Psi Unisc
REVISTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
AVALIAÇÃO QUADRIENAL 2021 - 2024
Qualis B1
ISSN: 2527-1288
Mestrado Profissional em Psicologia
EDUNISC
UNISC

*Cómo citar (APA): Rabello, M. A., Munoz, N. M., & Darriba, V. A. El dispositivo psicoanalítico en el hospital: del trauma a la formación del síntoma. *Psi Unisc*, 10, Artigo e20401. http://doi.org/10.17058/psiunisc.v10i.20401

Tipo de Artículo: Artículos de Investigación

El dispositivo psicoanalítico en el hospital: del trauma a la formación del síntoma[1]

O dispositivo psicanalítico no hospital: do trauma à formação do sintoma

The psychoanalytic device in the hospital: from trauma to symptom formation

Mariana Almeida Rabello
Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro - RJ/Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3561-4593
Correo electrónico: mari.almeida.rabello@gmail.com

Nuria Malajovich Munoz
Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro - RJ/Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3872-818X
Correo electrónico: nuria.malajovich@ipub.ufrj.br

Vinicius Anciães Darriba
Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro - RJ/Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9986-6554
Correo electrónico: viniciusdarriba@gmail.com

[1] Los autores declaran que esta contribución es original e inédita. Por lo tanto, se garantiza que el trabajo no ha sido publicado en ninguna otra revista científica.

Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

Resumen

Introducción: Este artículo presenta un relato de experiencia que explora la construcción de un dispositivo analítico en el ámbito hospitalario ante a un paciente que se enfrenta a un acontecimiento que rompe el encuadre y sacude el anudamiento sintomático que lo sostenía. **Objetivos:** Analizar el papel del psicoanalista ante imprevistos vividos en el ambiente hospitalario, así como identificar las especificidades de la práctica psicoanalítica en este contexto. **Método:** Esta investigación, de carácter exploratorio y cualitativo, se basó en el análisis de un informe clínico extraído de consultas realizadas en un hospital universitario, con posterior análisis basado en las contribuciones teóricas de Freud, Lacan y sus comentaristas. **Resultados:** La discusión del informe clínico a partir de los conceptos de trauma, angustia y síntoma contribuyó a la comprensión e intervención en situaciones traumáticas, especialmente aquellas que involucran manifestaciones de sufrimiento psíquico producto de la enfermedad y las noticias que la rodean. **Conclusión:** Podemos ver cómo el proceso de escucha, a través de la función mediadora del espacio de la palabra en la clínica psicoanalítica, puede ayudar a restablecer la cadena de sentido y favorecer la construcción de nuevos arreglos sintomáticos, lo que constituye una orientación para el trabajo de otros psicoanalistas que actúan en el hospital.

Palabras clave: psicoanálisis; hospitales; trauma psicológico; angustia psicológica.

Resumo

Introdução: O presente artigo apresenta um relato de experiência que explora a construção de um dispositivo analítico no ambiente hospitalar frente a um paciente que se vê diante de um acontecimento que rompe o enquadre e abala a amarração sintomática que o sustentava. **Objetivos:** Analisar a atuação do psicanalista diante de acontecimentos imprevistos vivenciados no ambiente hospitalar, assim como identificar as especificidades da prática psicanalítica nesse contexto. **Método:** A pesquisa, de caráter exploratório e qualitativo, baseou-se na análise de um relato clínico extraído de atendimentos realizados em um hospital universitário, com a posterior análise fundamentada nos aportes teóricos de Freud, Lacan e seus comentadores. **Resultados:** A discussão do relato de caso a partir dos conceitos de trauma, angústia e sintoma, contribuiu para a compreensão e a intervenção diante de situações traumáticas, especialmente aquelas que envolvem manifestações de sofrimento psíquico decorrentes da doença e das notícias que a envolvem. **Conclusão:** Evidenciamos como o processo de escuta, através da função mediadora do espaço de palavra na clínica psicanalítica, pode propiciar o reestabelecimento da cadeia significante e favorecer a construção de novos arranjos sintomáticos, direção orientadora para o trabalho de outros psicanalistas atuantes no hospital.

*Palavras-chave***:** psicanálise; hospitais; trauma psicológico; angústia psicológica.

Abstract

Introduction: This article presents an experience report that explores the construction of an analytical device in the hospital environment for a patient who is faced with an event that breaks the framework and shakes the symptomatic tie that sustained him. **Objectives:** To analyze the psychoanalyst's role in the face of unforeseen events experienced in the hospital environment, as well as to identify the specificities of psychoanalytic practice in this context. **Method:** This exploratory, qualitative research was based on the analysis of a clinical report taken from consultations carried out in a university hospital, with subsequent analysis based on the theoretical contributions of Freud, Lacan and their commentators. **Results:** The discussion of the case report based on the concepts of trauma, anguish and symptom contributed to

understanding and intervening in the face of traumatic situations, especially those involving manifestations of psychological suffering resulting from the illness and the news surrounding it. **Conclusion:** We can see how the process of listening, through the mediating function of the space for words in the psychoanalytic clinic, can help re-establish the chain of meaning and favor the construction of new symptomatic arrangements, which is a guiding direction for the work of other psychoanalysts working in the hospital.

Keywords: psychoanalysis; hospitals; psychological trauma; psychological distress.

Introducción

Hace unas décadas, profesionales del campo de la psicología —incluidos aquellos que apoyan una práctica guiada por el psicoanálisis[2] — pasaron a formar parte del equipo multidisciplinar del hospital (Azevêdo & Crepaldi, 2016), siendo llamados principalmente cuando otras especialidades se enfrentan a un problema más allá de lo que suelen tratar, especialmente en casos de sufrimiento psíquico agudo, comportamientos inesperados o situaciones cercanas a la muerte. En este contexto, el conocimiento científico, predominante en el hospital, da origen a una medicina que busca la universalidad, mediante la producción y comparación de datos cuantitativos para señalar el tratamiento más eficiente para el paciente. En contraste con el impulso hacia el conocimiento totalizador que surge de la ciencia y que aleja al sujeto de la escena (Darriba & Brunhari, 2025; Grant et. al., 2025), el psicoanálisis apuesta por la reanudación del hilo narrativo como una forma de reconectar el sujeto de una manera singular que le permita afrontar la enfermedad y sus consecuencias. Como señalan Almeida y Aires (2023), la escucha psicoanalítica desempeña un papel importante en el abordaje de situaciones que generan angustia en el hospital, contribuyendo a la acción multiprofesional en equipo al mantener una dirección ética que apuesta por el tema y su singularidad.

Las soluciones estandarizadas y la creación de protocolos de conducta a menudo ignoran lo que se construye en la clínica individual, basándose en la escucha y el informe único de cada paciente. Como muestra Belaga (2009), corresponde al psicoanalista en el hospital inventar caminos que permitan que el sujeto emerja, basados en la constitución de un espacio simbólico en el que alojarse. La institución apoyada por el conocimiento médico a menudo dificulta que el habla gane espacio, al favorecer soluciones más inmediatas o aquellas mediadas por otros productos —como fármacos psicotrópicos— como respuesta al malestar. A su vez, aunque se pide al psicoanalista que sustituya el conocimiento complementario, con la expectativa de que pueda aportar una solución a lo que escapa al discurso médico, su presencia establece otro discurso y, por tanto, inaugura otra clínica. El psicoanálisis tiene más bien una función subjetiva, apostando a que el sujeto tiene algo que decir y que escucharle puede producir efectos (Clavreul, 1983).

Sin embargo, algunas situaciones consideradas rutinarias para los médicos pueden suponer un reto para el psicoanalista cuando el escenario es precisamente el momento en que se presentan escenas consideradas traumáticas, como el diagnóstico de una enfermedad grave, la imposibilidad de curar un síntoma o enfermedad determinado y la comunicación de la muerte. A diferencia de la escucha que se realiza en la oficina, donde el dicho aparece más tarde, en el hospital a menudo se trabaja sobre el "aquí y ahora" de un evento que puede considerarse traumático, aunque este estatus solo se configure en el futuro, un contexto de gran erupción de angustia que puede comprometer el dicho.

Desde la perspectiva freudiana, el trauma surge cuando una excitación —proveniente de fuentes externas o internas— se presenta con tal intensidad que supera la capacidad del aparato psíquico para integrar esta energía mediante el principio del placer (Freud, 1920/1996). En esta circunstancia, el estímulo no puede conectarse al sistema de flujo mediante representaciones y, por tanto, permanece fijo, y puede generar lo que Freud concibió como una compulsión a la repetición. Así, para Freud, el trauma no resulta solo de un evento externo, sino que se basa principalmente en la forma en que el sujeto procesa —o no— la experiencia vivida.

Lacan avanza en la conceptualización de este término al concebir el trauma como el encuentro entre el sujeto y lo real, "el dominio de lo que subsiste fuera de la simbolización"

[2] El psicoanálisis, como posición ética y clínica, no debe confundirse con la práctica profesional regulada de la Psicología como campo disciplinario. En este artículo, utilizamos el término psicoanalista para designar la posición ética sustentada pela autora —psicóloga de formación— en el ejercicio de su práctica en el hospital

(Lacan, 1954/2008, p. 390). Pero si este encuentro es para todos los sujetos, el trauma no puede asociarse necesariamente con una situación emblemática. Lacan incluye así la dimensión de lo imposible en la elaboración del trauma, ya que está precisamente relacionada con la ausencia de inscripción por medios simbólicos. Sin embargo, un evento imprevisto puede llevar al sujeto a enfrentarse a ese imposible, lo cual puede ser muy angustiante. Aunque no es posible elaborar el trauma constitutivo del sujeto, tampoco se trata de hacer algo con él, sino de poder "construir bordes alrededor de algo imposible de decir" (Caldas, 2015, p. 5).

Encontramos en el hospital un escenario que, debido a sus características, no facilita el habla del sujeto. Por un lado, el paciente se enfrenta a una situación difícil de representar: una enfermedad que requiere hospitalización, que trae cambios en el cuerpo y en la vida sostenida hasta entonces, además de la angustia de descubrir su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Por otro lado, el entorno hospitalario tiene el conocimiento médico como conocimiento dominante, lo que a menudo limita el habla del paciente.

El impacto que se produce al recibir noticias difíciles, sumado a un entorno hospitalario que no favorece la manifestación de la palabra, puede tener consecuencias significativas para el sujeto. El objetivo de este artículo es analizar el desempeño del psicoanalista frente a eventos imprevistos experimentados en el entorno hospitalario. A través de un informe de caso, buscamos identificar las especificidades de la práctica psicoanalítica en este contexto, profundizando en la discusión sobre cómo los conceptos de trauma, angustia y síntoma, basados en las contribuciones teóricas de Freud, Lacan y sus comentaristas, contribuyen a la comprensión e intervención ante situaciones traumáticas, especialmente aquellas que implican manifestaciones de sufrimiento psíquico derivadas de la enfermedad y las noticias que la conllevan.

2. Metodología

Este estudio deriva de una investigación exploratoria y descriptiva de máster realizada en un hospital universitario. Nuestra dirección metodológica se basó en la investigación clínico-cualitativa, definida por Turato (2003) como una investigación que produce interpretaciones del proceso salud-enfermedad basadas en la experiencia subjetiva. Según Verztman et al. (2006), este enfoque está en línea con los supuestos del método psicoanalítico, ya que el investigador se posiciona en una postura analítica y receptiva ante las singularidades de la clínica, permitiendo la revisión constante de los constructos teóricos que la subyacen.

Tras la aprobación del proyecto por los Comités de Ética de la Investigación de referencia, solo se invitó a participar en el estudio a sujetos de 18 años o más, previamente informados sobre sus objetivos, la confidencialidad de la información y la naturaleza voluntaria de la participación. Para quienes aceptan participar, se entregó el Formulario de Consentimiento Informado.

La recogida de datos se llevó a cabo a partir de las consultas realizadas por la psicóloga proponente, con el objetivo de ofrecer una reflexión teórico-clínica sobre la práctica frente a situaciones imprevistas y potencialmente traumáticas en el contexto hospitalario. Los informes clínicos se registraban en archivos desarrollados específicamente para la investigación y almacenados con el cuidado necesario.

Para el análisis de datos, los informes se organizaron por categorías y orden cronológico, con revisiones y codificaciones continuas del material. A partir de los informes clínicos recopilados, fue posible reflexionar sobre la práctica psicoanalítica en situaciones traumáticas en el entorno hospitalario, articulando los fundamentos teóricos psicoanalíticos con los conceptos emergentes de los registros, como el trauma, la angustia y los síntomas.

Este artículo presenta el análisis de uno de los fragmentos clínicos, con el objetivo de describir y analizar las manifestaciones del sufrimiento psíquico y el posterior trabajo psicoanalítico realizado con el paciente tras encontrarse con un evento imprevisto en el contexto

hospitalario, enfatizando los posibles efectos de la intervención psicoanalítica ante los desafíos impuestos tanto por la enfermedad como por el propio entorno institucional.

3. Resultados y debate

3.1 Pedro y la imposibilidad quirúrgica

Pedro, un paciente de mediana edad, fue hospitalizado para una cirugía destinada a extirpar un tumor maligno. En el quirófano se descubrió que el tumor era más grande de lo esperado, lo que hacía imposible extirparlo. En su primer contacto conmigo, expresó un profundo desánimo cuando informó que los médicos no podían operarle, porque ya tenía metástasis y, en consecuencia, le quedaría poco tiempo de vida. A pesar de la indicación para la quimioterapia, el paciente afirmó que "*no serviría de nada*", resumiendo su conclusión con la frase "*Ahora solo queda esperar a morir*".

El encuentro de Pedro con su imposibilidad quirúrgica trajo otros efectos que aparecieron en las primeras consultas. Informó que se sentía muy incómodo, pálido y permaneció con la mano en el pecho, comunicando su sensación al equipo, que lo evaluaba e decía que sus signos vitales estaban normales. La psicoanalista que le acompañó interpretó estas mismas preguntas como la necesidad de confirmar que estaba vivo, ya que en ese momento parecía haber caído en una profunda desesperación ante su no operación y, con ello, haberse enfrentado a la muerte.

Aunque el cáncer se concibe como una enfermedad crónica, la cirugía a menudo cumple el papel de salvación, ya que haría posible "extraer la enfermedad del cuerpo". Al anunciar la cirugía, se espera posponer el enfrentamiento directo con el cáncer y sus posibles consecuencias. Así, la imposibilidad de la intervención quirúrgica y la necesidad de tratamientos alternativos, como la quimioterapia, sacan a la luz la realidad de la enfermedad, enfrentando al sujeto a la posibilidad de su propia muerte. Como discuten Ferreira y Castro-Arantes (2014), la mirada curativa de la medicina puede inducir un estado de espera, dejando al paciente sin alternativas cuando la perspectiva curativa se suspende.

La noticia de la imposibilidad de la cirugía y el pronóstico reservado parecían desbaratar las construcciones fantasmales del paciente, dejándole sin salida, paralizado ante la anticipación de su muerte. Escuchar las preguntas del paciente de esta manera permitía a la profesional pedirle que hablara más sobre sus sensaciones, en contraste con la dirección del equipo que tomaba las quejas literalmente y, al verificar la condición clínica estable, dejaba al paciente solo ante su incomodidad. La apuesta era poder proporcionar un espacio de palabra, de modo que se pudiera dar algún esquema en ese momento, inaugurando "un nuevo tiempo en el que los fenómenos puedan incluirse en un dicho" (Seldes, 2006, p. 34).

Para ilustrar esta experiencia, recurrimos a la metáfora introducida por Barros (2014, p. 88) inspirada en la mitología griega: "no podemos mirar a la muerte o al sol de frente porque la relación directa con ellos puede destruirnos (...) El sol y la muerte pueden dejarnos sin sentido, y sin sentido no hay ser humano." Justo cuando Perseo evitaba mirar directamente a Medusa, presentando su escudo para, a través de la reflexión, cortar su cabeza; es necesario establecer una mediación simbólica ante el encuentro con la muerte y la realidad de la enfermedad. Mirar al sol o a la muerte de frente "ciega", "paraliza de miedo", como señala Freud (1922/1996) sobre el encuentro con Medusa. Esta mediación —representada por la palabra y el establecimiento de un "velo"— puede estar presente como una construcción simbólica, que surge a través de las palabras para ahuyentar el horror que paraliza.

Con el alta de la hospitalización, el seguimiento de Pedro continuó en régimen ambulatorio. El paciente alternaba entre el discurso de otros médicos que señalaban la posibilidad de su curación y la declaración hecha durante la hospitalización de que tendría poco tiempo de vida. Dijo que era pesimista y que siempre "*elegía"* la peor alternativa, porque pensaba que eso le daba la fuerza para "*resolver el problema*". De este modo, dedicó gran parte

de sus consultas a hablar sobre el cuidado que había estado recibiendo con su salud.

Además, Pedro experimentó varios sueños que se asemejan a lo que Freud caracterizó como sueños traumáticos, que se imponen como un intento tardío de dominar la emoción abrumadora generada por una situación difícil. Uno de estos informes trata sobre el miedo a ser golpeado por una ola gigante o a quedar atrapado en el barro, lo que, según Freud (1920/1996), configura los esfuerzos para dominar retrospectivamente el estímulo que precedió al desencadenante de la neurosis traumática.

Freud (1920/1996) enfatiza que el elemento sorpresa es la principal carga causal de las neurosis traumáticas. Para él, mientras el miedo está asociado a un objeto definido y a estrategias ya elaboradas para enfrentarlo, el miedo —ese estado en el que el sujeto es arrojado al peligro sin preparación— excluye cualquier posibilidad de defensa y respuesta, trayendo como consecuencia una neurosis traumática.

La repetición de los sueños iba acompañada de algunos cambios, como en el relato de un sueño en el que estaba solo en un bosque lleno de barro y escombros, identificando un trozo de madera que le permitía cruzar sin hundirse. Al mismo tiempo, expresó dificultades para compartir cómo se sentía con su esposa y amigos, quienes a menudo reaccionaban negativamente ante su pesimismo ante la condición clínica, agradeciéndole por haber encontrado a alguien con quien hablar.

3.2 La construcción del dispositivo analítico en el hospital

La práctica del psicoanálisis en el hospital aporta la especificidad de una escucha que se cruza por la institución, donde las preguntas de los pacientes "no tienen la estructura de los síntomas en el sentido analítico del término. Revelan la evidencia de lo real: 'de lo real, en la medida en que es dominio de lo que subsiste fuera de la simbolización'" (Ansermet, 2014, p. 1).

Así, pensar en la construcción del dispositivo analítico en el hospital ante el encuentro con una situación traumática implica considerar la presencia de un "significante en un estado puro, que no puede, de ninguna manera, articularse o resolverse" (Lacan, 1957-1958/1999, p. 477). En este tiempo en que puede ser imposible hablar, es al mismo tiempo esencial ofrecer una presencia abierta a la escucha, en la dirección de la construcción de un síntoma, como discutiremos más adelante.

La dimensión traumática reside en los efectos subjetivos resultantes del enfrentamiento con un real que es inasimilable desde el punto de vista simbólico, que en este caso asociamos con la imposibilidad quirúrgica. Ante el encuentro revelado con lo real del cuerpo, el sujeto puede perder sus anclajes simbólicos e imaginarios, haciendo imposible transmitir su experiencia, y es necesario construir formas de hacerlo (Moura, 2000).

Belaga (2006) conceptualiza el trauma como la irrupción de un real que rompe y deconstruye las representaciones simbólicas previamente organizadas por el sujeto. Esta irrupción indica que, anteriormente, existía una organización subjetiva que funcionaba, pero, ante un evento impredecible, no disponen de los recursos ni el tiempo necesarios para elaborar una nueva respuesta. Así, los arreglos previamente establecidos quedan obsoletos, dejando al sujeto sin medios para encontrar una posible salida a la situación. Como resultado, el individuo se ve obligado a adoptar actos desesperados o a experimentar una angustia intensa (Seldes, 2006).

Freud (1926-1996) describe la angustia como un estado de desplacer que se manifiesta en respuesta a experiencias traumáticas, caracterizado por la acumulación de excitación que busca satisfacción a través de actos de descarga. A diferencia de otros afectos, el malestar se revela de forma imprecisa y no siempre es identificado explícitamente por los propios pacientes. Este fenómeno puede surgir tanto a través de manifestaciones corporales —a menudo asociadas

a crisis de ansiedad— como por medio de un malestar difícil de describir (Rodrigues & Muñoz, 2023).

En el caso de Pedro, se observó la aparición de malestar, acompañada de manifestaciones corporales que no podían atribuirse a causas identificables por la imagen clínica ni por las pruebas realizadas. Nuestra hipótesis sostiene que tales síntomas están relacionados con la angustia, intensificada por las difíciles noticias recibidas por el paciente, que le quitaron las esperanzas de curar el cáncer y le enfrentaron a la inminencia de su finitud.

El trauma puede entenderse como un evento relacionado con la irrupción de la realidad, mientras que la angustia se configura como el afecto que surge de esta confrontación. En este contexto, cuando el psicoanalista se enfrenta a un paciente muy angustiado, su primer paso es poner en escena una dirección, como expresan Sotelo y Belaga (2008, p. 38): "que quien sufre, en su urgencia, tiene a alguien a quien dirigirlo". Al invitar al sujeto a hablar, el psicoanalista crea un espacio para la articulación del significante, una intervención que no pretende eliminar el trauma, sino permitir que el sujeto retome el habla y construya, a partir de esta ruptura, una narrativa que incluya la imposibilidad a la que acaba de enfrentarse.

Barros (2015) señala que es en la relación con el lenguaje donde reside el nudo traumático. En otras palabras, el trauma surge en la medida en que la experiencia del sujeto queda marcada y transformada por el lenguaje, lo que convierte el trauma no solo en el resultado de un evento abrumador, sino en la forma en que este evento se incorpora y simboliza —o, en muchos casos, no se simboliza— por el sistema simbólico que organiza al sujeto.

El autor también señala que, aunque el lenguaje permite la construcción del significado, tiene límites intrínsecos: siempre hay aquello que escapa a la simbolización completa, dejando un "hueco" o vacío en el significado, una marca que permanece incluso ante intentos de elaboración. Desde un punto de vista clínico, el trabajo psicoanalítico no debe buscar anular o eliminar el trauma, sino reconocer sus límites y su función estructurante. Se invita al psicoanalista a actuar como un compañero que permite la construcción de un significado que, al mismo tiempo, circunscribe y mantiene abierto el vacío dejado por la experiencia traumática, implicando una reconstrucción singular y cuidadosa de la experiencia, en la que el vacío dejado por el trauma se convierte en un punto de apoyo para la reinvención del sujeto.

En un contexto hospitalario, caracterizado por demandas diversas, es esencial retomar uno de los principios centrales del psicoanálisis: hacer que el sujeto hable. Lacan (1953) señala que la palabra es un acto creativo, capaz de producir realidades que no existían hasta entonces. Así, al escuchar al paciente, el psicoanalista busca promover un deslizamiento que permita al sujeto usar los significantes como contrapunto a la angustia que surge del encuentro con lo real.

La escucha clínica en el hospital puede configurarse como un momento propicio para la aparición de nuevas posibilidades, inaugurando un tiempo —aunque indefinido— que permite cierta espera. Sin embargo, establecer este intervalo puede ser un reto, ya que la lógica de la institución hospitalaria es diferente. Desde el momento en que no hay intervenciones médicas programadas, el paciente es dado de alta, como ocurrió en el caso de Pedro. Por tanto, fue necesario que el dispositivo analítico apareciera de una manera diferente, mediante la inclusión del paciente en un seguimiento ambulatorio, para asegurar el mantenimiento de un espacio para el habla y la posibilidad de construir su narrativa subjetiva.

3.3 Del trauma al síntoma

En este proceso, el sujeto debe apropiarse de aspectos de lo real, inicialmente percibidos como ajenos, permitiendo la construcción de una narrativa que integre esta dimensión y permita superar el estancamiento, dando lugar a una nueva disposición sintomática. A diferencia del síntoma médico, que indica que se debe corregir una disfunción, el psicoanálisis entiende que la percepción común de que la curación está vinculada solo a la eliminación de los síntomas ignora la profundidad de la relación entre síntoma y enfermedad. La formación de síntomas

implica procesos inconscientes similares a los que operan en la formación de los sueños, como la condensación y el desplazamiento. Estos procesos permiten que un síntoma represente una satisfacción libidinal de forma comprimida o distorsionada, lo que dificulta reconocer la presencia de una satisfacción libidinal subyacente en un síntoma (Freud, 1917b/1996).

La trayectoria teórica de Freud revela que los síntomas son expresiones de conflictos psíquicos emergentes entre el yo y los impulsos, a menudo incompatibles con los valores morales del individuo. Este conflicto resulta en la represión de los deseos asociados a los impulsos, inhibiendo su conciencia y eliminando la posibilidad de satisfacción. Sin embargo, la represión no resulta ser un mecanismo infalible; la libido puede encontrar formas indirectas de expresión que culminan en la formación de síntomas —que, en esencia, funcionan como satisfacciones sustitutas de deseos insatisfechos (Freud, 1926/1996)—.

De este modo, "los síntomas tienen un significado y están relacionados con las experiencias del paciente" (Freud, 1917a/1996, p. 265), funcionando como una producción estabilizadora. El significado inconsciente del síntoma implica que comunica algo incluso cuando el sujeto no es consciente de ese mensaje (Freud, 1893–1895/1996). Además de comunicarse, el síntoma cumple un propósito de satisfacción, aunque a menudo se reconoce como sufrimiento. Actuando como una conciliación entre fuerzas opuestas, representando tanto la satisfacción de un deseo como la contención de esa misma satisfacción, el síntoma señala no solo la existencia de un conflicto, sino también la presencia de una solución que sustituye la satisfacción originalmente esperada. Siguiendo esta dirección, la formación de síntomas está estrechamente relacionada con el malestar. Aunque el síntoma se manifiesta como un signo de peligro, actúa como mecanismo de defensa contra esta amenaza (Freud, 1926/1996).

La construcción de un síntoma puede ser una forma de enfrentarse a la angustia que estalló ante un trauma. En su regreso a la teoría freudiana, Lacan (1953/1998) postula que el síntoma está estructurado como un lenguaje, y que el uso del habla es esencial para su tratamiento. En este sentido, los síntomas, así como los sueños y lapsos en el habla, contienen rastros del significante reprimido —rastros que evidencian un deseo inconsciente y un significado oculto, revelando así la verdad del sujeto tal como lo constituye el inconsciente (Dias, 2006)—.

Avanzando en su construcción teórica, Lacan (1957–1958/1999) redefine el síntoma como una manifestación que se refiere a la relación entre el sujeto y su deseo. Para el autor, "el deseo solo puede satisfacerse con la condición de hacer una renuncia parcial" (p. 298). Así, el deseo debe convertirse en demanda —es decir, un deseo dotado de significado por la intervención del significante— que culmina en un deseo alienado. Debido a que es incomprensible e inarticulable, el deseo solo puede inferirse en la medida en que se articula en la demanda, constituida por los significantes emitidos por el sujeto. La demanda, a su vez, representa la cadena de significantes que se dirige al Otro, el lugar del código. Así, el síntoma se interpreta como el "residuo" de un deseo que no se ha integrado plenamente en la conciencia del sujeto (Lacan, 1975/1998).

En el caso en cuestión, se entiende que la dirección debe centrarse en la construcción de una disposición sintomática capaz de evitar la angustia que se experimenta como insoportable. En este sentido, coincidimos con Faria (2022) cuando señala la importancia de encontrar coordenadas simbólicas que permitan una lectura del evento traumático incluyendo la forma en que la contingencia marcó al sujeto. Del análisis del informe clínico se observa que el trabajo inicial del habla tiene un potencial terapéutico, ya que, al apaciguar la angustia, permite al sujeto tener tiempo para comprender su situación a partir de los eventos radicales. Luego, el paciente parece a través de los sueños repetir la escena del encuentro con la realidad, añadida a la angustia que, más tarde, puede ser reemplazada por una solución encontrada en el propio sueño, un trozo de madera que permite otro camino que no sea hundirse en el barro.

El paciente repitió incontables veces las declaraciones de médicos que decían que

tendría mucho o poco tiempo de vida, afirmando en un momento dado que era pesimista y que "*elegía"* la peor alternativa. Aquí el sujeto pudo aparecer más allá de la situación emblemática que estaba experimentando, lo que le permitió alcanzar una solución encontrada, ya que consideraba que esta posición le ayudaba a "*resolver el problema*", a pesar de reconocer que le causaba daño en sus relaciones. El cuidado incesante que tuvo con su salud desde entonces —caminar, comer sano, meditar y respirar aire fresco— se situó como una construcción para mediar su encuentro preciso con la muerte. Así, la constitución de un nuevo arreglo sintomático —que, de alguna manera, integra este imposible— se vuelve factible a partir de una obra singular, a partir de la transferencia (Rodrigues & Muñoz, 2023).

El espacio del habla, generalmente limitado por la inmediatez y la predominancia del conocimiento médico, emerge como un elemento crucial para la elaboración del sufrimiento psíquico frente a eventos traumáticos. Al proporcionar un entorno en el que el sujeto puede articular sus experiencias y sensaciones, el psicoanálisis instituye una zona de habla que permite la construcción de nuevas narrativas frente a un trauma. Como señalan Almeida y Aires (2024), el contorno de la angustia y la producción de significado no ocurren sin trabajar con el lenguaje e incluyen el agujero, acercándose a la maniobra poética. Este dispositivo puede dar otro lugar al impacto agudo de la desesperación más allá de la angustia, contribuyendo también a un enfoque más integrado de la atención en el entorno hospitalario, donde se pueden incluir dimensiones subjetivas en el tratamiento.

4. Reflexiones finales

Este estudio tenía como objetivo analizar el desempeño psicoanalítico frente a eventos imprevistos ocurridos en el entorno hospitalario, a través de un informe de caso. Buscamos identificar las especificidades de la clínica psicoanalítica en este contexto, profundizando en la discusión sobre cómo los conceptos de trauma, angustia y síntoma —basados en las contribuciones teóricas de Freud, Lacan y sus comentaristas— pueden contribuir a la comprensión e intervención con pacientes en situaciones de gran sufrimiento.

La situación clínica analizada sacó a la luz algunas de las preguntas dirigidas al psicoanalista en el hospital, además de permitir la reflexión teórico-clínica sobre lo que era posible hacer. En el entorno hospitalario, a menudo nos enfrentamos a situaciones clínicamente desafiantes, capaces de generar resistencia y dar la impresión de que nuestras intervenciones son limitadas. Ante la etapa avanzada de las condiciones clínicas o la escasez de recursos disponibles para la intervención, podemos sentirnos impotentes para encontrar un límite en relación con el trabajo que normalmente realizamos.

En situaciones potencialmente traumáticas de gran sufrimiento —como el afrontamiento de la finitud y la inminencia de la muerte— la aparición de la angustia muestra que algo real ha sido revelado, desorganizando la trama sintomática del sujeto. Así, el trabajo psicoanalítico pretende establecer un espacio para el habla que permita la aparición de nuevas narrativas que, a su vez, pueden promover una rearticulación de significantes y, en consecuencia, la construcción de una nueva disposición sintomática. Esta dirección se apoya en la interpretación de que los síntomas, lejos de ser meros indicadores de trastorno, funcionan, según el psicoanálisis, como intentos de estabilizar la angustia y el trauma (Freud, 1917a/1996).

La discusión teórica enfatiza que el carácter impredecible del encuentro con lo traumático puede generar un "cortocircuito" en el tiempo de elaboración, ya que la institución actúa bajo la lógica de la precipitación. La predominancia del conocimiento médico y la urgencia marcada en el entorno hospitalario se solapan con el tiempo de hablar y escuchar, que en estas situaciones se convierte en un elemento indispensable para dar voz al tema, permitiendo reconocer e incluir aspectos subjetivos —incluso ante una enfermedad avanzada— buscando una atención más integral del paciente. En este sentido, es esencial proporcionar un intervalo compuesto por un espacio de escucha que permita al sujeto construir salidas de su

estancamiento.

Así, además de ampliar el debate teórico sobre las relaciones entre trauma, angustia y síntomas, el informe destaca la importancia de estrategias de escucha que permitan la aparición de nuevos arreglos sintomáticos y señala la importancia del dispositivo analítico para una atención integral al paciente en el hospital. Además, a pesar de los desafíos inherentes —que van desde el dominio del conocimiento médico hasta las dificultades de mantener la escucha que nos enfrenta con nuestra propia finitud y angustia— el hospital puede situarse como un lugar privilegiado para la invitación a hablar, ya que la clínica psicoanalítica apuesta por el camino discursivo como modo de tratamiento para el encuentro con la realidad y el malestar ante la finitud. Estos problemas se presentan en la rutina hospitalaria, abriendo un vasto campo para la actuación del psicoanalista.

Referencias

Almeida, D. L., & Aires, S. (2024). Urgência subjetiva, tempo lógico e sintoma: Perspectivas psicanalíticas. *Revista Psicologia Clínica, 35*(2).

Almeida, D. L., & Aires, S. (2023). A clínica psicanalítica das urgências subjetivas no hospital universitário: Construção de um caso clínico. *Psicologia: Ciência e Profissão, 43*, e253403. https://doi.org/10.1590/1982-3703003253403

Ansermet, F. (2014). Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção Lacaniana Online, 5*(13), 1-5. Recuperado de: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf

Azevêdo, A. V. S., & Crepaldi, M. A. (2016). A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia, 33*(4), 573–585. Recuperado de https://www.scielo.br/j/estpsi/a/JHXxwcXNsqNk3f3pfsyyhFP/

Barros, M. do R. C. do R. (2015). Trauma, uma nova perspectiva sobre um real. *Opção Lacaniana Online, 6*(16), 1-9. Recuperado de http://www.opcaolacaniana.com.br/nranterior/numero16/texto6.html

Barros, R. do R. (2014). Redes e laços: impasses e desafios. In A. B. R. Bernat, D. R. Pereira, & M. S. Marchese (Eds.), *Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?* (pp. 83-92). INCA. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_psicologia_sofrimento_psiquico_pacien te_oncologico.pdf

Belaga, G. (Org.) (2006). Presentación. In *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (2a ed., pp. 11-12). Buenos Aires/ARG: Grama Ediciones.

Belaga, G. (2009). Respuestas a lo impolítico de las urgencias subjetivas. *Virtualia: Revista Digital de la EOL, 19*, 1–15. Recuperado de https://www.revistavirtualia.com/articulos/392/dossier-sintoma-y-lazo-social-enapaol/respuestas-a-lo-impolitico-de-las-urgencias-subjetivas

Caldas, H. (2015). Trauma e linguagem: acorda. *Opção Lacaniana Online Nova Série, 6*(16), 1-14. Recuperado de: http://www.opcaolacaniana.com.br/nranterior/numero16/texto5.html

Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.* São Paulo/SP: Editora Brasiliense.

Darriba, V. A., & Brunhari, M. V. (2025). Psicanálise e urgência subjetiva: Que dispositivo no hospital? *Interação em Psicologia, 29*(2). Recuperado de: https://doi.org/10.5380/riep.v28i2.96261

Dias, M. das G. L. V. (2006). O sintoma: de Freud a Lacan. *Psicol. Estud., 11*(2), 399-405. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200019

Faria, J. S. (2023). O que traumatiza o corpo: Sintoma, fantasia e trauma. *Revista de Psicanálise Stylus, 1*(43), 111–121. Recuperado de: https://doi.org/10.31683/stylus.v1i43.920

Ferreira, D. M., & Castro-Arantes, J. M. (2014). Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica Revista de Psicanálise, 3*(5), 37–71. Recuperado de http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/585

Freud, S. (1893–1895/1996). *Estudos sobre a histeria.* Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. II). Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1917a/1996). Conferência XVII: o sentido dos sintomas. In *Conferências*

Introdutórias sobre Psicanálise (parte III), (pp. 265-280). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVI), Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1917b/1996). Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas. In *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III),* (pp. 361-378). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVI), Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1920/1996). Além do princípio do prazer. In *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos,* (pp. 13-78). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII), Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1922/1996). A cabeça da Medusa. In *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos,* (pp. 289-290). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII). Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1926/1996). Inibições, sintomas e angústia. In *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos,* (pp. 81-174). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XX). Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Grant, M. M. G. M., Rocha, I. M. S. de A., & Oliveira, A. M. de (2025). O lugar do psicólogo nos processos de humanização no hospital geral. *Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, 9*(18), 386–400. Recuperado de https://periodicos.pucminas.br/pretextos/article/view/32714

Lacan, J. (1953/1998). Função e campo da fala e da linguagem. In *Escritos,* (pp. 239–324). Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1954/1998). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a "Verneinung" de Freud. In *Escritos,* (pp. 893-902). Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1957–1958/1999). *O seminário livro 5: as formações do inconsciente.* Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1975/1998). Conferência de Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana, 23*, p. 6-16. Moura, M. D. (Org.) (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In *Psicanálise e hospital* (pp. 3–15). Rio de Janeiro/RJ: Revinter.

Rodrigues, M. S., & Muñoz, N. M. (2020). Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, 23*(3), 90–98. https://doi.org/10.1590/1809-44142020003009

Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In G. Belaga (Org.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (2a ed., pp. 34-42). Buenos Aires/ARG: Grama Ediciones.

Sotelo, M. I., & Belaga, G. (2008). Trauma, ansiedad y síntoma: lecturas y respuestas clínicas. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (246–249). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de https://www.aacademica.org/000-032/609.pdf

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.* Petrópolis, RJ: Vozes.

Verztman, J., Pinheiro, T., Saceanu, P., & Viana, D. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto- imunes: discussão da metodologia de pesquisa. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam 9*(4), 647– 667. https://doi.org/10.1590/1415-47142006004006

Informaciones complementarias

Recibido: 13/05/2025

Aceptado: 17/03/2026

Publicado: 14/04/2026

Editoras responsables: Dra. Cristiane Davina Redin Freitas, Dra. Leticia Lorenzoni Lasta y Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa.
Autor correspondiente: Mariana Almeida Rabello
Correo electrónico: mari.almeida.rabello@gmail.com
Conflicto de intereses: Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.
Financiación: No se recibió financiación.
Contribuciones de los autores: Mariana Almeida Rabello: Conceptualización, Análisis de datos, Investigación, Metodología, Supervisión, redacción del manuscrito original, Redacción – revisión y edición. Nuria Malajovich Muñoz: Conceptualización, análisis de datos, investigación, metodología, supervisión, redacción del manuscrito original, Redacción – revisión y edición. Vinicius Anciães Darriba: Conceptualización, análisis de datos, investigación, metodología, supervisión, redacción del manuscrito original, Redacción – revisión y edición.

Datos de los autores:

- *Mariana Almeida Rabello.* Estudiante de doctorado en Psicoanálisis en la Universidad Estatal de Río de Janeiro (UERJ). Máster en Atención Psicosocial por el Instituto de Psiquiatría - IPUB/UFRJ. Psicóloga en el Instituto de Psicología de la UERJ, con especialidad en el Hospital Universitario Pedro Ernesto.
- *Nuria Malajovich Muñoz.* Doctora en Teoría Psicoanalítica por la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Profesora asociada en el Instituto de Psiquiatría - IPUB/UFRJ.
- *Vinicius Anciães Darriba.* Doctor en Teoría Psicoanalítica por la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Residencia postdoctoral en UFMG. Profesor titular en el Instituto de Psicología de la Universidad Estatal de Río de Janeiro (UERJ).

Traducción al idioma español: Dr ª Neiva Maria Mallmann Graziadei
Textual Assessoria - Porto Alegre/RS/Brasil