

Castillo Mansilla, Camila

**El rol del psicólogo clínico
ante la urgencia subjetiva en
el dispositivo de guardia
interdisciplinaria de salud
mental en un hospital
polivalente de la ciudad de
Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Sananez, Griselda Guillermina

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO ANTE LA URGENCIA SUBJETIVA EN EL
DISPOSITIVO DE GUARDIA INTERDISCIPLINARIA DE SALUD MENTAL EN
UN HOSPITAL POLIVALENTE DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Castillo Mansilla, Camila. 2025

**El Rol del Psicólogo Clínico ante la urgencia subjetiva en el dispositivo de guardia
interdisciplinaria de salud mental en un Hospital polivalente de la Ciudad de Córdoba.**



Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad: Sistematización de Práctica Profesional Supervisada

Contexto Clínico

**EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO ANTE LA URGENCIA SUBJETIVA EN EL
DISPOSITIVO DE GUARDIA INTERDISCIPLINARIA DE SALUD MENTAL EN
UN HOSPITAL POLIVALENTE DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA**

Camila Castillo Mansilla // Clave: 1905024

Directora: Lic. Griselda Guillermina Sananez // M.P N° 459

AÑO 2025

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, que con su amor infinito y su ejemplo de vida me enseñó a nunca rendirme y a mi padre por cada palabra de aliento. Quienes me apoyaron, confiaron en mí y me alentaron desde el primer momento que elegí esta carrera. Gracias por todo el esfuerzo que hacen por mí y por ser mi ejemplo en esta vida.

A mi hermano, quien ha sido mi mayor pilar en todo momento y ha estado a mi lado en cada paso de este camino. Me has impulsado a ser una mejor persona cada día.

A mis tíos y primas, gracias por su amor constante. Y a mis abuelos, que me enseñaron a soñar y a trabajar por esos sueños. Cada uno de ustedes ha sido un pilar fundamental en mi vida, y no hay palabras suficientes para expresar mi gratitud por su cariño, comprensión y por siempre estar allí cuando más los necesitaba.

A mis amigos y amigas, aquellos que han estado a mi lado en cada etapa de este viaje. Y a los de toda la vida, por cada palabra de aliento, cada abrazo oportuno y cada momento compartido, por crecer juntos y seguir coincidiendo.

A mis compañeros y compañeras de carrera, quienes, con su dedicación y su amistad, hicieron de esta etapa una experiencia inolvidable. A Vale, que fue mi apoyo constante en esta etapa de creatividad.

A la Universidad Católica de Córdoba, que me ha visto recorrer sus pasillos hasta llegar a la meta, por brindarme la oportunidad de crecer no solo como profesional, sino también como persona.

Al Hospital Misericordia, por enseñarme el amor por la clínica. Esta institución ha sido un lugar donde no solo he adquirido conocimientos, sino donde he forjado relaciones y experiencias que llevaré conmigo toda la vida.

A mi directora de tesis, Griselda, quien con compromiso y dedicación ha compartido sus conocimientos y me ha enseñado mucho más que teoría.

A todos ustedes, por creer en mí. Les dedico este logro, porque sin su amor, su confianza y su presencia en mi vida, este sueño no hubiera sido posible.

“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar al mundo”

– Nelson Mandela

ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE SIGLAS	10
I. INTRODUCCIÓN.....	12
II. CONTEXTO DE PRÁCTICA.....	15
II.1 RECORRIDO HISTÓRICO	16
II.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ARGENTINA	17
II.3 ASPECTOS LEGALES DEL EJERCICIO PROFESIONAL	18
II.4 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	21
II.5 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA	22
III. CONTEXTO INSTITUCIONAL	23
III.1 RESEÑA HISTÓRICA	24
III.2 HOSPITAL MISERICORDIA NUEVO SIGLO.....	26
III.3 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL	27
III.4.1 INTERNADO.....	32
III.4.2 GUARDIA.....	34
III.4.3 CONSULTORIOS EXTERNOS	35
III.4.4 INTERCONSULTAS.....	35
IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	37
V. OBJETIVOS.....	39
V.1 OBJETIVO GENERAL	40
V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
VI. PERSPECTIVA TEÓRICA	41
VI.1 LA URGENCIA	42
VI. 1. 1. HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA URGENCIA EN EL PSICOANÁLISIS.....	43
VI. 1. 2. URGENCIA SUBJETIVA.....	45

VI.1.3. URGENCIA COMO REFLEJO DE LA SOCIEDAD	45
VI.2. SALUD MENTAL EN ARGENTINA	48
VI.3. DISPOSITIVO	49
VI.3.1. GUARDIA	49
VI.3.2 INTERDISCIPLINA	51
VI. 4. MANIFESTACIONES DE LA URGENCIA SUBJETIVA	52
VI.4.1. ANGUSTIA.....	52
VI.4.2. PASAJE AL ACTO Y ACTING OUT	55
VI.5. INTERVENCIONES EN GUARDIA	56
VI. MODALIDAD DE TRABAJO	58
VII.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS	62
VII.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	63
VII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	65
VIII.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	66
VIII.1.1 PRIMERAS EXPERIENCIAS.....	67
VIII.1.2. GUARDIA.....	68
VIII.1.3. INTERNADO	69
VIII.1.4. INTERCONSULTAS.....	71
VIII.1.5. ATENEOS Y CAPACITACIONES	71
VIII.1.6. DÍA DE LA SALUD MENTAL	74
VIII.1.8. EXPERIENCIAS.....	75
VIII.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	77
VIII.2.1. ¿QUÉ URGE CUANDO TODO SE ROMPE?: UN ABORDAJE PSICOANALITICA DE LA URGENCIA SUBJETIVA.....	77
VIII.2.1.1 CASO AGUSTINA	78
VIII.2.1.2 CASO YANINA	83
VIII.2.1.3. CASO AZUL	89

IX. CONCLUSIONES	96
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	101

ÍNDICE DE SIGLAS

- HM: Hospital Misericordia
- PPS: Práctica profesional supervisada
- SSM: Servicio de Salud Mental
- UCC: Universidad Católica de Córdoba
- US: Urgencia Subjetiva

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo exponer un proceso vivenciado durante las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) en el contexto clínico de la carrera de psicología en la Universidad Católica de Córdoba (UCC) desarrolladas en el periodo del mes de mayo al mes de noviembre de 2024, en el Servicio de Salud Mental del Hospital Misericordia en la ciudad de Córdoba.

La sistematización de esta experiencia se llevó a cabo a partir de registros de campo obtenidos mediante un rol de observador no participante en el dispositivo de guardia activa de salud mental del hospital. Dicho dispositivo brinda atención inmediata, integral y especializada las 24 horas del día durante todo el año, a través de un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.

Este escrito contiene un recorrido histórico de la psicología clínica en el mundo y en Argentina con el fin de contextualizar de manera general los fundamentos y alcances del rol profesional. Luego, presenta un apartado donde se expone el contexto institucional que revela aspectos históricos, sociales y culturales del Hospital Misericordia con el fin de situar la práctica realizada, enfatizando en el Servicio de Salud Mental.

En el campo de la salud mental, la atención de urgencias constituye uno de los escenarios más complejos y desafiantes para el ejercicio profesional del psicólogo clínico. Las situaciones que ingresan al dispositivo de guardia suelen estar atravesadas por una urgencia subjetiva, entendida como una vivencia singular que irrumpe y desborda al sujeto. El presente escrito se basa en el eje de sistematización: El rol del psicólogo clínico ante la urgencia subjetiva en el dispositivo de guardia interdisciplinaria de salud mental en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba.

En Argentina y particularmente en la ciudad de Córdoba, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental N°9848 han promovido la incorporación de dispositivos interdisciplinarios en contextos hospitalarios generales con un enfoque de derechos humanos. En ese marco, el presente trabajo sistematiza la experiencia profesional vivida en el servicio de guardia interdisciplinaria de un hospital polivalente, focalizando en la intervención del psicólogo clínico frente a manifestaciones de urgencia subjetiva.

Se ofrece una lectura situada desde la perspectiva psicoanalítica de las prácticas clínicas en un espacio de urgencia, visibilizando las dinámicas institucionales y el contexto socioeconómico que atraviesan el dispositivo. Se realiza un análisis de las demandas que llegan

a la guardia y de las intervenciones específicas del psicólogo/a a través del relato de la experiencia vivenciada durante el periodo mencionado.

Por último, se exponen conclusiones, desafíos y aprendizajes en la producción de dicho trabajo que dan cuenta de aportes para la clínica de la urgencia, así como de su relevancia para fortalecer el rol del psicólogo clínico en dispositivos interdisciplinarios, enriquecer la formación profesional y contribuir al desarrollo de prácticas institucionales sensibles a la subjetividad en el campo de la salud mental y aportar reflexiones valiosas para la formulación de políticas públicas orientadas a una atención integral y humanizada de las urgencias, reconociendo la incidencia del contexto social y cultural en la construcción del padecimiento psíquico y en las formas de intervención clínica.

II. CONTEXTO DE PRÁCTICA

Tal como se mencionó en la introducción, la PPS tiene lugar en el contexto de la psicología clínica, formando parte del equipo de Salud Mental del HM, en calidad de practicante. A continuación, se presentará un recorrido histórico de la psicología en el mundo y en argentina, junto con los aspectos legales del quehacer profesional y el rol del psicólogo clínico. Por último, se expondrá una definición de la psicología clínica.

II.1 RECORRIDO HISTÓRICO

A los fines de conceptualizar la psicología clínica se torna necesario contextualizarla históricamente, por lo cual se desarrollan estos aspectos referidos a su recorrido histórico.

La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA,2003) menciona que “a finales del siglo XIX surgen las distintas ciencias humanas o ciencias sociales, entre ellas la psicología” (p. 2) pero si tuviéramos que especificar una fecha exacta, podríamos indicar que, en 1879 con la creación del primer laboratorio de la mano de Wundt, conocido como el padre de la psicología, se consolida como disciplina científica. (EFPA, 2003). A partir de allí, se comienza a tener en cuenta diversos ámbitos entre ellos el clínico.

Teniendo en cuenta al autor Buendía (1991) el crecimiento de la psicología clínica ha sido relativamente reciente, en los últimos 50 años y ha afrontado diferentes conflictos e inquietudes en lo que respecta a su delimitación conceptual. Los avances de la psicología están centrados en el estudio del comportamiento humano y ha adquirido popularidad luego de la segunda guerra mundial, debido a que alrededor de 1946 elevada cantidad de personas demandan atención por cuestiones de salud mental.

Ahora bien, es importante postular que en toda la existencia humana hubo interés por la psicología y los trastornos mentales. Podemos entonces destacar algunos hechos de la historia que menciona Buendía (1991) como que en las sociedades primitivas la problemática estaba abocada a lo sobrenatural, y quienes la trataban eran los hechiceros, o que en civilizaciones antiguas teocentristas la “locura” provenía de Dios como castigo o enseñanza, incluso en las

sociedades griegas y romanas se destacan las propuestas de pensadores y filósofos como Galeno, Platón, Hipócrates y Aristóteles sobre los desórdenes mentales. Con respecto a la edad media, la creencia fue que los comportamientos anormales eran por deseo del demonio y la cura se encontraba en algunas esencias de la medicina galénica, en el Renacimiento comienza el proceso de secularización de la locura, asociando la misma a personas peligrosas o delincuentes y luego de las propuestas de libertad propias de la Revolución Francesa, el modelo médico positivista adquiere gran influencia (Buendía, 1991). Es recién en 1896 donde se indica el nacimiento formal de la disciplina, de la mano de Lighner Witmer, el fundador de la primera clínica en la Universidad de Pennsylvania bajo el nombre de psicología clínica y con la creación de Sigmund Freud del psicoanálisis para denominar su método clínico siendo así reconocidos como fundadores de la psicología clínica (EFPA, 2003). De acuerdo con el autor (1991) “La Primera Guerra Mundial va a acelerar el desarrollo de la psicología clínica ante las dificultades para evaluar habilidades que permitieran a cada individuo ocupar el puesto más adecuado (...) pero fue la segunda Guerra Mundial con sus necesidades de selección y los problemas humanos que desencadenó el factor decisivo de la transformación del trabajo clínico dentro de la psicología” (p. 26). Se define al profesional en 1946 por la asociación de veteranos en Estados Unidos dando así un reconocimiento de la función terapéutica del psicólogo clínico centrado en el diagnóstico, el tratamiento y en la investigación de desórdenes del comportamiento de los adultos. (Buendía, 1991).

II.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ARGENTINA

Se plantea entonces la importancia de ver a la psicología clínica en el contexto de una disciplina que ha emergido años atrás, sin dejar de lado la historia de nuestro país. Resulta pertinente destacar los cambios que ha vivido el campo de la psicología en un contexto político y social. De Giorgi (1999) plantea un periodo preprofesional donde se ejercía una psicología sin psicólogos, en ese momento la disciplina estaba bajo una ciencia positivista basada en la experimentación. A partir de los años 50, se produce un incremento de la profesión denominada

como periodo profesional. En 1956 se crea la primera carrera de psicología en la universidad de Rosario y en los años siguientes se constituye en otras universidades la carrera, entre ellas la Universidad Nacional de Córdoba, de La Plata, San Luis y Tucumán, donde los encargados de formar a los profesionales fueron reconocidos filósofos y médicos. En los años 60 el psicoanálisis adhiere reconocimiento en el país sin embargo, en 1966 luego de la noche de los bastones largos, las universidades fueron intervenidas (De Giorgi, 1999). Se realiza el Primer Encuentro Nacional de estudiantes y profesionales de la Psicología en Córdoba, donde se crea el Colegio de Psicólogos y con el cierre del encuentro el 13 de octubre de 1974 se instauró el día del psicólogo como símbolo de lucha y unidad. (Vainer, 2019). Pese a que, en 1976, la dictadura cívico- militar obligó a cerrar las universidades de todo el país. Con el retorno de la democracia en 1983, bajo el mandato de Raúl Alfonsín se recuperan los derechos arrebatados y nuevamente abren sus puertas las universidades. La autora (1999) menciona que “Recuperados así los espacios académicos (...) se empieza a instalar una nueva necesidad que tiene que ver con la revisión de la formación y sus planes de estudio” (p.17) y con el regreso de muchos profesionales del exilio, en 1995 se aprueba la ley 23277 del ejercicio profesional de la psicología (Vainer, 2019).

Vainer (2019) refiere que “La historia en la Argentina y en el mundo permite ver que las modificaciones en salud mental cuestan. Y mucho. La historia de las reformas durante el último siglo nos muestra una sucesión de diferentes luchas que llevaron desde un orden manicomio con hegemonía psiquiátrica al intento de instalar el campo de salud mental” (p.37).

II.3 ASPECTOS LEGALES DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Es pertinente destacar las leyes y normativas que regulan el ejercicio profesional de la psicología, en el país y en la ciudad de Córdoba.

Vainer (2019) postula que “La Ley Nacional de salud mental N° 26657 es el resultado de un contexto político, social y cultural en Argentina caracterizado por la implementación de

políticas sociales igualitarias de restitución y ampliación de derechos.” (p.80). Se ha constituido en un cambio de paradigma, donde se exponen diferentes asuntos de la salud mental como los equipos interdisciplinarios, las internaciones, los derechos de las personas con padecimiento mental, entre otros.

El Artículo 1 expone que “La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional” (Ley N° 26.657, 2010, art. 1). Esta Ley, sancionada en 2010, ha generado grandes modificaciones en el campo de la salud mental y ha sido muy reconocida para visibilizar el trabajo de los psicólogos en Argentina. El autor (2019) menciona un cambio de paradigma en cuanto al rol profesional y los derechos de las personas, expone que las internaciones tienen un carácter netamente sanitario y terapéutico, además se mantiene el valor de la intervención interdisciplinaria contemplada bajo un abordaje integral de la salud y por, sobre todo, la nueva Ley hace hincapié en los derechos de las personas con padecimiento mental, logrando una desmanicomialización. Mon (2020) señala que “la desmanicomialización no consiste simplemente en el cierre de los hospitales monovalentes, sino en lograr cambios en la subjetividad de las personas que han sufrido situaciones de encierro para que esas personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir fuera del hospital” (p.2), siendo así este proceso no solo un cambio de regulaciones legales sino hablando un cambio de perspectivas y paradigma, mejor conocido como el paradigma desmanicomializador. Retomando a la autora (2020):

La Ley Nacional de Salud Mental constituye un esfuerzo de diversos actores del campo por vehiculizar una transformación desde una perspectiva desmanicomializadora, pero la ley es un punto de partida, no un punto de llegada. La legislación vigente brinda las herramientas para dar ciertas disputas, pero las mismas se revitalizan en la práctica cotidiana de los profesionales y en la posibilidad de todos los actores de construir espacios de debates y consensos, de organización y transformación (p.12).

Por otro lado, en la ciudad de Córdoba existe la Ley 7106, sancionada por El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Córdoba en 1984 donde plantea que:

Se considera ejercicio de la Psicología la aplicación e indicación de técnicas específicamente psicológicas en la enseñanza, el asesoramiento, los peritajes y la investigación de la conducta humana, y en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, tanto

en las enfermedades mentales de origen eminentemente psíquico, como de las alteraciones psicológicas en enfermedades somáticas de las personas, y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las mismas (Ley N° 7106, 1984, art. 3).

Resulta pertinente exponer esta Ley de nuestra provincia ya que menciona las áreas de la psicología, entre ellas la clínica. Por un lado, en el artículo 2 menciona que “Se entenderá por área de la Psicología Clínica: la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión.”, y por otro, en el artículo tres plantea que:

Se considerará ejercicio de la profesión de Psicólogos: a) En el área de la Psicología Clínica: la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad, mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos (Ley 7.106, 1984).

Por último, considero destacable el reglamento de especialidades publicado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, sobre las actividades de la psicología clínica. El mismo señala que:

Se considera ejercicio de la psicología clínica:

- La exploración de la estructura y dinámica de la personalidad mediante métodos y técnicas específicamente psicológicas.
- La intervención psicológica para la promoción de la salud en el ámbito individual de pareja familiar grupal o institucional
- El diagnóstico y tratamiento de individuos parejas familias grupos y o instituciones
- La investigación de los instrumentos y técnicas que posibiliten el abordaje clínico acorde a las demandas

- El asesoramiento capacitación específica y auditoría en cuestiones relativas a la especialidad
- La investigación y la docencia en el área. (Apartado de Especialidad: Psicología Clínica, párr. 2)

II.4 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Teniendo en cuenta lo que exponen los autores Haz et al. (2012) sobre que “El desempeño del psicólogo clínico está pasando a estar cada vez más vinculado a instituciones es así como clínicas, hospitales, consultorios tienen entre sus filas a personas que realizan atención clínica en sus instalaciones” (p.3) resulta pertinente esclarecer cuál es el rol del psicólogo clínico, es decir su quehacer profesional. En un primer momento, donde el paradigma histórico era el positivista, el trabajo tradicional era concebido como aislado e independiente, sin embargo, debido a los cambios sociales, políticos y culturales el psicólogo debe aprender a relacionarse en equipos multiprofesionales, esto se debe en gran parte a la nueva Ley de salud mental, ya que expone que la participación interdisciplinaria es fundamental. Por esto, otro cambio que ha vivenciado el psicólogo, ha sido el de nuevas conceptualizaciones para lograr un bagaje teórico más amplio y comprensible en relación a otras disciplinas como la psiquiatría (Haz et al. 2012).

Otro punto significativo a destacar del rol del psicólogo es la importancia del contexto en el que se encuentra, tanto el profesional como el paciente. Los autores (2012) indican que “Es así como le cabe al profesional de la salud mental mirar los problemas psicosociales del país y hacer su aporte particular a la superación de estos, específicamente en la creación de otros tipos de intervenciones psicosociales” (p.4). Además de una mirada interdisciplinaria y un enfoque intersectorial es pertinente una visión de red donde se inserta el problema del paciente y así poder reconocer las variables determinantes de las personas que llegan a nuestros consultorios (Haz et al. 2012).

En definitiva, el rol del psicólogo clínico tiene que ver con funciones tales como la evaluación psicológica, la investigación, el tratamiento psicoterapéutico individual o grupal, la enseñanza y la prevención combinados con trabajos interdisciplinarios, enfoques integrales y teniendo en cuenta el contexto socio cultural político. (Haz et al, 2012; Buendía, 1999).

II.5 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Una vez ya desarrollado el contexto clínico, con su historia, sus regulaciones legales y su especificidad del rol, presentaremos dos definiciones que permiten englobar lo expuesto anteriormente.

“Una disciplina científico–profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003, p.1).

Por psicología clínica se entiende esencialmente una disciplina psicológica basada en el estudio profundo de casos individuales. Dicho con más precisión, el objeto de la psicología clínica es el estudio de la conducta humana individual y sus condiciones (herencia, maduración, condiciones fisiológicas y patológicas, historias de la vida), en una palabra, es el estudio de la persona total “en situación” (Lagache, Ficha de catedra s/f, p.1).

Por último, el reglamento de especialidades publicado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba afirma que:

Se considera área de la psicología clínica a la esfera de acción que se desarrolla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Centros de Salud, Clínicas, Consultorios, y otras Organizaciones e Instituciones Públicas o Privadas en las que se desarrollen acciones de Promoción, Prevención, Asistencia y Rehabilitación de la Salud (Apartado de Especialidad: Psicología Clínica, párr. 2).

III. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital Misericordia es uno de los hospitales más importantes y con más historia de la Ciudad de Córdoba. Se ubica en la calle Belgrano n° 1502 en barrio Güemes, entre los barrios Bella Vista y Suarez, junto al asentamiento irregular conocido como Chaparral. Es un hospital que nace para tratar la tuberculosis y hasta 1950 sólo atendía pacientes con esta patología, para luego comenzar a atender hombres y niños, convirtiéndose en un hospital general polivalente. Cuenta con servicios multidisciplinarios y con profesionales considerados de excelencia en cada uno de ellos, como los servicios de cirugía, de anatomía patológica, de pediatría, de clínica médica, terapia intensiva, entre otros.

III.1 RESEÑA HISTÓRICA

En 1910 surge en Córdoba la idea de crear un sanatorio para enfermos de tuberculosis, debido a que personas de todo el país llegaban a la provincia a buscar ayuda especializada, sobre todo en las sierras de la ciudad. Ante esta situación, el Dr. Alberto Arsenio Soria y el Dr. Antonio Nores llevaron la inquietud a la Comisión de Beneficencia de la ciudad. La sociedad pone en marcha el proceso de crear un sanatorio o asilo para atender dichos enfermos y convocan a las Hermanas de la Congregación de Nuestra Señora de la Misericordia que en ese momento brindaban prestaciones de enfermería a las personas afectadas. (Figueroa, E. 1997; Punto Córdoba 2017; Hospital Misericordia 95 años, 2017)

En 1916 se recibieron las primeras donaciones por parte del Sr Félix Ratto y de Don Vicente Agüero, quienes se comprometieron a costear pabellones para un gran sanatorio, luego la Sra. Angelina Deheza de Escalera consigue la donación de más de quince hectáreas del Sr José Richardson y la donación de un predio colindante del Sr. Feliciano Peralta. Con los terrenos donados y el dinero recaudado por fiestas, rifas, etc., en el mismo año se concibe el primer anteproyecto que luego sería el Hospital, y con la colaboración de los poderes públicos, el anteproyecto del arquitecto Juan Kronfuss fue aceptado. Kronfuss fue el encargado de diseñar el Hospital, fusionando una fachada del barroco español colonial con arquitectura

centroeuropea y las necesidades médicas hospitalarias, como ventilación y entrada de luz solar beneficiosa para el tratamiento de la tuberculosis. (Figueroa, E. 1997; Punto Córdoba 2017; Hospital Misericordia 95 años, 2017)

El hospital fue inaugurado en 1922 siendo presidente de la nación el Dr. Marcelo T. de Alvear, gobernador de la provincia del Dr. Julio Argentino Roca y la presidenta de la Sociedad de Beneficencia la Sra. Elisa Deheza de Martínez. De igual manera, resulta pertinente nombrar otros benefactores del Hospital como lo fueron el Dr. Benito Soria, el Dr. Arturo M. Bas, el Dr. Agustín Caeiro, el Dr. Eliseo Soaje, el Sr. Mariano Unzué, la Sra. Adelaida de Pizarro, la H. C. de Diputados de la Nación, la H. C. de Senadores de la Nación, el Jockey Club de Bs. As., el Dr. Gumersindo Sayago y el Diario El País. Se inaugura oficialmente el 12 de noviembre con la presencia de las más altas autoridades provinciales, civiles, eclesiásticas y militares el reconocido Hospital Nuestra Señora de la Misericordia siendo un hospital monovalente y atendiendo únicamente a mujeres tuberculosas. ((Figueroa, E. 1997; Punto Córdoba 2017; Hospital Misericordia 95 años, 2017)

Las siguientes imágenes demuestra el paso del tiempo en lo que refiere al Hospital.



Ilustración 1: Fuente: Figueroa, E (1997). Biografía de un Hospital Tomo III



Ilustración 2: Fuente: de elaboración propia

III.2 HOSPITAL MISERICORDIA NUEVO SIGLO

En el libro del aniversario 95° del Hospital menciona que “El 16 de marzo de 2011 nace el Hospital misericordia nuevo siglo, el cual cuenta con una infraestructura edificio edilicia de 13,000 m² y 1 a de hospitalización que posee 140 camas para internación común en 70 habitaciones dobles -con baño privado, aire acondicionado y calefacción individual- y 16 camas para internación en unidad de terapia intensiva.” (p.14). Este hospital es parte del hospital misericordia, solo se agrega a su nombre el “Nuevo Siglo” ya que modifica su infraestructura. Este cambio fue con intenciones de modernizar, sumando aparatología nueva al espacio y con el fin de poder también dignificar al paciente en un espacio donde se pueda sentir cómodo. (Psicóloga del servicio, comunicación personal, 14 de agosto de 2024).

III.3 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL

A continuación, se adjuntarán los organigramas pertinentes al HM y al SSM.

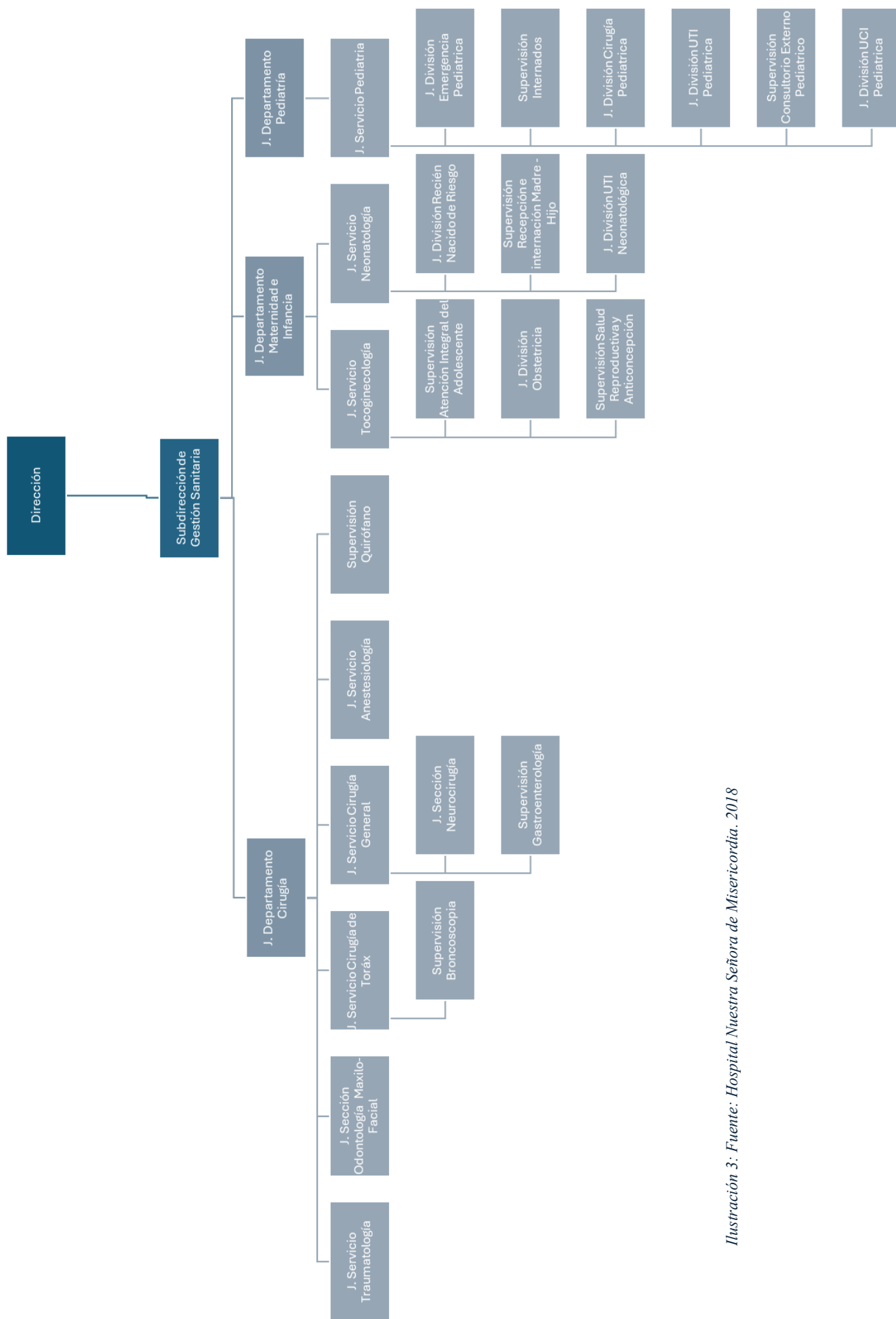


Ilustración 3: Fuente: Hospital Nuestra Señora de Misericordia. 2018

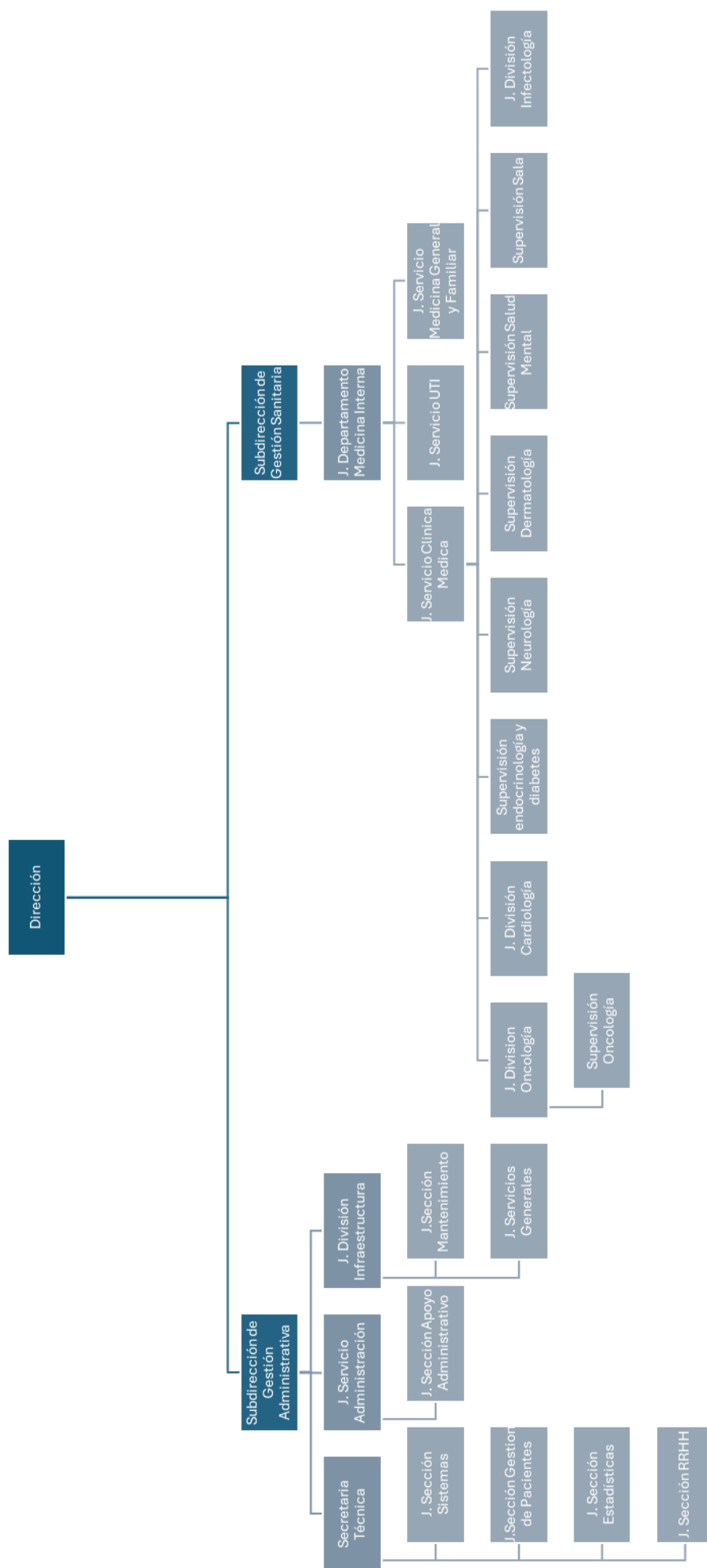


Ilustración 4: Fuente: Hospital Nuestra Señora de la Misericordia. 2018

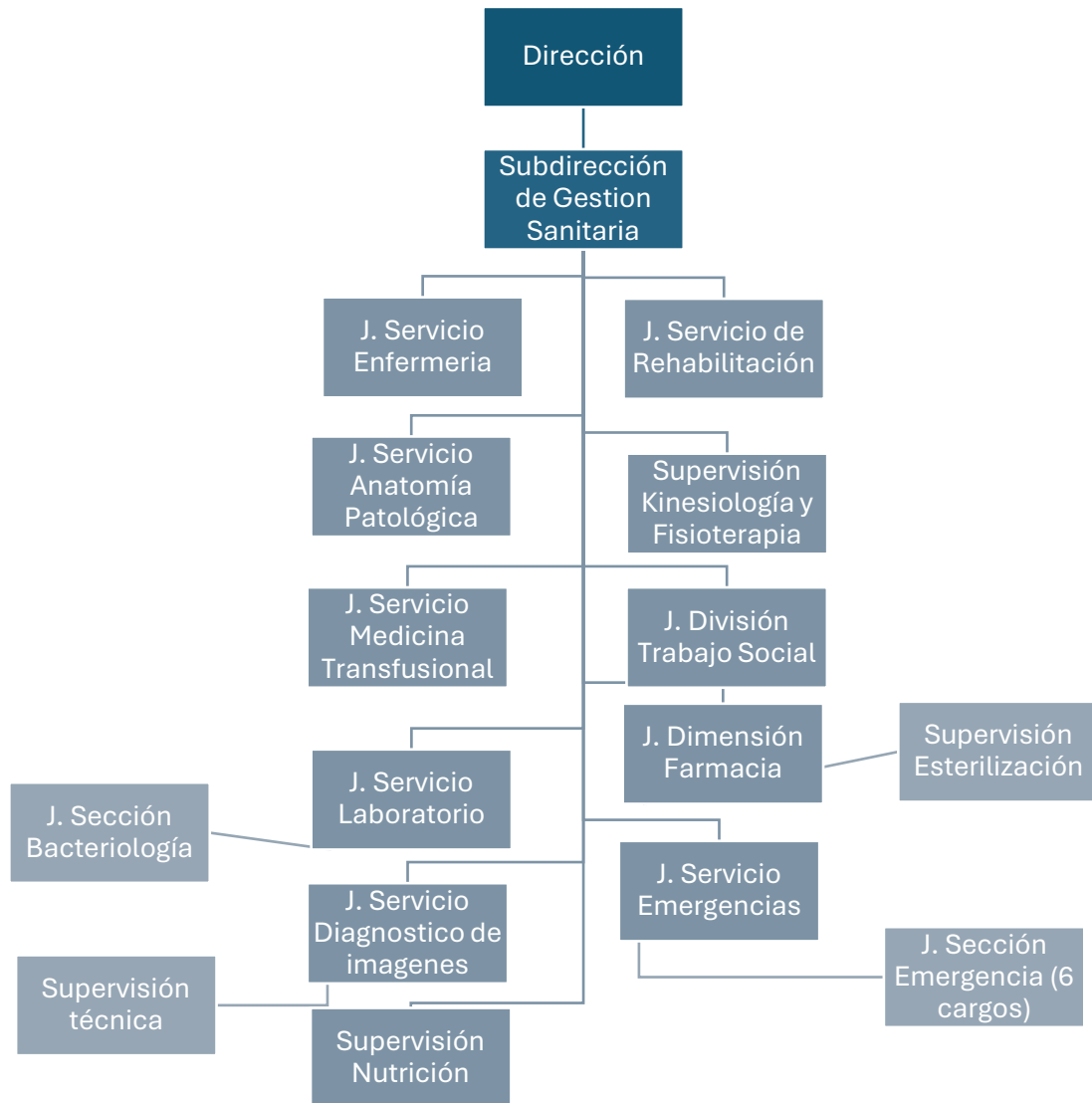


Ilustración 5: Fuente Hospital Nuestra Señora de la Misericordia. 2018

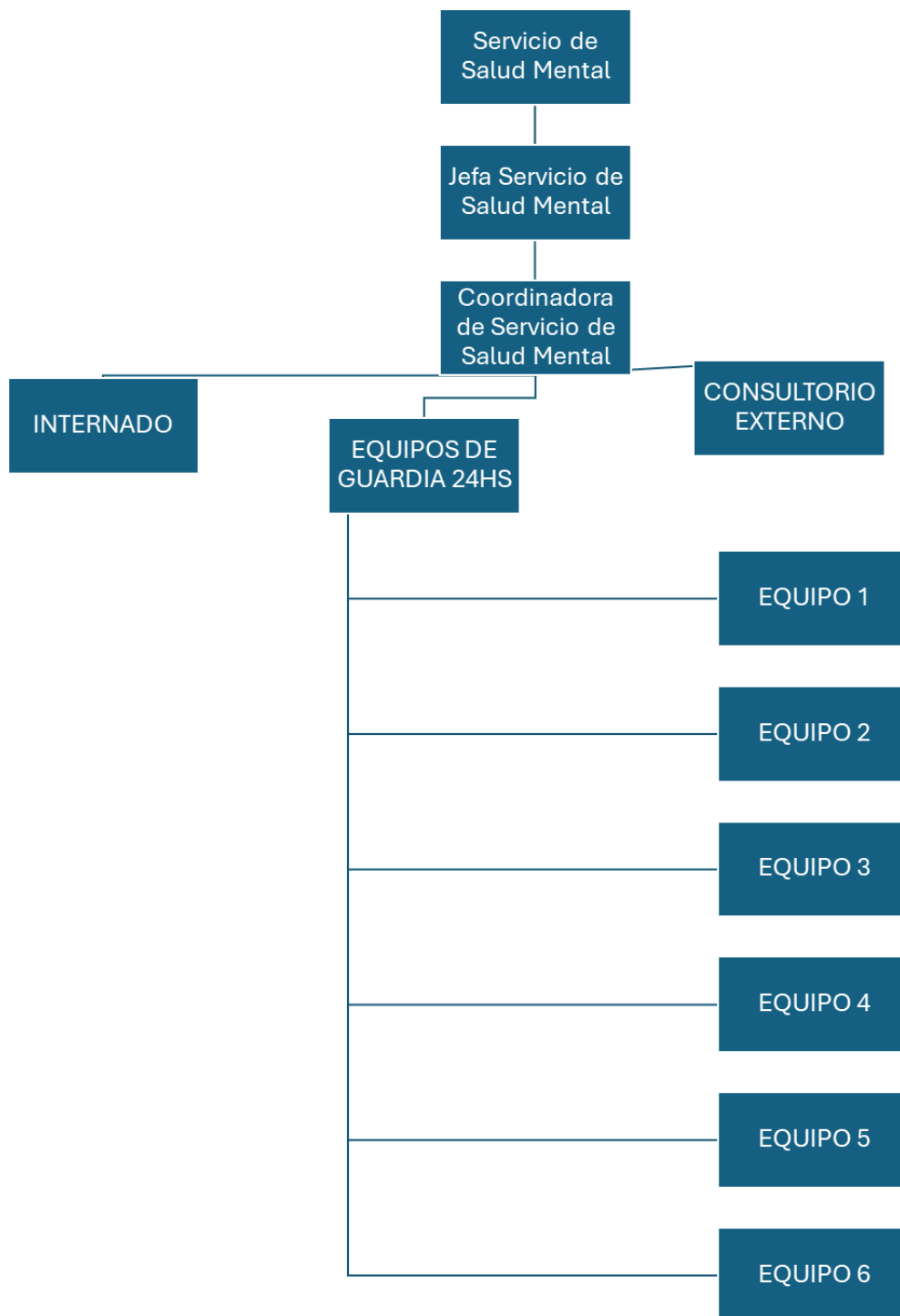


Ilustración 6: Fuente: Elaboración Propia

III.4 SERVICIO DE SALUD MENTAL

El servicio de salud mental fue creado en la década del 70 como Dto. de Psicología bajo la jefatura del Dr. Poletti. Actualmente cuenta con internación, atención por guardia y consultorios externos, además de realizar interconsultas. Con la nueva Ley de salud mental, el servicio sufre grandes modificaciones. Anteriormente, el trabajo se limitaba principalmente a la atención en consultorio externo e interconsultas, con convocatorias a la guardia en situaciones excepcionales, debido a que en los hospitales generales no se internaban personas con padecimientos mentales, y el principal referente en la ciudad era el Neuropsiquiátrico Provincial.

Luego se dicta comenzar a hacer guardias pasivas, lo cual, fue llevado a cabo con muchos impedimentos por parte de los mismos profesionales, ya que no todas las guardias eran de equipos interdisciplinarios, muchas veces se encontraban solos los psicólogos, hasta que se logró consolidar una guardia pasiva una vez por semana cada profesional y obligatoriamente un psiquiatra, aunque sea por teléfono. (Psicóloga del Servicio comunicación personal, 14 de agosto de 2024).

El servicio de salud mental se caracteriza por un enfoque interdisciplinario, integrando profesionales de la psicología, la psiquiatría y el trabajo social, quienes desarrollan una amplia y enriquecedora labor para una atención integral en el ámbito de la salud mental.

III.4.1 INTERNADO

En un contexto de modificaciones y cambios, debidos a la implementación de la Ley Provincial y Ley Nacional, el Hospital inaugura un nuevo sector para el área de Salud mental:

su internado. Se le asignan al servicio ocho camas distribuidas en cuatro dormitorios, un SUM, una sala de enfermería y una sala interdisciplinaria de salud mental.

A partir de febrero del 2023, es que comienza a regir este internado. Como menciona la Ley Nacional de Salud Mental “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley N° 26.657, 2010, art. 14). El proceso de internación tiene especificidades tales como la disponibilidad de camas, el sexo y la edad de las personas, los criterios de internación, etc. La disponibilidad de camas varía según el día a día, como menciona la Ley “La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios” (art.15). El sexo y la edad, hacen referencia a que las camas están divididas por hombres y mujeres, mientras que la edad refiere a la atención de menores hasta los 15 años, donde son tratados por las psicólogas y psiquiatras infanto-juvenil. La internación es un recurso terapéutico que evaluarán los profesionales para cada caso en particular. Además, algunas internaciones pueden ser involuntarias, a partir de las observaciones del equipo interdisciplinario, como destaca la Ley:

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Ley N° 26.657, 2010, art. 20).

Enfatizando en que cada caso es único, las internaciones así lo son también. El seguimiento es esencial, realizando entrevistas con los internados todos los días. El artículo 16 de la Ley menciona que:

Toda disposición de internación (...) debe cumplir con los siguientes requisitos: evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación (...); búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; consentimiento informado de la persona o el representante legal cuando corresponda (Ley N° 26.657, 2010, art.16).

De igual manera, se realizan entrevistas con sus familiares en los horarios de visitas, donde se busca que las personas puedan relacionarse entre ellas en el periodo que estén internados, contemplando que la Ley destaca que “Debe promoverse el mantenimiento de

vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente” (Ley N° 26.657, 2010, art. 14)

Durante el día, pasan su tiempo en el SUM del servicio, donde pueden ver televisión, pueden jugar diferentes juegos de mesas, pueden pintar y realizar otras actividades en conjunto, además tienen salidas acompañados de los enfermeros al patio del hospital. Al momento del alta, las trabajadoras sociales del servicio, se comunican con otras instituciones, centros terapéuticos y comunidades para continuar con un tratamiento ambulatorio, y se trabaja con el contexto familiar de cada caso.

III.4.2 GUARDIA

El hospital Misericordia es uno de los pocos hospitales que tienen guardia de salud mental las 24 horas del día los 365 días del año. Esto fue implementado a partir de la creación del internado. Está organizado en seis equipos conformados por un psicólogo y un psiquiatra, uno por cada día de la semana y los fines de semana el funcionamiento es rotativo. Las intervenciones en una guardia de salud mental están destinadas a la urgencia subjetiva de la persona, destacando de esta manera el trabajo interdisciplinario. Los motivos de consultas normalmente son intentos de suicidios, intoxicación por consumo problemático, descompensaciones psicóticas, entre otros. El procedimiento consiste en realizar una entrevista en guardia y luego determinar cómo intervenir.

Los equipos interdisciplinarios de psicólogos/as, psiquiatras y trabajadoras sociales se encuentran divididos en seis equipos de guardias de lunes a sábados con rotaciones de equipos los días domingos. Entendiendo que la comunicación entre un equipo y otro es crucial, todas las mañanas a las 8 am (ocho) se realiza el pase de guardia con todo el equipo interdisciplinario

en sala, donde se comenta cómo estuvo la atención y a qué paciente se trató, donde también se actualiza el seguimiento de los internados.

III.4.3 CONSULTORIOS EXTERNOS

Los consultorios externos de salud mental constituyen un componente fundamental del servicio, brindando atención especializada y contribuyendo a la continuidad del cuidado de los pacientes. Organizada por turnos en una agenda que abre cada mes, se brinda una atención calificada por los profesionales psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales del hospital. En un primer momento, se realiza una entrevista de admisión para que la persona interesada en un tratamiento pueda comenzar un proceso. Esta entrevista de admisión tiene como finalidad conocer un poco de la historia de la persona y su motivo de consulta, para luego comenzar un proceso terapéutico ambulatorio.

III.4.4 INTERCONSULTAS

Las interconsultas en el servicio de salud mental son consultas por parte de otros servicios del Hospital, como UCI, Clínica, entre otros por un paciente que presenta alguna problemática de Salud Mental que podría ser abordada por psicólogos o psiquiatras, así sea un paciente internado o ambulatorio. Es una solicitud que se escribe en un acta para que el servicio de salud mental pueda intervenir sobre el paciente. Se tiene en cuenta que todo paciente internado está atravesado por ansiedades y conflictos como producto de esta internación, por lo

que el rol del psicólogo/a aquí será el de poder intervenir no interpretar para mejorar el bienestar de la persona.

IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

El Rol del psicólogo clínico ante la urgencia subjetiva en el dispositivo de guardia interdisciplinaria de salud mental en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el rol del psicólogo clínico ante la urgencia subjetiva en el dispositivo de guardia interdisciplinaria de salud mental en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar cómo se manifiesta la urgencia subjetiva en los pacientes a partir de los registros observacionales obtenidos en el transcurso de la práctica en la guardia de salud mental.

Identificar las distintas demandas de una guardia de salud mental interdisciplinaria en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba.

Describir las intervenciones específicas del psicólogo clínico en guardia interdisciplinaria de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba.

VI. PERSPECTIVA TEÓRICA

El presente trabajo se desarrolla en el marco conceptual del Psicoanálisis, específicamente en la clínica de la urgencia, por lo que resulta necesario exponer el concepto de urgencia subjetiva como fundamento que oriente la sistematización de experiencia. De igual manera, resulta pertinente contextualizar la urgencia en el dispositivo de guardia de salud mental interdisciplinaria de un hospital público polivalente bajo la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental N°9848.

VI.1 LA URGENCIA

Acorde a lo planteado en el Diccionario de la Real Academia Española (2020) el término urgencia tiene sus raíces en la palabra latina *urgentia* y significa que tiene la cualidad de urgente, inmediata obligación y necesidad de cuidados médicos inmediatos. De acuerdo con Simeone (2024) “es útil considerar la urgencia como una situación de crisis (...) que pueden tener un impacto profundo en las emociones de una persona, en su bienestar psicológico y en su relación con el mundo que la rodea” (p.50).

La noción de urgencia proviene del campo médico, según Ferrari (2000) “urgencia implica que, en el campo médico general, que el cuadro no admite dilaciones ni demoras en la intervención terapéutica” (p.208). Sin embargo, la urgencia psiquiátrica refiere a una emergencia con una base de dolor psíquico, donde se manifiesta como angustia masiva e incontrolable (Ferrari, 2000).

En Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental (2018) de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se menciona que:

Urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata (p.6).

Desde la teoría psicoanalítica, Sotelo (2020) señala que “se llama urgencia subjetiva a la que aparece en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne” (p.63). La urgencia subjetiva aparece como nueva categoría clínica a la hora de atender lo que les sucede a las personas que ingresan por guardia (Belaga, s/f).

VI. 1. 1. HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA URGENCIA EN EL PSICOANÁLISIS.

En un principio, Freud no menciona el término urgencia, pero algunos de sus textos aluden a la misma. En su trabajo sobre el desamparo Freud (1885; como se citó en Correa et al. 2017) “lo describe como algo del orden de lo traumático (...) que despierta angustia que se manifiesta en el presente del sujeto” (p.29). Luego en el Proyecto de una psicología para neurólogos en 1895, Freud menciona que hay un incremento de pulsiones que enfrentan al sujeto a un exceso que le resulta imposible tramitar mediante sus propios recursos y lo conducen a una alteración interna (Freud, 1895). Este exceso, podría aludir a la urgencia ya que requiere intervención de otro sujeto, de manera inmediata. En el mismo año Freud escribe “Estudios sobre La histeria” (1895) junto a Breuer y plantean síntomas de la neurosis traumática donde exponen que “Cualquier afecto que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como tal trauma” (p.7) donde podemos ubicar la noción de trauma en relación a un exceso.

Se debe agregar que la obra Más allá del principio de placer, Freud (1920; como se citó en Simeone, 2024) menciona que “Un evento externo que califica como trauma generará un impacto significativo en el equilibrio energético interno de la persona, activando todos los medios de defensa disponibles. Sin embargo, inicialmente, el principio de placer será abolido. Así, ante este desborde energético, el yo no puede apelar a los mecanismos de defensa” (p.51).

Es así como el término urgencia en la teoría freudiana estaría relacionado con el trauma al igual que la angustia, ya que en “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1925) Freud plantea que “El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y esta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar” (p.77).

Freud (1920, como se citó en Ochoa et al., 2018) “aborda el trauma psíquico como irrupción pulsional o inundación económica. Pone énfasis en la perspectiva económica en tanto el trauma implica un exceso de cantidades imposible de ligar que deja al sujeto sin la posibilidad de responder con sus recursos habituales”.

Por otro lado, Lacan menciona el término de urgencia en Escritos 1(1975), donde propone: “Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento en la palabra” (p.235). En este sentido, Lacan refiere a que la urgencia será significativa para ciertos aspectos del paciente y que su resolución implica el uso de la palabra.

En su teoría postula tres registros conocidos como el registro simbólico, imaginario y real del funcionamiento psíquico. Pondremos énfasis en el registro de lo Real ya que frente a la urgencia, es lo definido como aquello imposible de articular lógicamente (Correa et al. 2017). En el seminario 11 llamado “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” Lacan (1964) presentará al registro de lo Real asociado al término de Aristóteles “lo que él designa como la *tyche* que, para nosotros, es el encuentro con lo real” (p.60). Este encuentro que tiende a ser fallido, se presenta desde el psicoanálisis como trauma. “Lo real está más allá del automatón, del retorno, del regreso, de la insistencia de los signos a los que nos somete el principio de placer” (Lacan, 1964, p.62). El automatón, otro concepto abordado por Aristoteles refiere a la insistencia de significantes sometidos al principio de placer y destaca a lo real como eso que yace siempre tras el automatón (Lacan, 1964). El autor expone que la función del *tyche* es la del trauma, aquello que se repite, que no ha logrado ser simbolizada y que escapa de lo real (1964). Simeone (2024) señala que “la urgencia designa la emergencia de un real, es decir, hay algo de lo real que aparece y desborda al sujeto” (p.54), algo que falta, que remite a una ausencia que Lacan (1975) expone como “El verdadero real implica la ausencia de ley” (p.11), en otras palabras lo real es aquello que escapa de la simbolización, que no puede ser ordenado y que desborda al sujeto, tal como es la urgencia.

VI. 1. 2. URGENCIA SUBJETIVA

Por otro lado, es importante destacar que no toda urgencia es de naturaleza subjetiva, ya que se distingue de la urgencia médica y de la urgencia psiquiátrica. Pose (2021) destaca que “Consideramos urgencia a esta situación que urge ser eliminada y que hace que cualquier intento por pensar, entender, elaborar o explicar resulte desubicado y hasta irritante” (p.21). En este sentido, para que logre ser una emergencia subjetiva debemos intentar entender qué le sucede a la persona, las circunstancias y fundamentalmente invitar al paciente que comparta su experiencia para comunicar lo que le sucede, en este punto ya se está hablando de urgencia subjetiva. (Pose, 2021).

De igual manera, Tomasa (s.f) menciona que “para que una urgencia pase a ser subjetiva, requiere la torsión producida por el encuentro con un analista y sus efectos” (p.139). Rodríguez et al. (2018) hace hincapié en que “La dimensión de la urgencia subjetiva no es sin un Otro que la sancione como tal” (p.52) en relación a esto, la urgencia se transformara en un llamado en tanto el analista constituido como Otro (Sotelo, 2014 como se citó en Rodríguez, 2018).

En otras palabras, la urgencia subjetiva requiere la intervención de un psicoanalista que escuche ese padecimiento para que se pueda ubicar en el discurso del paciente un significante que lo represente ligando ese sin sentido.

VI.1.3. URGENCIA COMO REFLEJO DE LA SOCIEDAD

Las instituciones públicas que atienden problemáticas de salud mental se encuentran profundamente influenciadas por la época actual. Sotelo (2020) menciona que “las instituciones de salud están atravesadas por la época que exige pronta resolución de los fenómenos que emergen, siendo la urgencia una presentación clínica cada vez más frecuente” (p.15) ubicando

a la urgencia como la manifestación que permite realizar una lectura de la sociedad actual. En Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental (2018) de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se refiere que “La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario” (p.6) por lo que resulta imposible separar la problemática de salud mental del contexto en el que se presenta, se ha vuelto parte de la clínica de la urgencia que debe ser tratada desde el dispositivo de guardia.

Esta clínica de la urgencia, entramada en la época refiere a presentaciones variadas que manifiestan una constante prisa, urgencia por parte de los pacientes y también del entorno (Sotelo, 2020). La autora (2020) plantea que “en las guardias también se verifica que las presentaciones clínicas se manifiestan a través de las formas sintomáticas de la época: el sufrimiento humano estructurado como un mensaje” (p.16). Por lo que el sufrimiento humano no está aislado de la sociedad, al contrario, está estructurado de tal manera que comunica algo más profundo sobre las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales de este tiempo. Las urgencias que presentan las personas y sus familias se convierten en un reflejo de su contexto y de los desafíos que enfrentan.

No es una novedad para el psicoanálisis que la sociedad influye en la vida de las personas, Freud en el siglo anterior ya presentaba sus ideas en sus escritos conocidos como “Tótem y Tabú” y “El malestar de la cultura” que en la actualidad constituyen la base para reflexionar sobre las demandas sociales de la civilización y como el sistema de creencias afecta al individuo respecto a sus conflictos psíquicos. Incluso Simeone (2024) destaca que “el psicoanálisis no solo ayuda a entender la estructura social que puede causar malestar o síntomas en los individuos, sino que también propone soluciones para aliviar estos problemas” (p.39).

En el Malestar de la Cultura, Freud (1930) desarrolla un conflicto entre las restricciones culturales y las exigencias pulsionales, es decir entre las normas impuestas por la civilización y los impulsos. El autor advierte que los sujetos están regidos por el principio de placer, por lo que buscan satisfacer sus deseos los cuales se encuentran limitados por la misma cultura, es por ello que alude que las tres fuentes de sufrimiento humano que son “la supremacía de la Naturaleza, la caducidad de nuestro propio cuerpo y la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el Estado y la sociedad” (Freud, 1930, p.13). En otras palabras, el autor en este texto explica cómo la cultura genera sufrimiento al imponer

ciertas renunciaciones. Es innegable que todos los recursos con los cuales intentamos defendernos contra los sufrimientos amenazantes proceden precisamente de esa cultura, sin embargo podríamos ser mucho más felices si la abandonásemos para retornar a condiciones de vida más primitivas (Freud, 1930).

De este modo, para el psicoanálisis, el concepto de trauma no se sitúa en el acontecimiento mismo sino en la ruptura, en lo que hace la vida difícil de soportar cada vez que ciertos acontecimientos, a menudo insignificantes en sí mismos, evocan este punto, está herida incurable (Barros, 2015, como se citó en Mello & Barbara, 2022). Inés Sotelo (2020) menciona que “es una época de caída de los grandes relatos, de los ideales y de las tradiciones en las que antes encontraban cobijo los sujetos; hoy, en cambio, se hallan desprotegidos, desorientados y sin brújula” (p.72). Estos sujetos de hoy sin ley ni un Otro que pueda bordear y poner límites, además de encontrarse desprotegidos, se encuentran libres al goce y al abuso de este. Nadie insta en ellos una barrera de lo prohibido, por lo que se encuentran sin límites en su vida cotidiana (Belaga, s.f.). Laurent lo ha llamado “trauma generalizado” en tanto la civilización ha dejado de vivir bajo el mito del padre edípico, con tradiciones que orientaban y situaban al sujeto, impulsada ahora hacia un modo de satisfacción más autónomo (como se citó en Coronel, 2009). De igual manera, Mello & Barbara (2022) afirman que “El hecho de que vivimos en una época en la que la urgencia está presente de forma generalizada puede facilitar esta movilización del exceso de goce, porque en la urgencia es sufrimiento relacionado con el vínculo social, y no hay forma de disociarse del tiempo en el que vivimos” (p.6).

En conclusión, la urgencia subjetiva no puede entenderse de manera aislada, sino como una manifestación de la época actual atravesada por condiciones sociales, económicas y culturales. A diferencia de la urgencia médica, el sufrimiento propio de una urgencia subjetiva se encuentra entramado por la sociedad, como efecto de un acontecimiento contingente, ligado al trauma y a lo real, evidenciando cómo el malestar psíquico no solo responde a factores externos, sino también a una marca única en la historia de cada individuo.

VI.2. SALUD MENTAL EN ARGENTINA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es un estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse a su entorno. Sin embargo, esta definición resulta utópica, ya que es casi imposible lograr un estado de bienestar total, de igual manera plantea un enfoque individual sin contar los múltiples factores que influyen en las vidas de las personas como lo son las condiciones económicas, sociales, biológicas, culturales, etc. con las cuales inevitablemente la salud mental está vinculada.

Lellis y Fotia (2019) mencionan que “la salud mental ha sido una temática en la que se han planteado décadas de degradación institucional, vaciamiento presupuestario y abandono de funciones” (p.87). Donde el estado entendía a las personas con padecimiento mental como peligrosas, las cuales debían ser excluidas y controladas, lo cual produjo políticas públicas de salud mental que en las últimas décadas se resolvió transformar con la sanción de la ley de salud mental, la creación de la dirección nacional de salud mental y adicciones, el decreto reglamentario N° 603/2013, entre otros (p.87).

La Ley Nacional de Salud Mental sancionada en 2010 menciona que:

Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley N° 26.657, 2010, art. 3)

VI.3. DISPOSITIVO

“Etimológicamente la palabra dispositivo proviene del latín dispositus, que quiere decir dispuesto” (Sotelo et al, 2011, p.2). En el ámbito de la psicología el término dispositivo proviene de las ideas del filósofo Foucault, quien en una entrevista de 1977 menciona “por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia” (como se citó en Agamben, 2011, p.250). Sotelo et al (2011) expone que:

Los dispositivos hospitalarios funcionan como un dispositivo en el sentido foucaultiano del término. Foucault define al dispositivo como un conjunto heterogéneo que envuelve discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos; tanto lo dicho como lo no dicho. Estos elementos se articulan en una compleja red de relaciones. Se trata además, de una formación que tiene una función estratégica en un momento histórico determinado (Sotelo et al, 2011, p. 4).

Agamben (2011) menciona que la definición de dispositivo en los diccionarios franceses expone tres significados: un sentido jurídico, una significación tecnológica y una significación militar pero que los tres remiten a una significación original que es como aquel que propone foucault como un conjunto de prácticas y mecanismos que tienen por objetivo enfrentar una urgencia para obtener un efecto más o menos inmediato.

VI.3.1. GUARDIA

Sotelo et al (2011) mencionan que “el dispositivo de guardia es un artificio creado desde sus orígenes para la atención de urgencias médicas, es decir, de cualquier situación que requiera

asistencia médica inmediata” (p.5). La guardia, según menciona Camaly (s/f) “es un dispositivo institucional creado para dar respuesta a las situaciones de urgencia” (p.128). “El objetivo de la guardia desde la perspectiva de los profesionales es atender la urgencia, la emergencia clínica y psiquiátrica. Describen la guardia como un lugar de tránsito donde el propósito institucional es diagnosticar, evaluar el riesgo e intervenir en pos de que el paciente se compense, se estabilice y se retire, esperando que la permanencia en la guardia transcurra en el menor tiempo posible.” (Sotelo, 2020, p.24).

Pose (2021) destaca que la guardia es para lo urgente, recibe lo inesperado, lo improgramable que suele ser derivado a emergencias. Manifiesta que “en este sentido, la guardia es el embudo en el que cae todo lo que se escapa o no encaja correctamente o no puede ser contenido en el hospital” (p.221). Y no solo del hospital, sino del mundo exterior, ya que cualquier persona puede llegar y ser atendida. Simeone (2024) plantea que “Las instituciones sanitarias están diseñadas para acoger, albergar, asistir o ayudar a pacientes con presentaciones clínicas de salud mental variadas” (p.48).

Plantamura (2021) menciona que “En las guardias de los hospitales nos encontramos trabajando con diversos profesionales, los cuales tendrán diferentes modos de concebir y trabajar sobre el padecimiento de los pacientes, en base a su paradigma, difiriendo a la hora de concebir el síntoma, el paciente y la cura” (p.656). Desde el psicoanálisis el aporte se basa en destacar la singularidad del sujeto e instaurar una pausa diferente al tiempo cronológico y de los tiempos médicos tradicionales (p.656).

Desde el psicoanálisis los tiempos son diferentes, en la intervención en la guardia parece estar ligado a generar un espacio diferente, singular, lograr el alivio subjetivo (Sotelo, 2020). Brynes (2015) expone que:

La clínica de la urgencia no es la clínica de la urgencia médica, sino un modo de ofrecer como alternativa terapéutica el psicoanálisis dentro del marco de las instituciones públicas. La dimensión del sujeto no puede ser olvidada en los momentos que el paciente se muestra desbordado (p.17).

Es por ello que “El psicoanálisis propone una mirada diferente, basada en la escucha y en la búsqueda de la verdad, ya no de la enfermedad, sino del sujeto” (p.14). Igualmente, Sotelo (2009) señala que “La modalidad de intervención será absolutamente diferente desde el paradigma médico que desde el psicoanalítico” (p.26). Teniendo en cuenta a Simeone (2024)

“La naturaleza del dispositivo psicoanalítico y la ética que guía su aplicación se ven desafiadas al tener que ajustarse a un contexto que originalmente no fue diseñado ni pensado en su práctica” (p.35) donde el psicoanálisis debe adaptarse a las regulaciones y estructuras ya establecidas por la institución y dar al mismo tiempo apertura al espacio analítico (p.38). La autora (2024) destaca que “la ética del psicoanálisis busca una interacción desde la subjetividad, centrándose en lo particular de cada sujeto” (p.43). En efecto, la implementación del psicoanálisis en el dispositivo de guardia activa en hospitales ofrece un enfoque que prioriza la subjetividad y la singularidad de cada individuo. A pesar de las restricciones del contexto institucional, el psicoanálisis proporciona un espacio de escucha y alivio subjetivo.

VI.3.2 INTERDISCIPLINA

El artículo 8 de la Ley Nacional de Salud Mental destaca que:

“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (Ley N° 26.657, 2010, art. 8).

Lellis y Fotia (2019) exponen que “Un aspecto central que ha alentado el enfoque interdisciplinario en el ámbito institucional es el trabajo conjunto sobre situación/es problema, que no se agota ni se reduce a una sola perspectiva disciplinar” (p.184). “La interdisciplina enriquece los acercamientos al conocimiento, así como la manera en que se conocen y resuelven los conflictos” (Parisí, 2006, p.381).

Teniendo en cuenta la Ley citada y los autores mencionados, la interdisciplina propone superar un enfoque monodisciplinario tradicional por un intercambio de saberes como respuesta teórica y práctica acorde a la complejidad de los problemas sociales que atraviesan el campo de salud mental, así como reconocer al sujeto actual como consecuencia de una trama compleja

con un devenir histórico, social, político, atravesado por las formas particulares de la subjetividad. (Lellis y Fotia, 2019; Parísí, 2006).

VI. 4. MANIFESTACIONES DE LA URGENCIA SUBJETIVA

“La urgencia se manifiesta en una variada presentación sintomática: angustias, miedo, fobias, insomnio, pesadillas, oscilaciones bruscas del estado de ánimo, irritabilidad, ausencias, amnesia, pérdida de referencias y en casos más graves desencadenamiento o desestabilización psicótica” (Sotelo, 2005, p.100). Sotelo y Belaga (2008) destacan que “si bien la presentación en las guardias es variada, es necesario ubicar que ocurre en cada sujeto con el padecimiento excesivo imposible de soportar, característico de la urgencia” (p.2).

VI.4.1. ANGUSTIA

Tomasa (2009) menciona que “la angustia es un modo frecuente en que se presenta la urgencia” (p.55). La autora Rojas (2009) expone que “desde una perspectiva lacaniana, apunta a lo real del síntoma” (p.49). “Cuando emerge la angustia, es un modo privilegiado de pensar la urgencia subjetiva, justamente donde el sujeto ha quedado eclipsado por la presentificación de un real que lo deja sin referencias” (Tomasa, p.55).

A lo largo de sus obras, Freud desarrolla tres teorías para conceptualizar la angustia. En un primer momento, Freud (1989) asocia el término angustia a las neurosis actuales, diferenciándose de la neurastenia y menciona que “la angustia es, en general, libido desviada

de su empleo normal” (p.262). El mecanismo que determina las neurosis de angustia se basa en que la excitación sexual somática es desviada de lo psíquico y por eso recibe un empleo anormal” (Tomasa, 2009, p.57), es la libido que no ha logrado ligarse psíquicamente a un representante, que irrumpe en la conciencia sin representación que permita ligarla (Tomasa, 2009, Sabelli et al., 2021). Tomasa (2009) expone que “La hipótesis de Freud es que esta sintomatología se produce por excitación somática que no admite derivación a lo psíquico” (p.56). En otras palabras, la angustia no es producto de un conflicto psíquico, sino excitación sexual somática que no logra ligarse en el psiquismo y queda en lo somático.

Luego Sabelli et al (2021) destaca que “Freud ubica la causa de la angustia en la represión de una moción pulsional” (p. 721) es decir, la angustia aparece cuando la pulsión no encuentra una vía adecuada de descarga, por lo que ya sitúa a la angustia como parte de un mecanismo psicológico, que es la represión. En este punto entendemos a la angustia como producto de la represión.

No obstante, en Inhibición, síntoma y angustia, Freud (1926) menciona que “Aquí la angustia crea a la represión y no —como yo opinaba antes— la represión a la angustia.” (p.104). Es decir, la angustia no se genera porque un deseo ha sido reprimido, sino que es una señal del yo ante una situación de peligro, lo que activa la represión como mecanismo defensivo. En el tercer momento de la teoría de la angustia Freud “Propone dos situaciones diferentes ligadas a la angustia: la situación traumática, asociada al desvalimiento vivenciado y la situación de peligro como expectativa y repetición amenguada del trauma donde el yo es activo (...) pone en juego sus mecanismos defensivos” (Tomasa, 2009, p.57). El primer tipo de angustia que describe es la llamada angustia automática, Laplanche y Pontalis (1967/2018) mencionan que es la “reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática (...) un aflujo no controlable de excitaciones demasiado numerosas e intensas” (p.27). Y la angustia señal “reproduce en forma atenuada la reacción de angustia vivida primitivamente en una situación traumática, lo que permite poner en marcha operaciones defensivas.” (Laplanche y Pontalis, 1967/2018, p. 399). La angustia automática se produce cuando el yo es desbordado por un exceso de excitación que aparece en situaciones traumáticas como reacción, mientras que la angustia señal es un mecanismo anticipatorio del yo cuando percibe una amenaza vinculado al complejo de castración y pérdida del objeto amado (Freud, 1926). Laplanche y Pontalis (1967/2018) incluyen el término desarrollo de angustia donde “adquiere un sentido especial en el marco de una teoría de la angustia que distingue una situación traumática en la

que la angustia no puede ser controlada (angustia automática) y una señal de angustia destinada a evitar que esta surja” (p.95). La angustia automática, como destaca Tomasa (2009) “es paradigmática para pensar la urgencia subjetiva en tanto quiebre, ruptura, vacilación de las referencias que sostenían a un sujeto” (p.58).

Por otro lado, en la teoría lacaniana, el concepto de angustia ocupa un lugar central en relación con el deseo y la falta del sujeto. En el seminario 10 llamado “La angustia” (1963/2015), el autor se pregunta “¿cuándo surge la angustia? la angustia surge cuando un mecanismo hace aparecer algo en el lugar que llamaré (...) a del objeto del deseo” (p.52). Esta **a** minúscula que el autor destaca en relación a la angustia, refiere a un concepto que representa el objeto de deseo inalcanzable, deseo de un Otro con mayúscula. “La emergencia de un objeto extraño en lo imaginario lo desorganiza porque no se ajusta a las leyes del campo visual (...) esto provoca la angustia” (Shussler, 2009, p.65) . Es por ello que Lacan (1963/2015) destaca que la angustia “no es sin objeto” (p.101), donde antes había una falta ahora algo inesperado llena ese lugar, algo que no se puede simbolizar o procesar. Shussler (2009) menciona que “el objeto a se ubica entre el sujeto y el Otro. Objeto que debe estar como falta porque de lo contrario, cuando falta la falta -señala Lacan- surge la angustia” (p.65). Bellon (2016) expone que “La angustia es en definitiva ante lo irreducible de lo real es de todas las señales la que no engaña” (p.86). Mientras que Freud desarrolla la angustia señal como el peligro a la pérdida, Lacan expone que es ante la pérdida del objeto, la pérdida de la pérdida (Vargas Castro, 2020). Lacan (1963/2015) en contraposición a las ideas de Freud destaca que “la defensa no es contra la angustia sino contra aquello cuya señal es la angustia” (p.152), como Tomasa (2009) menciona, “se puede pensar que la angustia es un modo de defensa contra lo imposible de soportar de lo real” (p.60). En otras palabras, las defensas del sujeto no eliminan la angustia sino que evitan lo que la angustia señala, eso proveniente del orden simbólico, del objeto a que no puede confrontar.

VI.4.2. PASAJE AL ACTO Y ACTING OUT

“Frente a la presencia del objeto a, la angustia puede transformarse en un acto, un pasaje al acto o un acting out, respuestas sintomáticas ante la presencia angustiante del a” (Shussler, 2009, p.66). Como hemos mencionado anteriormente, la urgencia subjetiva se interpreta como una ruptura de la cadena significativa, ya que le es imposible al sujeto representar lo que le sucede. Disalvo et al. (2024) destacan que “esto implica para el sujeto un efecto de mortificación, y cuando ello ocurre el sujeto apela a respuestas que desbordan el lenguaje: el acting out y pasaje al acto” (p.99). El autor Seldes (2006) menciona que se apela a estas respuestas “como un modo drástico de aliviar los efectos mortificantes del significante desencadenado” (p.35).

Resulta pertinente destacar la diferencia entre acting out y pasaje al acto, por lo cual citaremos el seminario 10 de Lacan de El autor retomará el caso de la mujer homosexual y el caso Dora de Freud para explayar estos conceptos. Entendemos al pasaje al acto como un momento en el que el sujeto sale de la escena, Lacan (1963/2015) lo relaciona con el dejarse caer que destaca Freud, y menciona que “Este dejarse caer es el correlato esencial del pasaje al acto (...) El momento del pasaje al acto es el del mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento” (p.128). En este sentido, el pasaje al acto no es simplemente una acción impulsiva, sino una respuesta extrema ante una situación insoportable, donde el sujeto, en lugar de tramitar su angustia simbólicamente sale de la escena, se deja caer de la misma. “El sujeto se mueve en dirección a evadirse de la escena. Es lo que nos permite reconocer el pasaje al acto en su valor propio, y distinguir de él, lo que es muy distinto (...) el acting out” (Lacan, 1963/2015, p.129).

Por otro lado, el acting out es una puesta en escena en la que el sujeto actúa para un Otro, como explaya Lacan (1963/2015): “el acting out es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo acting out, su orientación hacia el Otro, debe ser destacado” (p.136). En otras palabras, en el acting out hay una escena en la que el sujeto introduce algo que exige ser leído, mientras que en el pasaje al acto el sujeto cae fuera de la escena. Lacan (1963/2015) demuestra las diferencias con estos casos:

En el caso de homosexualidad femenina, mientras que la tentativa de suicidio es un pasaje al acto, toda la aventura con la dama de dudosa reputación elevada a la función de objeto supremo es un acting out. Mientras que la bofetada de Dora es un pasaje al acto, todo su comportamiento paradójico con la pareja de los K., que Freud descubre enseguida con tanta perspicacia, es un acting out (p.136).

VI.5. INTERVENCIONES EN GUARDIA

Al momento de intervenir en un dispositivo de guardia, se debe localizar la urgencia. Esto se refiere a indagar ¿de quién es la urgencia? Es frecuente que a las guardias llegue el supuesto paciente acompañado de otros: familiares, amigos, vecinos, una orden judicial quienes parecen más afectados que el sujeto mismo, sin embargo, en estos dispositivos se verifica que aquello que es urgente para la familia no coincide con lo que angustia realmente al sujeto (Sotelo, 2009).

Simeone (2024) expone que “la intervención del psicoanalista en la urgencia requiere que el profesional haga una pausa en esa consulta, para alojar al individuo y crear un espacio que posibilite hablar y permita, en la medida de lo posible, expresar aquello que le genera angustia, le urge y apremia” (p.48). La clínica de la urgencia tiene diferentes tiempos, frente al paradigma médico sobre “no hay tiempo”, el analista debe proponer “hay todo el tiempo, cuénteme qué le pasa” (Sotelo, 2007). Pose (2021) expone que “Hay algo paradójico en el tiempo de la urgencia, porque debe resolverse ahora mismo, pero también es infinito” (p. 32). La lógica de localizar la urgencia, refiere a pensar que es lo que la provocó, entendida como ruptura, que fue lo que se quebró. Lacan propone tres tiempos: el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir. (como se citó en Sotelo, 2007). Se propone un instante para ver, localizar algo de esta urgencia, invitarlo a que, en este tiempo, cuando se le pregunta por su mamá, su papá, su hijo, su amante, su trabajo. sus lazos, sus inquietudes; el sujeto pueda abrir un tiempo de comprender. Nuestro trabajo tiene mucho que ver con permitir la instalación de

este tiempo, en el que pueda decir algo de sí en relación a otros y con relación a nosotros como terapeutas, pero también armando una trama de su propia vida. Finalmente, el último tiempo, cuando el sujeto atraviesa la puerta, es el momento de concluir. El segundo tiempo no se puede eternizar; que posibilite el camino hacia el bien decir acerca del sufrimiento. (Sotelo, 2007).

Las intervenciones en urgencias no solo tienen que ver con el poder resolver lo que causó la ruptura, sino también identificar un sentido para esa persona. Cuando el sujeto ya no presenta los síntomas disruptivos que causaron la consulta, y puede hablar sin aumentar el nivel de angustia, malestar o agitación, la intervención consiste en elaborar simbólicamente con el paciente lo que le sucedió, convocar un sujeto (Pose, 2021). Simeone (2024) sostiene que “la efectividad en las intervenciones de los practicantes del psicoanálisis radica en la habilidad de generar un intervalo, un receso, una pausa, un tiempo lógico, ante la demanda apremiante, dando lugar a que se descifre algo de lo que lo inquieta al paciente” (p.62).

Así pues “La relevancia de intervenir con un enfoque psicoanalítico no se basa en un tiempo cronológico. En cambio, se centra en la capacidad de singularizar el síntoma” (Simeone, 2024, p.62). Pose (2021) destaca que “atender la urgencia es crear ese tiempo intermedio en el que ya no hay apuro por actuar y es posible pensar y simbolizar” (p.32). En resumen, las intervenciones psicoanalíticas en un dispositivo de guardia tienen que ver con encontrar un tiempo para alojar al sujeto y escuchar que le pasa, de esta manera poder singularizar lo que le sucede y permitir que el paciente logre simbolizar lo sucedido.

VI. MODALIDAD DE TRABAJO

El propósito del presente trabajo es exponer una sistematización de experiencias desarrolladas en el marco de las prácticas profesionales supervisadas en el Hospital Misericordia de la ciudad de Córdoba.

Pérez de Maza (2016) caracteriza la sistematización como un proceso de reflexión, de interpretación, participativo, de ordenamiento, de comunicación y de aprendizaje (p. 15). La autora expone que la sistematización tiene como fin poder entender, comprender y mejorar la práctica de la persona a través de la reflexión (Pérez de Maza, 2016). Esta autora destaca la importancia de analizar a fondo los elementos significativos y no significativos de las prácticas educativas para así poder mejorar la calidad educativa y poder fomentar un crecimiento en la cultura, ya que la experiencia vivencial está inserta en una determinada situación histórica y un contexto específico. Uno de los conceptos principales que esta autora menciona y que logró llamar mi atención es el de la Buena Práctica, esta autora menciona que la buena práctica no es hasta que termina la experiencia y en base a lo vivido poder analizar y extraer buenos recursos para la sistematización, con el fin de lograr una interpretación correcta de la realidad diaria para poder actuar sobre ella, define (citando a Faget Monteros, citada en Pérez de Maza, 2016) “Una buena práctica responde adecuadamente a las siguientes preguntas: ¿qué se hace? ¿por qué se hace? ¿a qué responde la iniciativa? ¿cómo se hace? ¿qué principios sustentan las estrategias? ¿con quién se hace? ¿qué resultados se obtienen? ¿cómo se miden esos resultados? ¿cómo se documenta?” (p. 17).

Resulta pertinente destacar a Jara (2010) quien define a la sistematización como “aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” (p.4). Estas experiencias son registradas en un cuaderno de campo con el fin de recabar la información necesaria para lograr sistematizarlas. El autor (2006, como se citó en García y Tirado, 2010) recalca la importancia de la experiencia como “procesos vitales en permanente movimiento, que combinan dimensiones objetivas y subjetivas: las condiciones del contexto, las acciones de las personas que en ellas intervienen, las percepciones, sensaciones, emociones e interpretaciones de cada actor, las relaciones personales y sociales entre ellos” (p.100). Es decir que, el proceso vivido, no solo tiene que ver con la experiencia propia sino también con el contexto socio histórico donde la práctica es llevada a cabo, y que puede ir más allá de objetivos específicos. Cabe preguntarse entonces, sobre ¿Cuál es el objetivo de sistematizar?, aquí García

y Tirado (2010) hacen énfasis en las intervenciones intencionadas con el fin de transformar la realidad. Esto lo podemos observar en la medida que, nuestras prácticas sistematizadas a través de un análisis interpretativo posibilitan la transformación de nuestros propios saberes, debido al proceso de reflexión necesario para obtener una mirada crítica. La sistematización de experiencias no solo se trata de plasmar una vivencia sino obtener cambios de ella, en cuanto saber posicionarnos tomando distancia permite el extraer aprendizajes nuevos fuera de la teoría.

Por último, la sistematización de experiencias es un proceso reflexivo que permite plasmar y organizar factores y dimensiones propias de la experiencia, con el fin de obtener aprendizajes críticos desde nuestra interpretación. Como practicantes del contexto clínico, nos resulta relevante explayarnos sobre la sistematización para explicitar, organizar y recuperar lo sucedido en la práctica, en mi caso en el Hospital Misericordia, con el fin de interpretar aquellas experiencias y obtener aprendizajes de las mismas, siempre con un punto crítico sobre el proceso vivido y con el fin de poder comprender de manera más profunda nuestras experiencias y mejorarlas para transformar la realidad.

Para poder llevar a cabo esta sistematización, también fue necesario situarnos en el rol de observador no participante para registrar de manera objetiva todo lo vivenciado. A través de este rol, se ha podido dar cuenta de dinámicas y aspectos propios del sujeto que viene con una demanda específica al dispositivo de guardia del Hospital Misericordia y por otro lado, las intervenciones y estrategias que los profesionales utilizan al tratar a estas personas. De esta manera, se facilita la recopilación de información precisa sobre la urgencia, que enriquece al análisis crítico propio de la sistematización de experiencia planteada aquí. Estas experiencias cómo mencionamos anteriormente, son registradas en un cuaderno de campo, donde es pertinente el registro detallado y continuo de las observaciones en la guardia del Hospital. El cuaderno de campo permite documentar de manera sistemática las actividades que se realizan, las reflexiones que surgen a partir de lo vivenciado y las intervenciones de los profesionales, es una herramienta que posibilita la información necesaria y los datos recolectados para asegurar una buena sistematización de experiencia.

La información recabada en los registros de campo proviene principalmente de las entrevistas realizadas por los profesionales a los pacientes que llegan por guardia donde se lleva a cabo una valoración psicológica y psiquiátrica de la persona que consulta. Rolla (1981) menciona que “una entrevista clínica psiquiátrica psicológica es una situación de campo en la cual interactúan múltiples elementos, vectores y factores determinantes e intervinientes” (p.14).

En otras palabras, la entrevista se define como un encuentro entre dos o más individuos, en el cual una de las partes busca recibir asistencia. El objetivo principal de este encuentro es alcanzar un diagnóstico presuntivo y lograr una orientación terapéutica (Rolla, 1981). La entrevista es fundamental para el rol del psicólogo, ya que es un instrumento del método clínico que tiene sus propios procedimientos y reglas empíricas aplicados al conocimiento científico (Bleger, 1985). Los datos recopilados durante las entrevistas con los pacientes que acuden a la guardia se registran en una hoja de datos, la cual posteriormente se utiliza para llevar a cabo un análisis detallado de sus características correspondientes.

Registros de Datos	Información del paciente
Identificación del paciente • Edad • Género • Fecha de ingreso • Lugar de residencia • Cobertura médica • Ocupación • Entorno familiar / convivientes	
Motivo de consulta • Motivo de consulta • Semiología del paciente • Como llego (por su cuenta/ acompañado/a pie/policía/ambulancia, etc)	
Antecedentes clínicos	

• Consultas anteriores • Tratamiento psicológico/psiquiátrico anterior • Diagnóstico • Consumo • Ideación tanática	
Intervención psicológica/psiquiátrica • Criterios de internación • Derivación • Psicofármacos	

VII.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se encuentra en el marco de los valores y principios éticos propios del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) que “tiene como propósito proveer principios generales y normas deontológicas para el ejercicio profesional de la psicología” (p.1). Este código se encarga de regular al profesional, considerando a la salud mental como uno de los derechos humanos fundamentales contemplado constitucionalmente (Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016). El Código (2016) plantea cinco principios fundamentales “1) Respeto por la Dignidad de las Personas y los Pueblos 2) Cuidado competente 3) Integridad 4) Responsabilidades Profesionales y Científicas 5) Responsabilidad social” (p.3). Cabe mencionar que alude al consentimiento informado a la hora de trabajar con personas ya que “se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiendo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto” (Código de Ética

del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016, p.7). Por otro lado, este Código de Ética plantea al secreto profesional como el deber del profesional de guardar secreto asegurando la confidencialidad del conocimiento obtenido (2016). Por lo tanto, la identidad de las personas entrevistadas se mantiene resguardada.

Otro aspecto a considerar es la ya citada Ley 26.657 donde menciona que el estado debe garantizar el derecho de toda persona con padecimiento de salud mental a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada y recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Con respecto al protocolo de atención en situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental (2018) refiere que todo derecho implica al mismo tiempo un deber, como lo son el ser oído como parte de la estrategia terapéutica, de participación, a la integridad, de fidelidad, de interdisciplinariedad, de no discriminación, de confidencialidad y de ser informado con el fin de garantizar una mejor atención de salud mental para todos los ciudadanos.

Para finalizar, es oportuno destacar la asistencia que se debe brindar las personas con padecimiento mental sin ningún tipo de discriminación, brindar información en cuanto su estado de conciencia lo permita, asegurar la confidencialidad de la misma y en caso de vulneración o auto vulneración de derechos de niños/adolescentes solicitar intervención a la autoridad administrativa de protección (Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental, 2018).

VII.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

En el presente trabajo, la población está conformada por la selección de 3 (tres) casos, 2 (dos) adultos y 1(un) adolescente que asistieron a la guardia de Salud Mental del Hospital Misericordia entre los meses de mayo y noviembre del año 2024.

Además, se destacan las intervenciones del equipo de guardia de Salud Mental conformado por profesionales de la psicología, psiquiatría y trabajo social.

Se presenta una tabla (Tabla 1) que detalla los casos seleccionados con sus datos personales modificados para preservar la identidad.

Tabla 1: Casos seleccionados a partir de registros de campo

<i>Caso N°</i>	<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>de Acompañado/Traído por</i>
<i>1</i>	Agustina	16	Ideación tanática	Familiar
<i>2</i>	Yanina	25	Excitación psicomotriz	Personal policial
<i>3</i>	Azul	21	Ideación tanática	Familiar

VII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

VIII.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

A continuación, se presenta una revisión detallada del proceso vivido, destacando los diferentes momentos claves de la práctica profesional, las experiencias vivenciadas y los conocimientos adquiridos en este periodo.

Considero relevante mencionar como ha sido el transcurso de toda mi práctica profesional desde el primer momento en el que elegí este contexto. Al momento de realizar la selección tuve en claro que quería incorporarme al ámbito clínico en el contexto de un hospital público. Durante el proceso de entrevistas, manifesté cierto interés por el Hospital Misericordia, posteriormente fui asignada a dicha institución, lo que consolidó el inicio de esta experiencia profesional.

El comienzo de la práctica profesional situada en el Hospital Misericordia estuvo repleto de emociones, desde la incertidumbre hasta la emoción por comenzar una nueva aventura y fue el martes 14 de mayo de 2024 que este desafío tuvo comienzo.

El día de la presentación, me reuní en la entrada del Hospital con mi referente de la facultad para ingresar a la institución. Accedimos por el área de guardia, donde nos esperaba la licenciada que sería mi referente en el hospital. Inmediatamente realizamos un recorrido por las instalaciones hasta llegar al área de Salud Mental, donde fuimos recibidos por la jefa del servicio. El trayecto estuvo cargado de emociones, ya que el hospital resultaba imponente tanto por su tamaño como por su ubicación en un barrio que me era desconocido. Una vez en la sala asignada, se llevó a cabo una presentación formal y se dialogó acerca del recorrido formativo que tendría lugar: se establecieron los días y horarios de asistencia, y se me informó que, en calidad de practicante, tendría la posibilidad de participar en diversas actividades del servicio. Estas incluían entrevistas en guardia, interconsultas, atención en el área de internación, entrevistas de admisión en el consultorio externo, así como también la asistencia a ateneos y capacitaciones internas, lo cual me resultó sumamente enriquecedor al brindarme la oportunidad de conocer integralmente el funcionamiento del Servicio de Salud Mental (SSM). Posteriormente, continuamos con un recorrido general por el hospital, destacando sus amplios pasillos iluminados por ventanales característicos de la arquitectura destinada originalmente a pacientes con tuberculosis. Visitamos los distintos sectores del edificio, desde la estructura

histórica inaugurada en 1922 hasta el sector denominado 'Nuevo Siglo', habilitado en 2011, donde actualmente se ubica el SSM, en el primer piso. Este cuenta con cuatro habitaciones destinadas a internación, cada una equipada con dos camas y un baño, una sala para el personal de enfermería, un salón de usos múltiples (SUM) para las actividades diurnas de los pacientes, un espacio para el equipo de guardia y un consultorio donde se realizan distintas entrevistas. También se encuentra allí la guardia general del hospital, ubicada en la planta baja. Finalmente, recorrimos otros servicios de la institución, como Clínica Familiar, la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI), entre otros.

Cabe destacar que fui la primera practicante proveniente de la Universidad Católica en incorporarse al Servicio de Salud Mental del Hospital. Desde el inicio, se habilitaron espacios concretos para mi formación, lo cual evidenció el compromiso y la disposición de los y las profesionales para compartir conmigo sus experiencias, conocimientos y prácticas profesionales. Aunque al principio todo resultaba novedoso, con el transcurso de los días logré sentirme cómoda en un entorno que se reveló como un espacio cálido y propicio para la adquisición de nuevas experiencias y aprendizajes.

VIII.1.1 PRIMERAS EXPERIENCIAS

Durante la práctica acompañé al equipo interdisciplinario los días martes en la guardia del hospital y los días miércoles estuve en los consultorios externos, participando de entrevistas de admisión.

El primer miércoles que asistí a los consultorios externos ingresé al consultorio con un psiquiatra que iba a realizar una entrevista de admisión, luego el Dr me explicó y comentó del caso y me sentí muy cómoda. Con el paso del tiempo pude participar en otras entrevistas de admisión, donde mi rol fue fundamentalmente escribir en la historia clínica de los pacientes. Allí aprendí a escuchar lo que es pertinente para la persona y lo que se debe registrar, en este transcurso pude afinar terminología específica relevante para las historias clínicas. En los

consultorios pude observar cómo es el manejo de las entrevistas, qué se indaga y cómo se ubica al paciente. A su vez, pude participar de nuevos dispositivos del hospital tales como el grupo de fortalecimiento de mujeres dirigido por una de las licenciadas que fue llevado a cabo cada 15 días en la sala de consultorios externos, donde el objetivo del grupo psico socio educativo fue tejer redes entre las participantes para favorecer relaciones interpersonales y adquirir conocimiento sobre la violencia de género con el fin de fortalecer la autoconfianza, potenciar la autonomía y promover el empoderamiento personal.

VIII.1.2. GUARDIA

Durante estos meses, estar en una guardia despertó un gran interés en mí. Recuerdo la primera entrevista que pude observar, me impresionó el manejo de los profesionales con tanta sabiduría y experiencia a la hora de trabajar con una persona en situación de urgencia, este paciente había ingresado por clínica médica ya que se encontraba desmayado por ingesta de medicación, a la hora de la entrevista no pudimos hablar con él ya que seguía inconsciente mientras le realizaban un lavado gástrico, que es un procedimiento que realizan los médicos clínicos cuando una persona ingiere sustancias tóxicas o mortales donde se le coloca al paciente una sonda nasogástrica con solución fisiológica para limpiar y aspirar el contenido del estómago, cuando un lavado es positivo por la sonda salen residuos semisólidos oscuros. De modo que entrevistamos a quien lo acompañaba, su ex pareja, que pudo comentar brevemente que él había estado preso por violencia de género, pero cuando fue a pedirle ayuda ella lo trajo al hospital. Al momento de concretar la entrevista con esta persona, ya consciente, recuerdo sentir cierta inquietud, ya que este joven tenía en su rostro sangre a causa de la sonda nasogástrica y al principio se mostró impotente con respuestas defensivas, no obstante, los profesionales le aseguraron que no lo estaban evaluando de manera crítica y que su presencia tenía como objetivo brindarle apoyo para que él pueda sentirse mejor, este momento generó un gran impacto en mí a causa de que el entrevistado se angustió y lloró durante su relato, allí pude observar como dejaba de ser una persona a la cual le temía por sus antecedentes y se mostró

vulnerable ante la adicción que lo llevó a decidir intentar quitarse la vida. Este caso, además de ser el primero que pude presenciar en la guardia, me permitió reflexionar sobre la importancia de abordar a las personas en situación de vulnerabilidad y urgencia, sobre el valor de ofrecer un espacio seguro donde se pueda expresar el dolor y la angustia, sin emitir juicios. A su vez, tuve la oportunidad de aprender de la intervención de los profesionales, que estuvo basada en permitir que la persona se exprese libremente sin sentirse evaluada, dando a entender que estábamos allí solamente para ayudarlo.

A partir de ese momento, comencé a realizarme preguntas sobre los diferentes pacientes que acudían a una guardia específica de Salud Mental y como se les brindaba atención desde la psicología, la psiquiatría y el trabajo social. Una de las principales cuestiones que llamó mi atención fue cómo influye la sociedad en las personas que llegan angustiadas, es decir, cómo el contexto socioeconómico y político repercute en su día a día y genera malestar, así como las diversas intervenciones de los profesionales, destacando que se trata de un trabajo interdisciplinario. Otro aspecto que me resultó relevante fueron los distintos tiempos de espera que forman parte de las intervenciones en la guardia de Salud Mental, en contraste con la guardia médica clínica. En cada caso, se lleva a cabo una discusión entre los profesionales, se completa la historia clínica del paciente y se actualiza en el sistema informático del hospital. Además, para concluir la consulta, es necesario asignar un diagnóstico provisional basado en el CIE-10, dado que en Salud Mental no es posible emitir un diagnóstico definitivo a partir de una única entrevista.

VIII.1.3. INTERNADO

A medida que transcurrían los días mi participación en el Hospital fue incrementando, pude acompañar a otros profesionales en sus tareas del servicio. De este modo, fui integrándome al área de internación del SSM. Tuve la oportunidad de presenciar entrevistas a pacientes y a sus familiares que acudían al hospital para visitarlos, cuyo propósito es observar la evolución

del tratamiento y ajustarlo para garantizar la mejor atención posible, de esta manera acompañe a psiquiatras y psicólogas del servicio, así como al equipo infanto juvenil, durante algunas de las evaluaciones diarias.

Durante mi experiencia en el área de internación en salud mental, logré profundizar en los criterios que determinan la necesidad de hospitalización y en los diversos abordajes terapéuticos implementados en estos casos. Pude observar y presenciar la toma de decisión a la hora de hospitalizar una persona con los diferentes criterios de internación que discutían los profesionales, como es el riesgo inminente a sí mismo o terceros, los tratamientos ambulatorios anteriores al igual que internaciones previas, los diferentes contextos familiares de apoyo, etc. Asimismo, participe en el seguimiento de pacientes internados donde se evaluaba día a día la evolución de los mismos, en el caso de los psiquiatras quienes se enfocaban en el tratamiento médico, si debían ajustar una dosis o agregar alguna medicación, en como estaba anímicamente la persona, si había recibido visitas y como se sentía, al igual que pude acompañar a la trabajadora social del servicio quien además de realizar estas entrevistas participaba activamente de evaluar la posibilidad de alta para estas personas, en casos de continuar un tratamiento ambulatorio o de que sea derivada a alguna comunidad terapéutica. He podido aprender y reconocer lo valioso del trabajo interdisciplinario, donde cada profesional aporta desde su perspectiva al tratamiento de los pacientes de salud mental para un enfoque integral que priorice tanto la estabilidad clínica como el respeto por los derechos de los pacientes. Igualmente, me fue posible participar de algunas altas de pacientes que se encontraban internados en el servicio, lo cual me brindó valiosos aprendizajes y experiencias. Fue muy importante estar presente en los progresos y mejoría de los pacientes, especialmente en el momento de comunicar que esa persona puede continuar su tratamiento de otra manera, lo que significó un paso importante en su recuperación.

VIII.1.4. INTERCONSULTAS

En el transcurso de mi práctica también pude presenciar las entrevistas en las interconsultas que realizaba el servicio. Las interconsultas estaban a cargo de uno de los psiquiatras, a quien le llegaban los pedidos mediante un cuaderno específico para ello. De esta manera, se presentaba el caso y el motivo del pedido. En estas instancias conocí a profundidad el internado clínico del hospital, la Unidad de Cuidados Intermedios y la Unidad de Terapia Intensiva, donde se realizan la mayoría de las entrevistas. Lo que más captó mi atención durante las interconsultas fue la relación de enfermedades físicas y el bienestar emocional, y así poder reconocer la complejidad de los diagnósticos y tratamientos en situaciones donde los trastornos mentales coexisten con otras enfermedades. Asimismo, la importancia de abordar casos de manera ética y profesional en la interdisciplina.

VIII.1.5. ATENEOS Y CAPACITACIONES

En el transcurso de la práctica se sumaron capacitaciones al SSM debido al ingreso de residentes para su formación, fue por ello que he podido participar de ateneos y clases de temas específicos como adicciones, urgencias, entre otros. El primer ateneo fue dado por un psiquiatra quien expuso sobre los aspectos legales en salud mental, allí pude aprender sobre los riesgos a los que se está expuesto como profesional al trabajar en salud mental y los diferentes tipos de mala praxis como la negligencia, la impericia y la imprudencia. Otros de los ateneos en los que he podido asistir ha sido el de adicciones y consumo problemático dada por dos psiquiatras del servicio, pude aprender sobre cómo se presentan las diferentes urgencias en las adicciones es decir cómo puede llegar un paciente a la guardia por consumo, cómo se aborda esto, sobre el policonsumo, que intoxicaciones existen, el delirium, la abstinencia, entre otros temas, en este ateneo aprendí sobre cómo tratar a las personas que se encuentran en una adicción, que no hay

que confrontar ni juzgar por ese consumo sino enfocarse en que rol y función cumple el consumo en esa persona, lo más importante es no perder de vista que detrás de una adicción hay un sujeto.

El ateneo que enriqueció mi trabajo fue el de urgencias expuesto por dos psicólogas, quienes conforman el servicio desde 1999 y durante estos años se han formado en intervenciones de la guardia. Desarrollaron el concepto de urgencias con diferentes enfoques, sobre ¿qué es una urgencia? ¿cómo nos ubicamos? ¿qué decimos? y sobre cómo el término se complejiza a partir de la nueva Ley de salud mental, además pudieron contar su experiencia en estos años y como el servicio ha ido transformándose, desde ser una guardia pasiva a una activa, incluir el internado, entre otros cambios que han sucedido con el paso del tiempo que han conformado nuevos espacios simbólicos además de los físicos, reflejando el lugar y la importancia que se le da a la salud mental. De este modo, presentaron cómo la urgencia impacta en la institución, qué implica para el paciente en ese contexto, la singularidad de cada individuo y la diversidad de tiempos que caracterizan al abordaje de la urgencia en salud mental. Luego, expusieron las intervenciones como alojar a la urgencia, y la disponibilidad de la escucha como profesional. Asimismo se conversó sobre las urgencias institucionales propias de la época y el contexto que estamos atravesando. Lo que considero más relevante de este ateneo fue la importancia de la escucha y el tiempo que debe dedicarse a estas intervenciones. Además, una frase que me dejó una profunda reflexión fue: “La urgencia es parar”.

Estos ateneos han sido momentos cruciales durante mi práctica debido a que una vez por mes los profesionales de todo el servicio se reunían con este motivo, esto permitía no solo generar nuevo conocimiento y un entrecruce teórico entre ellos sino compartir sus diferentes experiencias y enfoques interdisciplinarios a través de casos clínicos. De esta manera, pude conocer a otros psicólogos y psiquiatras del servicio.

Otro de los espacios del SSM al cual pude integrarme ha sido el de capacitaciones para las residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) y la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Infante Juvenil (RISaMIJ). Estas residentes eran de psiquiatría, psicología y trabajo social por lo cual las capacitaciones estaban enfocadas para cada disciplina, sin embargo ofrecían un conocimiento interdisciplinario. La primer capacitación fue dada por una psicóloga del servicio para trabajar sobre Interconsulta, los encuentros generalmente eran los días viernes de 8 a 10am, allí pude aprender sobre el abordaje ante una interconsulta, que es importante indagar en esa entrevista, cuando se trabaja con el

paciente y cuando con el médico de cabecera de este sujeto, como es la relación paciente-psicólogo-médico y sobre las dificultades del rol al momento de realizar una intervención. Por otro lado, pude sumarme a las clases enfocadas en nosografía psicopatológica expuestas por un psiquiatra del servicio, basadas en autores como Henry Ey y Marietán. En esta capacitación hicimos un recorrido por la semiología psiquiátrica y psicoanalítica enfocada en diferentes casos clínicos para una mayor comprensión, estas clases llamaron mucho mi atención ya que yo tenía un conocimiento previo de los temas abordados y así pude enriquecer lo teórico con lo práctico de las experiencias clínicas, hasta generar un espacio de intercambio con ejemplos de pacientes que se habían abordado en el transcurso de esas clases. Una de las últimas capacitaciones que se integró al servicio fue la de Psicología Gestalt, la cual fue una novedad para mí porque no tenía mucho conocimiento de esta rama de la psicología, así pude adentrarme en la temática y aprender sobre esto, ya que no solo eran clases teóricas sino también practicamos algún ejercicio a modo de ejemplo.

Por último, la capacitación que despertó mi curiosidad y ha enriquecido mi experiencia fue la de Urgencias Subjetivas. Estas clases estuvieron a cargo de una psicóloga del servicio, ofrecidas para las residentes de psicología, se basaron en escritos de Inés Sotelo, Laurent y Belaga entre otros. Pude aprender sobre las urgencias en salud mental, los tiempos de la urgencia, como nos ubicamos como profesionales ante la urgencia, etc. Estas capacitaciones han contribuido a mi formación en el área de urgencias y guardia, por lo que decidí con los permisos del servicio y de la universidad, comenzar a asistir los días jueves con el equipo de guardia. Como así también incorporé lectura en mi día a día sobre esta temática. Por último, resulta pertinente destacar que tanto las capacitaciones como los ateneos ofrecían bibliografía complementaria para ahondar sobre el tema abordado, lo cual fue muy enriquecedor para generar nuevos conocimientos y ampliar los ya obtenidos.

Cabe resaltar que además de los ateneos y capacitaciones dadas por el equipo de salud mental pude asistir a dos charlas con otros profesionales que no pertenecían al hospital pero que fueron invitados cordialmente para exponer sobre temas específicos. La primera conferencia fue dada en dos días por un licenciado en psicología quien expuso sobre trauma desde el psicoanálisis, presentó bibliografía enfocada en trauma, la angustia, cómo se organiza un relato a partir de un trauma, las neurosis actuales, lo simbólico. La cual me permitió afianzar conocimientos y enriquecer mi práctica. Por otro lado, las Trabajadoras sociales del servicio organizaron un ateneo donde fue invitada una licenciada, la cual resultó muy enriquecedora, y

pude aprender desde otro enfoque la importancia de trabajar interdisciplinariamente, con el contexto de la persona, las necesidades psicosociales y una comprensión integral del paciente.

VIII.1.6. DÍA DE LA SALUD MENTAL

Por otro lado, considero relevante mencionar la intervención realizada por el Día de la Salud Mental en el Hospital, la cual fue planificada y llevada a cabo por las residentes del servicio quienes me invitaron a participar. Tuve la oportunidad de involucrarme activamente en la organización con el objetivo de visibilizar la salud mental. Fue llevada a cabo el día jueves 17 de octubre en el hall central del hospital, donde las personas transitan normalmente. La intervención consistió en preguntarle a las personas que era la salud mental para ellas y escribían un papel que se pegaba a un afiche, de esta manera se las invitaba a reflexionar sobre la temática, además había un dado que tenía en cada lado un mito asociado a la salud mental donde se explicaba y desarrollaba junto a la persona que estaba participando. Para los niños se colocó un stand de glitter con una ruleta de emociones para que ellos nos puedan definir cuando sienten las mismas y fomentar así la expresión y el intercambio de ideas en un contexto de escucha y participación activa. Por último, se les entregaba a las personas un frasco donde estaba escrito “le hacen falta caramelos en el frasco” una frase de uso popular muy asociada a la salud mental, sin embargo estos caramelos contenían frases de autoayuda y pertinente a la cuestión como por ejemplo “Salud mental es amar a quien quieras”. Esta experiencia me brindó la oportunidad de colaborar en un equipo interdisciplinario de residentes, del cual adquirí valiosos aprendizajes a lo largo de mi práctica. Asimismo, me permitió formar parte de una intervención social y comunitaria de gran relevancia, orientada a visibilizar las problemáticas vinculadas a la salud mental.

VIII.1.8. EXPERIENCIAS

De esta manera transcurrieron los días en mi práctica, los días martes y jueves asistía a la guardia con los equipos correspondientes de esos días y mientras no había pacientes podía acompañar a otros profesionales en interconsultas o entrevistas del internado ya sea a pacientes o familiares, los días miércoles asistía al consultorio externo esperando entrevistas de admisión mientras leía acompañada de algunas residentes con quienes pude compartir muchos espacios y cada quince días se realizaban los encuentros del grupo de mujeres donde previamente nos reuníamos a organizar la temática de ese día, y por último los días viernes asistía a las capacitaciones del servicio. A mediados de octubre ya tenía organizada una rutina que cumplía cada semana, sin embargo en el último tiempo ya llegando al final de mi práctica llegó un paciente que cambiaría toda mi experiencia al cual llamaremos Juan para preservar su identidad.

En una jornada en la guardia, similar a cualquier otra, ingresó un joven acompañado por su hermana, quienes relataron un intento de suicidio por ahorcamiento. Según la información recopilada durante la entrevista, el paciente (Juan) había presentado intentos previos de suicidio mediante distintos métodos. Además, refirió un consumo problemático de cocaína desde hace aproximadamente diez años y antecedentes de tratamiento en una comunidad terapéutica de otra provincia, de la cual se retiró tras dos semanas de internación. Considerando estos antecedentes y otros factores clínicos, se decidió su ingreso a la unidad de internación para un abordaje integral. Durante su estadía, Juan recibió visitas de sus hermanas, sus padres y su pareja, logrando además establecer vínculos con otros pacientes y participar en interacciones sociales dentro del servicio. En las primeras entrevistas, persistían sentimientos de tristeza y soledad, manifestados a través de un llanto recurrente. Sin embargo, un punto clave en su proceso terapéutico ocurrió cuando, por primera vez, pudo verbalizar un episodio de abuso sexual ocurrido diez años atrás, lo que constituyó un hito significativo en su tratamiento ya que se pudo observar una posible relación entre el comienzo del consumo de Juan con el abuso que sufrió. Con el transcurso de los días, el paciente comenzó a evidenciar una leve mejoría en la expresión emocional y una mayor disposición al diálogo. Incluso, manifestó su intención de continuar tratamiento en una comunidad terapéutica, lo que indicó un avance en su proceso de recuperación. Al momento del alta, Juan pudo relatar su experiencia en la internación y expresar que percibía una mejoría en su estado. Sin embargo, un aspecto relevante fue que mencionó no

recordar con claridad sus episodios de llanto ni su labilidad emocional. Este caso resultó especialmente enriquecedor para mi formación, ya que me permitió presenciar el proceso terapéutico de Juan en su totalidad, desde la primera entrevista en la guardia hasta su alta del internado. Asimismo, tuve la oportunidad de participar activamente en las entrevistas dentro del servicio de internación, lo que me brindó una comprensión más profunda sobre la evolución clínica y el impacto de la intervención interdisciplinaria en la salud mental del paciente. Uno de los principales aprendizajes fue la relevancia del vínculo entre paciente y equipo terapéutico, el cual favoreció la confianza y permitió generar un espacio seguro para que Juan pudiera poner en palabras las experiencias traumáticas que había vivido. Del mismo modo, el vínculo con sus pares en internación resultó fundamental, ya que le permitió transitar su proceso de manera más contenida, creando lazos y participando en una dinámica grupal basada en el sentido de pertenencia. Un aspecto que me resultó significativo fue observar la apoyatura entre los internados, ya que un compañero de Juan tenía previsto continuar su tratamiento en una comunidad terapéutica, lo que influyó en que él tomara la misma decisión. Otro aspecto fundamental que destaco es la importancia de la reconexión con el entorno familiar. Juan recibía visitas diarias de sus familiares, quienes le brindaban un sostén constante. En las entrevistas, pudo mencionar que este acompañamiento favoreció una mejoría en su vínculo con sus padres, con quienes anteriormente tenía escasa comunicación. Asimismo, pude observar el abordaje clínico de las adicciones, comprendiendo que no se trata de un proceso lineal y que la adherencia al tratamiento farmacológico requiere tiempo. Del mismo modo, enfatizó la importancia del trabajo profesional en garantizar la continuidad del tratamiento una vez finalizada la internación. Esta experiencia me permitió reflexionar sobre la complejidad del proceso de internación y el trabajo interdisciplinario que implica, así como sobre el impacto que los eventos traumáticos tienen en la vida de las personas y la importancia de abordarlos de manera integral. En conclusión, el caso de Juan ha enriquecido mi mirada profesional y ha tenido un impacto significativo en mi formación, aportando conocimientos que, entrelazados con la experiencia práctica, han fortalecido mi aprendizaje. Si bien cada paciente me ha dejado enseñanzas valiosas, Juan dejó una marca especialmente significativa en mi recorrido por el hospital, reafirmando así mi interés en la práctica en salud mental.

VIII.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Este apartado presenta el análisis de la experiencia obtenida en el transcurso de las prácticas profesionales supervisadas relacionando los contenidos teóricos desarrollados anteriormente con viñetas seleccionadas a partir de los registros de campo obtenidos durante el periodo de mayo a noviembre del año 2024 en la guardia interdisciplinaria de salud mental del Hospital Misericordia.

Las viñetas seleccionadas han sido creadas a partir de los registros observacionales obtenidos y se adhieren a los principios éticos postulados en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba con respecto a la confidencialidad de la información personal por lo que los datos personales han sido modificados por razones de privacidad.

VIII.2.1. ¿QUÉ URGE CUANDO TODO SE ROMPE?: UN ABORDAJE PSICOANALÍTICO DE LA URGENCIA SUBJETIVA.

En un primer momento, resulta necesario determinar a qué nos referimos cuando hablamos de urgencia subjetiva. La urgencia subjetiva refiere un derrumbe del mundo simbólico, de manera que aquellas formas de resolución que antes eran efectivas, dejan de serlo (Manolios et al, 2024). Cuando esto sucede, la angustia se vuelve abrumadora e incontrolable. Sotelo (2011) menciona que “quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que el padecimiento requiere atención inmediata, imprimiéndole desde el psicoanálisis el estatuto de subjetiva en tanto compromete al sujeto, quien tendría una percepción íntima de ese sufrimiento” (p.735). Es por ello que se habla de urgencia subjetiva, en tanto es vivido de una experiencia singular propia de cada paciente, aunque la idea central es el sentimiento de “no poder más”.

El autor Gallo (2021) destaca que:

La urgencia es definida como un estado que se presenta en el sujeto bajo la forma de un real sin ley que desborda sus posibilidades de respuesta, razón por la cual a veces, antes de un pasaje al acto letal, se lanza un grito, un SOS a Otro, cuyo lugar puede ser ocupado por diversas instancias (p.147).

Ante esto, considero importante determinar la localización de la urgencia y realizar las siguientes preguntas: ¿De quién es la urgencia? ¿Cómo se presenta? ¿Qué es lo que “urge”? y ¿Que causa esta ruptura en el sujeto?

VIII.2.1.1 CASO AGUSTINA

Agustina es una adolescente de 16 años quien ingresa a la guardia acompañada por su madre por una ingesta de veinte comprimidos de lorazepam una semana atrás. Su madre refiere que Agustina fue llevada a una guardia de otro hospital cuando esto sucedió y que allí estuvo internada hasta el día del alta donde el equipo médico tratante indicó continuar tratamiento psicológico y psiquiátrico.

El equipo de guardia decide entrevistar a Agustina individualmente e indaga en que sucedió en ese momento. La paciente manifiesta conflictos diarios con su familia por su hermano con diagnóstico de CIE-10 F84 (trastorno del espectro autista), ella menciona “*Estoy cansada. Todo el día escuchar gritos y violencia, mi hermano es mucho para nosotros, nos golpea, nos insulta*”. Agustina irrumpió en llanto en ese momento, demostrando un estado emocional lábil y desbordado. La psicóloga del equipo realiza contención verbal y le pregunta a Agustina sobre antecedentes de tratamiento psicológico “*¿Tenes un espacio para vos? No debe ser fácil tener un hermano con esas características*” reconociendo el padecimiento subjetivo que le genera a Agustina su contexto familiar. La paciente responde que nunca hizo tratamiento por lo que desde el equipo se le destaca la importancia de un espacio propio donde

pueda ser escuchada y pueda hablar libremente de este sufrimiento. Agustina menciona que no es la primera vez que sucede algo así y exclama “*Hace dos años, creo, tome pastillas para dormir; creo que melatonina pero nadie se enteró, solo dormí unas horas*” y menciona nuevamente “*Estoy cansada de estar en mi casa*”. El equipo indaga sobre las redes de contención de la paciente, sus vínculos y se le pregunta “*¿Tenes amigas o lugares a donde puedas ir cuando te sientas así?*” Agustina refiere que tiene compañeras del colegio pero una sola de sus amigas sabe lo que le pasa y que con ella puede hablar, sin embargo destaca que necesita a “*alguien que me diga que no me mate*” y menciona “*No quiero vivir más*”. Ante esto, la psicóloga interviene preguntando “*¿No quieres vivir más o no quieres vivir así?*” Frente a esta intervención, Agustina se queda en silencio angustiada, mira el suelo y llora luego menciona “*No quiero vivir así*”. Se le indica comenzar tratamiento psicológico y se le explica “*Es importante que puedas comenzar a hablar vos, porque te guardaste mucho tiempo esto y cuando no hablamos las cosas pasan por otro lado*”. Agustina asiente. El equipo le pregunta si persisten las ideas de muerte y la paciente no responde, se queda en silencio angustiada. Se le consulta si estaría de acuerdo con quedarse internada “*¿Te gustaría quedarte acá?*” ella realiza un gesto con sus hombros y menciona estar mareada todavía.

Se decide entrevistar a su madre, Alicia, como estrategia terapéutica. La misma refiere estar viviendo una situación “*muy fea como familia*” y manifiesta que su hijo Joaquin es diez meses más chico que Agustina y que en los últimos años su situación se ha agravado. Refiere haber revisado el celular de Agustina y que encontró mensajes de pedido de ayuda y notas de querer morir. Alicia se encuentra muy angustiada por la situación, manifiesta que la medicación de su hijo no está funcionando y que su marido no ayuda en su casa, otro motivo por el cual discuten seguido. Se interviene mencionando que “*Esto que le pasa a Joaquin afecta al resto de la familia y sobre todo a Agustina, no es la primera vez que ella toma un psicofármaco*”. Alicia se encuentra desbordada, y llorando menciona que “*yo también tengo ideas de muerte pero sobre Joaquin y siento mucha culpa*” también que “*El día que Agustina tomó las pastillas, yo la rete antes porque a veces estoy muy colapsada y peleamos pero no pensé que ella se podía sentir así, pienso que fue mi culpa*”.

Se realiza una valoración con el equipo interdisciplinario y se plantea que lo mejor para Agustina sería una internación voluntaria como recurso terapéutico. Se le informa a los padres de Agustina ya que es menor y algún familiar deberá acompañarla en el internado las 24 horas. La paciente da el consentimiento con la indicación del equipo y se prosigue con la internación.

VIII.2.1.1.1 “NO QUIERO VIVIR ASÍ”

La urgencia subjetiva se presenta como un encuentro con lo Real, una irrupción que revela la ruptura de los recursos simbólicos disponibles. En el caso de Agustina, el padecimiento que experimenta excede las posibilidades de simbolización propias de la adolescencia. Es decir, el sufrimiento que atraviesa desborda sus capacidades para transmitirlo mediante palabras o pensamientos, lo que imposibilita otorgarle un sentido. La paciente se encuentra confrontada con un exceso, una vivencia angustiante que irrumpe desde el registro de lo Real, donde la simbolización fracasa y no encuentra lugar de alojamiento. Esto se traduce en manifestaciones clínicas propias de la urgencia subjetiva, tales como el llanto y la angustia, expresiones que se sitúan más próximas al acto que a la palabra. En este marco, Agustina lleva a cabo la acción de ingerir psicofármacos.

Por lo tanto, la urgencia que se presenta en Agustina no es exclusivamente médica, vinculada a la intoxicación por psicofármacos, sino también subjetiva, asociada a su padecimiento psíquico. Desde esta perspectiva, puede leerse su accionar como un acting out, un mensaje dirigido a un Otro. Salome (2010) sostiene que:

El acting siempre ubica un Otro hacia el cual se dirige; el acting muestra y de-muestra por vía de la acción lo que muchas veces no adviene a la conciencia en términos de representación-palabra. Esto quiere decir que se trata de una mostración que no entra en el terreno del decir, y que por eso se circunscribe al espacio de la acción; sin embargo la repetición en acto puede presentarse en la clínica de modos diversos (p.3).

Como señala Gallo (2021) “La urgencia tiene por característica poner en escena lo que para el sujeto que habla es insoportable” (p.133), En este caso, lo insoportable para Agustina es la modalidad en la que está viviendo. Su accionar puede interpretarse como un acting out en tanto constituye una puesta en escena dirigida a un Otro, un mensaje que requiere ser leído e interpretado.

A diferencia del pasaje al acto, y según la teoría lacaniana, en el acting out existe una demanda encubierta de sentido y reconocimiento. Esto se evidencia en los enunciados de la

paciente como: “*alguien que me diga que no me mate*” y “*no quiero vivir así*”. En este punto, resulta claro que Agustina no desea morir, sino interrumpir la forma en que está viviendo y ser vista en su padecimiento. Su imposibilidad de simbolizar el sufrimiento psíquico la conduce a escenificarlo: aquello que no puede ser dicho, se actúa.

Fernández (2005, como se citó en Gallo, 2021) plantea que “la urgencia subjetiva se puede entender como un punto límite donde el sujeto siente que no puede escapar, que está en riesgo, que apela y convoca a otro, que llama a una intervención” (p.169). En respuesta a esta apelación, el equipo de guardia interviene presentándose como ese Otro que aloja el sufrimiento. En el dispositivo de guardia, ubicado en un hospital general, las intervenciones desde salud mental no se orientan exclusivamente a aliviar de forma inmediata el síntoma, como en la medicina tradicional, sino a posibilitar la simbolización del padecimiento. En este caso, la emergencia médica ya había sido resuelta en otra institución; por ello, la intervención se centra en abrir un espacio para la palabra.

Desde una lógica psicoanalítica, las intervenciones deben orientarse a alojar el sufrimiento singular de Agustina. En un primer momento, es necesario localizar la urgencia. Sotelo (2007) menciona que “Se tratara de ubicar en punto de basta, como punto de ruptura que pone en cuestión el lazo con los otros, la relación con quienes lo rodean (...) pero también con su propio cuerpo, con su propia capacidad para resolver situaciones” (p.27). Por ello, la intervención inicial de la psicóloga de guardia consistió en ubicar esta ruptura y esclarecer qué había sucedido para que Agustina tomara esa decisión. Las intervenciones del equipo buscaron contener el padecimiento, alojar su angustia y sostener una escucha activa. Ochoa de la Maza et al. (2018) afirman “nuestra intervención estará orientada a hacer de la urgencia una urgencia subjetiva, del hecho un acontecimiento” (p.554). Es decir, se procura que el sujeto pueda apropiarse de lo que le ocurre, nombrarlo y simbolizarlo, generando así un acontecimiento subjetivo.

Como se mencionó, no se trata de resolver de inmediato el malestar, sino de crear condiciones para que emerja la palabra, habilitando un tiempo de pausa subjetivante. Estas intervenciones pueden pensarse a la luz de los tiempos lógicos propuestos por Lacan. El instante de ver se ubica en la llegada de Agustina a la guardia, cuando expresa: “*Estoy cansada*”, lo que permite ubicar el malestar como un evento disruptivo. El tiempo para comprender comienza cuando la paciente intenta encontrar sentido a lo que le ocurre. En ese punto, la psicóloga realiza

un corte con la pregunta: “¿No querés vivir más o no querés vivir así?”, lo cual habilita la posibilidad de poner en palabras su experiencia. Coronel (2009) afirma que:

Al darle lugar a la palabra, surge lo nuevo; el analista en la admisión se propone como un Otro que aloja, presta significaciones al sujeto para que pueda armar algún sentido que lo oriente en la construcción de una pregunta por la causa de lo que le ocurre” (p.83).

Finalmente, el momento de concluir, que se desprende del tiempo para comprender, se produce cuando Agustina acepta la internación voluntaria. Sotelo (2007) menciona que “intentaremos que la conclusión no quede ligada al bien saber del profesional o a recomendaciones morales para la vida de ese sujeto, sino que posibilite el camino hacia el bien decir acerca del sufrimiento” (p.34) sino en la decisión de Agustina de acordar la internación. Estos tiempos, no se dan de forma cronológica debido a que “atender la urgencia no es calmar rápidamente el síntoma, sino crear ese tiempo intermedio en el que ya no hay apuro por actuar, y es posible pensar y simbolizar” (Pose, 2021, p.32).

El equipo interdisciplinario de salud mental decide indicar la internación, considerando la persistencia de ideas de muerte, el antecedente de un acto previo, el elevado monto de angustia, la precariedad de las redes vinculares y un entorno familiar desbordado. La internación se propone como un recurso terapéutico que brinda una pausa y posibilita una reconfiguración simbólica. En palabras de Sotelo “se trata de un recurso imprescindible cuando los lazos sociales y familiares se han quebrado o deteriorado en tanto permite al analista trabajar para lograr un armado posible que posibilite reestablecer al sujeto los lazos con el exterior” (p.237). La decisión se enmarca también en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, resguardando el derecho a la salud mental y a la integridad subjetiva de la adolescente.

El contexto familiar aparece como una fuente significativa del sufrimiento psíquico. Agustina refiere: “*Estoy cansada. Todo el día escuchar gritos y violencia, mi hermano es mucho para nosotros, nos golpea, nos insulta*”, lo que evidencia la ausencia de recursos para sostenerse y la presencia de una demanda dirigida a un Otro que pueda contenerla: “*alguien que me diga que no me mate*”. En este punto, se ubica otra intervención posible desde el psicoanálisis: “el analista se ofrece para que el paciente ponga a decir su sufrimiento, para que intente ponerle sentido a eso que se presenta como sin sentido” (Sotelo, 2015, p.142). Se ofrece el cuerpo, la presencia y la escucha como Otro. La intervención “*¿Tenés un espacio para vos? No debe ser fácil tener un hermano con esas características*” funciona como una validación de un

sufrimiento que, para Agustina, hasta entonces era imposible de nombrar, y desplaza el foco hacia su deseo singular.

Holgado y Pipkin (2013) refieren que “la vivencia de desamparo es una amenaza que está en el origen de la vida del ser humano y que el lenguaje viene a aplacar” (p.78), pero ¿qué sucede cuando no es posible poner en palabras este sentimiento de desamparo?. En el caso de Agustina, la imposibilidad de simbolizar el sufrimiento la lleva a intentar resolverlo mediante la ingesta de psicofármacos. Gallo (2021) destaca que “el suicidio es, entonces, el acto de ruptura por excelencia con el Otro simbólico que sirve de soporte al lazo social” (p.22). Es posible observar en este caso que la intención de este acto no responde a un deseo de morir, sino que se presenta como un acting out: una forma de detener el sufrimiento, un grito que busca ser escuchado. Alojar a esta paciente y dar lugar a su palabra permite contener su padecimiento y comenzar un proceso de subjetivación.

En conclusión, el caso de Agustina ejemplifica una urgencia subjetiva en tanto se manifiesta como un sufrimiento psíquico que desborda sus recursos simbólicos y se expresa a través del acto. Su accionar se presenta como un llamado al Otro, una demanda encubierta de sentido y reconocimiento frente a una situación vital vivida como insoportable. El dispositivo clínico, desde una perspectiva psicoanalítica, ofrece un espacio donde ese sufrimiento puede ser alojado, escuchado y eventualmente simbolizado, transformando el acto en palabra y el hecho en acontecimiento.

VIII.2.1.2 CASO YANINA

Yanina de 25 años de edad, ingresa al servicio de guardia traída por personal policial. Los oficiales refieren que recibieron un llamado que alertaba sobre su Yanina en la vía pública, donde se encontraba sentada en la vereda intentando autolesionarse con una botella de vidrio.

La paciente presenta excitación psicomotriz, caracterizada por labilidad emocional, elevado monto de angustia, irritabilidad, entre otros.

En la sala de espera para ser atendida, Yanina se encontraba en situación de crisis presentando llanto descontrolado mientras gritaba “*No me quise matar, yo solo quiero a Braian*”.

Al momento de realizar la entrevista, Yanina tenía un discurso desorganizado y actitud ambivalente. El equipo de guardia interviniente le pregunta qué es lo que sucedió para que ella se encuentre así, la paciente refiere “*estoy sola, no tengo a nadie*”. Manifiesta que hace una semana su pareja se encuentra presa por una situación de violencia hacia un tercero. Yanina menciona que “*un hombre me quiso tocar y Braian solo me defendió, después vino la policía y se lo llevó, pero él no hizo nada malo, me estaba defendiendo*” mientras llora y vuelve a gritar “*Necesito estar con Braian, necesito verlo por favor*”.

El equipo de guardia le pregunta si consumió algo antes de llegar al hospital y la paciente refiere que consume cocaína diariamente y que esa mañana tomó dos blister de clonazepam. Se le consulta si ha dormido en estos días y ella responde que hace cinco días que no duerme. La paciente se muestra insistente por poder ver a su pareja y desbordada por la situación. La psiquiatra del equipo indica haloperidol, levomepromazina y lorazepam para estabilizar a Yanina, por lo cual se recurre a enfermería y sujetan a la paciente para realizarle un inyectable.

Cuando la paciente ya se encuentra contenida emocionalmente se vuelve a entrevistar. Se le pregunta por su familia o amigos y Yanina refiere que conoció a su pareja hace dos meses y que desde allí están juntos. Actualmente está viviendo con la familia de él, sin embargo desde que lo privaron de su libertad ella no ha vuelto allí. Anteriormente, estaba en situación de calle. Manifiesta que no tiene familia y menciona “*Braian es lo único en mi vida, nosotros queríamos formar una familia y ahora ya no está*”. Refiere que su madre falleció y su padrastro la echó de su casa cuando ella era joven, y que en 2022 perdió un embarazo, manifiesta tener dos hijos que ha dado en adopción. Se puede observar sentimientos de tristeza y soledad. Nuevamente Yanina se desestabiliza y como estrategia terapéutica el equipo interdisciplinario decide internarla.

VIII.2.1.2.1 “ESTOY SOLA, NO TENGO A NADIE”

La forma en la que se presenta Yanina indica una ruptura subjetiva. El intento de autolesión, el llanto desmedido y la conducta que presenta refieren manifestaciones sin palabras que demuestran un exceso no elaborado. La urgencia se encuentra localizada en el sujeto mismo, quien se encuentra desbordado emocionalmente, a su vez da cuenta de una ruptura del lazo social. “Estos eventos clínicos pertenecen primordialmente al orden del acto, provocados por intensos niveles de angustia que sobrepasan al individuo” (Simeone, 2024, p.63).

Respecto al accionar de Yanina, quien es encontrada en la vía pública con una botella de vidrio intentando autolesionarse en un estado de gran desorganización emocional, puede ser comprendido desde la clínica psicoanalítica como un pasaje al acto, es decir, una modalidad de respuesta frente a una angustia insoportable, en la que el sujeto queda fuera de toda posibilidad de simbolización. El pasaje al acto, según refiere Lacan (1963) implica una salida de la escena, el sujeto demuestra una caída fuera del discurso, fuera del campo simbólico. A diferencia del acting out, el pasaje al acto no es una demostración a un Otro, es un “dejarse caer” de la escena. No es posible demostrar en este caso una escena dirigida a un Otro, si una caída fuera de toda simbolización, donde el cuerpo aparece como soporte del dolor. El acto cometido por la paciente se impone como una imposibilidad del decir ante lo Real que aparece, como una respuesta abrupta ante la pérdida del Otro amoroso, como acto fallido de simbolización. Esto nos invita a pensar en las dificultades que atraviesa el sujeto cuando no logra construir una ficción que le permita ubicarse subjetivamente y asumir ciertos roles en su vida. Ante esta imposibilidad, el sujeto queda expulsado del orden fantasmático y confrontado con lo real, respondiendo de la única manera que encuentra posible: a través del pasaje al acto (Simeone, 2024).

La pérdida de Yanina a raíz de la privación de la libertad de su pareja, reactualiza el historial de la paciente en cuanto al abandono y desamparo. Sotelo (2015) afirma que “Se establece un nudo fundamental entre la urgencia subjetiva y el psicoanálisis con las dos dimensiones del trauma: el trauma estructural (constituyente) y el trauma como acontecimiento imprevisto que introduce lo inasimilable a través del encuentro con una contingencia” (p.252).

Podría pensarse en el caso de Yanina que el trauma relacionado al acontecimiento imprevisto es la pérdida de Braian, su único vínculo y sostén, como relata en la entrevista “*estoy sola, no tengo a nadie*”. Benyakar (2016) destaca que la palabra disruptivo significa destrozarse, por lo que será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo así como lo es un acontecimiento imprevisto como lo fue la situación que vivenció Yanina. Ubicamos a la pareja de la paciente como anclaje psíquico ante el historial de exclusión y desamparo de Yanina, que refieren al trauma estructural de la misma en cuanto ha relatado antecedentes de abandono y experiencias traumáticas. Ante esto es posible realizar la lectura de que la privación de la libertad de Braian reactualiza el trauma que genera un exceso no elaborado, un padecimiento no ligado que da lugar a la urgencia subjetiva manifestada a través de un pasaje al acto utilizando al cuerpo como descarga de la angustia. Briole (2000) diferencia el término acontecimiento del hecho, expone que el último define lo que realmente existió, de lo real y no de la experiencia y menciona que el acontecimiento es inesperado, es efecto sorpresa y lo que lo hace traumático es la dimensión singular que tiene el sujeto en un momento dado de su historia. En el caso, podemos hipotetizar que el hecho fue la situación que relata la paciente de cuando Braian es llevado por la policía, y el acontecimiento es la vivencia subjetiva y el sufrimiento que esto conlleva de nuevamente quedar sola, sin nadie en su vida.

En el marco de la clínica de la urgencia, el consumo que la paciente manifiesta, tanto de cocaína como de psicofármacos, debe ser indagado no solo como una conducta de riesgo, sino en función de la lógica que lo sostiene, es decir, desde la función subjetiva que cumple dicho consumo como respuesta frente a un exceso de angustia imposible de ser tramitada por la vía simbólica. “El tóxico y la urgencia se entran y toman en la época una dimensión que es necesario leer cuidadosamente” (Sotelo, 2015, p.48). El consumo de Yanina aparece como respuesta a un estado de angustia externa, como lo fue el quedarse sola y como pueden haber sido las situaciones que relata cómo la muerte de su madre, quedar en la calle por su padrastro quien la echó de su casa, la pérdida de un hijo, entre otros. Se podría pensar que la paciente utiliza el consumo como vía de descarga y contención, como anestesia para su sufrimiento psíquico, dejando a su cuerpo como la única forma en la que puede expresar su malestar.

De igual manera, el consumo de Yanina se encuentra entramado por la época. Alcuaz y Rodríguez Evans (2014) afirman que:

La época actual ha sido caracterizada como una época de consumo generalizado y de fragilidad de los lazos sociales. La ausencia de referencias simbólicas, el fracaso de los

significantes amo y la caída de los ideales, que en algún momento dieron sentido y amparo a la existencia de los individuos, han tenido efectos y consecuencias en las subjetividades (p. 23).

El modo de presentación del sufrimiento psíquico de Yanina está ubicado del lado del exceso y del vacío. Se presenta como un sujeto sin anclaje, refugiado a veces en identificaciones sólidas, padeciendo los efectos de vacío o sin sentido de la vida misma, empujados de cierta manera al consumo compulsivo (Alcuaz y Rodríguez Evans, 2014). Este caso refleja el malestar de la época, sin ley, sin red, sin límites y sin Otro. La paciente no refiere familia, amistades ni instituciones que la hayan alojado anteriormente, está atravesada por múltiples formas de exclusión como abandono, pérdidas afectivas y marginación social. No solo refleja la urgencia subjetiva de su padecimiento, sino un síntoma social. Aquí es donde lo subjetivo y lo colectivo se entrelazan, y cómo muchas veces el acto desesperado no solo habla del sujeto, sino también de un mundo que lo ha dejado sin palabras, sin refugio y sin escucha.

En este punto, resulta interesante destacar las intervenciones del equipo como institución ante un caso tan complejo. Simeone (2024) menciona que “La intervención analítica facilita que la persona pueda poner en palabras y preguntarse sobre lo que le causa angustia, y, si es posible, sobre lo que identifica como urgente” (p.62). La primera intervención del equipo de guardia es preguntar qué le sucedió a Yanina, sin embargo la paciente presentaba excitación psicomotriz y no era posible entablar una conversación, solamente solicitaba ver a su pareja. En este caso se puede observar el trabajo de la guardia interdisciplinaria, de manera complementaria. En la clínica de la urgencia se busca instaurar una pausa de tiempos lógicos, conocido como el tiempo de comprender donde se busca que el sujeto mediante una espera logre simbolizar lo sucedido y poner en palabras lo que antes era imposible de soportar, no obstante para los psicólogos del equipo era imposible instaurar esta pausa en Yanina, quien se encontraba desbordada, es aquí cuando la psiquiatra del equipo decide indicar haloperidol, levomepromazina y lorazepam, dos psicofármacos antipsicóticos y uno perteneciente al grupo de las benzodiazepinas para lograr estabilizar a Yanina. Una vez colocada la medicación, se abre lugar a lo subjetivo y el relato del sufrimiento de la joven, donde puede poner en palabras la manera en la que conoció a su pareja, por que es tan importante para ella y hablar sobre su traumática historia. Desde la psicología se aloja el malestar, se realiza contención y se posiciona como sostén para Yanina, dando lugar a que la palabra pueda advenir. En una valoración conjunta, se decide internar a la paciente como estrategia terapéutica, evaluando el riesgo

inminente para sí y para terceros. La internación como recurso no solo tiene el fin de evitar riesgos, también se toma en cuenta para una pausa a Yanina, quien lleva días sin dormir y consumo diario, apunta a restituir un lugar para él decir, que pueda ser simbolizado, de igual manera se evalúa el contexto de Yanina que no ofrece condiciones mínimas de sostén psíquico.

El caso de Yanina permite visibilizar cómo la urgencia subjetiva puede irrumpir como expresión de un sufrimiento no simbolizado, donde el cuerpo se convierte en escenario de aquello que no encuentra palabras. El pasaje al acto, en tanto respuesta abrupta ante lo insoportable, refleja una caída fuera del lazo simbólico, una ruptura que no solo implica al sujeto, sino también a un entorno que ha fallado en su función de sostén. La clínica de la urgencia, lejos de reducirse a un protocolo médico, se revela como un dispositivo ético que habilita la escucha del sujeto en su singularidad, reconociendo la dimensión subjetiva del acto y su inscripción en un contexto histórico, social y afectivo.

En este sentido, la intervención articulada entre psicólogos y psiquiatras cobra un valor esencial. La complementariedad de sus intervenciones, la escucha subjetivante y el recurso psicofarmacológico como modo de instaurar una pausa, permite alojar el padecimiento sin aplastarlo con un saber totalizante. La indicación de internación, entonces, no es solo una medida de protección, sino una apuesta clínica: ofrecer a Yanina un tiempo y un espacio donde su malestar pueda comenzar a ser tramitado por la vía de la palabra.

Asimismo, su relato evidencia cómo los efectos del lazo social fragmentado y la precariedad subjetiva propia de nuestra época inciden en la configuración de los síntomas. La ausencia de red, de Ley, el consumo como anestesia, y la pérdida del Otro amoroso como anclaje psíquico, configuran una escena que exige ser leída no solo desde lo individual, sino también desde lo colectivo. En este entrecruzamiento entre lo singular y lo social, la clínica de la urgencia se presenta como una oportunidad ética de intervención: no para normalizar al sujeto, sino para restituirle un lugar posible desde donde decir y ser alojado.

VIII.2.1.3. CASO AZUL

Azul es una joven de 21 años quien ingresa en la guardia acompañada por su madre. Refieren intoxicación con psicofármacos, valcote y quetiapina. Manifiesta diagnóstico según el CIE-10 F60.31 (Trastorno límite de la personalidad), F50 (anorexia nerviosa) y F33 (Trastorno depresivo mayor).

Al momento de la entrevista, Azul manifiesta estar allí para internarse ya que tiene ideas de muerte. La psicóloga del equipo le consulta como esta y la paciente responde “*De ánimos, mal*”. Azul refiere que cuando era niña sufrió abuso por parte de su hermanastro y menciona “*Siento mucha tristeza, asco por mi cuerpo y sobre todo por los hombres*”. Manifiesta que años atrás sufrió un abuso por parte de un amigo de la facultad cuando ella “*estaba en pedo en una juntada*” por lo que dejó la carrera, y mencionó que el año pasado el propietario de la casa donde Azul alquilaba con su ex pareja “*me tocó por encima de la ropa, sin mi consentimiento*”. Refiere que actualmente vive con su madre, menciona que sus padres están separados y que sus padres están separados, destaca que es hija única por parte de su madre. Refiere que ha vivido con sus abuelos pero que tuvo que dejar la casa con el motivo de que “*Ahí vive mi tía, y ella es bipolar, me tenía celos y tuve que mudarme para que no me haga nada*”.

La paciente refiere antecedentes de policonsumo (marihuana, cocaína, lcd, pastillas) desde 2015 y menciona “*Soy rápida para las drogas*”. Actualmente, refiere solo consumir “*porro todos los días*” y que consume cuando sale con los amigos y “*mezcla todo*”. Como intervención se le pregunta sobre sus amigos y si consumen con ella, qué sucede con sus amigos cuando ella consume, Azul menciona “*ellos no se enteran, no me prestan atención*”. Menciona que estuvo internada siete veces entre 2021 y 2024 en una clínica pero que ya no le cubre la obra social allí. Se le consulta de donde había conseguido los psicofármacos que tomó antes de ir a la guardia y ella responde que le quedaron de cuanto vivía sola y administraba su medicación, que había reservado algunos por las dudas, ya que ahora su madre los tiene en su habitación con llave. La intervención de la psicóloga fue “*¿Realmente quieres salir de esto Azul?*” la paciente refiere que si.

Cuando se le pregunta por su malestar actual refiere que su madre, con quien vive, se va a ir a vivir a España en unos meses, refiere que anoche tuvo una discusión con su novia y que está preocupada por su padre, quien tiene problemas del corazón y no se cuida. Se le consulta por la relación con su madre menciona “*que me diga que se va a ir fue como un baldazo de agua fría*”. Sin embargo refiere no tener buena relación “*nos gritamos, ella me golpea y me maltrata, a mis 16 años la denuncié dos veces*”. Se le pide que pueda hablar un poco de sus redes y destaca que “*mi abuela es lo único por lo que sigo viva, por ella lucho*”, menciona que esta en pareja hace 4 meses, y que tiene bastantes amigas, menciona tres nombres. La paciente refiere que se quiere quedar internada.

Se decide entrevistar a su madre, la cual relata que Azul no hace nada, no trabaja ni estudia, menciona que ella quiere apoyarla pero que ella no ayuda en su casa y que debe trabajar. Manifiesta que no está en sus planes cercanos irse del país, que solo ha sido una idea para la cual debe ahorrar.

Al momento de valorar a la paciente de manera interdisciplinaria, se decide no internar, ya que tantas internaciones previas no favorecen al tratamiento. Se indica que Azul pueda comenzar tratamiento ambulatorio en el hospital y se le otorga un turno.

Una semana después, Azul acude al turno en los consultorios externos del Hospital. La paciente puede identificar que la relación con su madre ha mejorado a raíz de su última visita al hospital, que se encuentra mejor y que ha comenzado a trabajar con una amiga.

VIII.2.1.3. 1. “NO ME PRESTAN ATENCIÓN”

El caso presentado revela la urgencia subjetiva en cuanto demuestra una ruptura de recursos simbólicos del sujeto ante un exceso de lo real que le es imposible de tramitar. Es una manifestación del malestar subjetivo de Azul que llega con una demanda clara de “me quiero internar”. Al momento de localizar la urgencia, se indaga sobre qué sucedió para que ella

decidiera internarse y la paciente relata una serie de sucesos que la angustian, la pelea con su novia, la partida de su madre y la enfermedad de su padre. Se podría realizar la lectura de que el padecimiento que demuestra Azul se expresa a través de su acto, como lo es la ingesta de psicofármacos, y de la repetición sintomática.

Este acto cometido por Azul, no aparece como un intento de suicidio como pasaje al acto, sino que demuestra un acting out, un llamado hacia un Otro. No es posible simbolizar en un relato lo sucedido, por lo que decide dar un mensaje y demostrar un dolor psíquico insoportable. La irrupción de lo real demuestra que hay algo del orden de lo traumático que irrumpe sin mediación, algo que clama ser leído e interpretado.

En el relato de la paciente, identificamos un malestar no simbolizado en cuanto a los múltiples eventos que menciona de abuso sexual, acoso y violencia. Se podría hipotetizar una experiencia traumática no simbolizada, ya que ella menciona “*Siento mucha tristeza, asco por mi cuerpo y sobre todo por los hombres*” que retorna en síntomas corporales, angustia, consumo y actos autolesivos como los que manifiesta.

El sufrimiento psíquico que refiere Azul se vincula con una multiplicidad de factores, como el conflicto con su madre quien además planea mudarse de país, la preocupación por la salud de su padre, la pelea con su pareja la noche anterior y la precariedad de vínculos que podemos observar cuando menciona “*no me prestan atención*”. Se constituye un posible escenario de malestar subjetivo que no es posible poner en palabras o simbolizar ya que no hay un Otro que sostenga o aloje este sufrimiento. Miller y Laurent (2005, como se citó en Coronel, 2009) destacan que:

La inexistencia del Otro inaugura verdaderamente lo que llamamos la época lacaniana del psicoanálisis -que es la nuestra-, la época de los desengañados, la época de la errancia (...) Ciertamente, no se engañan -más o menos- con la existencia del Otro. Saben de manera explícita o implícita, ignorándolo, inconscientemente, que el Otro es solo un semblante (p.84).

La ausencia del Otro, no implica que Azul esté “sola”, no refiere simplemente a una persona o el entorno social, sino que se refiere al gran Otro postulado por Lacan. Alude al lugar simbólico desde donde proviene el reconocimiento, cuando la paciente manifiesta “*no me prestan atención*”. El Otro designa el lugar del significante, del discurso y del sentido que ordena la subjetividad, la ausencia del Otro entonces significa que carece de un lugar donde

pueda ser alojada, donde pueda subjetivizar el sufrimiento. En este caso, no hay un Otro que otorgue sentido, o escuché. La madre de la paciente, con la cual relata conflictos, se lee como un Otro fallido, incapaz de funcionar como sostén, su padre que no se encuentra muy presente en su vida tampoco es un Otro en el relato de Azul. Podríamos hipotetizar que la familia y los vínculos de la paciente se encuentran fragmentados, relata convivencias con amigas, familiares, pero no un hogar fijo, estable. Asimismo, las internaciones que manifiesta la paciente se puede leer como una búsqueda desesperada de un Otro que aloje, un Otro que otorgue sentido. Refiere estar en pareja, pero su reciente discusión ha desestabilizado a Azul, menciona que tiene amigos pero también destaca que “*ellos no se enteran*” haciendo referencia a que no se dan cuenta de ella, que no la registran. La única figura que aparece es la de su abuela cuando Azul menciona “*Ella es lo único por lo que sigo viva*” que puede llegar a cumplir el rol de un Otro cuando el resto está colapsado, pero que a su vez está impedido por la presencia de su tía quien tiene bipolaridad según relata Azul.

Ante este vacío simbólico, el acto se convierte en el único modo de expresión para Azul como forma de transitar el malestar. Es posible realizar la lectura de que el cuerpo, el consumo, las autolesiones y las solicitudes de internación son gritos sin palabras, desesperados por una respuesta que nunca llega. Las conductas de riesgo que refiere la paciente parten de este no reconocimiento por la falta del Otro, Bleichmar (1977 como se citó en Sardar, 2020) menciona “si algo duele, o si produce placer, entonces existe” en referencia a la ingesta de psicofármacos, cuando menciona “*Siento mucha tristeza, asco por mi cuerpo*”, el policonsumo compulsivo, como una forma de validar su existencia, sin un Otro.

La angustia aparece allí, donde no hay Otro, donde no es posible realizar una simbolización. Coronel (2009) se pregunta ¿Cómo entender “el Otro que no existe”? y responde que el desafío en la época será que el hospital funcione como garante, produciendo un alivio en quien consulta del sufrimiento al darle una inscripción que le permita implicarse como sujeto en su malestar.

La lógica de las intervenciones psicoanalíticas en este caso, será la de ofrecer una escucha que aloje el padecimiento en el campo del decir, abriendo así la posibilidad de un tratamiento que transforme el acto en palabra. No una internación que funcione de placebo para este malestar, sino una vía por medio de la palabra para que pueda simbolizar dicho sufrimiento. Se interviene para crear condiciones en las que Azul pueda alojar su malestar en la palabra, se le ofrece un espacio terapéutico propio con un Otro que escuche. Camaly (2009) menciona que

“En general (...) utilizamos los recursos sin la intención de una vuelta a la normalidad (...) Más bien, utilizamos los recursos para que eso que no anda, y que en general se inscribe en el cuerpo, pueda expresarse vía la palabra” (p.134).

En el marco del dispositivo de guardia, las intervenciones pueden ser leídas a raíz de los tiempos lógicos descritos anteriormente, donde se permite al sujeto salir del acto y abrir un tiempo para la simbolización. El instante de ver se sitúa en el momento que Azul ingresa a la guardia tras una intoxicación de psicofármacos, acompañado de un pedido específico de internación como una demanda urgente sin elaboración previa que aparece como ideas de muerte. En este instante de ver todavía no hay simbolización del padecimiento pero si nos encontramos con la angustia automática que menciona Lacan (1963) donde el yo está sobrepasado por una excitación que no puede tramitar. Es en el tiempo para comprender que se puede poner en palabras lo sucedido, dónde Azul comienza a relatar aspectos de su historia y ubicar que le ha sucedido. Puede ser leído como un intervalo clínico donde el sujeto comienza a historizar y poner en palabra el sufrimiento como posibilidad de subjetivación, en este momento la paciente relata los reiterados abusos, los conflictos vinculares, las internaciones previas, el consumo entre otros, irrumpiendo con la lógica del acto y de la urgencia de “no poder más”. Finalmente, el momento de concluir está marcado por la decisión del equipo de no acceder al pedido de Azul de internación, e indicar en su lugar tratamiento ambulatorio en el hospital para instaurar una lógica subjetivante, donde la paciente pueda acceder a un Otro de escucha y sostén. Este momento, no es solo del sujeto, sino del dispositivo de la institución que ofrece un tratamiento posible.

Otra de las intervenciones psicoanalíticas que se destaca en el abordaje del caso es la pregunta formulada por la psicóloga de “¿*Realmente quieres salir de esto?*”. Desde la perspectiva psicoanalítica opera como un punto clave, se ubica al sujeto frente a su padecimiento. Este interrogante no busca una respuesta de si o no, busca posicionar al sujeto en la interrogación de su deseo. El analista en la clínica de la urgencia no es un saber total, sino quien aloja el no saber, abriendo un espacio para que sea el sujeto quien tome la palabra. Se invita a Azul a situarse como sujeto deseante, para asumir una posición subjetiva frente a lo que le ocurre, no se responde de manera directa ni inmediata la demanda de querer internarse, en su lugar se le pregunta sobre su deseo. Lo que a simple vista parece una simple pregunta, para el psicoanálisis demuestra una operación para subjetiva el padecimiento. De esta manera, la palabra puede funcionar como operador de transformación cuando se orienta por el deseo del

sujeto, como una posibilidad para reordenar subjetivamente a Azul. Como destaca Sotelo (2009) “En tiempos de la medicalización generalizada el analista ofrece una eficacia terapéutica a través de una prescripción muy particular: se prescribe a sí mismo produciendo a través del lazo transferencial una satisfacción obtenida del analista objeto” (p.29). Es decir, ante la lógica de la respuesta rápido y el diagnóstico cerrado como los diagnósticos con los que Azul se presenta y se nombra, el analista se implica en el dispositivo, operando no desde el saber total sino desde el lugar vacío del objeto a, y alojando al sujeto para que pueda poner en palabras su sufrimiento.

Dichas intervenciones, se encuentran enmarcadas en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de manera subjetivante y ética. El artículo 20 destaca que la internación debe concebirse como recurso excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios (Ley 26.657, 2010). De esta manera, se evita una medida de encierro innecesaria, ya que la paciente relata internaciones previas sin beneficio alguno, se ofrece un tratamiento accesible y sostenible y se interpela al paciente como sujeto activo de su proceso, promoviendo la autonomía subjetiva de Azul como sujeto de derechos y protagonista de su cuidado. Asimismo, el acto clínico de no internar a la paciente reside en evitar cronificar la institucionalización.

Por otro lado, este caso no puede ser leído únicamente desde la singularidad clínica. Si bien la urgencia que presenta está manifestada debido a su relato e historia, el modo en que se encuentra revela una fragilidad del lazo social, enmarcado dentro de una época de narcisismo y goce desmedido. Revela el malestar contemporáneo, la urgencia generalizada en un contexto social precarizado, individualista y sin referencias simbólicas, sin Ley, sin un Otro. Es posible observar esto en la medicalización del sufrimiento, en como Azul ha vivenciado siete internaciones en menos de cuatro años, que no han logrado modificar la posición subjetiva de la paciente, ni trabajar sobre los traumas que revela, sin abrir un espacio real para la palabra y respondiendo a la urgencia desde el control y el protocolo. Asimismo, se destaca lo mencionado por Azul sobre “*Soy rápida para las drogas*” y un historial de consumo desde 2015, es decir que consume diversas sustancias desde sus 12 años. Refleja un contexto en el cual el consumo ocupa el lugar de la palabra, del vínculo. Burba y Prohens (2020) señalan que “La orfandad respecto de un padre no tiene que ver con la ausencia física” (p.95) por lo que señalamos en este caso los jóvenes de la actualidad sin figuras de referencia, sin sentidos ni instituciones

sólidas. Se enmarca el caso de Azul dentro del malestar de la época, de excesos y consumos problemáticos donde el acto reemplaza la palabra.

El caso de Azul permite visibilizar el modo en el que la urgencia subjetiva se manifiesta como síntoma del malestar contemporáneo. Su padecimiento puede ser leído en términos clínicos y como efecto de una estructura atravesada por el trauma, la ausencia de un Otro simbólico y la ausencia de vínculos fuertes. La paciente presenta reiterados consumos, reiteradas internaciones y reiterada angustia que se manifiesta en el cuerpo, como intentos de tramitar el sufrimiento que no ha encontrado escucha ni posibilidad de simbolización.

Finalmente, el análisis permite inscribir este caso en una dimensión más amplia, donde la urgencia aparece como un reflejo de época: jóvenes sin referencias simbólicas estables, sin Otro que ordene, sin lazo social que contenga. Azul encarna así no solo un dolor singular, sino también una forma de sufrimiento que interpela a las prácticas institucionales, al discurso social y a las formas de intervención en salud mental en la actualidad. Ante esto, el psicoanálisis ofrece una vía posible: una clínica que escuche, que no imponga respuestas, y que apueste a restaurar el deseo como operador de transformación.

IX. CONCLUSIONES

El presente Trabajo Integrador Final de la carrera de Licenciatura en Psicología permitió profundizar el análisis del rol del psicólogo clínico frente a la urgencia subjetiva, en el contexto del dispositivo de guardia interdisciplinaria en un hospital polivalente de la Ciudad de Córdoba. A partir de la experiencia de práctica profesional supervisada, y mediante el entrecruzamiento entre la teoría psicoanalítica y el análisis de viñetas clínicas, se pudo constatar que la urgencia subjetiva se manifiesta como un padecimiento singular que desborda los recursos simbólicos del sujeto. En este marco, el trabajo del psicólogo clínico se vuelve esencial para alojar el sufrimiento, propiciar la emergencia de la palabra y orientar las intervenciones hacia una lógica subjetivante.

En relación con las manifestaciones de la urgencia subjetiva, el análisis de los tres casos clínicos permitió demostrar que dicha urgencia irrumpe en los sujetos de manera desbordante, presentándose como una experiencia de sufrimiento psíquico que excede los recursos simbólicos disponibles. Esta irrupción, que compromete profundamente al sujeto, se configura como un momento en el cual el malestar no puede ser tramitado a través de la palabra ni de las vías habituales de simbolización, manifestándose, en cambio, a través del acto, del cuerpo o de conductas de riesgo. La urgencia subjetiva, de manera singular, se presenta en cada sujeto de manera diferente pero con la misma intensidad, por ello es que los tres casos presentados permiten observar la urgencia pero de diferentes maneras.

En cuanto a las demandas que se presentan en una guardia de salud mental interdisciplinaria en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba se ha profundizado sobre la relación de la época actual y la incidencia de la misma en los casos que llegan al dispositivo de urgencia. Se ha observado que además de un sufrimiento individual que responde a una lógica singular, reflejan un padecimiento de fenómenos más amplios de la subjetividad contemporánea, atravesados por la fragilidad de lazos sociales, el predominio del consumo como respuesta y la ausencia de contención simbólica. La época actual, caracterizada por la caída de los grandes ideales, el debilitamiento del Otro simbólico y el imperativo de satisfacción inmediata, imprime una marca en los modos de padecer y de demandar asistencia en salud mental. En los casos analizados, la demanda de intervención aparece frecuentemente articulada a un pedido desesperado de contención frente a situaciones de desamparo subjetivo, donde la urgencia se configura como un grito que busca un anclaje, más que como una demanda consciente de tratamiento.

Asimismo, se contempla que la guardia interdisciplinaria resulta fundamental para abordar de manera integral las urgencias subjetivas. En este sentido, la interdisciplina no se limita a una suma de disciplinas, sino que implica una verdadera colaboración ética y clínica, donde se sostiene la dimensión subjetiva del sufrimiento en un contexto institucional que, de otro modo, tendería a priorizar lo urgente sobre lo importante. La construcción de un dispositivo interdisciplinario en la guardia es, por tanto, una apuesta por una clínica más ética, respetuosa y humana, donde se complementan los saberes de los distintos profesionales.

Con respecto a las intervenciones específicas del psicólogo clínico, se evidenció la importancia de localizar la urgencia subjetiva, alojar la angustia y propiciar la historización del malestar, diferenciando intervenciones específicas del psicólogo clínico dentro del trabajo interdisciplinario. La escucha activa, el respeto por la singularidad y el ofrecimiento de un tiempo de comprender resultaron intervenciones centrales. La principal intervención del psicólogo es la de alojar al sujeto en situación de crisis y habilitar la palabra, posicionarse como un Otro simbólico y generar una pausa que permita subjetivar el malestar.

La urgencia subjetiva representa una situación de crisis y sufrimiento psíquico para el sujeto, como se han presentado los casos con elevado monto de angustia, desborde y desorganización que excede los recursos disponibles. En este escenario, la intervención del psicólogo clínico cobra una importancia central, no solo por su función de contención inmediata, sino fundamentalmente por su capacidad de ofrecer un espacio de escucha que habilite la emergencia de la palabra allí donde predomina el acto.

Desde la perspectiva psicoanalítica, a diferencia de una lógica médica tradicional o protocolizada, el psicólogo clínico se posiciona éticamente frente al sufrimiento, reconociendo en cada manifestación un llamado singular que requiere ser alojado y no simplemente suprimido. Se propicia una pausa ante la crisis y el desborde emocional y se ofrece una intervención que permite restituir la subjetividad del paciente.

Esta función adquiere particular relevancia dentro de una guardia en un hospital general, donde predominan abordajes médicos centrados en la estabilización inmediata de los síntomas. En ese contexto, la presencia del psicólogo introduce una perspectiva clínica diferente, orientada no sólo a garantizar la seguridad del paciente, sino a posibilitar una lectura subjetiva del padecimiento. El psicólogo actúa como un operador de escucha, como aquel que,

aún en medio de la urgencia, puede ofrecer un tiempo y un espacio que resista a la lógica de la inmediatez, habilitando al sujeto a reapropiarse de su sufrimiento y a reintegrarse al lazo social.

En el contexto de la guardia del Hospital Misericordia, un hospital público y polivalente, como institución de acceso universal, aloja un amplio abanico de sufrimientos que no siempre se corresponden con criterios diagnósticos claros o con demandas organizadas de tratamiento. Se convierte en un lugar donde se recibe no sólo el padecimiento individual, sino también las marcas de la desigualdad social, la exclusión y la violencia estructural.

En este sentido, el Hospital Misericordia no solo es un espacio de atención médica, sino también un escenario donde se evidencian los efectos subjetivos del malestar de época. El psicólogo clínico que interviene en este contexto debe reconocer que el sufrimiento alojado en la guardia no puede ser pensado únicamente en términos individuales, sino que exige una escucha que articule la singularidad del padecimiento con las condiciones materiales y simbólicas que lo sostienen. Además, en la lógica del hospital general, centrada prioritariamente en la resolución inmediata de síntomas físicos, el psicólogo clínico tiene el desafío de introducir una lógica diferente: resistir a la urgencia del "hacer por hacer" y abrir, incluso en el tiempo breve de una guardia, un espacio para la palabra y para el surgimiento de un sujeto.

Por último, alojar el sufrimiento en un hospital público general implica también una responsabilidad ética y política: reconocer el derecho a la salud mental como parte integral de la salud, y sostener prácticas que no reproduzcan lógicas de exclusión, patologización o medicalización indiscriminada del malestar. Por ello, resulta de suma importancia tener leyes como la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial N° 9848 que amparen y garanticen los derechos de toda la población, entendiendo a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley N° 26.657, 2010, art. 3). El hospital, entonces, deviene un lugar no solo de asistencia, sino también de reparación simbólica, donde se apuesta por restituir al sujeto su lugar en el lazo social.

El trabajo realizado, expone la importancia de las intervenciones de psicólogos/as clínicos ante la urgencia subjetiva como reflejo de la época actual, que incide en la cotidianidad de los sujetos. Se destaca la lectura psicoanalítica de síntomas subjetivos para alojar el sufrimiento y se pone en valor una lógica de tiempos donde predomina la pausa. Esta perspectiva no solo ofrece una respuesta clínica más ética y respetuosa, sino que también

apuesta a la restitución del lazo social y al fortalecimiento de la subjetividad en un contexto social que, cada vez más, tiende a fragmentarlos.

En lo personal, transitar la práctica profesional supervisada en el dispositivo de guardia de salud mental del Hospital Misericordia me permitió vivenciar de manera concreta la complejidad y la urgencia del padecimiento psíquico en la clínica cotidiana. Esta experiencia reforzó la importancia de sostener una posición ética de escucha activa, alojando el sufrimiento singular más allá de los imperativos de la inmediatez o de la mera estabilización sintomática. La práctica en el hospital público no solo implicó asistir clínicamente a los pacientes, sino también implicarme en una lectura crítica de las condiciones sociales que inciden en su sufrimiento, asumiendo un compromiso ético y político con una clínica que escuche, aloje y acompañe desde el respeto por el sujeto y su singularidad.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Alcuaz, C. & y Rodriguez Evans, A. (2014). Modos de presentación de la urgencia en tiempos de la toxicomanía generalizada. En *¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. 2as Jornadas de salud mental y adicciones / AA. VV.; edición a cargo de Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira; con prólogo de Edith Benedetti. - 1ra. ed. - Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Agamben, G. (2011). *¿Qué es un dispositivo?*. Sociológica (México), 26(73), 249-264.
- Belaga, G (s/f) *La urgencia generalizada*. Respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En Sotelo, I. ((2005). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires, JVE Editores.
- Bellón, Micaela (2016). *La angustia ante lo irreductible de lo real*. 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.
- Benyakar, M. (2016) *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. Compilado por Ramos, Taborda ; Madeira.. 1a ed . San Luis. Nueva Editorial Universitaria U.N.S.L., 2016. Libro digital, PDF.
- Bleger, J (1985) *Temas de psicología*. (Entrevista y grupos). Buenos Aires: Ediciones Nueva visión.
- Briole, G. (2015). *El trauma: momento de crisis por excelencia*. In Conferencia impartida en la Sede de Barcelona de la ELP, el (Vol. 24).
- Buendía, J. (1991). *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales* (Vol. 29).
- Burba, S., & Prohens, V. (2020). *Adolescencias contemporáneas: entre la orfandad y la invención*. Intercambio Psicoanalítico, 10(1), 91-97.
- Byrnes, F. (2015). *Clínica de la urgencia y psicoanálisis en el hospital público* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología).
- Camaly, D. (2009). Modalidades de resolución de la urgencia en la guardia externa de un hospital general. En Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama ediciones.

- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016).
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (1995). Reglamento de Especialidades.
- Comisión de Salud Mental del Colegio de Psicólogos de Córdoba, (2018). *Protocolo de atención en situaciones de crisis y/o urgencias en salud mental*. Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.
- Coronel, M. (2009) La admisión en la institución pública. En Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama ediciones.
- Correa, L. F. & Sanchez, B. (2017). *Urgencias subjetivas, un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental*. Corporación universitaria minuto de dios. Facultad de ciencias humanas y sociales. Programa de psicología.
- Degiorgi, G. (2019) *Hacia una historización de la profesión del psicólogo en la Argentina*. En Deontología, Ética y Legislación Profesional en la Psicología, Brujas, la ed. EDITUM.
- Disalvo, C. et al (2024) ¿Acting out o pasaje al acto? El desborde subjetivo de las presentaciones clínicas en diferentes dispositivos de atención de salud mental. En Trimboli, A. et al (2024). *La urgencia subjetiva*. 1a ed compendiada. Ciudad autónoma de buenos aires: Asociación argentina de profesionales de salud mental, AASM.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría*. Papeles del Psicólogo, 24 (85), 1-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>
- Flórez, E. & Gaviria, L. E. (2009). El acto (pasaje al acto y acting out) en el sujeto contemporáneo. En Ruíz, A. (Comp.) *Actualización de conceptos de la práctica clínica*, 83-95.
- Freud, S. (1885). Proyecto de psicología. En Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1895) Estudios sobre la histeria. Obras Completas, Tomo II. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1920 - 1922). Más allá del principio de placer y otras obras. Tomo XVII. Amorrortu. Séptima reimpresión.
- Freud, S. (1926) Inhibición, Síntoma y Angustia. Amorrortu, Bs. Aires.

- Figuerola, E. (1997). *Biografía de un Hospital*. Tomo III. Hospital Nuestra Señora de la Misericordia.
- Gallo, H. (2021). *Por qué se suicida un adolescente: Pasaje al acto, urgencia y acto*. Grama ediciones.
- García, M & Morgan T (2010). *La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica*. Publicada en la Biblioteca Virtual de Sistematización.
- Haz, A., Díaz, D., y Raglianti, M. (2002). *Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial*. Terapia Psicológica.
- Holgado, M & Pipkin, M. (2013). *Clínica de las emergencias: intervenciones en catástrofes sociales y urgencias subjetivas*. 1era edición. Buenos aires, letra viva.
- Hospital Misericordia Nuevo Siglo 95 años (2017).
- Jara, O (2010). *La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos*. El matinal es producido por el Instituto de Ciencias y Humanidades de Perú. Oscar Jara es coordinador del Programa Latinoamericano de Apoyo a la Sistematización del CEAAL y director del Centro de Estudios y Publicaciones Alforja en San José.
- Jara, O (2010). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Coordinador del Programa Latinoamericano de Apoyo a la Sistematización de Experiencias del CEAAL (Consejo de Educación de Adultos de América Latina).
- Lacan, J. (1945). *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada Un nuevo sofisma*. En Escritos 1. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1963/2015). *Seminario 10: La angustia*. Buenos aires: Paidós 12° reimpresión.
- Lacan, J. (1975) Escritos 1 con la colaboración del autor y de Juan David Nasio; Tomás Segovia, Armando Suárez. 3ª ed.. México: Siglo XXI, 2009.
- Lagache, D. Ficha de cátedra en base al texto de "Psicología clínica y método clínico" de Lagache D. Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y métodos clínicos. Otros estudios. Buenos aires: Paidós

- Laplanche y Pontalis (1967/2018) Laplanche, J., Pontalis, J. B., & Lagache, D. (1967/2018). *Diccionario de psicoanálisis*. In Diccionario de psicoanálisis (pp. 535-p).
- Lellis, M., & Fotia, G. D. (2019). *Interdisciplina y salud mental*. Anuario de Investigaciones, 26, 179-187.
- Ley 7106. Disposición para el ejercicio de la Psicología. (13 de septiembre de 1984).
- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041
- Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental (2018) de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
- Manolios, L. et al (2024) El padecimiento subjetivo en urgencia. En Trimboli, A. *La urgencia subjetiva*. Compilación de Eduardo Grande. - 1a ed compendiada. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental - AASM, 2024. 790 p.
- Mello, I. M. de, & Bárbara, M. M. S. (2022). *Urgência subjetiva: uma atualização do trauma: Subjective urgency: an actualization of trauma*. Brazilian Journal of Development, 8(12), 80531–80539. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n12-247>
- Ministerio de salud Dirección Nacional de Salud mental (2018) Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental.
- Mon, M. M. (2020). *Comunicación para la desmanicomialización aproximaciones a un análisis comunicacional de la implementación de la ley nacional de salud mental en la ciudad autónoma de buenos aires*. AVATARES de la comunicación y la cultura N° 20 (Diciembre 2020) ISSN 1853-5925
- Moyano, P. M. (2015). *Trauma y Relato: Conceptos para Estudios Histórico-Sociales y Clínica Psicoanalítica del Trauma*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 2(1), 259-270.
- Parisi, E. R. (2006). Psicología, interdisciplina y comunidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11(2), 373-384.
- Pérez de Maza, T. (2016). *Sistematización de experiencias en contextos universitarios: Guía Didáctica*. Universidad nacional abierta. Caracas

- Ochoa M., et al. (2018). *Clínica de la urgencia subjetiva*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pérez de Maza, T. (2016). *Sistematización de experiencias en contextos universitarios: Guía Didáctica*. Universidad nacional abierta. Caracas
- Plantamura, Maria Florencia (2021). *Hacia las intervenciones posibles en un dispositivo de guardia de Salud Mental*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Punto Córdoba (2017). Hospital Misericordia (2da parte) - Córdoba.ar. [Archivo de Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=qat-ON_DSvI
- Rojas, A. (2009). La angustia en las primeras entrevistas. En Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama ediciones. (49-54).
- Rolla, E (1981) *La entrevista en psiquiatría, psicoanálisis y psicodiagnóstico*. Editorial Galerna.
- Sabelli, N., et al (2021). *Angustia y síntoma en la obra de Freud*. In XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Salomé, L.N. (2010). *Pasaje al acto y Acting out: dos escenas de angustia*. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte, 6(1).
- Sardar, B. D. (2020). *¡ Corte! Una nueva epidemia: autolesiones en la adolescencia*. Rev. univ. psicoanálisis, 109-115.

- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva: un nuevo tiempo. En G. Belaga, *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital* (pp. 31-42).
- Shussler, E. (2009) Acting out y pasaje al acto en la urgencia. En Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama ediciones. (63-72)
- Simone, A. (2024) *El poder del psicoanálisis en la urgencia* / Agustina Simone. - 1a ed - Mendoza. Universidad del Aconcagua. manicomio. Ediciones Novedades Educativas.
- Sotelo, I. (2007) *Clínica de la urgencia*. JCE Ediciones
- Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires, JVE Editores, 2005.
- Sotelo, María Inés (2011). *Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2020). *DATUS Dispositivo Analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Grama ediciones.
- Sotelo, M. I., & Belaga, G. (2006). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. In XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Sotelo, M. I., Rojas, M. A., & Miari, A. S. (2011). *Hospital, dispositivos, urgencias*. Rev. univ. psicoanál, 181-188.
- Tomasa, SM. (2009). Angustia y urgencia. En Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama ediciones. (55-62)
- Vainer, A. (2019) *La Salud Mental en la Argentina: Memorias y Luchas*. El fin del Ferrari, H. A. (2000). Psicopatología general y psiquiatría dinámica. Córdoba, Argentina: Kosmos
- Vargas Castro, D. A. (2020). *La angustia que no engaña y la que engaña*. Rev. univ. psicoanálisis, 73-81.