer en mí los hábitos de responsabilidad y dedicación por hacer de mí una niña feliz y sabia en el tiempo que me acompañaron.

A mis amigos y compañeros, Piti, Madeleine, Angie, Sofía y Alexandra, gracias por hacer de este paso por la U un lugar transitable, las quiero mucho.

A la familia Rivera Camacho, gracias por su confianza y muestra de cariño.

A Melissa Quinde, mi compañera de tesis quien instauró conmigo largas jornadas de investigación, gracias por tu dedicación en este trabajo.

A Juan Cando, nuestro tutor, gracias por acogernos y hacer existir este tema de tesis, para usted mis mejores deseos.

Maritza Elizabeth Tapia Maldonado.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DEDICATORIA

A todos aquellos con el deseo de saber y que se interesan por leer este trabajo de sistematización de prácticas en la que hemos dedicado tiempo, comprometiéndonos en que éste sea eficaz de modo que pueda servirles.

A mis padres porque por ellos me he concentrado en los estudios y han visto mi esfuerzo desde que estaba en la escuela hasta la actualidad.

“Si no persigues lo que quieres, nunca lo tendrás. Si no vas hacia adelante, siempre estarás en el mismo lugar.” (Nora Roberts)

Yamileth Melissa Quinde Abrigo.

He actuado conforme al deseo que me habita, dedico esta sistematización a futuros estudiantes pre profesionales, quienes orientando por la lógica del deseo harán existir el psicoanálisis en su lugar de prácticas.

A mi familia, padres y esposo, quienes posibilitaron este trayecto universitario.

Maritza Elizabeth Tapia Maldonado.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. MARIANA ESTACIO CAMPOVERDE, MGS.

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. FRANCISCO MARTÍNEZ ZEA, MGS.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. ALVARO RENDON, MGS.

DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSC. RODOLFO ROJAS, MGS.

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN:

NOTA: _____

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	viii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
1. Justificación	2
2. Planteamiento del Problema	3
3. Objetivos.....	4
3.1 Objetivo General:.....	4
3.2 Objetivos Específicos:	4
4. Preguntas de investigación	5
5. Marco teórico	6
6. CAPÍTULO I: Las emergencias psicológicas y las urgencias subjetivas desde el marco institucional actual en el Ecuador.	6
6.1 INTRODUCCIÓN	6
6.2 El quehacer del psicólogo dentro del ámbito hospitalario, las emergencias y urgencias en la salud.	8
6.3 Las emergencias psicológicas y su presencia en los protocolos dentro del Sistema de Salud Pública del Ecuador	12
6.4 Las emergencias psicológicas desde la perspectiva del psicoanálisis lacaniano.....	15
6.5 La urgencia subjetiva en las instituciones de salud pública del Ecuador... ..	20
7. CAPITULO II: Las urgencias subjetivas y la clínica de la urgencia.....	23
7.1 Recorrido teórico: Sigmund Freud, Jacques Lacan e Inés Sotelo.....	23

7.2	El discurso del Amo frente a las urgencias subjetivas en las instituciones de Salud Pública.....	26
7.3	La angustia en la urgencia subjetiva	31
7.4	Acoger al sujeto en urgencia.....	33
7.5	La transferencia en la urgencia.....	35
8.	CAPITULO III: Las urgencias subjetivas y su propio dispositivo de atención	37
8.1	La clínica de la urgencia y los tres tiempos lógicos de Jacques Lacan	39
8.1.1	Los tres tiempos y la clínica de urgencia.....	39
8.2	DATUS, porqué es necesario que exista un dispositivo, y qué formas hay de responder.	43
8.2.1	¿Cómo responder a la urgencia desde DATUS?	43
8.3	Una experiencia singular	45
8.4	Construcción de casos clínicos.....	46
8.4.1	Caso I: La escucha al tiempo de la urgencia.....	46
8.4.2	Caso II: La Práctica Hospitalaria entre la Pausa y la Prisa.....	49
8.4.3	Caso III: Un caso en urgencia: Ahogada en llanto.....	54
9.	Metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia	57
10.	Enfoque metodológico	57
11.	Categoría de Análisis	58
12.	Métodos y técnicas de investigación.....	58
12.1	Momentos del proceso metodológico en la sistematización.....	59
12.2	Procedimientos Necesarios para la Organización de Sistematización y Análisis e Interpretación de Resultados.	64
12.3	Matriz de La Operabilización de Variables	64

12.3.1	Análisis e interpretación de resultados.....	72
13.	CONCLUSIONES	75
14.	RECOMENDACIONES	77
15.	BIBLIOGRAFÍA	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Clasificación y diferencia de cuadros clínicos entre emergencia y urgencia de salud mental en los hospitales de II y III nivel de atención.</i>	13
Tabla 2 <i>Conceptualización y diferencia de la angustia según Freud (1925-1926) detallado en su apartado de “Inhibición, síntoma y angustia”. Tomo XX Amorrortu.</i>	32
Tabla 3 <i>Propuesta de clasificación de las urgencias subjetiva en el área de emergencia médica.....</i>	41
Tabla 4 <i>Etapas del proceso metodológico en la sistematización.....</i>	59

RESUMEN

El trabajo de sistematización se realizó en referencia a las prácticas preprofesionales en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil. El objetivo fue establecer las herramientas con las que cuenta el practicante o psicólogo clínico con orientación lacaniana para el abordaje de la angustia en pacientes que devengan en urgencia subjetiva. Su importancia radica en el análisis de algunas categorías psicoanalíticas como: angustia, urgencia subjetiva, dispositivo DATUS y transferencia con base en los aportes de Sigmund Freud, Jacques Lacan, Eric Laurent, Inés Sotelo, Ricardo Seldes, Guillermo Bélaga y otros autores contemporáneos. De manera que posibilite una lectura del tratamiento de urgencias subjetiva y los posibles efectos terapéuticos que se propician en el encuentro entre el psicólogo y paciente dentro del hospital.

Palabras Claves: Sujeto, transferencia, angustia, urgencia subjetiva, Institución, dispositivo.

ABSTRACT

The systematization work was carried out in reference to the pre-professional practices in a third level public health hospital in the city of Guayaquil. The objective was to establish the tools available to the practitioner or clinical psychologist with Lacanian orientation for the approach of distress in patients who become in subjective urgency. Its importance lies in the analysis of some psychoanalytic categories such as: distress, subjective urgency, DATUS device and transference based on the contributions of Sigmund Freud, Jacques Lacan, Eric Laurent, Inés Sotelo, Ricardo Seldes, Guillermo Bélaga and other contemporary authors. In order to make possible a reading of the subjective emergency treatment and the possible therapeutic effects that are propitiated in the encounter between psychologist and patient inside the hospital.

Key words: Subject, transference, anguish, subjective urgency, institution, device.

1. Justificación

Se considera que el ámbito hospitalario al encontrarse dentro de un marco normativo institucional regido por el Ministerio de Salud Pública, ofrece una atención estandarizada dentro de cada categoría de salud mental. El Sistema Nacional de Salud como garante de derechos opera bajo el estándar de calidad “salud para todos”. La labor del psicólogo clínico como funcionario de la institución de salud comprometido en que se cumpla este estándar, guía su atención y evaluación psicodiagnóstico en modelos médicos como el DSM V y CIE 10. Asimismo, basa su intervención y tratamiento en lineamientos, rutas y protocolos establecidos en el MSP. En el contexto de prácticas se ha dilucidado que el discurso con el que opera la institución, homogeneiza el síntoma e invisibiliza lo singular. El practicante de psicología pudo observar que dentro de las áreas de salud no se acoge al sujeto en estado de angustia, sino que es intervenido mediante el uso de psicofármacos que alivian los signos de malestar, pero no las causas que lo originan. Esto despertó el interés por hacer existir un dispositivo de atención que aloje al sujeto y no a la urgencia.

2. Planteamiento del Problema

La institución hospitalaria dispone un escenario especial al advenimiento de la urgencia, aunque se conoce que no es exclusiva de este espacio, existe una constancia en este ámbito porque de forma reiterada se compromete la vida del sujeto. Salvaguardar al paciente a veces se convierte en un acto imposible de realizar debido a la decadencia en la que se enmarca la época. La urgencia no solo atraviesa a pacientes y familiares sino además al funcionario que se encuentra habitando en el hospital. Ante estos signos el MSP como garante de bienestar dispone el uso normativo de lineamientos, rutas y protocolos que direccionan la atención del psicólogo en las diferentes áreas. La lógica institucional guía el tratamiento a través del borramiento de los estados de angustia como efecto del uso de los protocolos. El practicante de psicología con orientación lacaniana que habita en este espacio, hace existir un dispositivo de atención que no solo tramita la urgencia. Es pertinente establecer, a partir de esta sistematización de prácticas *¿Qué herramientas nos brinda el psicoanálisis con orientación lacaniana en el abordaje de las urgencias subjetivas y qué efectos terapéuticos se obtienen en los pacientes?*

3. Objetivos

3.1 Objetivo General:

Identificar las herramientas con las que cuenta el estudiante frente a la atención de urgencias subjetivas a partir de la sistematización de prácticas preprofesionales realizadas en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil para dilucidar los posibles efectos terapéuticos procurados en la invención del dispositivo analítico.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Definir la emergencia psicológica y su abordaje desde el marco de las instituciones de salud pública del Ecuador.
2. Definir la urgencia subjetiva y los elementos que la componen desde un recorrido teórico de Sigmund Freud y Jacques Lacan.
3. Caracterizar el abordaje del practicante de psicología clínica orientado por el psicoanálisis lacaniano y los posibles efectos terapéuticos procurados en la invención del dispositivo analítico en la atención de urgencia subjetiva.

4. Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la función del psicólogo clínico en la atención de emergencias y urgencias psicológicas desde el marco normativo del Sistema Nacional de Salud?
2. ¿Cuáles son las categorías de análisis en la urgencia subjetiva desde el psicoanálisis con orientación lacaniana?
3. ¿Qué herramientas nos brinda el psicoanálisis con orientación lacaniana en la atención de urgencias subjetivas?

5. Marco teórico

6. CAPÍTULO I: Las emergencias psicológicas y las urgencias subjetivas desde el marco institucional actual en el Ecuador.

6.1 INTRODUCCIÓN

Las prácticas preprofesionales en el ámbito hospitalario han posibilitado en quienes la cursan una mirada ética y atemporal de situaciones contingentes de la época, pues devenir sujeto en la época del trauma generalizado es devenir en urgencia. A partir de la premisa marcada por la decadencia de un sistema de salud que no garantiza el cumplimiento de este derecho por parte de sus gobernantes, es ya un punto de encuentro con lo Real, la falta de insumos médicos, de especialistas y de nula implementación tecnológica localizan un malestar subjetivo cultural. Es por ello que, desde el presente trabajo de titulación basado en la sistematización de prácticas, se pretende dilucidar en el primer capítulo el quehacer del psicólogo clínico y su atención ante las emergencias psicológicas desde la normativa protocolaria en el que se enmarcan las instituciones de salud pública del Ecuador.

El segundo capítulo se desarrolla categorías de análisis que permiten sustentar este tema, tales como: sujeto, urgencia subjetiva, angustia, transferencia y dispositivo a partir de un recorrido teórico que inicia con Sigmund Freud, Jacques Lacan y finaliza con Inés Sotelo, Guillermo Bélaga y Ricardo Seldes. Además, se pretende localizar una diferenciación entre la terminología emergencia y urgencia desde el discurso médico y psicoanalítico con el fin de entender la lógica del discurso moderno que garantiza el cumplimiento del estándar de calidad propuesto por el Ministerio de Salud Pública.

El tercer capítulo, se dilucida cuáles son las herramientas que brinda el psicoanálisis al practicante de psicología clínica en la atención de las urgencias subjetivas y los posibles efectos terapéuticos localizados en la experiencia de sistematización de prácticas. La transmisión está basada en la construcción de casos clínicos, en el cual se expone como se alojó al sujeto en urgencia.

El cuarto capítulo denotará la metodología implementada en el desarrollo de este trabajo, además del análisis e interpretación de resultados, conclusiones y recomendaciones a futuros practicantes pre profesionales quienes orientados por el psicoanálisis guíen su quehacer por principios y no por rutas estandarizadas de atención.

Según la revisión Curricular del Sistema de Pregrado y Posgrado de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, este trabajo guarda relación con el Dominio ubicado en el apartado número 5 “Educación, comunicación, arte y subjetividad” en el cual se enmarca los grupos de investigación de la carrera de psicología clínica en la línea de investigación, problemas del sujeto y su relación en distintos entornos referentes a la categoría de malestar en la cultura y lo subjetivo. Además, se encuentra sujetado en el Plan Nacional de Desarrollo 2021 – 2025, y contribuye a los siguientes elementos descritos en el mismo:

Eje Social

Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.

Políticas 6.1 Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.

Meta:

6.1.3. Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,1 al 5,1 por cada 100.000 habitantes.

6.1.5. Incrementar las personas que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento para VIH del 89% al 92%.

6.2 El quehacer del psicólogo dentro del ámbito hospitalario, las emergencias y urgencias en la salud.

El psiquiatra y el psicólogo son los profesionales encargados de atender la salud mental en el ámbito hospitalario, ambos cumplen su función orientados por el uso de marcos normativos elaborados por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Dado que este trabajo está direccionado por prácticas preprofesionales psicológicas realizadas por sus autoras previo a la obtención del título de Licenciadas en Psicología Clínica, el profesional que toma relevancia es el psicólogo.

Inicialmente, es importante esclarecer en este punto que tal como lo señala Briones et al. (2018), el psicólogo clínico es:

Un agente participativo, que busca la comprensión de la salud mental y su relación con factores psicológicos; demuestra conocimientos teóricos y técnicos en psicología, salud comunitaria, políticas sociales, políticas públicas de salud, indicadores del desarrollo humano; desarrolla prácticas de promoción y prevención que se lleven a efecto durante toda la vida y diseña estrategias encaminadas a disminuir factores de riesgo, patologías y problemas psicosociales.

El desarrollo de este primer capítulo, se basa en la definición del psicólogo y las funciones que cumple. Destacando su labor en torno a la promoción de salud mental, prevención de enfermedades y diseño de estrategias para el cuidado dirigida a la sociedad y al individuo. Así como consultas, evaluación, psicodiagnóstico, intervención y el tratamiento de enfermedades o trastornos psíquicos. El profesional de psicología para elaborar un diagnóstico se debe guiar por modelos médicos psiquiátricos tales como Manual de Trastornos Mentales (DSM, V), la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) edición 10, además de otros modelos de diagnóstico que se encuentran en la Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y salud (CIF) y Clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías (CIDDM). Estos manuales categorizan signos, síntomas y descubrimientos anormales de enfermedades en general con el fin de codificarlas, para otorgarle un rango médico específico y dirigirlo a un posible tratamiento.

Es así que el psicólogo clínico a través del proceso de psicodiagnóstico evalúa, en conjunto con las herramientas y técnicas que posee, trastornos psíquicos que se encuentran descritos en los manuales de trastornos mentales. Los posibles tratamientos e intervenciones se establecen en planes o estrategias a seguir desde el protocolo del MSP que corresponda a la categoría diagnóstica. Otra de las tareas a desarrollar dentro de sus funciones, Bleger expone como, “cuando el psicólogo trabaja en una institución, una tarea es examinar los objetivos, funciones, medios y los liderazgos formales e informales” (1994, p.38). Las prácticas preprofesionales dan cuenta que la función del psicólogo dentro de un ámbito institucional, se encuentra dirigida al conocimiento de leyes, estatutos internos y normativas elaboradas por el MSP para ofertar una atención pertinente.

Es menester conocer los elementos institucionales, estáticos y dinámicos en los cuales se desenvuelve. El primero de ellos corresponde al espacio clínico donde dispone su atención, ya sea en el consultorio, área de hospitalización o emergencia; el segundo conlleva el tipo de atención que oferta el hospital, los vínculos posibles entre la casa de salud con su comunidad, médicos, multidisciplinariedad de áreas, trayectoria clínica del paciente, las patologías atendidas, criterios de hospitalización y de alta hospitalaria. Es así que el psicólogo en el hospital debe contar con una visión tridimensional que abarque de forma íntegra la atención clínica, social e institucional, que implica el cumplimiento de funciones entorno al paciente y familiares en emergencias específicas y de forma integral con el equipo de salud. Además, el quehacer del psicólogo está guiado por estatutos inalienables tales como: principios bioéticos, leyes constitucionales y normativas que orientan el correcto abordaje, proceso de psicodiagnóstico y terapéutico del paciente.

El primer estatuto que encamina al profesional se encuentra ubicado en los principios de bioética internacional como: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficia, los cuales indican que se debe respetar la voluntad y autonomía del paciente. La atención debe ser en beneficio del individuo que requiera su intervención aplicando para ello criterios de igualdad con el fin de reducir las causas de discriminación promoviendo el respeto a los demás y al entorno donde se desenvuelve.

El segundo estatuto es el marco legal establecido en la Ley Orgánica de Salud en su apartado número setenta y siete (77) de Derechos y Amparo del Paciente

establecidas en el año 2006. Los cuales indican que el profesional debe promover una atención digna basado en respeto, esmero y cortesía, esto implica que el especialista en el proceso psicológico no emita juicios de valor entorno a sexo, raza, edad, religión o condición social y económica que discriminen al paciente. Dicho esto, se debe proveer de información pertinente acerca de sus exámenes, diagnósticos, pronósticos, posibles tratamientos y su duración, adoptando un carácter confidencial en torno a terceros, exceptuando situaciones de emergencia.

El tercer estatuto describe y direcciona de forma específica las actividades que debe desarrollar el psicólogo en la atención del paciente dentro de los hospitales de segundo y tercer nivel. Estas pautas se encuentran ubicadas en el Modelo de Atención de Salud, los Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias, las Guías de prácticas clínicas, los protocolos y los lineamientos elaborados por el MSP. Las principales áreas institucionales en donde el psicólogo realiza su labor son: consulta externa y hospitalización.

En consulta externa el psicólogo establece su atención por dos vías. Primero: en torno al establecimiento en donde realiza su función dirigida a la promoción de la salud mental y actividades que requieran intervención psicológica que demande su inmediato superior. Segundo a la identificación y diagnóstico de los problemas de salud mental del paciente, rehabilitación de funciones cognitivas, psicorehabilitación, estimulación temprana y elaboración de planes terapéuticos para terapia individual-grupal, familiar y/o multifamiliar a pacientes y familiares. Además, en cuidados paliativos-permanente realiza acompañamiento psico-emocional durante y tras el fallecimiento del paciente. En el área de hospitalización el psicólogo debe construir un lenguaje común entre profesionales, capacitar y sensibilizar en temas de salud mental a otros profesionales para la correcta descripción del diagnóstico, responder interconsultas que requieran su asistencia, visitar y dar seguimiento a pacientes hospitalizados.

Dentro de este marco de atenciones psicológicas en el área de hospitalización se ubican también las emergencias y urgencias de salud mental. Para ambas categorías los protocolos del MSP brindan una respuesta estandarizada, por lo cual es importante que se tenga claro que cada terminología responde a un quehacer diferente. El término emergencia alude a:

Una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. Atención médica que se recibe en el servicio de emergencias de un hospital. (...) aquella patología que, sin un tratamiento inmediato, el paciente puede tener un daño severo en una o más funciones corporales, u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general. (Villatoro, 2005)

Según Villatoro en la emergencia los acontecimientos suscitados conllevan riesgos vitales para el individuo requiriendo una respuesta médica inmediata con el fin de contrarrestar posibles efectos perjudiciales para la salud y salvaguardar la vida. Por el contrario, la definición de urgencia se comprende como “una situación inesperada que no presenta riesgos vitales” (Miranda, 2012, p.83). En otras palabras, en la urgencia lo primordial es responder de forma oportuna al acto contingente evitando que se complique una situación.

A diferencia de la atención en consulta externa y hospitalización este tipo de abordaje vinculado a emergencias y urgencias se da ante un cuadro que no corresponde en su totalidad a estados patológicos de salud mental sino a una situación en crisis. El profesional basándose en los lineamientos y protocolos realiza intervenciones en crisis, contención mecánica e interconsulta en espacios inusuales junto a camillas, en salas de espera o pasillos. El tipo de intervención que prima es el verbal, donde la comunicación con el paciente debe ser firme y directa. Así mismo fomentar la enunciación de preocupaciones o motivos que impulsan la crisis, con el fin de realizar una evaluación diagnóstica de presunción. El psicólogo aplica contención física o mecánica para disminuir la hostilidad y agresividad para proteger la vida del paciente y/o terceros de posibles ataques violentos. En el caso de que el paciente requiera la atención de un especialista psiquiátrico se realiza una interconsulta. Dentro del saber hacer del psicólogo se encuentra el conocimiento de reacciones adversas de los medicamentos prescritos en la intervención psicofarmacológica, puesto que algunos signos de alerta crítica pudieran ser propiciados por los medicamentos. (Lineamientos operativos para las unidades de intervenciones en crisis, 2018)

6.3 Las emergencias psicológicas y su presencia en los protocolos dentro del Sistema de Salud Pública del Ecuador

En emergencias y urgencias médicas o psicológicas preexiste una semejanza ineludible, la cual advierte que en cualquier emergencia la vida del usuario o paciente está en peligro. La diferencia en este apartado recae en la especificidad de la salud mental y ya no desde la postura médica. Considerando lo expuesto, es importante conceptualizar según los Lineamientos de Unidades de Salud Mental Hospitalaria (2021) que en la emergencia psicológica hay “una situación con síntomas psíquicos que producen alteraciones en percepciones, pensamientos, sentimientos, conductas de presentación súbita; con necesidad de atención de inmediata, pues de no ser así se pone en riesgo la vida del enfermo y/o la de los demás” (p.4). Sin embargo, en la urgencia psicológica “... son percibidos como perturbadores o amenazantes, generando una solicitud de atención inmediata voluntaria o involuntaria, pero no pone en juego la vida del enfermo ni la de otras personas” (p.5).

El interés de realizar una diferenciación no es analizar de forma aislada el órgano y los afectos, sino más bien esclarecer que en la salud mental los sentimientos percibidos como insoportables son los que conllevan a generar un malestar. Dicho esto, ante una emergencia los protocolos establecen criterios de inclusión/exclusión de atención y hospitalización los cuales indican que aquellos usuarios y/o familiares que presenten trastornos mentales con cuadros clínicos urgentes dentro de las primeras 72 horas, deberán ser atendidos en unidades especiales. Esto quiere decir que el paciente pone en riesgo su vida y/o la de terceros por presentar sintomatología aguda, esto se describe en la siguiente tabla 1 ubicado en los lineamientos operativos para psiquiatras y psicólogos en los tres niveles de atención. (2021. págs. 7-8)

Tabla 1 Clasificación y diferencia de cuadros clínicos entre emergencia y urgencia de salud mental en los hospitales de II y III nivel de atención.

Emergencia De Salud Mental	Urgencia De Salud Mental
Suicidio frustrado / autolesión	Intento suicida
Agitación / agresividad	Paciente agitado, violento, delirante o con alucinaciones
Ansiedad / depresión	Síndrome depresivo
Intoxicación aguda / síndrome de abstinencia por consumo de alcohol u otras drogas	Inhibición psicomotriz
Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.	Pacientes psicóticos con reagudización de sus síntomas, pero aún sin conducta psicótica. Estados disociativos Situaciones de violencia, maltrato o abuso sexual

Nota: Las características diagnósticas que el psicólogo y psiquiatra debe conocer para atender y denominar una emergencia y urgencia.

Las modalidades de atención entorno a emergencias y urgencias de salud mental implementadas en hospitalización y Unidades de Salud Mental Hospitalaria, es ambulatoria intensiva. El periodo de asistencia es diario, brindan tratamiento a usuarios a través de diversos tipos de terapias como individual, grupal, familiar, multifamiliar, ocupacional y complementarias.

En la actualidad existen protocolos de operativización estratégica de salud mental en emergencias, en dónde se socorre a esta eventualidad ofertando primeros auxilios psicológicos (PAP) lo cual indica que “es una intervención psicológica breve e inmediata que se aplica en el momento de una crisis para ayudar a los afectados a afrontar adecuadamente un evento traumático en el campo emocional, evitando más secuelas de las necesarias” (Lineamientos de emergencia por COVID 2021 p.6).

El protocolo aclara que los PAP no son un tipo de psicoterapia, sin embargo, brindan soporte inicial en la emergencia realizando contención emocional desde la estandarización. Esta intervención propuesta desde la orientación cognitiva conductual

responde a la inmediatez de la emergencia activando rutas protocolarias como la activación de la escucha, ventilación, categorización de prioridades, desviación de redes de apoyo y educación (AVCDE). Los parámetros a seguir son los siguientes: se activa la escucha empática entre 10 – 20 minutos para esclarecer qué tipo de necesidades presenta el paciente; además se menciona que no se debe fomentar la revictimización con otras especialidades, ni apresurarse a ofertar soluciones rápidas. También se debe realizar ejercicios de ventilación de forma conjunta, paciente/profesional, de ser el caso necesario repetir el ejercicio para evitar posibles desmayos; categorizar prioridades para verificar el estado mental y acompañar en el proceso de jerarquización. Desviación de redes de apoyo, identificar el círculo familiar próximo con el fin de relegar el acompañamiento para no descuidar la salud mental posterior al suceso. Educación, establecer parámetros de psicoeducación normalizando reacciones emocionales como miedo, tristeza y llanto, para que el usuario en situación de crisis no reprima estos sentimientos y aprenda a manejar situaciones de estrés.

La derivación de pacientes en emergencias psicológicas por parte del personal médico en la experiencia de prácticas era inhabitual. Más bien optan por derivaciones al profesional de psicología para anunciar diagnósticos a familiares, es decir el psicólogo cumplía para ellos un rol de chivo emisario siendo portavoz de malas nuevas. Se debe aclarar siempre que sea necesario, que, dentro de las funciones de mediadores, no está el otorgar información sobre el diagnóstico a un paciente o familiares porque existen dudas sobre el origen de la patología, causas, consecuencias y posibles tratamientos, que solo el médico puede esclarecer. Es así que el psicólogo en este caso, cumple la función de mediador, pero no entre el paciente y el médico, sino entre los estados de angustia que conlleva un diagnóstico no favorable y el paciente. La multidisciplinariedad de la enfermedad, conlleva aspectos orgánicos que puede originar una causa psíquica y viceversa. De ser el caso, si el diagnóstico médico genera estados de angustia y estos se agudizan, se debe hospitalizar al paciente por lo menos 24 horas con vigilancia médica, para evitar una emergencia psicológica, en las cuales se espera que desaparezcan los signos de angustia. Si no se logra compensar al paciente se procede a realizar una contratransferencia a un adecuado sistema de salud.

Por consiguiente, se debe conocer los vínculos establecidos en las instituciones en torno al contexto hospitalario, citando a Raimbault, se puede decir que para intervenir en la dialéctica médica y psicológica “se arman varios vínculos: médicos -

pacientes, médicos -familiares, familiares - pacientes, entre otros; hay que conocer cuál es la dinámica con la cual opera cada sistema que comprende una entidad” (1967, pág. 81). A partir de lo mencionado se entiende que existen varias formas con las que opera la institución, lugar en el que el psicólogo clínico se busca un modo de saber-hacer ante lo que trae el paciente, distinto a lo que diga el médico o familiares. Según el Ministerio de Salud Pública un diagnóstico debe tener congruencia e incluir las características específicas del paciente, es decir que debe constar con resultados de laboratorio clínico, entre otras prioridades que fueron interconsultadas.

6.4 Las emergencias psicológicas desde la perspectiva del psicoanálisis lacaniano

Dado que la orientación es el psicoanálisis es necesario en primera instancia definir ¿Qué es el psicoanálisis?:

El psicoanálisis es cura por la palabra, basado en el método de la asociación libre. Como norma fundamental el paciente es invitado a decir todo lo que le venga a la mente sin restricciones ni consideraciones sobre el contexto, decencia, sentimiento, vergüenza o culpa u otras objeciones. Por adherir a esta regla el proceso de pensamiento del paciente va encontrando sorprendentes conexiones que revelan aspectos hasta ese momento inconsciente como deseos y defensas, así como conflictos que afloran como ocurrencias en la transferencia. (Ríos, 2022, p.8)

Desde la perspectiva psicoanalítica la emergencia se manifiesta cuando un hecho desestabiliza al paciente de manera inesperada. El practicante con orientación psicoanalítica ofrece un espacio para que el paciente pueda decir algo de su padecimiento o malestar. “El sujeto que tradicionalmente acude a una institución es catalogado como “paciente” y/o “usuario”; es asumido como una persona con necesidades; es considerado “enfermo”, “desvalido”, “víctima”, y es absuelto de toda responsabilidad subjetiva” (Velázquez et al. 2016, p.5).

El sujeto que acude a consulta médica, lo hace con una demanda preestablecida de ser curado. Los médicos al observar un malestar orgánico, buscan los signos de enfermedad para diagnosticar y responsabilizan al sujeto a seguir un tratamiento. Entonces la palabra del paciente en el discurso médico sirve para darle nombre a la

enfermedad mediante observaciones, estudios, exámenes, entre otros. Mientras que para el psicoanálisis la palabra dicha por el sujeto es importante; más que establecer un diagnóstico es ubicar aquello que aqueja. Pues, el psicólogo en dicha orientación no se rige en lineamientos, ni protocolos estandarizados, sino que atiende a la demanda del sujeto. Bernal (2019) dirá que el sujeto:

Nace en un estado de «desamparo», de «indefensión» tal, que es incapaz de satisfacer sus propias necesidades; por lo tanto, depende de Otro que lo auxilie, el infante tiene que articularlas en el lenguaje, es decir, tiene que expresar sus necesidades en una «demanda». (p.75)

El psicólogo es este Otro dispuesto a atender aquella queja articulada algunas veces en palabras, silencios y otras veces mediante el cuerpo. Si bien es cierto, las dos posturas médico-psicoanálisis tienen su forma de responder ante la emergencia y la urgencia. Desde el campo de salud se responde de forma objetiva mientras que desde la perspectiva psicoanalítica de forma subjetiva. Desde el psicoanálisis se entiende a la emergencia subjetiva cómo una:

Situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar, perteneciente o relativo al sujeto considerado en oposición al mundo externo, relativo al modo de pensar o de sentir del sujeto. (Diccionario de la RAE, 2021)

El practicante como futuro profesional dispone de recursos teóricos y prácticos con lo que debe saber hacer dentro de las instituciones, Unir (2021) menciona “en el psicoanálisis el analista dirige el tratamiento, responsabiliza al paciente de su habla, de sus pensamientos y sus satisfacciones, premiando la singularidad del paciente”. La atención orientada por la brújula de lo singular como aquello, que es propio de uno solo o como lo estima Lacan, es el núcleo del ser. Olivos (2018) expone “lo singular es lo único, porque es irreductible al sujeto, mientras que la clínica con la noción de diagnóstico se interesa por lo particular, la particularidad colectiviza mientras que la singularidad apunta a lo más íntimo del ser humano”.

Retornando a Freud, en la lectura de los casos propuestos por él, se encuentra que lo singular en el sujeto es el valor de trauma accidental, originario de la neurosis. Esto se ubica en vivencias infantiles tempranas que fija al sujeto a un modo de goce.

Se habla de fijación porque la noción de trauma freudiano deviene de la percepción y se inscribe como inadmisibile dentro del orden de la cadena significante y en consecuencia al no ser inscrito en lo simbólico tienden a repetirse siempre por la misma vía. Freud (1920) define al trauma como “una vivencia que en breve lapso provocó en la vida anímica un exceso tal en la intensidad del estímulo que su tramitación por las vías habituales, fracasa”. Lo singular en la teoría psicoanalítica deviene de una huella de lo traumático que es marcada por el traspaso de una experiencia que no ha sido predecible ni calculable.

Freud es cuidadoso al exponer que no todo acontecimiento en primera instancia adquiere el valor de trauma, sino que cobra un efecto traumático cuando se reactualiza. Se plantea entonces que la dimensión traumática es siempre “apres-coup”, esta noción de causalidad psíquica plantea dos tiempos: primero existen vivencias que al no ser significadas se eyectan de lo simbólico; segundo las marcas mnémicas se resignifican posterior a un hecho que guarda relación simbólica con el pasado. Entonces se plantea que el valor de trauma accidental propuesto por Freud da origen a la neurosis, mientras que Lacan lo expone como marca de exceso de goce que es inasimilable y se repite siempre por la misma vía de lo Real.

El psicólogo en el abordaje de pacientes, hace un primer reconocimiento subjetivo, hay allí un sujeto y ya no lo ubica desde el diagnóstico médico como “enfermo” sino que, desde la particularidad del síntoma, da cuenta de su singularidad. Para entender lo expuesto se retoma a Freud conjuntamente con Lacan, cuando expresan las categorías universales, particular y singular. Desde la perspectiva de prácticas se plantea que el:

“...síntoma es la particularidad, es lo que nos hace a cada uno un signo diferente de la relación que tenemos, en tanto seres hablantes, con lo real [...] ...hay un modo de ceñir lo singular por la vía justamente de ese particular, ese particular que hago equivaler a la palabra síntoma”. (Lacan, 1975: p. 2-3)

La transmisión de la práctica del psicoanálisis es un acto singular de forma que expresa de manera particular lo universal de sus teorías. El psicólogo trabaja desde lo singular del sujeto a lo particular de su historia clínica teniendo en cuenta que cada

discurso es distinto. Para ubicar aquello el psicólogo oferta un espacio de escucha, Demaio (2020) establece que:

La escucha clínica recibe todo aquello que el Otro no quiso decir, eso que está oculto y surge sin ser llamado, es ese el malestar subjetivo, aquel que permitirá trazar el camino hacia la cura; lo que se escucha ahora, adquiere nuevos sentidos en el futuro. Esta escucha busca entender la forma en que vive, se concibe a sí mismo y a su mundo. Ella requiere del silencio de prejuicios y deseos propios para poder escuchar lo que el paciente dice en forma verbal y no verbal, con sus silencios y sus síntomas. (pp. 7-8)

Mediante la escucha el psicólogo busca y ubica aquellos significantes que han provocado una irrupción y malestar en la vida del paciente. Pues “La escucha psicoanalítica como técnica sitúa la emergencia del lado de quien consulta” (Paola, 2008 citado por Verduci, 2018, p. 790). Por otro lado, Miller (2006) realiza un señalamiento en cuanto a la atención en las instituciones “no tenemos, en la orientación lacaniana, patrones, tenemos principios y es necesario tratar de formalizar esos principios” (p.14).

Laurent (2006) formaliza y realiza la declaración de 8 principios durante el congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis en Comandatuba, Brasil, en el cual se menciona cómo debe orientarse la atención.

Primer principio: el psicoanálisis apuesta a la práctica de la palabra entre dos participantes, analista y analizado o psicólogo y paciente/consultante. El analizante expresa su malestar y su sufrimiento, síntoma que, siendo manifestación del inconsciente, deviene de cosas dichas al sujeto y cosas imposibles de decir lo hacen sufrir. El analista hila la historia del paciente, realiza efectos de verdad, los dos implicados se encuentran atravesados por la interpretación, la diferencia se establece en que el analista ya finalizó su análisis y el consultante no.

Segundo principio: en las sesiones el paciente está autorizado a tomar distancia de las normas y reglas, además de despojarse de significantes que lo nombran. El analista no se identifica con ningún rol que se le adjudica, sino que ocupa el lugar asignable, el de la pregunta por el deseo.

Tercer principio: el analizante se dirige al analista y ubica en su figura sentimientos, creencias, expectativas en respuesta a lo que expresa porque quiere encontrar en el Otro a la pareja de su deseo. El analista que conoce del amor de transferencia se abstiene de actuar en nombre de ese semblante. Además, está en juego el desciframiento del sentido entre los intercambios que existen entre los dos. El objetivo del analizante es recuperar en sesiones algo perdido en esto se funda la transferencia, en el cual al dirigirse al analista espera que le devuelva el mensaje invertido.

Cuarto principio: En el lazo de la transferencia, el inconsciente puede manifestarse con libertad, pueden aparecer engaños y dificultades. No se admiten terceros que quieran asignar un lugar a cada uno y un objetivo a cumplir.

Quinto principio: No existe cura estandarizada a través del uso de protocolos, Freud manifestó que solo existen reglas como las detalladas en este apartado para el inicio y final de la partida. El psicoanálisis no es una técnica que apunta a normar los cuerpos sino un discurso que propicia la singularidad del sujeto.

Sexto principio: el desarrollo de las sesiones y la duración de la cura no es estándar, existen efectos terapéuticos en una sola sesión como lo es subjetivar la urgencia. La cura se prolonga hasta que el analizante esté satisfecho con la experiencia para dejar al analista, es un acuerdo que el sujeto realiza por sí mismo.

Séptimo principio: no existe objetivo determinado, en análisis se postula algunos descubrimientos que orientan la práctica, pero no la definen. Como la impotencia del sujeto para alcanzar la plena satisfacción sexual (castración) no existe una norma de relación entre sexos en esto se apoya el síntoma. El sexo en el sujeto remite al no todo, está marcado por la imposibilidad de cura.

Octavo principio: la formación del psicoanalista reposa en el trípode freudiano, formación universitaria o seminarios, el análisis y la supervisión de casos. El psicoanalista no se define por el ideal, sino por la historia del psicoanálisis y desde el discurso que ofrezca su atención.

6.5 La urgencia subjetiva en las instituciones de salud pública del Ecuador

La definición del término institución en psicoanálisis refiere a estructuras sociales que permiten enunciar los elementos simbólicos e imaginarios que la conforman y simultáneamente existen, como: leyes, normas y reglas que regulan el sistema de convivencia social además de rituales, costumbres e ideales que buscan a través de la ejecución de fases alcanzar un objetivo evitando el desequilibrio del sistema.

Las instituciones públicas y privadas que son reguladas por el Sistema Nacional de Salud (SNS), garantizan el cumplimiento del derecho a la salud con el fin de obtener un equilibrio y alcanzar el bien común, ofertando para esto la prestación de servicios médicos de calidad al ciudadano que lo requiera. Para evitar el colapso de atención médica se subdivide en tres entidades, el primero es el Ministerio de Salud Pública (MSP) quien bajo un marco normativo elabora protocolos con el fin de cumplir el ideal de calidad propuesto en el Gobierno del Encuentro que enuncia “salud para todos”, su atención está focalizada en el grupo poblacional vulnerable de escasos recursos; el segundo son las instituciones de Seguridad Social que median una afiliación entre el sector público y privado de trabajadores bajo la relación de dependencia, con cobertura a familiares como esposos e hijos menores de 18 años, el tercer y último subsistema son los prestadores de servicios privados que generalmente ubicados en zonas urbanas direccionan su atención a la población con recursos medios y altos. La coordinación de atención a través de la red de salud pretende responder a la demanda interviniendo desde tres niveles: el primario que cuenta con subcentros y centros de salud; el secundario con hospitales generales y básicos, y el tercero con hospitales de especialidades. Conocer la existencia de los subsistemas, los niveles y a que población va dirigida su oferta de atención permitirá comprender el alcance del SNS.

La institución que ha permitido al practicante ejecutar el conocimiento adquirido a lo largo de su formación universitaria. Es el hospital de tercer nivel de la red de salud pública que ofrece especialidades para el tratamiento de diversas enfermedades, en los cuales requiere no solo la atención del cuerpo como organismo estructural del ser, sino también las emociones, sentimientos y malestares que acarrear el diagnóstico y la enfermedad. Todos los subsistemas están direccionados por los protocolos que operan en post de la eficiencia y rapidez para lograr un abordaje

correcto de las necesidades del usuario. En el contexto institucional el paciente como usuario de un sistema se encuentra mediado por ideales que promueve el gobierno, en el cual todos los ecuatorianos tienen la misma oportunidad de obtener servicios médicos de calidad, esto un poco distante de la realidad expone que el gobierno no contempla las deficiencias de la época.

El hospital atravesado por la decadencia económica, política y cultural de la época, da cuenta del malestar que aqueja al paciente en la actualidad. Freud (1930) en su postulado “El malestar en la cultura” detalla causas históricas, morales y éticas que van atenuando la homeostasis de la vida del sujeto de modo que no pueda alcanzar la felicidad, este sufrimiento es advertido desde tres perspectivas: primero está el cuerpo quién destinado a la muerte no puede prevenir ni desligar el dolor y sufrimiento, segundo el mundo exterior que no informa los cambios e inviste al Yo con la furia despiadada de la época y tercero la relación con el otro quien demanda inmediatez en los vínculos y predisponen al sujeto a un desasosiego que deviene en ciertas circunstancias en urgencias.

En la actualidad el malestar que aún aqueja deviene de los restos de la aparición inesperada de la enfermedad por Covid-19 que desplazada por el mundo entero tomó la disposición de pandemia. La inadvertida pandemia se ajusta a los postulados que Freud propuso ya en 1930, el cuerpo que enferma y muere en un sistema de salud deficiente y en decadencia, el mundo exterior que despiadadamente sin cuestionamiento alguno aisló al sujeto y atrincheró a familias en los hogares y por último la nueva forma de relacionarse con el otro utilizando dispositivos tecnológicos que posibilitaron largos alcances de comunicación, pero escasos vínculos transferenciales. Estos fenómenos mundiales han desencadenado, en lo que Bélaga (2004) dirá, una urgencia generalizada “como aquel evento insostenible para el sujeto que da cuenta de un fenómeno traumático que se produce en lo singular y colectivo”.

El padecimiento de malestares colectivos ubica a los usuarios en un grito desesperado y una urgencia generalizada, en tanto el estado garante de derechos cumple su función de forma precaria. El ideal propuesto “salud para todos” enmarcado en las instituciones de salud no se efectúa en lo absoluto. En el ámbito hospitalario los pacientes mantienen una queja en cuanto al servicio médico, ante esto medios de comunicación periodísticos dan a conocer de forma reiterativa que el MSP mantiene

deudas pendientes con el Sistema de Seguridad Social, prestadores de servicio de enfermedades catastróficas como SOLCA y diálisis renal, entre otros. Lo expuesto se afianza en la lectura de diarios emblemáticos con los siguientes enunciados: Falta de pago a proveedores amenaza a los tratamientos de pacientes de la red pública de salud (El Universo,2021); La deuda del IESS superaría los \$ 260 millones y la del Ministerio de Salud Pública (MSP) alcanzaría los \$ 94 millones con la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador, ACHPE (El universo,2022); El IESS, sordo ante las quejas de los pacientes, no atiende sus necesidades. (El Expreso,2022). Tanto así que casas de salud han emitido comunicados en los cuales indican que no hay atención a pacientes afiliados, ni provenientes de la red pública de salud, esto agobia a un pueblo azotado por la incertidumbre develando que el gobierno procura solo la salud de unos cuantos. En el hospital, a partir de la propia experiencia, se escucha de manera reiterada la queja de pacientes entorno a la institución cómo “pago el seguro por gusto” “no hay medicamentos” “las clínicas no quieren recibirnos porque el hospital mantiene deudas con ellos” “en sala de emergencias no procuran las necesidades, los dejan morir” y “los cuartos están descuidados por el personal de limpieza”. Dentro de este contexto se ha observado que la problemática principal se debe a falta de pagos estatales por ello los hospitales carecen de insumos y servicios médicos que imposibilita una atención médica adecuada propuesta por el MSP.

La atención a la urgencia subjetiva no se encuentra dentro de los lineamientos en el ámbito de salud mental. Esto se sustenta en la práctica puesto que los espacios instituidos operan desde la expulsión de lo singular a través de la homogeneización del síntoma. De vivo (2020) expondrá que “lo instituido se encuentra arraigado de forma tal que aquello que no marcha queda expulsado del sistema”, demostrando que lo institucional no puede educar al síntoma, de tal manera que no hay un paso a paso que le diga al practicante como debe socorrer al sujeto en urgencia, como ante síntesis se expone que desde la orientación psicoanalítica existen herramientas que orientan la atención como la escucha y la mirada clínica, entre otras, que le permiten dilucidar a aquel que ha procurado este llamado, una suerte de coordenadas que posibilitan alojar al sujeto en el evento traumático.

7. CAPITULO II: Las urgencias subjetivas y la clínica de la urgencia

7.1 Recorrido teórico: Sigmund Freud, Jacques Lacan e Inés Sotelo

Al posterior desarrollo teórico de la urgencia desde el contexto institucional hospitalario. Se contempla en este apartado analizar la categoría urgencia desde la teorización psicoanalítica. El marco conceptual que orienta a las practicantes de la carrera de psicología clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) es el psicoanálisis lacaniano que tiene como autores principales y máximos exponentes a Sigmund Freud y Jacques Lacan.

Sigmund Freud inició su teoría al hacer existir un tipo de atención diferente en el cual había sido formado como médico, enfatizando la escucha en el malestar subjetivo, que desde la noción freudiana se concibe como una perturbación a la homeostasis anímica o mental que acontece del exterior e irrumpe al cuerpo y la cognición.

Freud (1992) menciona que el Yo se encarga de ubicar un límite entre aquello que proviene de afuera y lo íntimo de cada individuo. Cuando se produce una irrupción en el Yo debido a sensaciones de displacer busca segregarse o deshacerse de ellas a través de mecanismos de defensa. (p.68)

En el sistema de salud se ubica el malestar subjetivo en diversos factores antes detallados. Desde la cultura en el ámbito de la salud se propone seguir estatutos, lineamientos, básicamente normas, que desde el diario actuar de las personas son puestos como límites, por ejemplo, en la toma de decisiones el médico y familiar obligan al paciente a elegir una opción, esto limita entre lo que él quiere o no, esto deviene a las pulsiones agresivas. Ante el advenimiento cultural como límite, Freud realiza una transición entre el malestar en la cultura a la pulsión.

La pulsión, en cambio, no actúa como una fuerza de choque momentánea, sino siempre como una fuerza constante. Puesto que no ataca desde afuera, sino desde el interior del cuerpo, una huida de nada puede valer contra ella. Será mejor que llamemos «necesidad» al estímulo pulsional; lo que cancela esta necesidad es la «satisfacción». (Freud, 1992, p.114)

Una de las características primordiales de la pulsión es que buscará siempre la forma de satisfacerse. No obstante, en el momento que la cultura marca un límite, puede regular o puede limitar la satisfacción de ésta, de tal modo que genera un malestar. Dicho de otra forma, a la pulsión se la entiende como una constante fuerza interna de la que no se puede escapar, pero sí satisfacer. Cuando los individuos se someten a la cultura y responden a sus pulsiones pueden generar malestar porque limitan la satisfacción pulsional. Referente a esto, el paciente satisface lo que sin duda para él va en contra corriente de aquello que, si lograría satisfacerlos, es decir la satisfacción se da ante el cumplimiento de lo exigido, pero no es plena.

Tanto los médicos y los pacientes en el área de salud median sus pulsiones a través de exigencias sociales. En vista de que la labor del médico ubicado como imperativo de cura, direcciona su atención al cuerpo como objetivo, podría considerarse que, en el ámbito de salud, lo subjetivo se escapa a este imperativo.

Por otro lado, en el proyecto de psicología 1895 Freud alude a la primera concepción de urgencia el cual indica “genera la vivencia de displacer por acumulación de cargas que (...). trata de la ruptura de la homeostasis” (Freud, citado por Favelukes, 2018, p.2). De la misma manera, es entendida como la irrupción que fractura la barrera dejando al individuo imposibilitado. El término urgencia es retomado por autores contemporáneos quienes continuaron con el estudio iniciado por parte del fundador del psicoanálisis. Sotelo (2009) citando a Lacan menciona que la urgencia “es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte”. La urgencia conlleva el análisis del registro Real. A modo de ejemplo podría decirse que cuando el paciente se encuentra con lo Real deviene en urgencia quedando imposibilitado de encontrar respuesta a la situación que está atravesando, por el desanudamiento de los tres registros R, S, I. Según Lacan (1974-1980) lo Real no cesa de no escribirse porque:

Está fijo y no se mueve remite a un término freudiano central, la fijación. Ese Real inamovible, que hagamos lo que hagamos vuelve, además, no sólo está fijo, sino que tiene cierta temporalidad cíclica, que en el caso del inconsciente no remite a ciclos naturales, sino a ciclos determinados por el azar, en los que se vuelve a un punto que, para cada uno de nosotros, retorna. (parafraseado por Rabinovich, 1995, p. 7)

Lo Real cumple dos premisas, el primero es retornar al mismo lugar porque ha quedado fijado de forma inamovible en la vida del sujeto y el segundo debido a su atemporalidad no se puede predecir el momento en que el sujeto se topará con un hecho contingente que le devenga insoportable y convoque su presencia. En otras palabras, es algo que no se advierte, sino que puede pasar y una vez que retorna deviene en urgencia porque no se inscribe desde lo simbólico. La noción de trauma fijada como una vivencia temprana que ha sido reactualizada es lo que no se inscribe a lo simbólico con respecto a esto Sotelo (2007) dirá que toda situación traumática:

Implica de algún modo una reactualización de su encuentro con el traumatisme de la no relación sexual. Una práctica en la que resulta imprescindible obtener ese significativo por el cual el sujeto puede localizarse y representarse ante el Otro se lo ha llamado también, y para lo cual hace falta tiempo, es decir, hace falta una (pausa) que introduzca un tiempo en La urgencia, es una práctica que necesariamente implica que debe operar algo de lo del deseo del analista. Impiadoso porque el deseo del analista es el que, dosificando La angustia, no se detiene ante la piedad propia del eje imaginario intensamente convocada en el colapso, en la contracción temporal que supone la urgencia subjetiva. (pp.19-20)

De la misma manera, Ricardo Seldes habla sobre el abordaje de las urgencias subjetivas de la misma manera, menciona que las situaciones dejan de funcionar cuando llega un punto de quiebre en la vida del sujeto. De tal forma, no se encuentra respuesta en lo simbólico para este nuevo acontecimiento que para él se produce por fuera del sentido de su cotidianidad. Esto podría llevar al sujeto a actuar sin pensar poniendo en riesgo su vida. Seldes (2017) señala que:

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. (p.1)

Cuando el sujeto se encuentra en urgencia, algo de su vida ha cambiado y estos nuevos cambios producen un sufrimiento insoportable. Anteriormente se ha dilucidado que la urgencia tiene que ver con el registro Real. Por ende, ante situaciones de angustia el sujeto queda perplejo porque no hay un registro Simbólico que permita al

paciente expresar o explicar lo que le acontece. El psicólogo respecto a esto, opera como un otro que escucha y da lugar a la palabra para que el paciente hable de su angustia y pueda significar lo que le pasa, colocarse donde se ha descolocado a partir de su discurso. Por consiguiente, el psicólogo clínico durante sus prácticas tuvo la posibilidad de encontrarse con pacientes en estado de urgencias ante el cual su posición era ofrecerse como un otro que aloja el sufrimiento y analiza más allá de lo observable. El vínculo transferencial, entre psicólogo/paciente en el que emerge un discurso permite localizar en el decir del sujeto lo que le pasa, lo que siente, lo que quiere, lo que tiene, entre otras.

7.2 El discurso del Amo frente a las urgencias subjetivas en las instituciones de Salud Pública.

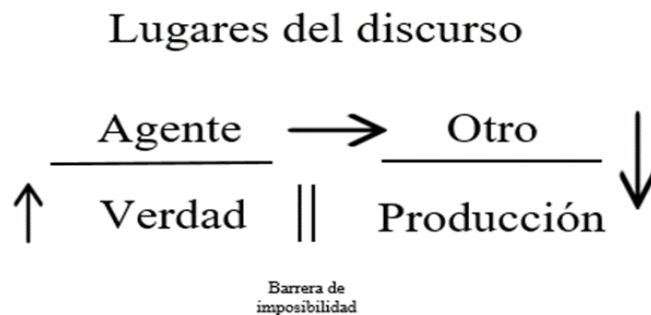
El hospital como una institución de la red de salud pública no solo representa un sistema de reglas sino también “una suma de individuos que han puesto un solo y mismo objeto en el lugar del Ideal del yo y, en consecuencia, identificados los unos a los otros, lo hacen existir” (Freud, Sigmund., 1921, Psicología de las Masas y Análisis del Yo, p.181). En el inicio Freud da cuenta que las instituciones fueron creadas para resolver una problemática social y que el orden de su aparición se debe a regular los vínculos sociales. El servicio médico que habita en el hospital ha colocado en el lugar del Ideal de yo, un estándar de calidad “salud para todos” en consecuencia identificados entre los funcionarios, buscan que este ideal se cumpla. Lacan (2008) menciona que:

La estructura o lógica de un discurso organiza un conjunto de relaciones estables que sólo pueden suponerse, instaurarse, fijarse en la medida en que hay significante en el mundo, pero que no se reduce a esta misma estructura significante u orden simbólico. (p.229)

En relación a lo mencionado se expone que la relevancia de abordar la categoría de discurso posibilita una relación esencial de donde se derivan los vínculos sociales. Jacques Lacan en 1970 introduce una nueva categoría en el seminario XVII “El reverso del psicoanálisis” que favorece la comprensión presente en las instituciones. Pues bien, el discurso en su definición estructural no se remite al lenguaje puesto que es sin palabras ni al acto de comunicar sino a la teoría presentada como aparato en tanto es

producida como un matema, este neologismo implementado por Lacan da cuenta de operaciones simbólicas en los cuales se utilizan significantes unívocos, tales como letras, símbolos y números que siempre tiene la misma interpretación o significado a los cuales se los denomina átomos de saber que enlazados entre sí por medio de operadores lógicos forman los discursos propuestos en este seminario y otras teorías. La finalidad de esta implementación es que la teoría psicoanalítica al tener un estatuto formal pueda ser transmitida íntegramente, sin pérdidas ni malentendidos.

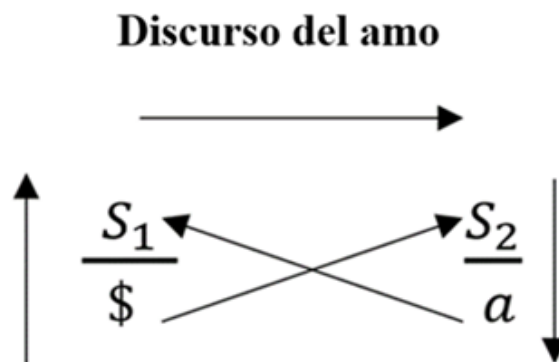
La lógica de los discursos se estructura a partir de cuatro símbolos o átomos de saber: S1 significante Amo, significante primordial, S2 significante del Saber, \$ sujeto barrado por el lenguaje, *a*- objeto del plus de gozar. (Chemama, 1996, p.226) que, a través de la permutación circular o movimiento acorde a las agujas del reloj, ocupan por turno cuatro lugares diferentes: el agente, el otro, la verdad y la producción.



Siguiendo un orden, Lacan (2008) indica que el acto discursivo no sólo determina los vínculos sociales sino también “los cuatro discursos, describen modos diversos de organizar el campo del Otro que al mismo tiempo son modos diversos de tratamiento del goce” (p.230). Hay que tener precaución al leer “tratamiento del goce” puesto que esto no es sinónimo de eliminarlo. Desde esta perspectiva el acto discursivo no elimina al goce a través del lazo social, sino que ofrece un tratamiento por la vía del semblante que al deslizarlo entre un significante y otro seguirá un trayecto que en un punto quedará interrumpido por lo imposible, accediendo a él solo por la función del plus de goce. Un punto de conexión entre todo lo expuesto en el seminario XVII, Thompson (2014) explica “el semblante se presenta como un velo imaginario, da soporte a lo simbólico y deja por fuera lo real”. En el sujeto el cuerpo como representación imaginaria vela el organismo y brinda soporte a lo simbólico que se ubica en el discurso como regulador del vínculo social, quedando por fuera el goce

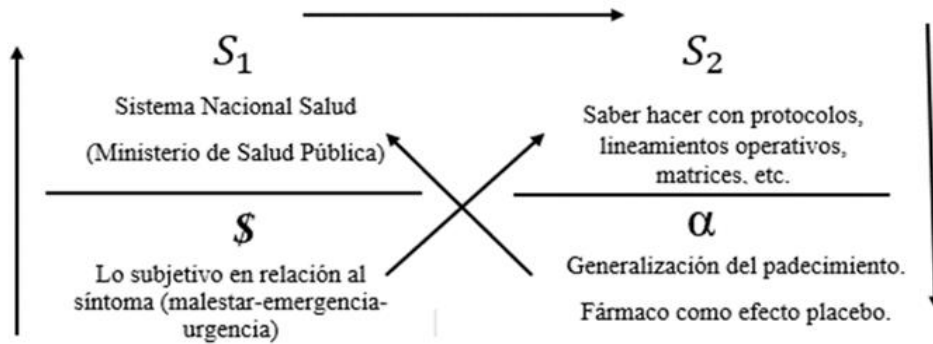
como velo de lo Real. A modo de comparación Tizio (2010) en el Discurso analítico de los semblantes, dirá que “los discursos expuestos por Lacan son un modo de sostener los semblantes, por lo tanto, el S1 funciona como semblante mando; el S2 como semblante de saber; el a como semblante goce”.

La lógica con la que opera el amo en las instituciones se da a través del semblante de mando y de saber. Aquí el amo no está advertido que su causa esta entre el agente y la verdad $_S1_\$$; $\$$ no está muy atento a su división. Suele creer que él opera el lugar sin falta, ignorando que el fantasma sostiene su realidad, no le interesa saber por qué funcionan las cosas, le interesa que las cosas funcionen, marchen y para eso pone a trabajar a otros. Una cosa es el saber y otra cosa es el comando del saber, en el lugar del otro (S2) estaba el esclavo quien posee el conocimiento de los oficios. Su pertenencia, su función, se define por ser el que trabajaba y por lo tanto poseía el saber sobre el goce. Hay que transferir el saber sobre el goce al amo, y el esclavo trabajaba para eso. (Casaretto, A, 2002, El psicoanálisis, la institución y los discursos)



A nivel hospitalario no es extraño encontrar la supremacía de dicho discurso, donde la institución gobierna desde la imposición de sus ideales. Casaretto (2002) en El psicoanálisis, la institución y los discursos agrega que “la posición institucional puede ser la del máximo control, intentando regular en todo lo posible los tratamientos con pautas fijas e inamovibles”. En un intento comparativo entre el discurso del amo antiguo y moderno, se esboza un prototipo con el que gobernaba el hospital: el lugar de agente en la práctica hospitalaria es ubicado por el Sistema Nacional de Salud y sus subsistemas, en este caso el Ministerio de Salud Pública quienes elaboran normativas protocolarias que son entregadas a un otro institucional que en el “saber hacer” con los protocolos, evalúan, diagnostican y dan tratamiento al síntoma, síndrome o trastorno,

esta producción enmarca los padecimientos dentro de generalizaciones aplacan la angustia vía el fármaco en los cuales se ubica los patologizados, esta lógica institucional imposibilita el sostenimiento del sujeto, en cuanto lo singular ubicado debajo del lugar de agente, es inaccesible debido a que la estandarización, universaliza lo subjetivo y ante esto el MSP no tiene una respuesta.



En la actualidad la vigencia del discurso del amo, da un paso al costado y aunque a la institución le sigue interesando hacer que las cosas marchen bien, éste ya no gobierna, sino que se ofrece como base consolidada con la que puede operar el discurso universitario que se presenta desde un semblante “todo saber” ante el hacer bien.

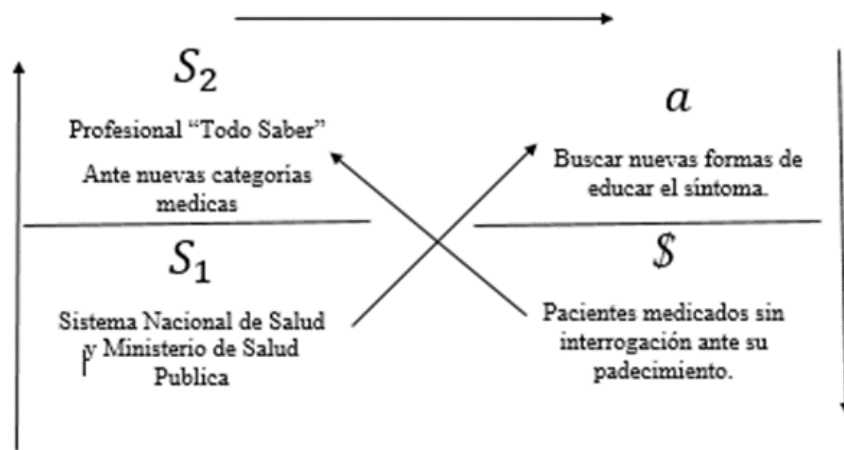
Discurso Universitario

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

En el discurso universitario el S2 como agente se dirige hacia el otro en este caso está ocupado por *a*, pero en tanto esto no puede darle alguna respuesta sino como promotor del deseo, obliga al agente a un accionar continuo a obtener un saber pleno que no se logra nunca a alcanzar. En la producción § está la incisión del sujeto, que no apunta a un sujeto del conocimiento sino barrado permanece ignorante al origen de su conocimiento al no alcanzar un total saber. El S1 como base de la verdad funciona

como garante y se enmarca en la repetición como un imperativo categórico del goce a un saber sin fin o como lo dice Lacan a seguir sabiendo siempre. (Bazzano, 2006)

El imperante discurso del amo moderno que opera en las instituciones es ubicado en el discurso universitario en el cual se ubica como agente al S2 como profesional o practicante ante nuevas categorías patológicas se direcciona hacia *a* en donde al no encontrar respuestas los promueve a buscar un nuevo saber hacer para domesticar y educar el síntoma, en la producción se ubica el sujeto que se mantienen ignorante ante las manifestaciones inconscientes porque al procurar su bienestar vía al fármaco apuntan a la educación de la conducta para su total desaparición aunque no sea reductible a este. El S1 en este caso el SNS como garante de un imperativo “salud para todos” promueve a los profesionales a un saber sin fin.



El quehacer institucional direcciona por medio de dos imperativos, el ideal de todo saber y de completud, su labor ante ello Lacan menciona que esto ubicado como semblante en el plano imaginario es ilusorio y no se puede acceder completamente a él. El semblante “hospital” acoge un sin número de padecimientos y malestares que desde la perspectiva médica apunta a un imperativo de curar y desde la noción psicoanalítica el síntoma como representación de modo singular del goce, no se cura, no se educa, no sigue órdenes, ni valores e ideales que se encuentran en la lógica de control del hospital a la cual el individuo debería adaptarse para que se ajuste a un modelo de sociedad. De manera análoga se expone que el marco normativo hospitalario, direcciona sus prácticas a partir del discurso amo, quien de estructura es segregativa guiado y por medio de su semblante direcciona un bienestar generalizado por el uso de políticas, campañas, talleres y protocolos con el fin de objetivar y

domesticar al sujeto relegando al olvido la verdad del inconsciente, Cocoz dirá que “el modo de hacer institución está, pues estrechamente vinculado con el estado de los discursos” (2014, p.11).

Por lo tanto, las urgencias subjetivas son respondidas desde la normativa médica que invisibiliza lo subjetivo en tanto el discurso institucional direcciona sus funciones para que el sujeto sea productivo, esto conlleva a refrenar el goce debido a que “lo Real del síntoma se presenta en lo imposible de soportar del vínculo social y el abordaje terapéutico no actúa, pues, sobre el síntoma sino sobre los afectos que el sujeto manifiesta” (Palomera, 2002). En este punto se reflexiona ¿Por qué el síntoma no se puede educar con protocolos? A partir de los postulados freudianos se ubica al síntoma como uno de los tres imposibles para el psicoanálisis, puesto que al no ser un signo de alteración orgánica o clasificación diagnóstica no puede ser educado a través de un manual que direcciona la cura, de modo que no se sostiene en el ideal del bien común que es perseguido por el MSP. Esto tensiona al amo quien desde su discurso garantiza que todo marche bien. Si algo se puede decir del síntoma es desde su cara descifrable como un modo de goce singular puesto que como formación del inconsciente tomará dos vías, condensación y desplazamiento para hacer escuchar.

7.3 La angustia en la urgencia subjetiva

El desborde de afecto da cuenta de una ruptura en la vida del sujeto. Esta noción permite conceptualizar la angustia como eje transversal en que puede presentarse la urgencia. “La angustia es un afecto de displacer que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar” (Chemama, 1998). En la institución hospitalaria es frecuente encontrarse con pacientes en angustia por diversos motivos: la forma de atención, problemas de pareja, pérdida de control de la vida, la espera de respuestas por parte de los doctores, el diagnóstico, la cirugía u operación, entre otros referentes a lo orgánico, no solo esto sino también implica lo psíquico.

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. Dentro de este apartado “Inhibición, síntoma y angustia” Freud (1979) planteó tres concepciones de angustia que a continuación se detallan:

Tabla 2 *Conceptualización y diferencia de la angustia según Freud (1925-1926) detallado en su apartado de “Inhibición, síntoma y angustia”. Tomo XX Amorrortu.*

Angustia automática	Angustia real	Señal de angustia
Reacción que tiene un individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, sometido a una afluencia de excitaciones de origen externo o interno, que es incapaz de dominar.	Afecto que se produce cuando un peligro exterior constituye una amenaza real para el individuo. La angustia que se tiene ante un peligro real.	Puesta en acción por el yo, ante una situación de peligro, con vista a evitar ser desbordado por un aflujo de excitaciones. Reacción de una angustia vivida primitivamente en una situación traumática, que pone en marcha mecanismo de defensa.

Nota: Esta tabla muestra las diferentes formas en las que se puede presentar la angustia desde una noción freudiana.

En contraste a lo que Freud planteó es importante saber que dice Lacan acerca de la angustia. Lacan (1962 – 1963) en el seminario X “La Angustia” trabaja esta noción e introduce la metáfora de la Mantis Religiosa, detallando características y situaciones sobre un insecto femenino de gran tamaño donde el macho mira a través de sus ojos un reflejo y le plantea una pregunta ¿Che voui? ¿Qué quieres de mí?, como analogía para referir que el sujeto encontraría en el Otro la respuesta de su deseo, dado a que no satisface su demanda, lo lleva a preguntar con un doble interrogante: ¿Cuál es el objeto de tu deseo? lo que denota que el Otro no tiene la respuesta del deseo del sujeto, es allí donde se manifiesta la angustia.

A partir de la premisa anterior cuando se presentifica en el sujeto algo del orden del deseo y no haya respuesta en el Otro deviene en angustia y causa la duda por lo que vuelve a replantearse ¿cuál es el objeto de tu deseo? Lacan (1962-1963) establece que “la angustia no es la duda, la angustia es la causa de la duda” (p.87). El psicólogo clínico en una institución hospitalaria se encuentra frente a pacientes angustiados por motivos orgánicos o psíquicos, Lacan (1962-1963) establece que “la angustia opera como señal, (...) que no engaña” (p.174). La angustia presenta certeza y duda en relación al deseo del otro, cuando el sujeto se plantea la pregunta ¿qué quiere de mí?,

hay una certeza que indica que el otro quiere algo, pero no se sabe qué. Cuando el paciente acude a consulta médica por alguna dolencia o malestar, existe una certeza de que el cuerpo está enfermo, pero al desconocer la causa da lugar a la duda que propicia la angustia. Tanto la urgencia subjetiva como la angustia se encuentran ubicadas “en el registro Real, como aquello que no puede ser simbolizado” (Flores, 2021).

El psicólogo no está excluido de sentir angustia, también se puede enfrentar a ésta en relación con su paciente que viene a consulta. “Sentir la angustia (...) pone en todo momento a prueba [...] aunque presente muy buena disposición para ser un psicoanalista, en sus primeras relaciones tanto con el enfermo o en el diván algo angustia” (Lacan citado por Vargas, 2020, p.80). Por ello, es importante que el profesional acuda a su propio análisis y trabajo de forma aislada esto que en sesiones angustio a ambos, el no hacerlo entorpece la dirección de las sesiones y no permite alojar al sujeto. Lacan (2006) en el Seminario X “La Angustia” señala que existen dos formas de tramitarla: el pasaje al acto y al acting out. El primero se relaciona con dejarse caer porque ha existido un desgarramiento salvaje del velo fantasmático produciendo una salida atroz de la escena implicando la vida del sujeto y el segundo como subir a la escena, considerado como un llamado urgente al Otro. El practicante al estar advertido de estas situaciones debe ser recursivo al abordar y soportar estos modos de respuestas que desbordan al paciente.

7.4 Acoger al sujeto en urgencia

Es preciso recordar que las instituciones de salud pública ejecutan una lógica “para todos” inspirados en ideales de igualdad, de condiciones, derechos y dignidad. Puesto que, se dirigen al sujeto de la conciencia y el derecho como usuario de un sistema intentado normar y controlar aquello que se escapa de su poder. Alojar lo subjetivo desde un marco normativo es poco probable ya que la lógica que impera es la normativización de conductas a través de tratamientos y terapéuticas que se traducen en protocolos y procedimientos estándar. Entonces es fundamental preguntarse ¿en dónde se aloja lo singular dentro del ámbito hospitalario?, Guillermo Bélaga (2016) en su libro, *La práctica del psicoanálisis en el hospital*, dirá “para acoger un sujeto, es preciso que el psicoanálisis exista” “pero no es tarea sencilla, implica el deseo del analista y requiere dar lugar a la singularidad” (Kugler, M. V. 2018).

La vigencia de la práctica orientada por el psicoanálisis se sostiene en la ética del “bien-decir” y la lógica del “No- todo”, estas premisas se introducen en las sesiones por medio de las intervenciones, en el que se implique al sujeto en su queja a partir de su dicho. De tal manera que pueda aproximarlo a decir lo que desea, la lógica se resume en “no hay para toda una respuesta igual” (Noguera et al., 2016). El discurso implementado en el quehacer orientado por el psicoanálisis se encuentra en el reverso del amo. Ante esto, López, G., & Salomone, G (2014) citando a Lacan ubica que en la estructura discursiva “el analista es el amo, pero bajo la forma de a, sostenido en el saber (S2), que no es el saber de los protocolos, sino más bien, el saber hacer con la técnica, con las pautas institucionales y con lo que se obtiene escuchando a su analizando, a partir de la verdad que portan los dichos de quien consulta”. En este discurso el analista no es el amo imperante sino aquel que al servicio del análisis pone su deseo, presencia, escucha y tiempo posibilitando que exista esta práctica. En prácticas sostener este discurso y acoger al sujeto fue una ardua tarea, el cuerpo del paciente estaba develado posicionado como objeto, mostrando en sesiones su cuerpo sin pudor. A nivel objetivo el sujeto no existe, el practicante quien poniendo en juego su deseo y escucha más allá de lo biológico hacia existir el psicoanálisis para acoger la singularidad del paciente y desplegar posibles causas que ocasionan un malestar o una urgencia.

La práctica psicoanalítica al sostenerse en el deseo está amenazada por la convergencia de discursos imperantes como el médico e institucional, por lo tanto, se debe estar dispuesto a laborar en conjunto con ellos. El profesional tendrá que en alguna medida consentir estos discursos, pero ante esto Laurent (2000) advierte:

Sabemos que no podemos ignorar las normas de la institución, si uno piensa orientarse con las reglas está perdido; tiene que orientarse con el hecho de que, por supuesto están las reglas, pero hay que saber hacer con esto, hacen parte del problema, para después actuar conforme al interés del sujeto que sufre y viene a consultar. Es parte del problema saber hacer con las reglas. (p. 31)

Saber hacer con las reglas es conocer que el psicoanálisis no está al servicio de los ideales ni del bienestar, es la práctica del “uno por uno” y no apunta a la psicoterapia de esta orientación. En la práctica lo que se pone en juego es saber

responder a la contingencia, es ser inventivo, audaz, alojar al sujeto en la urgencia y no viceversa.

En esta perspectiva diremos que el psicoanálisis en la urgencia, tiene el privilegio de incluir al sujeto y al psicoanalista, no obstante, se habla de una ruptura de la cadena significante que da lugar a un abanico de presentaciones promovidas por la angustia como el acting out y el desalojamiento del sujeto de su discurso. (Rivas, P., & Martín, L. 2014)

Acoger al sujeto en urgencia es alojar una emergencia de un evento contingente como aquello imposible de articular a la cadena significante porque pertenece a la lógica del “No-todo”, no todo se puede enlazar porque hay algo que no se inscribe en lo simbólico por ello su ruptura. Por otro lado, alojar al sujeto podría ser un modo preliminar para el tratamiento puesto que la urgencia se encuentra entre el instante de ver y el momento de concluir. La tarea del profesional es encontrar una estrategia para sostener el tiempo de comprender, subjetivando la urgencia que mediada por la palabra posibilita efectos tales como el apaciguamiento de la angustia y la postergación del pasaje al acto.

7.5 La transferencia en la urgencia

Según el Diccionario de Psicoanálisis, (Chemama, Roland, 1996) la transferencia se define como:

Lazo del paciente con el analista que se instaura de manera automática y actual y reactualiza los significantes que han soportado sus demandas de amor en la infancia y que da testimonio que la organización subjetiva del individuo está comandada por un objeto que Lacan lo define como objeto a. (pág. 438)

La transferencia es el hilo que direcciona la cura, es antecedida por el deseo del analista “que no es algo tangible, medible o visible, sino más bien es una construcción simbólica (...) que toma forma en la medida del análisis” (Eizirik, 2000). La práctica analítica existe cuando el analista convocado por su deseo ubica su presencia, ética, tiempo, escucha y atención al servicio del análisis, el cual no posee un carácter estándar, sino que al ajustarse a cada paciente posibilita redireccionar los dichos del mismo, para conocer aspectos privados y personales. Así mismo, esto se logra al

instaurar vínculos transferenciales, donde el psicólogo utiliza herramientas como la entrevista clínica, que consiste en “invitar a una persona a expresarse libremente sobre un tema dado, indicado al principio como una pregunta” (Yelnik, C. 2005, p.135)

Ante esta relación jerarquizada en la cual se parte desde el deseo del analista como la apertura a la práctica, hace uso de la transferencia a partir de la realización de preguntas y señalamientos para posibilitar la interpretación que conlleven al reconocimiento que aqueja al sujeto. En contraste a esto, la interpretación tiene un carácter riguroso y se debe conocer ¿por qué? y ¿para qué? se realiza. Sigue la transferencia que al instaurar preguntas y señalamientos acerca del reconocimiento que aqueja al sujeto, posibilitan la interpretación que tiene un carácter riguroso, en el cual se debe conocer ¿por qué? y ¿para qué? se realiza. Se puede decir entonces que la transferencia:

Garantiza el tratamiento y la interpretación; esos momentos en los que se captura al sujeto en el análisis, es la captura del inconsciente en el discurso del sujeto. Por ello apunta la interpretación al deseo y no a la demanda del sujeto, no a lo dicho sino a lo que se esconde en ese decir. (García, J. 2007)

Lacan retoma el término de la transferencia a partir de tres registros: Real, Simbólico e Imaginario y parte en primera instancia de la premisa que toda transferencia es Simbólica e introduce dentro de este eje el término Sujeto supuesto Saber (SsS) aclarando que “[...], se sitúa entre el analista y el analizante en la medida en que el saber inconsciente del sujeto se despliega bajo transferencia” (Tendlarz, S. 1999). Por el contrario, cuando el analizante se encuentra con algo que no funciona, supone un saber en el Otro “el analista es por formación, alguien que tiene un saber acerca del inconsciente, pero que no sabe nada acerca del deseo particular de aquel que le dirige su demanda” (Cosenza citado por Bustamante, 2020. p. 84). El analista quien no sabe del inconsciente del paciente pesquisa por medio de la asociación libre “elementos de sueños, pensamientos, ideas, imágenes, emociones, tal como se le presentan al sujeto sin selección, sin restricción, aunque el material le parezca incoherente, impúdico, impertinente o desprovisto de interés” (Chemama, R. 1996. p. 35). La transferencia en la vertiente imaginaria se ubica como un obstáculo en la dirección de la cura porque el sujeto en resistencia cuida su decir y no acoge la palabra que proviene del Otro. Saldias & Soliz, (2008) señalan que “la diferencia entre

encontrarse en el eje imaginario o simbólico determinan si el proceso que se sigue es o no analítico”. Por tanto, es parte del trabajo del analista hacer devenir esta transferencia imaginaria inicial en simbólica.

Con respecto a lo Real en la urgencia, se sitúa el objeto *a* como plus en la vida del sujeto “vendría a ser esa ganancia (...) en su síntoma, pues hay satisfacción pulsional en el cuerpo, a nivel inconsciente” (Suzunaga, 1998). El objeto *a* es el resto provocado por el traumatismo de la lengua en el sujeto que se presenta por tres vías, descompensación de la cadena significante, desencadenamiento ante la perplejidad que se da ante un goce que se siente en todo el cuerpo el cual no se dirige a nadie y por último la desconexión ante esto que siente como extranjero por cuanto no lo reconoce. El sujeto en la urgencia aparece por fuera del discurso, Lacan dirá que en la demanda formulada en la urgencia hay un pedido mínimo de ser escuchado, de reconocimiento simbólico y de amor en el Otro del cual se siente desalojado. La importancia de la transferencia en la urgencia es socorrer la angustia que desborda al ser hablante, de tal manera que el analista al prestarle significantes mortifica al goce y lo recorta por el uso de la palabra posibilitando en el paciente la construcción de un nuevo camino que anuda el cuerpo y el discurso.

8. CAPITULO III: Las urgencias subjetivas y su propio dispositivo de atención

A partir de las prácticas realizadas en un hospital de Salud Pública se ha ubicado un dispositivo de atención que nace en la institución con el fin de socorrer al paciente desprovisto de la función simbólica. Alojar al sujeto es una de las formas del psicoanálisis aplicado el cual apunta agujerear el discurso amo a través de lo singular de cada consultante. La lógica en la que recae este trabajo de sistematización de prácticas es enlazar la clínica con la teoría para dar cuenta de la eficacia de la orientación psicoanalítica que confluye entre profesionales de diferentes especialidades: médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales entre otros que tienen un hecho discursivo en común, el sufrimiento humano y su síntoma, pero difieren de la lectura, diagnóstico, intervención e interpretación que se sostiene según el saber de cada práctica y convergen sólo en el hecho que debe ser atendido.

Para el psicoanálisis el concepto de síntoma no es igual a los signos de la enfermedad, ni la cura apuesta a la eliminación de este, más bien se habla del funcionamiento sintomático como vínculo social. La ética del síntoma tiene dos lados una que posibilita y permite hacer con la no relación sexual, otra que obstaculiza y objeta aquello que hace sufrir al paciente. Partiendo de esta premisa, encontramos el goce que está implicado en la elección del sujeto y se tramita por la vía de no querer saber. Freud ya había postulado la elección de objeto y de neurosis demostrando una participación activa del sujeto ante posibilidades que se le presentan. Lacan lo retoma e indica una elección del ser, estructura y síntoma. Es pertinente introducir el siguiente cuestionamiento ¿Cómo se responsabiliza al sujeto por su elección y las posibles consecuencias? Si bien es cierto el dispositivo analítico es una propuesta de intervención ante la urgencia, su funcionalidad no solo se establece ahí, sino entendiendo el hecho contingente como una antesala para el proceso analítico rescata la posibilidad que el sujeto tiene de saber que hay por detrás de esto. Para ello, el valor que promueve es invitar al sujeto a hablar del modo de goce o síntoma gozado y del sufrimiento que acarrea en el cual se espera que en esta transacción al decir sobre lo real de su goce reduzca la cuota de sufrimiento que se paga por la satisfacción pulsional.

Por otro lado, en la vía de la cura se sabe que hay algo del goce que se escapa a la significación, pues no todo puede ser dicho de él. Es así, que aquel orientado por la lógica del análisis debe abordar las sesiones con cierta ingenuidad porque, aunque le antecede una formación sobre el síntoma, goce y su irreductibilidad, lo que se desconoce es sobre la singularidad de cada uno de ellos. Por eso es importante la existencia del dispositivo que a partir del psicoanálisis aplicado se logra leer el suceso como único, sin caer en la clasificación. Para tal efecto el dispositivo consta de dos momentos simultáneos, el espacial que se refiere a un lugar como el consultorio en donde se produce el encuentro entre el analista y el sujeto, en este caso entre el practicante de psicología y el paciente en el hospital. El temporal, enmarca un tiempo límite y posibilita un corte en la sesión. En síntesis, como ya se ha descrito antes y retomando de Miller (2003) en “el genio del psicoanálisis” se identifica que la efectividad del dispositivo se sustenta en la asociación libre, la transferencia, la interpretación y la neutralidad.

Almánzar- Botello (2017) citando a Lacan menciona que para alcanzar la neutralidad “hay que hacerse el muerto” es decir el analista, constituido por un Otro simbólico que administra los decires y el silencio como estrategias en el “tratamiento” psicoanalítico; dependían de que el analista no cediera ante la “seducción” y las demandas del analizado; reclamos motivados de un modo inconsciente por el esfuerzo que tiende a realizar el analizado para “formar pareja o dupla imaginaria” con su analista.

Para acceder a la neutralidad en la práctica psicoanalítica, se debe haber atravesado el análisis personal. Gabriela Brosdsky (2000) en el texto, la transferencia en la neurosis y la psicosis, expone que el psicoanálisis se sustenta en el saber exigible que se encuentra en el trípode freudiano, teoría, análisis personal y supervisión de casos, ante ello “ nombra que el analista debe saber sobre la teoría psicoanalítica, la cual la obtiene de los textos, el saber sobre su propio inconsciente el cual se obtiene por medio de su propio análisis, y el cómo se dirige la cura lo obtiene por medio del control de los casos clínicos” (p. 26).

8.1 La clínica de la urgencia y los tres tiempos lógicos de Jacques Lacan

8.1.1 Los tres tiempos y la clínica de urgencia.

La clínica de la urgencia no alude a una clínica de la urgencia médica, sino que es denominada así desde la perspectiva psicoanalítica como un modo de hacer para psicólogos al realizar sus prácticas en instituciones. Dicho esto, Sotelo (2015) propone 5 puntos fundamentales para atender al paciente en urgencia:

1. Descartar patología médica física; 2. Intentar persuasión verbal; 3. Intentar maniobras físicas de relajación; 4. Tranquilización rápida (medicamentosa); 5. Traslado a guardia del Hospital General. Las medidas diagnósticas y los procedimientos propuestos se fundamentan en que la ansiedad puede ser síntoma de muchas enfermedades. Estas intervenciones protocolizadas demuestran un nivel de eficacia en el aplacamiento del fenómeno, mientras que, desde otras posiciones, sin rechazar o contraponerse a este modo de intervención, se propone un más allá de lo fenoménico. (p.77)

Estas indicaciones generales pretenden evitar ambigüedades en la atención descartando el origen de la urgencia en lo orgánico para dar paso a la derivación psicológica, la misma que apunta a producir y alojar al sujeto mediante una clínica inventiva. El dispositivo de atención para la urgencia en el psicoanálisis es una invención que tiene por semblante el discurso analítico y al analista como soporte. Ante esto, es necesario entonces interrogar ¿Cómo se opera en la clínica de la urgencia con el semblante y qué efectos producen a través de las intervenciones? El semblante lacaniano es un dispositivo que hace algo con la nada. Lacan ubica al objeto *a* como un semblante de goce y esta condición permite darle tratamiento a lo Real. Cuando la extrañeza es subjetivada a partir de la escucha activa del analista que teje un sentido entre los significantes se produce un efecto de apaciguamiento de la angustia.

Además de lo expuesto, habría que pensar también de qué forma nace la propuesta del dispositivo analítico en la práctica hospitalaria, para ello retomando las palabras de Inés Sotelo en la Clínica de la Urgencia menciona que: “la palabra Dispositivo proviene del latín *dispositus* cuyo significado es dispuesto. Un dispositivo es un artificio construido para lograr un objetivo determinado a través de acciones de las que se espera obtener un resultado calculable, previsible” (Sotelo, 2015). El hospital es un espacio institucional en el cual el psicoanálisis converge con otros discursos es por ello que en cierta medida la clínica de la invención de la urgencia se sirve y toma referencia en algunos casos de la propuesta médica como el del triaje de Manchester que retomado por Joseline Barco (2020) en su tesis: Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva (...). Sugiere una guía de atención para el profesional que se encuentra en el área de urgencias y emergencias médicas. Esta guía detalla los casos que convendría llamar urgencias subjetivas priorizando los niveles de atención.

Tabla 3 Propuesta de clasificación de las urgencias subjetiva en el área de emergencia médica

Número	Nombre	Descripción	Síntomas	Tiempo
1	Pasaje al acto	Hacer daño o hacerse daño sin ninguna explicación y de forma espontánea.	Aislamiento, impulsividad, agresividad, fuga, etc.	Primera prioridad
2	Acting-out	Amenazar con hacer daño o hacerse daño	Ataques de histeria, drama, etc.	Segunda prioridad
3	Duelo	La pérdida de un ser querido porque haya fallecido, haya desaparecido o haya cambiado, etc.	Llanto, frustración, culpa, insomnio, etc.	insomnio, etc. Tercera prioridad
4	Ansiedad	Dificultad para realizar actividades diarias y desconocer el origen.	Dificultad para respirar, taquicardia, mareo, náuseas, etc.	Prioridad vaga o ambulatoria
5	Estrés	Respuesta inespecífica a exigencias externas	Dolor de cabeza, problemas estomacales, presión elevada, etc.	Prioridad mínima

Nota: Esta propuesta categórica ofrece una mejor operatividad de atención privilegiando los casos.

Servirse de un discurso médico para categorizar lo subjetivo en un protocolo no recae fundamentalmente en la estandarización, sino más bien es una propuesta que permite realizar a los profesionales alojados en el área de urgencia, no orientados por el psicoanálisis, una derivación de pacientes.

Dentro del ámbito hospitalario es común que se dé la estandarización en toda categoría de salud, por ello es importante que en la atención psicológica se emplee el uso de la invención del dispositivo. Sotelo propone el “Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetiva” (DATUS) como el espacio diferente para cada caso en el cual se puede aliviar al sujeto sin considerar el tiempo de intervención. Al igual que Sotelo, Cando (2021) expone que “Los dispositivos psicoanalíticos son

espacios de oportunidad que da paso a nuevas elaboraciones que posibilitan nuevas formas de invención”. La noción del tiempo en la urgencia es diferente que, en la atención particular, Sotelo explica que el tiempo es central en la atención de la urgencia, pero no convocada por la prisa, sino que instaure entonces en la sesión una pausa por hilar aquello que deviene de lo Real, que siempre retorna a un mismo lugar, como afecto que no se desplaza y es imposible de articular a la cadena significativa.

Sotelo retoma de Lacan, los tiempos lógicos para abordar la urgencia, los cuales detallan tres momentos: el instante de ver, tiempo de comprender y momento de concluir.

Se propone un instante de ver, localizar algo de esta urgencia. En este tiempo el sujeto puede decir algo acerca de sí mismo, habrá que ponerlo en relación a otros...va a poder decir algo de sí, sin certeza, sin seguridad y aventurar una afirmación que posibilite la salida.

El tiempo de comprender, la propuesta es que salga de su propio encierro sufriente. Decir algo de sí en relación a los otros y en relación a nosotros como terapeutas, pero también armando una trama de su propia vida.

El momento de concluir, podría resumirse cuando el sujeto logra operar con un Real fuera de sentido. Esto es desplazar el interés desde la realidad del trauma a la insistencia del trauma para indicar que lo inasimilable está allí como encuentro inédito, pero que siempre ha estado allí y retorna en ese encuentro perturbador. (Jordán, M. citando a Sotelo., 2019.)

La intervención del psicólogo se rige al instaurar un tiempo, una pausa que permita hacer una lectura y no se trata del tiempo del reloj sino del tiempo del sujeto para que pueda decir algo. A partir de esta, se indaga cómo devino el paciente en urgencia para que mediante el instante de ver localice la misma. Entonces será el sujeto quien, al elaborar el acontecimiento en presencia del psicólogo, instaure el tiempo necesario para comprender esto que le ha devenido como extraño.

Por lo tanto, el practicante de psicología clínica en este primer tiempo intenta localizar aquellos significantes, algo que da cuenta de la urgencia, queja o malestar que se presentifica en la vida del paciente. A su vez tenemos tiempo para comprender que en la urgencia se presenta de forma efímera ya sea porque la urgencia concluyó o

porque el paciente no quiere saber de su malestar. Referente a esto se puede decir que el tiempo de comprender es traer preguntas acerca de estos significantes que el paciente dice. Por último, el momento de concluir se establece como el tiempo lógico que posibilita la salida, esto no solo será una resignificación de sucesos sino un paso para elaborar un después.

8.2 DATUS, porqué es necesario que exista un dispositivo, y qué formas hay de responder.

Se considera necesario DATUS puesto que permite producir efectos y ofrecer una respuesta al sufrimiento del sujeto, uno por uno, en donde no solo se da importancias los síntomas como efecto orgánico, sino a lo singular de la posición del sujeto. Para sustentar esta premisa se cita a Sotelo (2015) quien considera que:

DATUS, es necesario puesto que es un diseño de dispositivos eficaces para alojar, diagnosticar y dar tratamiento a la urgencia, con las particularidades de la época, considerando lo complejo y múltiple del problema. El abordaje desde distintas disciplinas, articulado, permite el tratamiento y seguimiento de cada caso, singular. Tendrá como propósito producir una torsión de la urgencia generalizada a la subjetivación de la misma, leyendo el acontecimiento como único y singular, no clasificable.

8.2.1 ¿Cómo responder a la urgencia desde DATUS?

Lacan rrealiza un señalamiento, sobre el tratamiento de la urgencia e indica que en cada nuevo caso hay que olvidar lo que se sabe. A esto se suma Miller, quien manifiesta que el psicoanálisis no posee estándares de atención, pero sí principios que orientan la práctica. Posteriormente se plantean las siguientes preguntas: ¿cómo el practicante responde a la urgencia? y ¿bajo qué principios se orienta? La urgencia es respondida cuando se ha alojado al sujeto en la crisis, es decir el paciente ha puesto en palabras y no en actos su malestar. Lo desarrollado en este apartado por las practicantes no da cuenta de lineamientos operativos para abordar la angustia en la urgencia, sino más bien se trata de una orientación lógica, que da paso al sujeto del enunciado y no de la enunciación.

El practicante para atender una urgencia primero se debe despojar del saber acumulado que posee puesto que al haber atravesado su propia urgencia y haber

respondido ya a otras experiencias similares se puede pretender responder siempre de la misma forma, esto imposibilita captar la singularidad del caso. En el inicio de la atención se trata de localizar los fenómenos de goce en donde el sujeto se desorienta, delimitando la irrupción de lo Real con cuestionamientos como: ¿Cuándo comenzó? ¿Qué significado tiene para usted? ¿Quién la hizo padecer y por qué? Lo mortífero en el sujeto es provocado por un plus de goce que desprotege al sujeto al impedir el uso de los mecanismos de defensa que mantiene el semblante del Yo. Por ello cuando el acontecimiento en crisis se presenta el sujeto no cuenta con la sublimación para simbolizarlo o imaginarlo. En la urgencia se presenta la perplejidad independientemente de la estructura del sujeto. Seldes expone que la diferencia entre estructuras se establece en lo recursivo que es el sujeto para afrontar este advenimiento, ante esto se realiza la sugerencia que el tiempo de comprender no debe ser apresurado porque si se realiza una intervención salvaje esta podría desencadenar un pasaje al acto. Por consiguiente, la intervención es el mecanismo donde se conjugan el deseo del analista, la transferencia y la interpretación.

En el hospital el fenómeno por excelencia que se presenta es la angustia, pero en diferentes caras o como lo plantea el psicoanálisis en diversos modos de goce, el médico derivada ataques de pánico, fobias, paroxismo, estupor, vértigo, actos impulsivos, falta de apetito, insomnio, entre otros. La teoría analítica postula que la angustia como acontecimiento se presenta como reactualización del trauma. Béléga extrae una deducción acertada acerca de dos tipos de urgencia en relación a dos vertientes del trauma: una urgencia como proceso subjetivo en donde lo Real al ser eyectado de lo simbólico toma semblante del objeto *a*. y otra como acontecimiento ligado a la contingencia, a la irrupción de lo Real sobre las representaciones de un sujeto dando origen a la angustia más generalizada que se presenta como un agujero imposible de absorber en lo Simbólico. La invención del dispositivo analítico es una respuesta a la angustia, al instaurar una pausa entre el instante de ver y concluir, sostiene el momento de comprender para que el sujeto articule la urgencia como acto contingente con el trauma y el síntoma. La atención deviene en una invitación para que el sujeto exprese su malestar en palabras, reelaborando nuevamente la cadena significante. Por ello es importante esclarecer quien deviene urgente, si el paciente, familiares o médicos, puesto que, aunque todos habiten en el lenguaje, no todos se enuncian de la misma forma.

8.3 Una experiencia singular

La experiencia en la práctica ha permitido a más de un practicante poner en juego su deseo por hacer existir lo singular de cada paciente, rescatando del discurso médico al individuo como objeto y brindando un lugar al sujeto a través de la palabra. Por otro lado, el hospital consintió que el estudiante también se interrogará acerca de cómo sostener el discurso analítico y este no caiga en lo que diría la tutora de prácticas “una conversación” es por ello que, siguiendo algunas observaciones brindadas, en supervisiones era necesario tocar el goce. Se especifica que el goce no es antagónico al sujeto, citando a Miller (2009) en Cosas de Finura en psicoanálisis XVIII dirá:

El significante es la causa del goce, exactamente del mismo modo que había podido decir: el significante es la causa del sujeto. Esto se distingue de todos modos en que el significante es la causa del sujeto en el discurso, mientras que el significante sería la causa del goce en el cuerpo. Por lo tanto, incluso si hay un goce equivalente a la vida, incluso si toda vida implica goce.

La experiencia analítica implica un grado de responsabilidad de quien la hace existir y por ello se realiza la especificidad de apuntar al goce en sesiones es una forma de perturbar la queja donde el sujeto ha encontrado su comodidad para habitar y enunciarse, pero no en post de desaparecerlo es imposible, sino es un llamado a que el sujeto se implique en el discurso de su palabra gozante. Esto da cuenta de que el psicoanálisis apuesta por la ética del bien decir porque no apunta a mencionar lo que el paciente quiere escuchar.

Los posibles efectos terapéuticos que se han ubicado en prácticas a partir de la invención del dispositivo analítico son: tramitar el goce por medio de la palabra, posibilitando que se ubique el deseo en lugar del significante amo que gobernaba la vida del sujeto, el apaciguamiento de la angustia, elaboración de un proceso de duelo, la caída de identificaciones con el padre o la madre, el cambio de la relación con el otro y alivio de dolencias corporales, demostrando con esto la eficacia del psicoanálisis. Finalmente, para dar cuenta de lo expuesto, las practicantes han considerado pertinente elaborar tres casos clínicos.

8.4 Construcción de casos clínicos

8.4.1 Caso I: La escucha al tiempo de la urgencia

Raquel tiene 34 años, proviene de la provincia de Guayaquil donde labora en una empresa como abogada. Ingresa al área de gineco-obstetricia con 20 semanas de embarazo en alto riesgo, previo a su ingreso es diagnosticada con taquicardia fetal. El doctor la deriva a interconsulta porque considera que necesita atención psicológica pues en el campo de salud se maneja con ciertos reglamentos en el que trabajan de forma conjunta médicos, psiquiatras y psicólogos para cumplir con el enigma “salud para todos”.

Antes de ingresar a la habitación la Psicóloga tutora me pregunta si tengo información sobre la historia clínica del paciente que voy atender, a lo cual respondo que sí, pues es necesario conocer sobre el diagnóstico para saber con qué y hacia quien nos vamos a encontrar/afrentar. Luego entro a la habitación como si no hubiera sabido nada pues me posicionaba como aquella que iba a alojar al sujeto. Lacan (1955) señala que el sujeto no es previo, a quien se le dirige un discurso ni quien lo ejecuta, sino que es definido, determinado por el Otro de la palabra” (citado por Muñoz, 2021, p. 125). Es así que entendí que el sujeto depende en su constitución como sujeto de la mediación de la palabra en relación a Otro quien lo escucha, esto podría entenderse como una biología donde opera el emisor/sujeto y el receptor/psicólogo. El sujeto envía un mensaje con cierto código al psicólogo quien se encarga de decodificar para enviarle al sujeto su propio mensaje. Hago referencia al ingresar a la habitación a dar un primer reconocimiento subjetivo se trata entonces de producir la posición de sujeto.

Durante mi primer encuentro con la paciente me presenté y le pregunté ¿Cómo se siente hoy? Inmediatamente la paciente empieza a llorar desconsoladamente. Momento donde accedí a instaurar un tiempo, hacer una pausa para que la paciente pueda hablar, pese a las condiciones de riesgo que se encontraba (llorar desconsoladamente) provocaba en ella falta de oxígeno que de cierta manera le afectaba al bebé previo a esto propuse a que trate de respirar lo necesario para que pudiéramos hablar, trato de dar lugar a la palabra del paciente pues en este caso sería el destinatario, seguido de esto le pregunté ¿Cuál es la causa que le provoca el llanto? La paciente dice que se siente mal, que le angustia no saber nada sobre la situación de

su embarazo, le preocupa lo que le puede ocurrir a su bebé e imagina que en algún momento su corazón deje de latir.

En las noches no puede dormir porque piensa que en algún momento puede ocurrir cualquier cosa, pues los médicos solo le envían a tomar medicamentos y a ponerse sueros mas no le dan información alguna, esto genera preocupación en ella, el no saber qué va a pasar con su bebe, y empieza nuevamente a llorar diciendo “*no quiero que me pregunten nada, no quiere saber nada*” mostrando una actitud de resignación agregando “*ya me quiero ir de aquí*”, al ingresar su esposo y al verla llorando trata de darle palabras de contención mientras yo hacía presencia pues no debía caer en el furor curandis sabiendo en las condiciones de riesgo que se encontraba la paciente el de la posibilidad de que su bebe viva o muera.

En otro momento ella menciona que tuvo una hija con su primer compromiso. Esta temática se trabaja en la segunda sesión cuando la paciente habla de una escena dolorosa que tuvo con su compromiso actual y su primer embarazo. Ante esto opté por dar lugar a la palabra del paciente momento donde ella me comentó acerca de su primer embarazo con su actual pareja en el cual no le fue bien debido a que tuvo complicaciones que produjeron la pérdida de su primer hijo. Previo esta situación vivida ella decidió realizarse chequeos cada semana y llevaba controles de su embarazo con el fin de que su bebe pueda encontrarse en buenas condiciones y sobre todo saludable, pues su deseo era ser madre y darle su primer hijo a su esposo como también su primer nieto a su suegro pues su esposo era su único hijo.

En primera instancia se ubica que la urgencia proviene del paciente. Luego propongo que ella pueda construir un relato. La primera intervención en urgencia está sustentada en una escucha activa a lo que dice el paciente en las sesiones para ubicar aquellos elementos fundamentales con el fin de destacar el momento en el que se produjo la angustia en urgencia lo cual se localiza a través de su decir. En la primera sesión ante a su dicho “*no quiero saber nada*” se logró dar paso a desear saber algo en la segunda sesión, pues le había dejado un interrogante ¿usted conoce sobre su diagnóstico? ¿Conoce las causas o efectos? la paciente había preguntado al médico sobre su diagnóstico, sabía que podía perder él bebe pero que los médicos iban hacer todo lo posible para que él bebe sobreviviera.

En el primer encuentro con la paciente entre el instante de ver se logra localizar algo de su urgencia frente a la experiencia de pérdida en la cual propuse introducir al sujeto en su decir (hablar de aquella pérdida) pues todo lo que dice el paciente es significativo para nosotros, puede leerse a partir de su discurso que conserva una vivencia o situación traumática de pérdida a tal punto que llega a creer que le sucederá lo mismo, esto lo observamos ante su dicho *“porque otra vez estoy pasando esto”*. Intervengo y le preguntó ¿el doctor le dijo que va perder él bebe? ella creía que iba a perder él bebe como el primer hijo. pregunto ¿Debería esperar la respuesta? Momento donde la paciente pudo nombrar su vivencia traumática la cual pensó que le sucedería lo mismo en su segundo embarazo, se cuestionó que puede ser que no le suceda y pudo liberarse de ese plano imaginario que conservaba. En un primer instante, pase de la actuación de la paciente (llorar desconsoladamente) a la verbalización, para que pueda tramitar aquello que la angustia en palabras y llevarla al escenario de lo simbólico, momento de restitución de la palabra a partir de la contención de la angustia.

En otro momento de la entrevista le preguntó ¿cómo sigue, si ya le han dado alguna respuesta?, ella dice *“sí, que él bebe está vivo y que aún le falta desarrollarse, pero está con sus latidos normales”*, luego le preguntó, entonces ¿qué decisiones tomará hoy? Raquel se ríe y dice *“de morir no”*. Intervengo y le digo lo habría hecho desde el primer día. Se ríe y dice *“no eso no. Gracias a usted por sus visitas, he pensado que tengo que cuidarme, no desesperarme y esperar la respuesta del doctor, porque llorar por algo que aún no sucede, no soluciono nada y le hace daño al bebé la decisión que puedo tomar hoy es cuidarme, seguir el tratamiento y estar saludable para que mi bebe pueda estar bien.*

Después de haber establecido vínculos transferenciales, llegué a la conclusión de que Raquel se sentía angustiada debido a que se inscribe un pensamiento insoportable de pérdida en ella, esta posible pérdida sostenida por una pérdida anterior y también encontrarse imposibilitada de no cumplir el deseo del otro (dar un hijo), previo a esto la paciente logró tramitar su angustia en palabra y responsabilizarse de sus dichos, podemos darnos cuenta que la paciente pudo salir de la urgencia subjetiva frente a la posibilidad de perder a su bebe y sus dichos quedan articulados de una forma singular lográndose así una salida de la urgencia con respecto a lo que menciona *“Sé el diagnostico que tengo y sé que en cualquier momento puede ocurrir cualquier cosa*

y si en este caso pasa algo grave sé que será muy difícil pero es mi dolor y debo vivirlo, a la vez habrá otras oportunidades en que pueda tener otro bebe. Lo que puedo hacer yo ahora es estar saludable, para que él bebe pueda estar bien, no tengo poderes para salvarle la vida a lo que ya no está a mi alcance, entonces estoy tranquila en espera de lo que pase, expresando una sonrisa”. Es necesario e importante alojar, dar lugar al sujeto para que hable, mediante la intervención con un dispositivo de la palabra que posibilita la subjetividad y aquel paciente que padece pueda subjetivar su urgencia/angustia y responsabilizarse de aquello. Por ello lo importante de lo singular, las formas de invención que surge a partir del relato del paciente al establecerse vínculos transferenciales al caso por caso; no hay técnicas, ni lineamientos, esto es hacer existir el psicoanálisis. Lo que le permite la salida de urgencia a Raquel no puede significar lo mismo para otro, por ello la escucha es importante y el deseo del analista de posicionarse como una hoja vacía en el que se escriba lo que dice el paciente y pueda hacerse una lectura en la medida que el psicólogo use los significantes que posiblemente conlleva a la causa o punto de la ruptura en la cual el sujeto pueda implicarse.

8.4.2 Caso II: La Práctica Hospitalaria entre la Pausa y la Prisa.

El caso desarrollado es derivado por el médico, quien al no obtener una respuesta óptima a través del uso de protocolos para atender un ataque de pánico convoca al profesional de psicología adjudicándole un saber hacer con esto que no se remite a lo orgánico. Las sesiones sostenidas con la paciente para resolver los trastornos de pánico como categoriza el discurso medico a la angustia, es una sola pero sostenida en el tiempo de comprender, se ubica en total cinco sesiones. El hospital como institución maneja una organización en la cual imperan discursos que pretenden normativizar los modos de goce de los pacientes, ataque de pánico, ubicado como trastorno, utilizando para ello respuestas estandarizadas ubicadas en un protocolo. Este tipo de respuesta no apunta al sujeto del inconsciente sino al sujeto del derecho con el fin de ofrecer una atención que conlleve al bienestar del paciente, en efecto, pensar en una estandarización de respuestas ante todo ataque de pánico es pensar que todo paciente o usuario tiene un modo de goce igual.

J es una paciente de 45 años hospitalizada en el área de cardiología, está casada y tiene dos hijas de 15 y 6 años, es derivada por el médico debido a que

presenta signos orgánicos sin razón aparente, es decir la paciente presenta cuadros de hipertensión e hiperglucemia cuando va a ser intervenida quirúrgicamente. El médico explica que la paciente lleva internada algunos días en unidad de cuidados coronarios siendo trasladada a sala por presentar mejorías en su salud y por ello explica que J debe ser sometida a una cirugía de forma urgente para realizar una angioplastia y contrarrestar la insuficiencia cardiaca. El personal de enfermería relata que la paciente se encuentra compensada en la noche, pero al ser valorada en la mañana para ser trasladada a un prestador externo de servicio se cancela el traslado y la operación, este suceso aparece con ataques de pánicos y signos como taquicardia, falta de aire y entumecimiento de las piernas. Estos síntomas dan cuenta de una transacción en la economía libidinal que evidentemente están evitando una situación de peligro por medio de los signos en el cuerpo, esto que no le queda claro al médico porque desde su discurso objetivo suponen que la operación otorgara una mejor calidad de vida a la paciente y ella no coopera, agobia a quien convocado por la prisa brinda una respuesta objetiva y estandarizada *“es por su bien señora colabore”* ante una urgencia dejando de lado lo singular de la historia del paciente. El discurso que impera en el hospital es aquel que “no le interesa saber cómo las cosas funcionan solo quiere que funcionen” (Casaretto. 2002). Luego de la basta explicación el medico realiza sugerencias de como deber ser atendido el caso, otorga pautas y recomienda el uso del protocolo para atender una urgencia en psiquiatría, pide que sea abordada de inmediato y menciona que se le debe señalar que *“la operación a realizar es por el bien de la paciente, que colabore para que pronto pueda retornar con sus familiares”*. Estas sugerencias sostenidas en el discurso medico pretenden resolver de forma objetiva un malestar, pero a partir de la posición ética de una orientación que no trabaja con la prisa ni con lo colectivo se plantea que las manifestaciones sintomáticas devienen del inconsciente del sujeto como un mensaje a descifrar. El practicante quien debe acoger esta demanda institucional escucha con atención las sugerencias y refiere *“los ataques de pánico deben ser escuchados antes de brindar una posible respuesta”, “en una sola sesión no se podrá dilucidar que sucede con la paciente, es un trabajo sin prisa”,* el medico solo indica *“espero que, con su atención, la paciente se deje operar”*.

La praxis psicoanalítica existe dentro de una institución a partir del deseo del practicante, quien, a través de su presencia, tiempo y escucha pone en escena su

quehacer orientado por una lógica del no-todo, es decir, no toda respuesta es válida para todos los pacientes, esto en referencia porque el médico no obtuvo un efecto terapéutico cuando abordó a J con los protocolos de primeros auxilios psicológicos. J no es abordada de forma protocolaria sino que se realiza preguntas entorno a su diagnóstico y posible operación desde la particularidad de su historia, ante esto menciona “*Dra. yo sé que la enviaron conmigo porque no me dejó operar*”, se interroga por este dicho y se realiza una diferenciación entre no poder o no querer ser operada, menciona “*yo si quiero, sino que cada que me dicen que me van a operar me pongo nerviosa y me regresan a la habitación, el Dr. se puso molesto conmigo y me dijo Sra. por favor colabore*”, la paciente extrañada por los dichos del médico indica que ella colabora pero su cuerpo no responde, llora y se culpabiliza del suceso. El psicoanálisis no presenta una serie de pasos a seguir para abordar estos eventos, sino que, orientado por la ética apuesta a una escucha que va más allá de lo biológico, acoger estos ataques de pánico no como un trastorno sino como un modo de respuesta ante algo que angustia a la paciente, es de entrada ya un modo singular de atender. La paciente se percata y menciona “*usted no anda con un formulario como el doctor que lo revisa y me dice que hacer*” decirle que hacer se encuentra encasillado en manejar técnicas de respiración, pedir a los familiares que hablen con la paciente para que no se ponga nerviosa y medicar para que estos estados de pánico desaparezcan. Saber hacer con las reglas Hacer que el psicoanálisis exista es complejo, se debe trabajar con discursos que norman y estandarizan respuestas para todo tipo de patologías, saber hacer con las reglas es acoger la demanda institucional “*apacar los estados de pánico permitiendo la operación de J*” pero a su vez ubicar que el psicoanálisis no está al servicio de una práctica colectiva, si bien es cierto se ubica dentro de un ámbito que brinda hospedaje a más de un padecimiento, no pretende hacer psicoterapia de su saber ni apunta a regular el goce.

El psicoanálisis no está al servicio de la institución ni al sujeto de derecho, sino a partir de su posición ética aborda las sesiones y va hilando los sucesos que aparecen con el fin de realizar intervenciones que posibiliten que el sujeto se implique para que se ubique desde otro lugar con respecto a su padecimiento. Es decir, a través de las sesiones J ya no menciona que no sabe porque vienen los ataques de pánico, sino que surge una suerte de implicación y manifiesta “*me da*

terror la operación creo que por mi angustia se eleva los niveles de glucosa en la sangre y la hipertensión". Acoger los signos desde la singularidad de la historia del paciente permite hacerle un lugar en un ambiente donde lo subjetivo es invisibilizado, J en una segunda sesión manifiesta *"me da miedo morir en la operación"* porque su madre quien también era cardiópata murió en una cirugía. La muerte deviene ya en el hospital como una constante angustia entre pacientes, pero acogerlos desde "uno por uno" permite trabajar en sesiones los sucesos que están por detrás de esto. La urgencia subjetiva se caracteriza como un momento de ruptura del equilibrio y pérdida de la homeostasis con la que cuenta el sujeto, visto de otro modo la urgencia en J aparece cuando es informado de la posible cirugía, sus valores normales se elevan haciendo de esta operación un acto imposible, *"la angustia como afecto que no engaña aparece he inviste a la paciente por completo para evitar el peligro"* (Lacan, 2002). Cuando se habla de muerte la paciente no se inmuta, eso permite ver que existe un más allá funcionando como mascarada de lo que propicia la angustia, lo que está por detrás de esta máscara es la interrogante *"si muero en la operación que van hacer mis hijos sin mí, un padre no es igual"*. La practicante menciona *"cuál sería el peor escenario sino se realiza la cirugía"*, J menciona *"la muerte"*, ante esto se enuncia, se interpela *"la muerte es un escenario que no escapa a su decisión"* algo extrañada menciona *"¿Cómo?"* menciono *"si la operan usted menciona que va a morir y si no se opera también morirá, entonces ¿qué hará?"* posterior a esto se enuncia *"le han explicado el riesgo de su cirugía, si es mínimamente invasiva o de alto riesgo"* responde con un gesto de extrañeza en el rostro y moviendo su cabeza dando cuenta que no ha existido una explicación previa, a lo cual de forma detallada la practicante explica *"su operación es mínimamente invasiva, le van a introducir por la ingle una especie de manguera finita y por ella van acceder a su corazón, van a colocar un catéter y con ello evitar los ahogos constantes que usted tiene, disminuyendo la posibilidad de que usted vuelva a ser paciente cardiológico de alto riesgo"*. Luego de esta explicación los gestos de la paciente dan cuenta de un alivio e indica *"¿solo eso me van hacer? ¿no me van a meter cuchillo?"* se asevera *"solo eso le van hacer"*. J comenta en una tercera sesión que la explicación detallada de cómo sería la cirugía permitió que se sienta tranquila posibilitando la operación, se puede observar que ya no se agobia ni se cansa al estar acostada, agradece de forma reiterada y manifiesta que sin la

intervención de la practicante tal vez no hubiera sido posible realizar la angioplastia, puesto que la operación se dio al día siguiente de haber realizado el abordaje.

El tiempo de comprender en una quinta sesión, J cuenta un hecho con mucho pudor que indica un abuso sexual a la edad de 7 años en la que no existió penetración, mencionaba que estaba al cuidado de familiares paternos, al interrogar por la presencia de su padre, menciona que el velaba por el bienestar económico de sus hijos, pero no por lo emocional. Remitirse a hechos infantiles en donde a causa de la muerte por una cirugía y ausencia de la madre la paciente fue abusada por un familiar quien la cuidaba, se podría pensar que esa escena infantil podría ser un trauma infantil que se reactualiza por la contingencia de su operación, morir como la madre en la cirugía y que sus hijas queden a la deriva porque un padre no las cuidaría igual, como el padre de J que no la cuidó cuando ella era una niña. Esta interpretación no es arbitraria ya que al haber establecido un vínculo transferencial permite haber hilado los sucesos que conllevan a la urgencia de la paciente y a la reactualización del trauma como un suceso significativo. A modo de conclusión hacer existir el psicoanálisis se sustenta de forma frágil en el deseo del practicante por acoger lo singular en el cual también hay que saber hacer con las reglas. Las respuestas estandarizadas con las que el profesional médico abordó la urgencia en la paciente permitieron dilucidar que los síntomas son un modo de goce que no está al servicio del ideal de educar ni del Otro. Se menciona que el quehacer del practicante posibilitó subjetivar la urgencia y llevarla más allá del tiempo de ver y concluir, propiciando posibles efectos terapéuticos. En primera instancia se encuentra la presencia de la practicante que otorga un apaciguamiento de lo que causa malestar en tanto se le adjudica un saber hacer con las emociones, la escucha clínica permitió establecer un suceso estructural infantil que se actualizó ante la contingencia de su operación, finalmente subjetivar la urgencia permitió que J pueda ser intervenida quirúrgicamente.

8.4.3 Caso III: Un caso en urgencia: Ahogada en llanto

Irais es una paciente de 48 años del área de cardiología a la espera de una posible transferencia a un prestador de servicio que acoja su requerimiento por el contrario de otros pacientes de sala, ella no se encuentra descompensada su estabilidad ha posibilitado abordar en varias sesiones, 10 en total, la relación que establece con sus hijos, esposo y familiares. La paciente se presenta como una mujer feliz menciona que sus vínculos familiares son estables, sus hijos son buenos chicos y tiene un excelente esposo que espera con ansias su llegada a casa se señala “*si ella también se encuentra ansiosa por volver*” se ríe y menciona que ha tomado su estancia en el hospital como un pequeño descanso, se interroga “*¿De qué descansa?*” su rápida contestación “*De la vida*” da cuenta que la transferencia imaginaria establecida se suele encontrar al sujeto que cuida su decir y enuncia verdades mentirosas porque el goce aún no ha sido interrogado, en esta posición existe un equilibrio entre el fantasma como semblante del Yo y el síntoma.

Esta posición de felicidad que no causa malestar es interrogada por la practicante puesto que al tomar uno de los principios del psicoanálisis, asociación libre, como orientación para las sesiones la paciente rememora vivencias tempranas que pudieran dar cuenta del inconsciente del sujeto, menciona una vivencia particular en la infancia que se fija aun en la actualidad como signo de extrañeza. “*cuando era pequeña vi a mi madre serle infiel a mi padre quise salir corriendo y no pude era como si un calambre me lo impidiera*” “*después ya no se lo dije no quise que separaran por andar de bocona*”. Este hecho es traído a razón que en posteriores sesiones se encuentra a la paciente inmóvil y en lo que ella diría después “*ahogada en llanto*” la hija quien se encuentra en la habitación menciona que su madre no tiene apetito, no ha comido hace dos días y su única fuente de alimento ha sido vía intravenosa, lo particular de las sesiones con Irais es que se retira el suero en un acto impulsivo como buscando hacerse un lugar en el Otro del cual se siente desalojada, Lacan dirá que es un acto en out es decir por fuera de lo simbólico, ella quiere ser vista por aquel que ha sido tomado como objeto de amor, su esposo e hija, espero en silencio hasta que el llanto cesa e interroga “*dígame quien la llamo*” de forma pausada como intentando instaurar la calma menciono “*Hoy es martes, recuerda siempre vengo a visitarla martes y jueves*”. El llanto no

cesa, se tapa la cara y continúa llorando, aguardo en silencio intentando instaurar un momento de contención a su llanto con mi presencia, *“ha de pensar que soy una tonta, haciendo estas cosas a mi edad”*, menciono que desconozco lo que ha hecho y pregunto si desea hablarlo menciona *“tengo como un nudo en la garganta”* le indico *“que le parece si lo desanúdanos de poco a poco, no hay prisa por querer explicarlo todo”*. Podemos ubicar en esta trama de ahogo en llanto, una urgencia que supone la presencia de un Real *“infidelidad”* que alude a la ruptura de la cadena significativa *“ser feliz con su pareja y sus hijos porque son buenos chicos”* que hasta ese momento sostenía a Irais.

A partir del dispositivo analítico es necesario ubicar en el discurso de Irais la irrupción de lo Real que ha sido inamisible buscando ser puesta en palabras para que eso ajeno se vuelva propio. Irais detalla en sesión cierta extrañeza por el actuar de aquellos por quienes ha dado su vida, menciona que hace días se enteró de la infidelidad de su esposo, su hija sabía de la relación amorosa de su padre, pero no lo comenta sino hasta que la madre se entera por una foto en una red social, la extrañeza no solo recae en el esposo sino también en la hija de quien menciona ha sacrificado sus mejores años por verla crecer. Lacan (1976) realiza dos indicaciones que son esenciales en el tratamiento de la urgencia *“no hay que comprender demasiado”* y *“no hay que ser curioso”* puesto que cada sujeto se enuncia desde un lenguaje particular se interroga los dichos del paciente, pero no desde una posición curiosa sino anudando sucesos que se fijan, rememoran y repiten. Además, se señala que a la prisa por concluir en la urgencia no hay que añadir también la prisa por comprender este señalamiento se da para no poner andar el imaginario de la practicante pudiendo realizar lo que diría Bélaga *“interpretaciones salvajes”* evitando poner en peligro la vida del paciente, esta aclaración recae en aquello que en la urgencia se desconoce y es la estructura del sujeto.

Irais realiza una remembranza de su vida ante una felicidad derrumbada, alude *“mi vida es amarga, tan amarga como la hiel”* *“enterarme que mi esposo es infiel y mi hija lo sabía y no me lo dijo, pareciera que le importara más el papá que yo”* *“a lo mejor esto es el pago de lo que alguna vez hice”* interrogo ante esto solo con la palabra ¿hizo? *“Si mi mamá le era infiel a mi papá y yo sabía, pero nunca le dije nada, porque no quería que se separen, creo que por eso fui internada en ese*

colegio” “*sabe al enterarme de que mi esposo es putillo sentí lo mismo que sentía en el colegio*” ¿Qué sintió? “*una corriente en mis piernas que no me dejaron moverme creo que por eso me arranque el suero, quería salir corriendo a gritarle que se dé su infidelidad*”. Se interroga *¿una corriente en las piernas, como un calambre?* Irais responde “*si era como un tipo de calambre*”, señalo en la sesión “*Al parecer la sensación de calambre no es algo ajeno en su vida cuando de decir las verdades se trata*”, algo extrañada entiende y menciona “*si podría decir que es el mismo tipo de corriente que sentí cuando no pude decirle a mi padre de la infidelidad de mi madre*”. La acción de ocultar la relación extramatrimonial que tiene su padre es sentida por Irais como traición a lo cual se señala “*se podría pensar que el silencio de su hija no es un quemeimportismo a su padecer sino más bien ella al igual que usted tampoco quiso andar de bocona para que ustedes sus padres no se separen, no se podría ser ¿no le parece?*” baja la guardia y asienta con la cabeza un sí como respuesta.

Tomando en cuenta los dichos de la paciente se puede ubicar en el caso, lo aludido por Bélaga (2004) en la urgencia generalizada, en el cual indica dos tiempos del trauma: el primero de ellos, es estructural que se da en el encuentro con el lenguaje que provoca un resto que no pudiendo ser simbolizado es eyecto y el segundo es la contingencia que se presenta ante la irrupción de lo Real en la vida del sujeto dejándolo desprovisto del sostén Simbólico. En la reactualización del trauma lo que ha quedado fijado es el quantum de afecto “infiel” que ha sido eyectado como un significante que remite a lo sexual aquello que rememoraba como ajeno y “*no poder mover las piernas, para salir corriendo*” deviene ahora como algo propio que remite a un suceso infantil. Entonces se podría ubicar dos hechos como inadmisibles para Irais: la infidelidad del esposo y el silencio de la hija, se conoce que la urgencia a concluido cuando la paciente ha logrado poner en palabras lo que ponía en actos, arrancarse el suero y ahogarse en llanto. La urgencia en el dispositivo analítico es atendida desde la singularidad de la historia de cada paciente; la presencia, la escucha activa y la mirada clínica son las herramientas que dispone la practicante para socorrer el acto de Irais, la comprensión que se atañe al caso no es salvaje y no es arbitraria a los dichos de la paciente, se realiza con el fin de historizar lo Real que se ha fijado en su vida.

9. Metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia

El trabajo propuesto “El dispositivo analítico: una propuesta para abordar la angustia ante la urgencia subjetiva en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil”. En esta modalidad de titulación, se encuentra orientada por la descripción, análisis y la sistematización de prácticas pre profesionales en el ámbito hospitalario. Esta modalidad de titulación, adopta el método descriptivo y clínico en cuanto, Sampieri, Collado y Baptista (2006) ubican que: “los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (p.103). Con respecto al método clínico, Frómata et al., (2017) menciona que “el método clínico permite estudiar no solamente a la enfermedad del paciente, sino al ser humano mismo, desde un punto de vista bio-psico-social” (p.259). La orientación del practicante, al hacer clínica, da cuenta de la puesta en escena de su “saber hacer” en torno al paciente que se entrevista, por ello a partir de la experiencia se describe las herramientas no tangibles que brinda el psicoanálisis con orientación lacaniana en el abordaje de las urgencias subjetivas y se analiza los efectos terapéuticos que se obtienen en los pacientes.

10. Enfoque metodológico

El enfoque metodológico empleado en la sistematización de prácticas es el cualitativo Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2006) ubican que el enfoque cualitativo “tiene un proceso inductivo, recurrente que analiza la realidad subjetiva, no busca la réplica y profundiza en las ideas, generando amplitud y riqueza interpretativa de aquello que se está estudiando” (p. 2). Dentro de este contexto se realiza una revisión bibliográfica y desarrollo teórico de los máximos exponentes del psicoanálisis, Sigmund Freud y Jacques Lacan, en lo que concierne a inconsciente, angustia, transferencia, discurso amo, además de Inés Sotelo, Ricardo Seldes, Guillermo Bélaga, Vilma Cocoz, entre otros para dar cuenta del abordaje de la urgencia subjetiva, el dispositivo de atención y sus herramientas ante lo indecible de la situación en crisis, así mismo dentro del ámbito hospitalario se ha revisado, protocolos, lineamientos, matrices y normativas a seguir en el quehacer del psicólogo clínico dentro de los hospitales, expuestos por el Sistema Nacional de Salud y su subsistema el Ministerio de Salud Pública.

11. Categoría de Análisis

En relación con el desarrollo de la sistematización de prácticas se consideran las siguientes categorías fundamentales para el análisis de su abordaje práctico - teórico, en lo que concierne a manifestaciones del inconsciente, angustia, transferencia elementos de la urgencia subjetiva en el ámbito hospitalario que es definido desde el psicoanálisis freudiano y lacaniano, los tiempos lógicos y la lógica institucional desde el discurso del amo propuesto por Jacques Lacan. En cuanto al “saber - hacer” referente a los abordajes e intervenciones bajo la orientación psicoanalítica en la práctica sin olvidar los principios éticos, es necesario mencionar las herramientas teóricas con las que cuenta el practicante al momento de socorrer a un sujeto en urgencias y definir como el dispositivo lo aloja dentro del contexto institucional del hospital.

12. Métodos y técnicas de investigación

Las técnicas y herramientas que posibilitan el proceso investigativo para elaborar el contenido teórico práctico, es fundamentalmente, el investigador ya que es el medio que revisa, analiza y recolecta información bibliográfica, permitiendo describir y argumentar a partir de textos elementales como tópicos freudianas, seminarios lacanianos, otras teorías psicoanalistas y protocolos del M.S.P, todo lo relacionado a la urgencia subjetiva, sus elementos y los posibles efectos terapéuticos; en lo práctico el investigador como fuente de datos, genera respuestas de los participantes al utilizar herramientas que le permitan recolectar cualquier tipo de datos, sea verbal o no verbal (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006, p.583). En tanto utiliza la entrevista clínica para poner en acto su quehacer, abordajes e intervenciones, que parte del saber obtenido durante toda su formación académica, extrae otro tipo de información del paciente.

12.1 Momentos del proceso metodológico en la sistematización.

Tabla 4 *Etapas del proceso metodológico en la sistematización*

<i>ETAPAS Y FASES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
<i>ETAPA DE PLANIFICACIÓN</i>	
<i>1. Eje de la sistematización</i>	<p>La sistematización de prácticas fue desarrollada a partir de los métodos descriptivos y clínicos con enfoque cualitativo. El objetivo de realizar este trabajo, es una suerte de transmisión clínica y teórica acerca de lo que constituye el quehacer del psicólogo clínico en una institución hospitalaria y las herramientas coa subjetiva en los pacientes</p> <p>Los conceptos centrales del psicoanálisis en los cuales se basó la labor clínica y permite la formalización de casos, como experiencias singulares son: transferencia, angustia, dispositivo analítico y urgencia subjetiva.</p>
<i>2. Elementos involucrados en la experiencia</i>	<p>Dentro de la sistematización hay cuatro personajes centrales: El sujeto/paciente, dos practicantes y la institución hospitalaria.</p>

3. Manejo de la Bibliografía

La sistematización de prácticas permite dilucidar dos momentos, la experiencia del practicante novato quien, orientado por el psicoanálisis, demuestra que para hacer clínica debe ubicar su saber teórico en suspenso de modo que no se deje llevar por el furor curandis y realice conjeturas apresuradas. Posteriormente el enfoque cualitativo permite realizar la formalización de la teoría y la práctica, desde la revisión y recolección bibliográfica de la obra analítica en un recorrido de Sigmund Freud y Jacques Lacan, otros autores psicoanalíticos y protocolos establecidos por el MSP.

4. Elaboración práctica

La práctica se realiza con pacientes de un hospital de salud pública de la ciudad de Guayaquil, se trabajó principalmente con pacientes del área de cardiología y obstetricia. Las prácticas fueron orientadas bajo la teoría psicoanalítica, utilizando la entrevista clínica guía bajo transferencia, atención flotante, la asociación libre del paciente y los significantes con los que enuncia su historia. Para interrogar los puntos de goce que hacen malestar en sus relaciones, mediante la elaboración de una escena contingente o actual que dé el paso a una escena que toque lo más singular.

Para la sistematización de estos elementos se cuenta con dos practicantes, la tutora de destino quien se encarga de la supervisión en el hospital y con la docente encargada de la supervisión de los casos.

ETAPA DE ANÁLISIS

5. Análisis de los datos obtenidos

El investigador anuda la teoría con la práctica clínica que surge en el hospital a partir de su quehacer creando un dispositivo sostenido en el deseo de quien la hace existir. El practicante como investigador pone en juego su deseo para mantener en curso la atención singular del sujeto antes que al paciente del discurso médico. La ética del bien decir permite tramitar la angustia y lograr efectos terapéuticos en sesiones como el desplazamiento de signos fijados en el cuerpo, insomnio, falta de apetito, inhibición entre otros. Orientado por principios como la asociación libre, la transferencia y la interpretación el investigador aloja lo singular y subjetiva la irrupción sintomática extraña que deviene de la urgencia como algo propio de la vida del paciente.

ETAPA INFORMATIVA

6. Redacción del informe de sistematización

La redacción del trabajo de tesis variante sistematización de prácticas presenta un modelo establecido y estandarizado por los directivos de la carrera de psicología clínica, los cuales designa a las practicantes un tutor de tesis afín al tema propuesto, un

cronograma, guía para la construcción de trabajos de titulación, lineamientos para la citación y lista de referencias Normas APA. El desafío de esta etapa recae en ubicar las herramientas que tiene el estudiante pre profesional para abordar la urgencia subjetiva y los posibles efectos terapéuticos propiciados en pacientes atendidos en el hospital dentro de prácticas preprofesionales I y II.

7. Transmisión

La práctica orientada por el psicoanálisis independientemente de las instituciones donde se instauran señala el compromiso de escribir el testimonio del quehacer clínico de ahí el imprescindible valor de plasmar en un escrito esta sistematización de prácticas preprofesionales. Lacan en el seminario XVII “El Reverso del Psicoanálisis” advertía que existe una dificultad estructural en los actos discursivos, no todo se puede decir de ella, sin embargo, lo que no se escapa al lenguaje sin duda es el carácter singular, inventivo y la eficacia en el alojamiento del sujeto.

Nota: Describe las fases de la sistematización de prácticas propiciadas por las practicantes.

12.2 Procedimientos Necesarios para la Organización de Sistematización y Análisis e Interpretación de Resultados.

Variable independiente: Identificar las herramientas del estudiante en prácticas preprofesionales.

Variable dependiente: Atención de urgencias subjetivas.

La variable independiente será analizada a partir de un recorrido teórico por fuentes bibliográficas de Sigmund Freud, Jacques Lacan, Inés Sotelo y otros autores relevantes de orientación psicoanalítica lacaniana.

La variable dependiente será analizada a través de la sistematización de prácticas hospitalarias y un recorrido por fuentes bibliográficas del Dispositivo de Atención de Urgencias Subjetivas

12.3 Matriz de La Operabilización de Variables

<i>Variables</i>	<i>Subvariables o dimensiones</i>	<i>Definición conceptual</i>
<i>Identificar las herramientas del estudiante.</i>	Transferencia	Según el diccionario de psicoanálisis, (Chemama, Roland, 1996) la transferencia se define como: Lazo del paciente con el analista que se instaura de manera automática y actual y reactualiza los significantes que han soportado sus demandas de amor en la infancia y que da testimonio que la organización subjetiva del individuo está comandada por un objeto que Lacan lo define como objeto a (pág. 438). Garantiza el tratamiento y la interpretación; esos momentos en los que se captura al sujeto en el análisis, es la captura del

inconsciente en el discurso del sujeto. Por ello apunta la interpretación al deseo y no a la demanda del sujeto, no a lo dicho sino a lo que se esconde en ese decir. (García, J. 2007)

Almánzar- Botello (2017) citando a Lacan menciona en la **transferencia imaginaria** “hay que hacerse el muerto” es decir el analista debe ocupar un lugar de “neutralidad estructural” constituido por un Otro simbólico que administra los decires y el silencio como estrategias en el “tratamiento” psicoanalítico.

Acoger al Sujeto

Guillermo Bélaga (2016) en su libro, La práctica del psicoanálisis en el hospital, dirá “**para acoger un sujeto**, es preciso que el psicoanálisis exista” “pero no es tarea sencilla, implica el deseo del analista y requiere dar lugar a la singularidad” Kugler, M. V. (2018).

Clínica de la Urgencia y los tres tiempos lógicos.

Dicho esto, Sotelo (2015) propone 5 puntos fundamentales para atender al paciente en **la clínica de urgencia**.

1. Descartar patología médica física;
2. Intentar persuasión verbal;
3. Intentar maniobras físicas de relajación;
4. Tranquilización rápida (medicamentosa);
5. Traslado a guardia del Hospital General. Las

medidas diagnósticas y los procedimientos propuestos se fundamentan en que la ansiedad puede ser síntoma de muchas enfermedades. Estas intervenciones protocolizadas demuestran un nivel de eficacia en el aplacamiento del fenómeno, mientras que, desde otras posiciones, sin rechazar o contraponerse a este modo de intervención, se propone un más allá de lo fenoménico (p. 77).

Tenemos así el primero: **instante de ver**, aquí el sujeto es un sujeto noético, porque la fórmula que lo introduce es “se sabe que” y eso lo puede saber cualquiera o lo que sea, puede ser mesa, silla o nube. Es el sujeto impersonal. Puesto que esta situación no se da en ningún sujeto se da un paso más hacia el Tiempo para Comprender. El sujeto ignora su atributo, entonces no viendo dos negros, es el único que puede asumir ser un negro (porque no lo ve), y formula así la segunda evidencia. (Domínguez, 2004). Por lo tanto, el practicante de psicología clínica en este primer tiempo intenta localizar aquellos significantes, algo que da cuenta de la urgencia, queja o malestar que se presentifica en la vida del paciente con el fin de que aquél logre decir algo de sí en relación a otros.

Se propone un **instante de ver**, localizar algo de esta urgencia. En este tiempo el sujeto puede decir algo acerca de sí mismo, habrá que

ponerlo en relación a otros...va a poder decir algo de sí, sin certeza, sin seguridad y aventurar una afirmación que posibilite la salida.

El **tiempo de comprender**, la propuesta es que salga de su propio encierro sufriente. Decir algo de sí en relación a los otros y en relación a nosotros como terapeutas, pero también armando una trama de su propia vida.

El **momento de concluir**, podría resumirse cuando el sujeto logra operar con un Real fuera de sentido. Esto es desplazar el interés desde la realidad del trauma a la insistencia del trauma para indicar que lo inasimilable está allí como encuentro inédito, pero que siempre ha estado allí y retorna en ese encuentro perturbador. (Jordán, M. citando a Sotelo., 2019.)

Los tiempos en la urgencia que menciona Lacan son análogos a los que plantea Sassaroli, ella menciona que el tiempo cero: es presente cuando el sujeto puede dar su propia respuesta, cuando esto insostenible ya ha sido atravesado y **el tiempo uno**: puede ocurrir cuando el analista hace una apuesta al sujeto frente a su resto, hacer que emerja nuevas respuestas frente al aniquilante **tiempo 0**, esto permite un encuentro donde algo sea dicho, para que en el lugar de la respuesta aniquilante del tiempo cero, pueda ser reproducida alguna u otra cosa. (Sassaroli, p. 186). Es por ello que en la

urgencia subjetiva se instaura un tiempo y se brinda un espacio donde el paciente pueda poner en palabras aquello que le angustia o molesta, hacer hablar aquello que no se dice, el silencio e inventar alternativas o algún modo de hacer con la urgencia subjetiva.

Dispositivo de Atención de Urgencias Subjetivas y tiempos lógicos. Sotelo en la Clínica de la Urgencia menciona que: "la palabra **Dispositivo** proviene del latín dispositus cuyo significado es dispuesto. Un dispositivo es un artificio construido para lograr un objetivo determinado a través de acciones de las que se espera obtener un resultado calculable, previsible" (Sotelo, 2015).

Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetiva (DATUS) que tiene los pilares de la asociación libre, la interpretación y la transferencia.

"El **dispositivo** permite reinventar. Los dispositivos psicoanalíticos son espacio de oportunidad que da paso a nuevas elaboraciones que posibilitan nuevas formas de invención" (Cando, 2021).

Atención en urgencias subjetivas Urgencia Subjetiva

Lacan quien refiriéndose a la **urgencia** decía que la misma "es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte". (citado por Sotelo, 2009)

Lacan (1977) explica lo que

falla en la urgencia “Lo Real es lo imposible solamente de escribir, o sea no cesa de no escribirse. Lo Real, es lo posible esperando que se escriba. Y debo decir que he tenido la confirmación de esto” (p. 33).

Sotelo (2015), refiere que **la Urgencia** está ligada a la noción de sujeto. De ahí que toda consulta tiene que ver con la vivencia subjetiva en tal punto que sobreviene un límite, en respuesta como un “ya basta” en el cual inmediatamente se debe realizar una intervención.

Laurent (1988) referente a esto puesto que él nos dirá que en **la urgencia** hay que calcular de dónde viene esta ruptura, ya que si no se tiene idea de las coordenadas del sujeto no se podrá conjeturar en dónde fue que éste cayó.

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. (Ricardo Seldes, 2017, p.1)

Discurso amo

“La estructura o lógica de **un discurso** organiza un conjunto de relaciones estables que sólo pueden suponerse, instaurarse, fijarse en la medida en que hay **significante** en el mundo, pero que no se reduce a esta misma estructura **significante u orden simbólico**” (p.229).

Lacan (2008) además mencionara que **el acto discursivo** no sólo determina los vínculos sociales sino también “formas lógicas de tratamiento del goce por la vía del lazo social. Los cuatro discursos, describen variaciones lógicas del lazo social, modos diversos de organizar el campo del Otro que son al mismo tiempo modos diversos de tratamiento del goce” (p.230).

El amo no es algo muy advertido que su causa esté entre el agente y la verdad $_S1_; \$$ no está muy atento a su división. Suele creer que él opera el lugar y es el amo sin falta, ignorando que el fantasma sostiene su realidad. Al amo no le interesa saber por qué funcionan las cosas, le interesa que las cosas funcionen, marchen y para eso pone a trabajar a otros. Una cosa es el saber y otra cosa es el comando del saber. En el lugar del otro (S2) estaba el esclavo quien posee el conocimiento de los oficios. Su pertenencia, su función, se define por ser el

que trabajaba y por lo tanto poseía el saber sobre el goce. Hay que transferir el saber sobre el goce al amo, y el esclavo trabajaba para eso. Casaretto, A. (2002, febrero 8). El psicoanálisis, la institución y los discursos.

Casaretto (2002) en **El psicoanálisis, la institución y los discursos** agrega que “la posición institucional puede ser la del máximo control, intentando regular en todo lo posible los tratamientos con pautas fijas e inamovibles”.

Coccoz dirá que “el modo de hacer institución está estrechamente vinculado con **el estado de los discursos**” (2014, p.11).

“lo Real del síntoma se presenta en lo imposible de soportar del **vínculo social** y el abordaje terapéutico no actúa, pues, sobre el síntoma sino sobre los afectos que el sujeto manifiesta” (Palomera,2002).

12.3.1 Análisis e interpretación de resultados

En el período 2021-2022 se realizaron las Prácticas Preprofesionales pertenecientes a la finalización de la carrera de Psicología clínica de la Facultad de Filosofía Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Durante este trabajo de sistematización contrastada en la experiencia práctica se propuso analizar el abordaje de la angustia en la urgencia subjetiva en un Hospital de Salud Pública de la ciudad de Guayaquil mediante la invención del dispositivo a partir de la orientación del psicoanálisis lacaniano, teniendo como eje primordial la escucha, el alojamiento y los posibles efectos terapéuticos que se logró producir en los sujetos denominados pacientes en el ámbito de la salud.

Para la ejecución de esta sistematización se presentaron varios puntos, el más importante es la formación universitaria en la cual los conceptos centrales del psicoanálisis orientaron la puesta en escena. Posterior a esto, se detalla el trabajo de formalización, el cual consiste en redactar los conceptos más relevantes enlazando la teoría y la práctica.

Es importante destacar que el ejercicio de la práctica psicoanalítica independientemente de los lazos sociales donde se ejerza, señala un compromiso y es dejar el testimonio del quehacer clínico, de ahí el imprescindible valor de plasmar en un escrito esta sistematización de prácticas preprofesionales. Durante las prácticas en una institución hospitalaria surge el encuentro entre el psicólogo/analista y paciente/sujeto. El psicólogo ofrece un espacio o lugar determinado en la escucha e interroga por aquello que genera sufrimiento o padecimiento. El trabajo en estas instituciones de salud permite delimitar el espacio de atención de acuerdo a lo que se establece con el paciente, en este caso la decisión de acordar una hora de visita y el lugar donde él se sienta en confianza y libre en expresarse. En las prácticas preprofesionales se produjeron ciertas dificultades al introducirnos en la institución hospitalaria, puesto que el quehacer del psicólogo con orientación psicoanalítica lacaniana no es insertado en la misma, pues las enfermedades o padecimiento se responden a partir de lo orgánico. El Ministerio de Salud Pública, ante la premisa “salud para todos” presenta un imperativo de cura. Mientras que el psicólogo se dispone el servicio al paciente, pues no solo se fija en lo orgánico sino en lo psíquico

a nivel subjetivo. No obstante, esta dificultad puede ser superada cuando se produce efectos en los pacientes luego de haber establecido vínculos transferenciales.

Durante el proceso de formación se establece un aprendizaje de conceptos claves en el que no se nos dice cómo o qué hacer pues solo son teorías que deben ser desarrollados en la práctica por el psicólogo según el contexto en que se encuentre. Otra de las dificultades que encuentra un practicante en el contexto hospitalario es que al entrar en habitaciones donde hay varios pacientes en el mismo lugar e incluso acompañados de familiares o amigos, los pacientes deciden no ser atendido por resistencia e incomodidad de que el otro lo escuche. Esto también puede ser superado cuando el psicólogo busca un modo de hacer barrera con su cuerpo para tapar al paciente y que el otro no lo vea, de esto se trata inventarse modos de saber hacer ante lo nuevo que nos encontramos. Por otro lado, Inés Sotelo autora reconocida y profesora de la UBA (Universidad de Buenos Aires) habla de clínica de la urgencia con el fin de brindar aportes teóricos a practicantes interesados en la orientación del psicoanálisis que realicen sus prácticas dentro de una institución de salud, por ello el término clínica de la urgencia referido a todas las manifestaciones que se pueden presentar en una institución, pacientes que devengan en urgencias en la cual es frecuente encontrarse con angustia, ansiedad, entre otras. Como hemos leído el psicoanálisis no está dentro de los lineamientos operativos como forma de intervención o de abordaje quien lo hace existir es el practicante en el encuentro con la clínica más allá de la mirada. El psicoanálisis permite hacer una lectura del acontecimiento de la vida del sujeto. Para atender la urgencia subjetiva se debe instaurar un tiempo.

Por último, se puede decir que el psicólogo clínico se encuentra frente a distintas dificultades tanto externas como internas en sus prácticas contrastadas en una Institución de salud incluyendo hasta la resistencia que manifiesta un sujeto en su discurso. Las herramientas en la que debe valerse en su actuar son la transferencia, escucha, la mirada clínica, entre otras que posibiliten no solo alojar al paciente sino acceder a la palabra, tramitar la urgencia y ubicar aquello que angustia. La investigación desde nuestra orientación psicoanalítica se favorece en la lectura de los enunciados del paciente, mediante el cual se busca en sus dichos aquella causa por la que el paciente manifiesta angustia en urgencia para posibilitar o producir efectos.

Nuestra experiencia en las prácticas da cuenta de que el trabajo desde la orientación del psicoanálisis Lacaniano dentro del hospital de salud es posible. Para aquellos que estén interesados en ser partícipes deben saber que no hay técnicas o pasos que se deben seguir para abordar la angustia en urgencia subjetiva en cada caso se trata de ser inventivo a partir de la singularidad del paciente, ante esto debe operar desde la invención. El psicólogo debe cuestionarse el modo de intervenir y saber qué hacer con lo nuevo que trae el sujeto.

13.CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se han realizado diversos recorridos bibliográficos que han sido complementados con la práctica del psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria. Se logró definir la emergencia psicológica y su abordaje desde el marco institucional, además categorías de análisis como la urgencia subjetiva y los elementos que la componen desde la orientación psicoanalíticas en las que toma en cuenta autores principales en dicho tema, esto permite dilucidar las características de la atención del practicante o profesional al hacer uso de un dispositivo de atención y redacta los posibles efectos en los pacientes en urgencia subjetiva.

En la institución hospitalaria, la emergencia psicológica es considerada como una situación de peligro que requiere una acción inmediata. En los protocolos del Ministerio de Salud Pública se proponen estandarización en la atención en situaciones de emergencia y urgencia correspondiente a una situación contingente. El quehacer del psicólogo clínico se establece no sólo en promocionar la salud sino también en la prevención de enfermedades, consulta, evaluación psicodiagnóstico y la intervención con el objetivo de realizar un seguimiento o tratamiento, además se intenta mediante alternativas y actividades valorar la salud mental. En caso de que se considere que el paciente debe ser atendido por un especialista ya sea médico o psiquiatra quienes realizan intervención farmacológica.

El psicólogo clínico desde la orientación psicoanalítica Lacaniana se rige bajo principios éticos donde pone en juego su saber y el quehacer, transformando la demanda institucional a la demanda del sujeto. A partir de dicha orientación el quehacer del psicólogo se basa en instaurar un vínculo transferencial, instaurar un tiempo, poner su presencia y escucha para acoger al sujeto, realiza intervenciones que lo implique en aquello que dice. La eficacia del psicoanálisis se sostiene en la experiencia de la práctica al ubicar los efectos terapéuticos en la atención de pacientes en estado de angustia que deviene en urgencia subjetiva el psicólogo clínico establece una pausa, un tiempo para que el paciente pueda tramitar su angustia, poner en palabras aquello que la causa, de tal modo que pueda soportar o atravesar y significar lo que le acontece. Se debe tener presente que no todos los pacientes responden a un mismo indicador de angustia, hay que escuchar atentamente lo que cada uno dice para entender de donde proviene o que la origina.

El profesional de psicología al atender pacientes en urgencia subjetiva debe sostener el tiempo de comprender, subjetivando la urgencia que mediada por la palabra posibilita efectos tales como el apaciguamiento de la angustia y la postergación del pasaje al acto. Donde opera la invención que nace en la clínica a partir de la escucha al uno por uno.

Finalmente se dilucida cuáles son las herramientas con la que cuenta el practicante para abordar la urgencia tales como: transferencia, escucha, observación, intervención, invención, entre otras que posibiliten no solo alojar al paciente sino acceder a la palabra, tramitar la urgencia y ubicar aquello que angustia. DATUS sirve para dar tratamiento a la urgencia, la mirada o atención del psicólogo no solo se fija en los síntomas, enfermedades o dolor del paciente sino en sus palabras cuando relata en su discurso aquello no puede significar para que de este modo esto que desconoce puede ser conocido, se apropie de ella y se responsabilice de su tratamiento.

14.RECOMENDACIONES

Las prácticas en instituciones son un lugar de formación que posibilita el saber hacer, en donde el estudiante convocado por el deseo ubica, su presencia, tiempo y escucha por acoger lo singular del paciente. Para finalizar el trabajo de investigación basado en la sistematización de prácticas se enfatiza algunas generalidades referentes a la importancia de brindar y ofrecer un espacio diferente al institucional para alojar a la urgencia. De este modo se recomienda a los futuros practicantes:

- Saber hacer con las reglas implica acoger la demanda institucional pero no orientarse por ella sino por los principios éticos en los que ha sido formado el estudiante.
- Apostar el ejercicio de las prácticas por el furor curandis, no permitirá acoger lo subjetivo, en donde el estudiante impetuoso por poner a prueba su conocimiento, homogeneizará el malestar.
- Analizar constantemente desde que discurso realiza sus prácticas, puesto que, si en el lugar de agente se encuentra el “todo saber” este imperativo al promover “a seguir sabiendo siempre” posibilitará que el estudiante devenga como representante del amo moderno.
- Recordar que las prácticas se sustentan en el trípode freudiano, formación, supervisión de casos y análisis, todas de igual importancia, no se debe omitir ninguna de ellas.
- Evitar las interpretaciones salvajes puesto que en paciente angustiados que devengan en urgencia subjetiva. El psicólogo debe estar advertido de la imposibilidad de restablecimiento del estado anterior ante ello debe ubicar su presencia como aquella hoja vacía donde el sujeto puede escribir su historia y encontrar un nuevo camino.
- Ser inventivo es hacer existir el psicoanálisis para localizar en primera instancia ¿De quién es la urgencia?
- Acoger la urgencia y alojar al sujeto son algunos de los posibles efectos terapéuticos que posibilita el psicoanálisis.

- Indagar acerca de otros dispositivos de atención en la urgencia subjetiva como: PARE de Guillermo Bélaga y PAUSA de Ricardo Seldes.
- Dejar el testimonio del quehacer clínico, es un compromiso del ejercicio de la practica psicoanalítica que no dependen de los lazos sociales donde se ejerce.

15. BIBLIOGRAFÍA

- Almánzar-Botello, A. (2017, 3 de mayo). Jacques Lacan y el “hacerse el muerto”
... Otros Textos Mutantes.
<https://almanzarbatalla.blogspot.com/2017/05/jacques-lacan-y-el-hacerse-el-muerto.html>
- Bazzano, B. E. (2006). Cuestionamiento crítico al discurso universitario. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*.
- Bélega, G. (2012). *La urgencia generalizada* / *Virtualia, Revista digital de la EOL*. Edición 40 | Virtualia, Revista digital de la EOL. <http://www.revistavirtualia.com/libros/113/la-urgencia-generalizada>
- Bernal, H. (2019). Diferencia entre necesidad, demanda, deseo y pulsión. *Poises*, (36), pp. 74-78. Disponible en <file:///C:/Users/XTRATECH/Downloads/journalsauthors,+La+diferencia+entre+necesidad.pdf>
- Bleger, J. (1994). La institución y las instituciones. En *Psicohigiene y psicología institucional* (3ª ed., p. 38). PAIDOS. http://www.elseminario.com.ar/Biblioteca/Bleger_Psicohigiene_Intro_V.pdf
- Briones Palacios, Y. M., Gilces Bermúdez, V. P. y Escobar García, M. C. (2018). La participación del psicólogo clínico en la promoción y prevención de la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, (ISSN:), 25. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/psicologo-clinico-saludmental.html>
- Bustos, V. (2014, 7 de mayo). *Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: Una perspectiva analítica*. Sistema de Información Científica Redalyc, Red de Revistas Científicas. <https://www.redalyc.org/journal/213/21345152007/html/#:~:texto=La%20transferencia%20es%20la%20vía,y%20el%20fin%20de%20análisis>.
- Brosdsky, G. (2000). *La transferencia en la neurosis y la psicosis*. Asociación del Campo Freudiano de Bolivia.
- Cando, J. (2021). Esbozo y construcción de ACTUM como dispositivo de orientación psicoanalítica lacaniana para el malestar subjetivo docente ofertado dentro los departamentos de consejería estudiantil en el Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15869/1/T-UCSG-POS-PSCO-76.pdf>
- Casaretto, A. (2002, febrero 8). *El psicoanálisis, la institución y los discursos*. Elsigma.com. <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/el-psicoanalisis-la-institucion-y-losdiscursos/2342>

- Chemama, R. (1996). *Diccionario del psicoanálisis*. Wordpress.com. <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/diccionario-del-psicoanálisis-roland-chemama.pdf>
- Coccoz, V. (2014). *La práctica lacaniana en Instituciones I - (comp.)*. Grama ediciones. <https://www.gramaediciones.com.ar/productos/la-practica-lacaniana-en-instituciones-i-vilma-coccoz-comp/>
- Demaió (2020). *Escucha clínica, Mediación de TIC y Sociedad del rendimiento*. Universidad de la República. Montevideo: Uruguay. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18243/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-415.pdf>
- Devivo, D. (2020). *Hegemonía cultural y políticas de la diferencia*. <http://biblioteca.clacso.edu.ar>. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20130513112051/HegemoniaCultural.pdf>
- Editorial Oriente s.a. (1991). *Diccionario Enciclopédico Ilustrado Oriente*. Buenos Aires: Editorial Oriente s.a.
- El Expreso. (2022, 6 de junio). *El IESS, sordo ante las quejas de los pacientes y de un fallo judicial*. www.expreso.ec. <https://www.expreso.ec/actualidad/iess-sordo-quejas-pacientes-fallo-judicial-128969.html>
- El Universo. (2021, 21 de diciembre). *Falta de pago a proveedores amenaza a los tratamientos de pacientes de la red pública de salud*. <https://www.eluniverso.com/>. <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/falta-de-pago-a-proveedores-amenaza-a-los-tratamientos-de-pacientes-de-la-red-publica-de-salud-nota/>
- El Universo. (2022, 8 de abril). *Con Asociación de clínicas y hospitales privados el IESS acumula deuda que superaría los \$ 260 millones*. <https://www.eluniverso.com/>. <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/iess-mantiene-deuda-de-mas-de-260-millones-con-gremio-privado-de-clinicas-y-hospitales-la-proxima-semana-habra-una-reunion-nota/>
- Favelukes, M. (2018). Desde el Psicoanálisis, las urgencias. *Psicoanálisis ayer y hoy*. Disponible en <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/desde-el-psicoanalisis-las-urgencias-monica-favelukes/>
- Freud, S. (1920). *La Dinámica de la Transferencia*. Gob.mx; Amorrortu. <http://bibliopsi.org/docs/freud/12%20-%20Tomo%20XII.pdf> (Original work published 1911)
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo* (18ª ed.). Amorrortu.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. <http://www.librodot.com/>. <http://www.foiceemartelo.com.br/posfsa/autores/Freud,%20Sigmund/Freud,%20Sigmund%20-%20Malestar%20en%20la%20cultura,%20El.pdf>
- Freud, S. (1979). *Inhibición, síntoma y angustia (1926-1925)*. En S. Freud, *Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis?, y otras obras (1925-1926)* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu editores

- Freud, S. (1885). *Proyecto de psicología*. En *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1982
- Freud, S. (1992). *Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. En *Obras Completas Volumen XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Frómata Guerra, A., Sánchez Figueredo, S. A., Maya Castro, M. A., Jara Lalama, J., & Valarezo Sevilla, D. V. (2017). El método Clínico: Perspectivas actuales. *Bionatura*, 255–260. <https://doi.org/10.21931/rb/2017.02.01.8>
- Guía de primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial para primeros respondientes*.
- Gorostiza, L. (2006). Presentación de tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista de Inés Sotelo. Obtenido de <https://www.elsigma.com/lecturas/presentacion-de-i-tiempos-de-urgencia-estrategias-del-sujeto-estrategias-del-analista-i-de-ines-sotelo-compliadora/10531>
- Hebe, T. (2009). *El discurso analítico y los semblantes*. NODVS. L'aperiòdic virtual de la Sección Clínica de Barcelona. <https://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=369&rev=45&pub=1>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Lucio, B. (2006). *Metodología de la investigación*. Uca.ac.cr. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Jacques, Miller. (2006). Capítulo I: Introducción a un discurso del método psicoanalítico. *Introducción al método analítico* (pp.13-28). Buenos Aires: Paidós. Obtenido de <https://psiligapsicanalise.files.wordpress.com/2014/09/jacques-alain-miller-introduccion3b3n-al-mc3a9todo-psicoanal3aditico.pdf>
- Jordán Lamán, R. M. (2019). *Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica* [Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14503/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-311.pdf>.
- Kugler, M. V., Clínica, L. A., Allá, M., Las, D. E., Kugler, N., & Victoria, M. (2014). *Psicoanálisis y hospital: la clínica más allá de las normas*. *Aacademica.org*. Recuperado el 13 de agosto de 2022, de <https://www.aacademica.org/000-122/458.pdf>
- Kligmann, L. (2014). Transferencia y objeto en el dispositivo analítico. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-035/651.pdf>

- Lacan, J. (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder”. En *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1987, p,565-626.
- Lacan, J. (1962-1963). *El Seminario 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós 2007
- Lacan, J. (1969). *El seminario de Jacques Lacan v.17: El reverso del psicoanálisis / texto establecido por Jacques-Alain Miller*. 135. <https://apunteca.usal.edu.ar/id/eprint/1087/>
- Lacan, J. (1969). *El seminario de Jacques Lacan v. 17: El reverso del psicoanálisis/texto establecido por Jacques-Alain Miller*.
- Lacan, J. (1977). *Seminario XXIV Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra (Inédita ed.)*. Disponible en <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/29%20Seminario%2024.pdf>
- Lacan, J. (1988). *Variantes de la Cura*. Bibliopsi.org. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/adultos/lombardi/lacan%20-%20variantes%20de%20la%20cura%20tipo.pdf>
- Lacan, J. (2006). *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2008). *Seminario II. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Paidós. (Obra original publicada en 1983)
- Lacan, J. (2008). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro XVI: De un Otro al otro*, Pág. 230, Paidós, Buenos Aires.
- Lacan, J. (2008). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro XVI: De un Otro al otro*, Paidós, Buenos Aires.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental- Eric Laurent*. Tres Haches. <https://www.treshacheseditorial.com.ar/productos/psicoanalisis-y-salud-mental-eric-laurent/>
- Ley orgánica de salud*. (2006). Ministerio de Salud Pública – El Ministerio de Salud Pública ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
- Lineamientos operativos para la atención en las unidades de salud mental hospitalarias*. (2016). Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-unidades-de-salud-mental-hospitalaria.pdf>
- Lineamientos operativos para la atención de las unidades de salud mental hospitalarias*. (2021). Ministerio de Salud Pública. <https://www.paho.org/en/file/41909/download?token=0YRBr2WT>
- Lineamientos operativos para las unidades de intervenciones en crisis*. (2018). Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/wp->

content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-uinidades-de-intervencion-en-crisis.pdf

- López, G., & Salomone, G. (2014). El psicoanálisis en dispositivos públicos de salud: nuevas preguntas para la ética en un nuevo contexto socio-histórico a partir de una lectura clínica. Bivipsi.org. http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/RUP_2014-14.pdf
- Mazzuca, M. (2004). *Transferencia e interpretación en el psicoanálisis*. ElSigma. <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/transferencia-e-interpretacion-en-el-psicoanalisis/4684>
- Miller, J.-A. (1986). *Recorrido de Lacan. Ocho conferencias*. Buenos Aires. Manantial.
- Miller, Jacques-Alain. (2003, mayo). *Genio del psicoanálisis*. Revistavirtualia.com. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/680/destacados/genio-del-psicoanalisis>
- Miller, J.-A. (2009, 20 de mayo). *Cosas de finura en psicoanálisis XVIII*. Escuela de la Orientación Lacaniana. https://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/jam/curso/2008/09_05_20.html
- Ministerio de Salud Pública. (2021). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GUÍA-PAP-COVID-19_2020.pdf
- Miranda, G. (2012). ¿Qué es una urgencia? *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 4(2), 81–84. <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2012/aur122g.pdf>
- Muñoz, P. (2021). *El sujeto según Sartre y Lacan. Encuentros y desencuentros entre fenomenología y psicoanálisis* [Archivo pdf]. Obtenido de https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista21/munoz.pdf
- Noguera, S., Gadea, L., Domenicucci, G., & Coppola, D. (2016). *Alojar y orientar. Un modo singular de recepción de la demanda y tratamiento de la urgencia. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*. Aacademica.org. <https://www.aacademica.org/000-044/803.pdf>
- Olivos, A. (2018). *Psicoanálisis y singularidad*. Disponible en <https://www.psicologosonline.cl/articulos/psicoanalisis-y-singularidad>
- Palomera, V. (2002). *Responder al síntoma o responder del síntoma*. Revistavirtualia.com. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/704/psicoanalisis-puro-y-psicoanalisis-aplicado/responder-al-sintoma-o-responder-del-sintoma>
- Raimbault, G. (1967). *El Psicoanalista y la Institución*. Francia.

- Rabinovich, D. (1995). *Lo imaginario, lo simbólico y lo real*. Obtenido de [https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFG/Psicoanalisis-Escuela-Francesa-Rabinovich/rabinovich%20-%20lo%20imaginario%20lo%20simbolico%20y%20lo%20real%20\(teorico%2022-6-95\).pdf](https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFG/Psicoanalisis-Escuela-Francesa-Rabinovich/rabinovich%20-%20lo%20imaginario%20lo%20simbolico%20y%20lo%20real%20(teorico%2022-6-95).pdf)
- Real Academia Española. (2021). Emergencia subjetiva. Recuperado de <https://dle.rae.es/emegencia%20subjetiva?m=form>
- Ríos, P. (2022). *Artículo de la IPA sobre el psicoanálisis* [Archivo Pdf]. Obtenido de https://www.ipa.world/IPA/IPA_Docs/Spanish%20About%20Psychoanalysis.pd
- Rivas, P., & Martín, L. (2014). Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 8(8), 23–39. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2014000200003
- Seldes, R. (2017). *En la urgencia la vida cambia de golpe y llega a perder sentido*. Obtenido de <http://www.lagaceta.com.ar/nota/725568/actualidad/urgencia-vida-cambia-golpe-llega-perder-sentido.htm>
- Staude, S. (2010). *Las cosas del quehacer*. Repositorio Universidad Nacional. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/33010?show=full>
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la Urgencia*. Bibliopsi.org; JCE Ediciones. [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/EFCF/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Clinica%20de%20la%20Urgencia%20\(Libro\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/EFCF/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Clinica%20de%20la%20Urgencia%20(Libro).pdf)
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia* (pp. 11-20). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). Capítulo 1: El sujeto en la Urgencia Institucional. *Clínica de la urgencia* (pp. 21-56). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2009). *La urgencia desde su dimensión de sujeto*. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-19659-2009-08-06.html>
- Sotelo, I. (2011). Dispositivo para el tratamiento de las urgencias subjetivas. *Revista electrónica de la facultad de psicología*. Disponible en http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=708:dispositivos-para-el-tratamiento-de-las-urgencias-subjetivas&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- Sotelo, I. (2015). DATUS: Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas. Grama ediciones.
- Suzunaga, J. C. (1998, septiembre). *Algunas reflexiones sobre el plus del goce y el rebajamiento del padre*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5029982>

- Thompson, S. (2014). *La categoría lacaniana de semblante*. Aacademica.org. <https://www.aacademica.org/000-035/730.pdf>
- Unir. (2021). *El psicoanálisis Lacaniano como terapia*. Disponible <https://www.unir.net/salud/revista/psicoanalisis-lacaniano/>
- Vargas, D. (2020). La angustia que no engaña y la que engaña. *Revista universitaria del psicoanálisis* (20), pp. 73-81. Obtenido de https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista20/vargas.pdf
- Velázquez. et al. (2016). *Violencias y Pasiones en el ámbito institucional*. pp. 2-8.
- Verduci, M. (2018). La emergencia del sujeto en la clínica psicoanalítica con los niños [Archivo Pdf]. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-122/567.pdf>
- Villatoro, A. (2005). *Definiciones Básicas En Medicina De Urgencia - PDF Descargar libre*. Le proporcionamos las herramientas cómodas y gratuitas para publicar y compartir la información. <https://docplayer.es/8702887-Definiciones-basicas-en-medicina-de-urgencia.html>



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Quinde Abrigo, Yamileth Melissa** con C.C: 0932068273; **Tapia Maldonado, Maritza Elizabeth** con C.C: 0953267523; autoras del trabajo de titulación: **El dispositivo analítico: una propuesta para abordar la angustia ante la urgencia subjetiva en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciada en psicología clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de septiembre de 2022

Quinde Abrigo, Yamileth Melissa

C.C. 0932068273

Tapia Maldonado, Maritza Elizabeth

C.C. 0953267523



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	El dispositivo analítico: una propuesta para abordar la angustia ante la urgencia subjetiva en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil		
AUTOR(ES)	Quinde Abrigo Yamileth Melissa Tapia Maldonado Maritza Elizabeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Cando Zapata Juan Andrés		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Filosofía Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 de septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS:	84
ÁREAS TEMÁTICAS:	Angustia, urgencia subjetiva, salud pública		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Sujeto, transferencia, angustia, urgencia subjetiva, institución, dispositivo.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>El trabajo de sistematización se realizó en referencia a las prácticas preprofesionales en un hospital de tercer nivel de salud pública de la ciudad de Guayaquil. El objetivo fue establecer las herramientas con las que cuenta el practicante o psicólogo clínico con orientación lacaniana para el abordaje de la angustia en pacientes que devengan en urgencia subjetiva. Su importancia radica en el análisis de algunas categorías psicoanalíticas como: angustia, urgencia subjetiva, dispositivo DATUS y transferencia con base en los aportes de Sigmund Freud, Jacques Lacan, Eric Laurent, Inés Sotelo, Ricardo Seldes, Guillermo Bélega y otros autores contemporáneos. De manera que posibilite una lectura del tratamiento de urgencias subjetiva y los posibles efectos terapéuticos que se propician en el encuentro entre el psicólogo y paciente dentro del hospital.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +539 0990803882 0978991268	E-mail: meliabrigo27@gmail.com maritama1994@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			