



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

“Escuchar desde los márgenes.”

Alumna: Bitetti, Julieta

Legajo: B-2792/8

Graduado responsable: Ps. Del Ponte, Javier.

2017

Agradecimientos

A Javier, por su enorme predisposición y ayuda desinteresada, por su tiempo y la tan atenta lectura de mis avances.

A mi mamá, Pilar, y a mi melliza, Vanina, sin su amor y paciencia nunca hubiese cumplido mi objetivo.

A mi madrina, Virginia, por demostrarme siempre su cariño, por estar presente en los momentos más felices -y en los más difíciles-.

A mis hermanas de la vida, por su apoyo incondicional; a los buenos amigos que me presentó la carrera, por cada meta lograda gracias a su ayuda.

A mi novio y compañero Germán, por ser mi sostén estos años e incentivarme a seguir adelante.

A mi papá, Emilio, a quien me tocó despedir mucho antes de lo que hubiese imaginado, por ser mi ejemplo de lucha y perseverancia ante cualquier adversidad y por haberme hecho la hija más feliz los diecisiete años que tuve el gran placer de disfrutarlo. A él especialmente, donde quiera que esté, le dedico este primer logro.

Índice

Tema.....	4
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Hospitales.....	6
El psicoanálisis en el hospital. La interconsulta.....	9
El estatuto del cuerpo.....	13
Demanda y transferencia.....	16
A modo de conclusión.....	21
Referencias bibliográficas.....	24

Tema: Psicoanálisis y hospital. Condiciones que sostienen la práctica de la clínica psicoanalítica en efectores públicos.

Resumen

Lejos estamos de pensar que la práctica analítica se cumple únicamente dentro un consultorio privado y con el paciente recostado sobre el diván, no obstante, cierto es que tampoco podemos ejercer el psicoanálisis en todos lados.

Particularmente dentro del hospital, el discurso hegemónico es el discurso médico, que aporta un saber sobre lo que ocurre en el cuerpo de un paciente. Sin embargo, cuando aparece un conflicto que no puede ser explicado desde el saber propio de la medicina -saber referido al cuerpo y sus funciones fisiológicas- cuando un paciente internado en un hospital está agresivo, deprimido o dice padecer un malestar que no se relaciona específicamente con un dolor corporal, el saber médico choca con sus propios límites siendo éste el momento en que se solicita atención psicológica.

Basándome en mi experiencia como residente de pregrado en un hospital público, mi propuesta es analizar las condiciones que permitirían sostener la práctica del psicoanálisis dentro de una institución hospitalaria, establecer de qué manera es posible la transferencia, abordar la problemática en torno a la demanda - sobre todo cuando ésta no proviene del paciente que debe ser atendido- y qué importancia presenta la interconsulta, así como también lo relacionado al estatuto del cuerpo desde el discurso médico y sus diferencias con el cuerpo del psicoanálisis.

Palabras clave: Psicoanálisis – Hospital – Transferencia – Demanda – Cuerpo – Discurso - Interconsulta

Escuchar desde los márgenes

Introducción

Propongo, a lo largo del siguiente ensayo, entender cuáles son las condiciones que permiten el ejercicio del psicoanalista dentro de un hospital público. Uno de los objetivos será definir el hospital como institución, su historia y sus características en tanto efector público de la salud. Sabemos que éste se encuentra sumamente atravesado por el discurso médico, el cual aparece como discurso hegemónico, lo que implicaría que no haya desde el comienzo un lugar preestablecido para el psicoanalista.

En este sentido lo que se pone en juego es la forma en que cada profesional de la salud mental construye su lugar, generando un espacio dentro del hospital para el discurso propio del psicoanálisis.

En relación a las divergencias existentes entre la práctica médica y la psicoanalítica entiendo fundamental dar cuenta de la manera en que cada una de ellas considera el cuerpo sufriente de los pacientes, tomando como referencia la noción de discurso planteada por Michel Foucault.

Luego, ubicándonos exclusivamente desde una perspectiva psicoanalítica, asoman otras cuestiones a tratar, como son: las posibilidades de transferencia, concepto central de la obra freudiana; las vicisitudes de la demanda dentro de la institución y la importancia de la interconsulta entre los distintos discursos y saberes al momento de diagnosticar y tratar al paciente.

Hospitales

Pasar frente a ellos, algunos de antiguas fachadas, otros cuyas construcciones son dignas del nuevo siglo, es algo cotidiano para todos. Sin embargo, ¿nos detenemos a pensar cómo surgieron, con qué fin o cómo funcionan los hospitales?

Para introducirnos en el tema comenzaremos por la clásica definición, la que nos brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS): un hospital es una "parte integrante de una organización médica y social, cuya misión es proporcionar a la población asistencia médica y sanitaria tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos se irradian hasta el ámbito familiar"

Del latín <<Hospitalis>> es un adjetivo que precisamente hace referencia a la amabilidad y caridad hacia los pobres y enfermos. Le corresponde el sustantivo Hospicio que también proviene del latín <<Hospitium>>. Éstas eran las casas donde se recibía y atendía a ancianos o enfermos terminales, es decir, pacientes en espera de una muerte inminente que no tenían otro lugar donde ir o familia que pudiera hacerse cargo de ellos. Emiliano Galende (1990), médico y psicoanalista destacado por su compromiso en la promoción y difusión de la Salud Mental concebida "*como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad*"; en cuya dimensión "*se articulan el estudio de los problemas de la salud y la enfermedad mental, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas*" (Galende. 1990. Prólogo I), plantea que la red de Hospitales Generales - que serán conocidos partir del siglo XIX como Asilos y luego llamados Hospitales Neuro psiquiátricos-:

"(...) se crea fundamentalmente en toda Francia a mitad del siglo XVIII, es una institución básicamente de represión y de alojamiento, se recluían allí las personas que por alguna razón provocaban desorden o suciedad en la vida social: prostitutas, epilépticos, discapacitados mentales, locos, homosexuales... era una población absolutamente heterogénea." (Galende, 2008: 400)

Entonces puede decirse que el hospital es una organización médica y social que desde sus comienzos se convirtió en el lugar al que concurren aquellos segregados, apartados del resto de la sociedad. En términos generales, quienes asisten al hospital, son personas pobres y desprotegidas, como los ancianos, o aquellos que padecen enfermedades entendidas como peligrosas de acuerdo a las diferentes épocas, como la lepra. Al respecto, la población de los hospitales, según el sociólogo francés Robert Castel, es "*producto de un muestreo muy específico operado entre los indigentes reducidos al último grado de abandono, así como de todos aquellos que es preciso arrancar de su medio de vida por el peligro que representan para el equilibrio social*" (Castel, 2009: 51). Si bien sus paredes permitían separar la enfermedad y la miseria de las clases bajas del resto de la sociedad, no podemos ignorar que también aparece como ámbito de asilo, de cuidados y asistencia, en el cuál todos aquellos seres vulnerables que ingresaban en él encontraban un espacio propicio y atenciones necesarias para poder recuperarse física y espiritualmente.

En particular, el hospital en el que realicé las prácticas de pregrado fue en sus comienzos, a mediados del siglo XIX, un hospital de caridad. Se destaca la acción de sus fundadoras, quienes cocinaban, lavaban la ropa y limpiaban las salas; además fueron enfermeras y asistentes en el cuidado de los pacientes. Este modo de trabajo era muy común en la época, muchos hospitales surgieron con la labor de mujeres religiosas que, llegando incluso de otros países como misioneras, destinaban años de sus vidas al cuidado de los enfermos. En palabras de Robert Castel (1977) "*hay que recordar que el hospital se convirtió en un medio prioritariamente médico tan solo en el siglo XIX, si es que llegó a ser totalmente en ese momento*" (Castel, 2009: 51)

A medida que pasaban los años los hospitales iban creciendo y los médicos tenían una presencia e importancia cada vez mayor; tal como plantea Lacan, eran hombres de prestigio y autoridad. Esto generó el apartamiento de la religión en muchos establecimientos, debido a que dicha labor dejó de ser imprescindible. El paciente se dirigía a la institución esperando recibir un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado por parte de un profesional, que mejore su calidad de vida o, en el peor de los casos, buscando asilo frente a una muerte segura.

El hospital como institución fue evolucionando hasta obtener sus características actuales. Fueron pasando de la titularidad de la Iglesia a la del Estado por lo que comenzó a buscarse la salvación de los cuerpos, no ya de las almas. Por lo tanto, "*socorrer a los pobres enfermos no es una virtud: es un deber del gobierno, y aún más, es una necesidad del Estado*" (Castel, 2009: 97)

La creación de la OMS en el marco de la ONU en 1948, posibilitó el surgimiento de la *salud pública* como un modo de identificar el enfoque sanitario. La salud pública será entendida como "*una disciplina de abordaje de lo social o colectivo, como visión superadora del enfoque clínico o individual*". Este concepto comenzaba a imponerse a nivel mundial en tanto incluía como un área de interés de los asuntos públicos a los problemas sanitarios de la población. Durante el período comprendido entre ambas Guerras Mundiales, el derecho a la salud se fue incorporando a las Constituciones de los países de Europa y Latinoamérica, junto con la creación de diversos sistemas organizados como servicios nacionales de salud o entidades de Seguridad Social. Asimismo, junto con estos sistemas de Seguridad Social surgieron los denominados médicos sanitaristas. Específicamente en nuestro país es Ramón Carrillo uno de los principales referentes. Carrillo fue el primer Ministro de Salud Pública de la Nación durante el gobierno peronista; entre sus grandes logros se destacan la erradicación -en solo dos años- de enfermedades endémicas, la creación de más de 200 hospitales públicos y la disminución del índice de mortalidad a causa de la tuberculosis. Incluso planteó la necesidad de edificar los hospitales divididos en pabellones y en áreas específicas de la ciudad, generalmente zonas periféricas, ya que, no debemos olvidar, que una de las funciones de estas instituciones fue en un principio aislar a todos aquellos enfermos que representaban un peligro para el resto de la sociedad.

En 1949 Carrillo señaló la necesidad de incorporar el derecho a la salud, como bien social tutelado, ya que no estaba contemplado en la Constitución de 1853. Asimismo, promovía a la salud como derecho y a la vez deber, también fundamentaba la necesidad de ejercer el poder de policía sanitaria que nuestra Constitución de 1853 no mencionaba. El Estado debía hacerse cargo de la planificación y conducción de todos los asuntos referidos a la atención de las enfermedades de la población y a la protección de su salud.

Luego de la Segunda Guerra Mundial la salud era considerada un derecho de todos los ciudadanos sin importar sus posibilidades económicas, además a medida que avanzaba la tecnología y aumentaban las especialidades médicas, comenzaban a realizarse cada vez más investigaciones clínicas y se creaban nuevos medicamentos. También las vacunas empezaban a ser instrumentos básicos utilizados para la prevención de enfermedades. Es interesante notar de qué manera el hospital comenzó a transformarse institucional y arquitectónicamente hasta alcanzar las características que conocemos en la actualidad.

Sin embargo, a pesar de los diversos cambios, podríamos afirmar que el hospital público sigue manteniendo su clásico empleo, el de asistir y sanar el cuerpo enfermo y doliente de sus pacientes, en su gran mayoría pobres y sin posibilidades económicas que faciliten el ingreso en una institución privada o permitan abonar la consulta particular con un médico, ya que hoy por hoy ni la salud queda por fuera de una política regulada por el mercado. El aforismo popular "la salud no tiene precio" no es del todo cierto, basta con acudir al médico para comprobar que se paga un determinado monto para ser atendido. No sólo la consulta tiene un costo, los distintos estudios también deben abonarse convirtiéndose

en un bien de consumo privado al alcance de unos pocos. Las obras sociales y las empresas de medicina prepaga se agregan a los ejemplos de la mercantilización de la salud que castiga severamente a los más vulnerables de la sociedad.

Atenderse en una clínica o sanatorio genera, socialmente, la idea de una posición económica lo bastante holgada que permite acceder a la atención en estos efectores privados, ya sea abonando una consulta de forma particular o siendo afiliado de una obra social. Por el contrario, decir que el hospital es público y gratuito refuerza la representación de que es lugar donde acuden los pobres, marcando un modo de trabajo particular dentro de los mismos, caracterizado principalmente por las largas esperas, falta de insumos, malas condiciones edilicias, el exceso de horas de trabajo del personal de la salud, situaciones que quien no tenga los recursos económicos debe soportar simplemente por ser pobre en una sociedad que (mal) interpreta que la salud es un bien de consumo y no un derecho.

Es cierto que tanto el ingreso como la permanencia de pacientes en un hospital son cada vez más breves, se espera que el paciente pueda abandonar su cama lo antes posible. Esto responde a lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 promulgada el 2 de Diciembre del 2010, específicamente en los artículos 14 y 15 del capítulo VII 'Internaciones'. En el primero podemos leer: "*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*". Recordemos que al comienzo los hospitales generales funcionaban también como asilos y la internación misma formaba parte de la cura. Actualmente internar a un paciente es considerado una manera de restringir el vínculo que este mantiene con sus allegados y el contacto necesario con el exterior. Asimismo, el artículo 15 establece que "*la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios*", cuestión que señalaba al principio del párrafo.

Todo este nuevo panorama obviamente se encuentra atravesado por cuestiones políticas y burocráticas. Como vemos, el hospital como institución encierra gran variedad de historias y atravesamientos políticos, sociales y económicos que superan ampliamente un enfoque meramente institucional. Conociendo su historia y sus características, teniendo en cuenta a su vez la representación que despierta socialmente, en el lugar de futura psicóloga que hoy ocupo, me interesa conocer cuáles son las condiciones de posibilidad de la práctica psicoanalítica dentro de estas instituciones.

El psicoanálisis en el hospital. La interconsulta.

Aquí cobra especial relevancia una de las preguntas que tomo como eje de este ensayo referida al modo en el que el psicoanálisis puede ser ejercido dentro un hospital público. Me gustaría tomar como punto de partida el texto “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” en el cual Freud (1919) pudo prever justamente el ejercicio la terapia analítica en el ámbito institucional.

Tal como nos dijo el padre del psicoanálisis, estableciendo una analogía entre la neurosis y la tuberculosis, los pobres tienen el mismo derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del médico. También expresa una convicción: en un futuro -idílico para su época- se crearían instituciones médicas en la que trabajarían analistas cuyo tratamiento sería gratuito, e incluso, agrega, una obligación del Estado para con la sociedad.

Hace casi 100 años se consideró que el pueblo tenía la necesidad de acceder al psicoanálisis en instituciones públicas. Esta práctica dejó de ser privilegio de unos pocos; la posibilidad de dicha práctica de ganar terreno, más allá del ámbito privado y de un sector pudiente de la sociedad, es un hecho. Sin embargo, a pesar de haberse abierto este “nuevo camino” para los psicoanalistas, no puede negarse la existencia de dificultades al momento de su ejercicio. Podemos asegurar que la presencia de éstos en un hospital no es algo esperable, mejor dicho, lo primero que alguien supone cuando ingresa a dichas instituciones es que será recibido por un médico. Ser atendidos por un psicoanalista es una posibilidad que surge en circunstancias “especiales”, “excepcionales” si se quiere.

Se entiende de suma importancia conocer la historia del servicio de psicología en el cual desarrollé la práctica pre-profesional dentro del hospital. Considero preciso aclarar que, si bien no contaba con documentos oficiales, junto con mi compañera tuvimos la oportunidad de acercarnos a dialogar con una de las psicólogas perteneciente al equipo, a quien llamaremos S., que inició su labor en el mismo hace ya varios años, y por tal motivo pudo referirnos desde su propia experiencia y con mucha claridad los innumerables atravesamientos sociales, políticos e institucionales que no son ajenos a la historia de ninguna institución pública de nuestro país.

Como un primer dato a rescatar, es importante mencionar que el Servicio de Salud Mental no siempre recibió este nombre, sino que el mismo es bastante actual, en correspondencia con los nuevos planteamientos y legislaciones en torno a la temática. No obstante, en un principio, el nombre del espacio en el cual se organizaron los profesionales fue el de “Servicio de Trastornos del Sistema Nervioso” evidenciando la hegemonía del poder médico que tenía bajo su sombra a la práctica de los psicólogos, cuyo lugar quedaba reducido al de ser un sector dentro del mismo.

Esta situación fue revertida, en parte, al impulsarse la creación de un Servicio de Psicología en 1987, favorecido por la sanción de la Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología (23.277), en el año 1985. Con este avance, se logra una mayor independencia de los profesionales “*psi*” respecto del gabinete de psiquiatría, y comienza a aparecer dicho servicio como parte del organigrama institucional, perteneciente al Departamento de Clínica. No obstante, aún quedaba mucho trabajo por delante, ya que debido al golpe militar sufrido por nuestro país en los años anteriores, el hospital, como muchas otras instituciones públicas, había quedado vaciado y devastado. Por este motivo, tal como S. refiere, “todo estaba por hacerse”.

Ella, junto a quien actualmente se desempeña en el cargo de jefa del servicio, comenzaron ejerciendo su actividad ad-honorem con el objetivo de re-inscribir la práctica, en una operación opuesta a la borrado de la misma, sus espacios y sus profesionales, consecuencia de la nefasta época que recientemente había atravesado la sociedad. Así, empezaron por gestionar nuevos espacios y dispositivos en los que pudieran formarse, como también apostar por la formación de los futuros profesionales. Para esto fueron convocados

algunos psicoanalistas que se habían replegado hacia el ámbito privado, y poco a poco se fueron enfrentando con la realidad de la práctica hospitalaria. Fue de la mano de estos espacios de formación, y junto con los residentes de las distintas áreas de clínica, que pudieron ir abriéndose nuevos lugares de trabajo e intercambio, aumentando notablemente la cantidad de recursos con los que se contó en un principio.

Es evidente que la práctica psicoanalítica dentro del hospital convivió desde el comienzo con la práctica médica, a partir de las teorizaciones Lacan en “Psicoanálisis y Medicina” (1985) podemos agregar precisamente que el lugar del psicoanálisis en la medicina es marginal y también extra-territorial.

“Es marginal por el hecho de la posición de la medicina respecto del psicoanálisis, al que admite como una especie de ayuda externa, comparable a la de los psicólogos y otros diferentes asistentes terapéuticos. Es extra-territorial por el hecho de los psicoanalistas, quienes, sin duda, tienen sus razones para querer conservar esta extra-territorialidad”. (Lacan, 1985: 86)

Esta posición propia del psicoanálisis se puede observar fácilmente dentro del hospital tomado como ejemplo. Desde la creación del servicio, Psicología fue siempre marcando su presencia en las salas de internación, donde se le fue otorgando progresivamente un lugar distinto y de mayor protagonismo, exigiéndole incluso su participación de los pases de sala médicos, pero siempre como “ayuda externa”. Actualmente se denominan “pases de sala” a las reuniones mantenidas entre los referentes de distintas áreas (jefes de sala, enfermería, psiquiatría, psicología, asistencia social, etc.). En este espacio se discute sobre el modo de proceder con algunos pacientes internados, generalmente los que representan, por diversos motivos, un problema para los médicos. Justamente, cuando no es posible generar avances desde el punto de vista médico, se solicita la participación del psicoanalista, quien debe trabajar desde los márgenes.

No obstante, en un principio estos “pases de sala” consistían en visitas habitación por habitación, cama por cama, y las charlas con respecto a cada situación se llevaban a cabo delante del mismo paciente. Los psicoanalistas, al ser testigos de los inconvenientes que generaba en el paciente este modo de trabajo, pudieron introducir sus cuestionamientos en cuanto al mismo. Una de las modificaciones, que se mantiene hasta hoy en día, consistió en que las discusiones que se mantenían entre los médicos sobre las cuestiones técnicas de cada caso, dejaron de realizarse frente al paciente que estaba cursando su internación, para llevarse a cabo en el pasillo, una vez que salían de la habitación. Así, se plantea la labor del equipo en la sala como un trabajo progresivo y en el que se requiere de mucha constancia y paciencia, “como una gota que orada la piedra”. Resalta esta modificación de la práctica médica en tanto fueron los psicoanalistas quienes plantearon la propuesta.

Otro de los aspectos importantes y que no pueden dejar de tenerse en cuenta, es el que hace a las reformas y nuevas perspectivas que se fueron adoptando en materia de políticas públicas referentes a la Salud Mental, tanto a nivel nacional como provincial. En la provincia, ya desde la gestión del gobernador Jorge Obeid, perteneciente al partido justicialista y electo en el año 2003, (incluso antes de la sanción definitiva de la Ley nacional en 2010), se empieza a gestar un cambio de paradigma, tomando como modelo a las reformas brasileras. Así se inicia, por ejemplo, la reformulación de los hospitales monovalentes, en los cuales se encontraba más enquistada la concepción imperante de la locura desde la que se consideraba a los enfermos mentales como peligrosos para la sociedad, motivo por el cual debían ser apartados y controlados. Podemos citar, como exponente de lo mencionado, los cambios políticos profundos llevados adelante en la colonia de Oliveros. No obstante, estos cambios necesarios en dichos hospitales no lograron hacerse extensivos a los servicios de los hospitales generales con la misma velocidad.

Con la llegada del gobierno socialista y de la mano de Hermes Binner en el 2007, se propone además la *clinicalización*, el control terapéutico de los pacientes internados, lo cual no fue sin consecuencias, dado que generó numerosas resistencias. A pesar de todo, en este contexto se intentó comenzar a generar **dispositivos de interconsulta** con el servicio de Psicología. La interconsulta aparece como un instrumento que permite el trabajo conjunto y la interacción entre ambas prácticas, la de médicos y psicoanalistas. Pero los métodos de trabajo y perfiles eran muy disímiles, por lo que la interconsulta como modo dispositivo dentro del hospital fue perdiendo vigencia con el tiempo, dado que además ya no propiciaba un clima laboral favorable.

Por este motivo se adopta una nueva modalidad en relación a la interconsulta. Desde los directivos del hospital se le da preponderancia al área clínica, siendo los médicos de la misma quienes debían quedar a cargo de los pacientes internados, provocando el desplazamiento de los otros sectores en sus intercambios con el servicio de Psicología.

De este modo los psicoanalistas comienzan a tomar las **demandas** que el médico jefe de ala, en cada piso, les va transmitiendo. Ya no se hace el pase acompañando habitación por habitación a los mismos sino que, ante una situación que lo amerite, o frente al sufrimiento psíquico de alguno de los pacientes, médicos y residentes de clínica médica ofrecen ayuda psicológica. Dicha solicitud de atención es transferida a los profesionales, donde deciden quién se hará cargo de realizar la primera entrevista con el paciente, y posteriormente encarar un tratamiento.

Cuando el paciente acepta ser atendido por un psicoanalista del equipo e inicia un tratamiento aparece una nueva problemática referida a la duración del mismo. En el ámbito privado no se suele encontrar esta dificultad, se estima que durará un tiempo prolongado, si bien existen excepciones. En el hospital, por lo contrario, es muy común que ocurran dos situaciones. Las mismas permiten entender cómo funciona la variable tiempo en un contexto público.

La primera tiene que ver con el tratamiento de pacientes que llegan derivados por otro efector al consultorio externo o bien por cuenta propia. Solicitan un turno y luego de esperar aproximadamente un mes -como mínimo- se los contacta para coordinar una entrevista de admisión, que la gran mayoría confunde con una primera sesión. Si el caso es considerado grave o urgente por parte de los profesionales de este sector, dicho paciente comienza el tratamiento con un psicoanalista del staff que lo atenderá periódicamente. Lo que sucede es que no todos llegan ni siquiera a la entrevista de admisión; la burocracia, la espera y la incertidumbre que la misma genera en aquel sujeto que solicita ayuda psicológica juegan en contra de la práctica.

Una segunda situación se da en pacientes que se encuentran hospitalizados en sala general. La posibilidad de un alta limita el tiempo del tratamiento. Muchos internados que solicitan atención de un psicólogo no llegan a ser escuchados, y regresan a la institución de modo ambulatorio para ser anotados en lista de espera.

Podría pensarse que el psicoanalista no sería apto para trabajar en un hospital considerando que, muchas veces, el paciente no es quien realiza la demanda, no se dirige al analista por decisión propia, siendo el médico que lo atiende quien considera que es necesaria la atención psicológica.

Trabajar en un hospital tampoco le permite al analista estar a solas con el paciente en la intimidad y tranquilidad que brinda un consultorio, sino que los encuentros tienen lugar en la habitación donde este permanece internado, habitación que es siempre compartida, no solo con otros pacientes, también suelen estar presentes los familiares, enfermeros y médicos que entran y salen, generando un espacio donde se dificulta toda comunicación.

En caso de llevar adelante la sesión en un consultorio externo, si bien el paciente solo es escuchado por el profesional, es una situación muy común y naturalizada ser interrumpidos por otras personas (pacientes, psicólogos, médicos, familiares) que ingresan

directamente sin golpear la puerta. Otra de las cuestiones que marca una diferencia entre el encuadre analítico en un ámbito privado y la práctica dentro del hospital es la referida a los honorarios, dentro del hospital este no forma parte del contrato inicial entre analista y paciente.

Resumiendo, podemos afirmar que de todas maneras existe una numerosa cantidad de pacientes que solicitan atención psicológica en los hospitales y, a pesar de los tiempos más acotados y las condiciones de trabajo, la práctica del psicoanálisis es posible en este ámbito siempre y cuando la intervención se sujete, no al tiempo cronológico de un tratamiento ni a la necesidad de mayor confidencialidad en un consultorio, sino al encuentro que se produce entre aquel sujeto que sufre y el profesional que escucha este padecer. Tal como plantea Galende (2015), *"el valor o la eficacia del análisis no se mide por el tiempo de sesión o frecuencia de las mismas, la eficacia está en las transferencia, en la interpretación, en la ética que sostiene en relación al sufrimiento y la palabra del paciente"* (Galende, 2015: 96)

El estatuto del cuerpo

Ésta es otra de las cuestiones que no pueden dejarse de lado al momento de abordar la experiencia como residente de pregrado en una institución hospitalaria, menos aún al escribir un ensayo sobre psicoanalistas y médicos. El cuerpo de quienes padecen, es tomado en sus distintas dimensiones por distintos discursos, que a su vez implican prácticas diferenciales operando sobre él. Tomamos la noción de discurso de Foucault, quien entiende por el mismo *“un conjunto de enunciados que dependen de un mismo sistema de formación”* (Foucault, 2010: 181) El discurso puede ser considerado como un tipo de práctica que pertenece a colectivos más que a individuos; y que está siempre situado en diversas áreas o campos sociales. El discurso médico y el discurso psicoanalítico deben entenderse entonces en este sentido. Por tal motivo se debe diferenciar el estatuto que se le da al cuerpo desde estas dos disciplinas que lo abordan, a saber, psicoanálisis y medicina.

Podemos decir, pre-teóricamente, que el cuerpo es una realidad que se nos impone de forma cotidiana, ya sea desde lo que sentimos, deseamos, expresamos, sufrimos u obramos.

Desde la medicina, se piensa al cuerpo a partir de la noción de organismo, investigando tanto su estructura como las leyes que rigen su funcionamiento, y en relación al medio ambiente en el que habita.

El organismo, desde la anatomía, es considerado como una entidad descriptible, como un instrumento que cumple una función. <<Organon>> en griego significa instrumento y caracteriza al organismo desde un punto de vista instrumental, donde hay funciones que se ejercitan a través de un conjunto de órganos concertados en la estructura corporal.

Este es un organismo biológico, filogenética y ontogenéticamente desarrollado, mediante procesos de evolución, crecimiento y maduración. Sobre el mismo se lleva a cabo una exploración clínica, una lectura de sus manifestaciones en clave de signos y síntomas, para buscar en ellos, mediante la mirada y la experimentación, su diagnóstico y tratamiento

El psicoanálisis, por su parte, no niega la realidad de este cuerpo biológico, pero retoma el concepto y subvierte las definiciones anteriores acerca del mismo, delimitándolo (por fuera) del organismo de la medicina. Dentro de esta disciplina, el cuerpo se diferencia además de las nociones psicológicas de esquema o concepto corporal, haciendo referencia con esto último a la representación o conocimiento intelectual que un sujeto tiene, conscientemente, acerca del mismo.

Lo que se nos propone, a partir de las teorizaciones de Freud y Lacan, es pensar al cuerpo como una construcción, un efecto de la incidencia de lo simbólico y lo imaginario sobre lo real del organismo puramente biológico (lo "real" entendido como aquello inaccesible, definición que plantea Lacan en sus primeros seminarios) El armado del cuerpo singular de cada sujeto, implica la relación con el Otro como sede del significante, encarnado en el inicio de la vida por quien represente a la función materna. Dicha relación adquiere su relevancia no solamente por la satisfacción de las necesidades vitales, sino también por el lazo creado con los significantes, las caricias, las miradas, los olores, etc.

Desde el registro de lo Simbólico, entonces, el cuerpo es un investimento, primer objeto catectizado. Lo que lo viste son los deseos, necesidades, exigencias, apetencias, placeres, goces. Es un cuerpo que se prestará como superficie de inscripción a recibir la marca significante, en el que se irán privilegiando ciertas zonas erógenas y circuitos pulsionales. Freud (1915) elabora una definición de pulsión a partir de la cual puede ser entendida como *“un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático”* (Freud, 1915: 117), sería entonces una fuerza constante que empuja desde el interior y de la cual es imposible huir mediante una "acción muscular", contrariamente al estímulo el cual, siguiendo a Freud, sería una fuerza de choque momentáneo que ataca desde afuera.

Al estímulo pulsional lo llama *necesidad* y lo que la cancela es la *satisfacción* de la fuente interior del *estímulo* y sólo puede alcanzarse mediante una modificación del mundo exterior, apropiada a la meta. La vivencia de satisfacción sería una experiencia mítica que tiene como punto de partida la cancelación de una necesidad por parte del otro materno, por ejemplo, el hambre, necesidad que será satisfecha mediante la alimentación. Pero los cuidados maternos también aportan un extra, cariño, afectos, que sexualizan las funciones vitales y erogeneizan el cuerpo del lactante.

Pensándolo ahora desde otra de las vertientes internas al psicoanálisis, la de lo imaginario, el cuerpo es la vivencia de una imagen unitaria, que brinda totalidad al cuerpo fragmentado. Esta imagen cumple también un papel estructurante, organizando al cuerpo y ubicándolo como cuerpo humano, como superficie, como cuerpo libidinizado.

Si planteamos entonces que el psicoanálisis trabaja con otro cuerpo –el cuerpo imaginario y simbólico que vehiculiza los efectos del discurso–, y trabaja además con otro sujeto –el sujeto que piensa ahí donde no sabe que piensa, sujeto deseante, del inconsciente manifestado en el lenguaje –, quizás resulte redundante, pero a la vez necesario recordar que el modo de trabajo y abordaje de la clínica psicoanalítica es también diferente a la clínica médica. La medicina siempre actúa sobre dos pilares: el de la patología, como estudio de las enfermedades; y el referido a la terapéutica, que enseña procedimientos para combatir las y/o prevenirlas.

La enfermedad desde esta perspectiva se define como alteración de la salud, es decir, como toda dolencia o desarreglo funcional del organismo. Así, las enfermedades son efectos visibles, en tanto aparecen como impactos en el cuerpo del paciente. La enfermedad representa para quien la padece una pérdida, una desventaja, un sufrimiento, una limitación, un displacer, un motivo de demanda de curación. Frente a la misma, el médico opera separando dicha afección del sujeto que la padece, muchas veces, perdiéndose tras la clasificación o el órgano afectado, la dimensión de la subjetividad y la singularidad, nombrando a la persona por su enfermedad.

El gran objetivo de los médicos es precisamente separar al sujeto de su dolencia, liberarlo del síntoma que aqueja su cuerpo en tanto cuerpo biológico. Por el contrario, desde el psicoanálisis, el síntoma es considerado una producción del sujeto al igual que el chiste, el acto fallido y los sueños, analizable a través del método analítico. En sus comienzos Freud plantea que el síntoma está ligado a una experiencia traumática de naturaleza sexual, tal como podemos ver en el caso Dora. “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” (1908) es uno de los textos más interesantes para entender el síntoma desde la obra freudiana, en tanto plantea que éste está sostenido y fundado en una fantasía inconsciente. El nexo entre fantasías y síntomas no es simple. Según Freud, el síntoma “*nace como un compromiso entre dos mociones pulsionales o afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial o uno de los componentes de la constitución sexual, mientras que la otra se empeña en sofocarlos*” (Freud, 1908). En “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1925) sigue apareciendo la pulsión como uno de los componentes de la formación del síntoma, definiendo a éste como la satisfacción sustitutiva de la pulsión reprimida. Aparece una nueva vertiente del síntoma como satisfacción percibida por el yo como displacentera.

En la 23ª Conferencia Freud (1915) los define como “*actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto*” que se producen contra la voluntad de la persona y conllevan un sufrimiento para ella. Dentro del marco de la segunda tópica, aparece como ajeno al Yo, como un extranjero con el cual el Yo no desea relacionarse y por lo tanto lo aísla a través del mecanismo de la represión. Contrariamente, en “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1925) éste es asimilado por el Yo e incorporado por identificación.

Más allá de las variadas definiciones de síntoma que se encuentran en la obra freudiana, se comprende que en la enfermedad puede existir una dimensión de goce, como

satisfacción paradójica a la cual el sujeto se aferra, aun cuando de ella provenga su sufrimiento. Por lo tanto, desde esta práctica, la dimensión de la escucha es preponderante sobre la mirada clínica propia de la medicina, haciendo hincapié en escuchar a aquel que habla sobre su padecer, y cómo éste es articulado en su relato, en su decir. Esta escucha supone la existencia de un sujeto que tiene algo que decirnos en relación a su sufrimiento.

Debemos entender que éste mismo tiene un sentido que escapa al propio paciente, por lo que necesitamos relacionar sus síntomas con un saber no sabido.

Podemos decir entonces que en la práctica médica no hay lugar para lo subjetivo, pero es cuando se interviene a través de la práctica analítica que lo subjetivo de cada paciente cobra una relevancia imposible de apartar.

Demanda y transferencia

A partir de lo planteado hasta el momento resultará obvio aclarar que los hospitales, siendo instituciones que condensan diversas prácticas, también se encuentran atravesados por distintos tipos de demanda.

Comúnmente se cree que aquel paciente que decide consultar al médico espera que éste, a través de su saber y sus conocimientos, pueda aliviar los síntomas físicos que lo aquejan. Así, se ubicaría en la figura del médico especialista un saber capaz de liberar al cuerpo de todo malestar, lo que convierte naturalmente una consulta médica en una serie de preguntas y respuestas reducidas sólo a lo orgánico. El médico es considerado como aquel que posee el saber absoluto sobre lo que le sucede a un paciente, el conocedor de la verdad y el único capaz de decidir el tratamiento, la medicación conveniente, e incluso, sobre la vida y la muerte, por lo que los psicoanalistas en particular - los psicólogos en general - son relegados y obligados de alguna manera a ejercer la práctica dependiendo siempre del criterio de los médicos para decidir quién sí y quién no necesita atención.

Fue Lacan (1985) en la mesa redonda de 1966, quien abordó por primera vez las relaciones existentes entre la práctica médica y el psicoanálisis, y una de las dimensiones que trabajó fue precisamente aquella referida a la **demanda**. Nos dice al respecto que el límite en que el médico debe actuar y a qué debe responder se encontraría en ésta misma y que *“es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica”* (Lacan, 1985: 90) En otras palabras, la práctica del médico será posibilitada o no según el modo de responder a la demanda del paciente. Más adelante plantea:

“Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo; en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad” (Lacan, 1985: 91)

Entonces, la demanda del enfermo no estaría siempre dirigida a alcanzar la cura y, contrario a lo que se creía, en muchos casos lo que se demanda sería confirmar la enfermedad como tal o, incluso, continuar enfermos. Tal como planteábamos en el apartado anterior, esto ocurriría porque, paradójicamente, existiría una dimensión de goce en todo sufrimiento. En los hospitales es habitual encontrarse con pacientes que no logran recuperarse de sus malestares físicos a pesar de la atención y preocupación de los médicos. En este sentido, podría pensarse que aquel médico que lleva adelante el tratamiento de un paciente internado en el cuál no se observan mejoras se encontraría imposibilitado en su tarea, chocaría con los límites del ejercicio de su práctica y se vería obligado a solicitar para el paciente una primera entrevista con algún psicoanalista del equipo, se podrá comprender que, si bien existen excepciones en las que el paciente es quien demanda ser atendido, suele ser el médico aquel que decide si es necesaria o no una entrevista.

Así, el psicoanalista debe dirigirse a la habitación donde el paciente se encuentra internado para presentarse y comenzar la consulta. Se espera que, si fue el médico quien solicitó la presencia del psicoanalista en la habitación, el paciente exprese un rechazo a ser atendido manifestando que no es necesario, que no cree en la terapia, que no pidió que lo atienda un psicólogo, etc., si esto ocurre se retira la oferta, ya no habría nada que hacer desde el lugar de analistas. Sin embargo, en ocasiones es otro el desenlace, el paciente se muestra predispuesto a llevar adelante la entrevista, pero acostumbrado al trato con médicos, sólo puede hablar de sí mismo a través de su enfermedad y explicando cuáles son sus malestares físicos, lo que se convierte en un nuevo obstáculo para los psicoanalistas.

En relación a lo planteado es que considero relevante interrogarnos acerca de la función del psicoanalista y la construcción de la demanda en casos de estas características: donde es un tercero (el médico) quien demanda en lugar del paciente.

Entiendo que el primer paso en estos casos es intentar construir de algún modo la demanda de análisis y poder distinguir desde el comienzo la práctica analítica de la práctica médica para evitar que aparezca en el paciente la idea de que se encontraría en manos del psicoanalista la solución mágica a todos sus conflictos, idea muy arraigada a la figura del médico. Para poder construir la demanda, se deberá en primera instancia no hacer hincapié en el paciente como portador de una enfermedad, sino entenderlo como un sujeto con determinadas dolencias que, en análisis, y por efecto de la transferencia, devendrán en síntomas. Ya habíamos planteado anteriormente la importancia del síntoma en psicoanálisis, no como señal de enfermedad o cómo aquello que la medicina busca objetivar, medir, visibilizar y eliminar, sino como aquello que presenta un sentido que escapa al propio enfermo y que está relacionado con un saber no sabido. Este saber nos llega a través de lo que el paciente dice, por lo que la escucha ocupa un lugar preponderante al momento de ejercer el psicoanálisis, apartándose así nuevamente de la práctica médica llevada a cabo principalmente a través de la mirada.

La diferencia entre la escucha y la mirada supone al mismo tiempo distintos modos de ubicar al paciente en lo que respecta al trabajo dentro de los hospitales. Aquel que es atendido por un médico ocupa, de cierto modo, un lugar pasivo en relación a su sufrimiento, aparece como mero informante de lo que le ocurre, la enfermedad sería aquello que afecta su cuerpo como algo externo y que puede eliminarse y/o controlarse siguiendo al pie de la letra ciertas indicaciones, en cambio, durante las sesiones con el psicoanalista es el mismo paciente quien debe realizar todo el trabajo. Tal como planteó Lacan (1975) en la "Conferencia en Ginebra sobre el síntoma", el comienzo de todo análisis es el momento en que el paciente "*llega verdaderamente a dar forma a la demanda de análisis*", es decir que el análisis comienza cuando el paciente deviene analizante y es aquel a quien le corresponde trabajar, "*la persona que hizo esa demanda de análisis, cuando comienza el trabajo, es ella quien trabaja*" (Lacan, 1975: 115). Al poner el acento en la escucha de aquello dicho por el paciente, no se centra el saber del lado del psicoanalista, por el contrario, se le plantea al paciente una pregunta acerca de lo que sabe de su padecimiento, para que pueda construir una respuesta acerca de por qué cree que le ocurre lo que le ocurre.

Además, existe otra particularidad del trabajo en los hospitales y es que, aquello que el psicoanalista conoce del paciente se deriva de la única versión brindada por los médicos, enfocada sobre todo a los problemas físicos que éste padece, información que es relatada en términos específicos muchas veces inentendibles, por lo que el primer encuentro cara a cara con el paciente reviste particular importancia en tanto permite conocerlo, saber de su afección y escuchar lo que dice en primera persona. Es habitual encontrarse con "otra cosa", con un panorama diferente a lo que los médicos habían relatado; así, si dijeron que el paciente estaba cursando una depresión siendo necesaria la atención psiquiátrica, es muy probable que en realidad solo esté triste por el hecho de estar internado, pero para los médicos un paciente triste representa un problema, porque no come, no colabora, está desganado, y consideran que la única solución es la medicación. Así, el trabajo del psicoanalista, en términos generales, aporta al trabajo médico una nueva perspectiva y otro modo de leer lo que ocurre en un paciente.

Dicho esto, me atrevo a plantear que la demanda no solo la construiría el analista a través de la escucha del decir del paciente y de la consideración del síntoma como aquello que esconde un saber no sabido, también será necesario constituir un caso singular, dejar de lado las generalizaciones y trabajar en el caso por caso, transformar los pedidos (planteados en términos de conflictos o problemas estrictamente médicos) en puntos precisos de intervención desde los cuáles el psicoanalista podrá interrogar al paciente por

aquello que le sucede. Así la dimensión subjetiva olvidada en el abordaje médico vuelve a cobrar total importancia. El psicoanalista no encontraría solo un obstáculo en la dificultad que presenta un paciente para recuperarse, sino que también vería en ésta un puntapié que permitiría al mismo paciente interrogarse sobre su situación en iniciar un tratamiento.

Por otro lado, considero que las vicisitudes existentes en torno a la práctica psicoanalítica en el hospital resultan del lugar marginal que ocupa. Uno de los cambios que podría llevarse a cabo con relativa facilidad, aunque no sin la resistencia de los demás profesionales, y llevaría a conseguir un mayor "protagonismo" o visibilidad de los psicoanalistas dentro del hospital, podría ser la visita por cada una de las habitaciones, en principio con un fin que podríamos llamar social. Así, a partir de la oferta se les permitiría a los pacientes solicitar la atención psicológica convirtiéndose la mera visita en un pedido de ser escuchados, favoreciendo al mismo tiempo la construcción de la demanda de análisis y el comienzo de la transferencia.

Sin embargo, a pesar de que exista demanda por parte del paciente, no podemos pensar que el objetivo del psicoanalista es simplemente aliviar su sufrimiento, objetivo que sí encontramos presente en la práctica del médico. Recordemos que la demanda no equivale a una demanda de curación, y que, tal como establece Lacan (1985), el enfermo no se refiere a su cuerpo del mismo modo en que es abordado por la ciencia, el *"cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión, un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo"* (Lacan 1985: 92) Incluso plantea en la Conferencia en Ginebra la siguiente pregunta *"¿Qué hacen ustedes allí?"* es decir, ¿qué hace un analista cuando el paciente configura una demanda de análisis?, de manera más general, ¿qué hace un psicoanalista cuando hace lo que hace?

En primer lugar, resalta la idea del "hacer". Un psicoanalista hace, más allá de lo que pueda ser, lo que importa es aquello que sea capaz de hacer; el psicoanálisis implica una praxis que al mismo tiempo marca la diferencia con las demás prácticas e incluso, dentro del mismo ámbito de la psicología, con las demás psicoterapias. Con respecto a este hacer del psicoanálisis, Lacan sostiene que no supone nunca un intento de moldear al paciente, *"para nada deben considerarla (a la persona) como alguien a quien ustedes deben moldear. Todo lo contrario."* (Lacan 1975: 192)

El seminario 7, La Ética del Psicoanálisis, dictado por Lacan en 1959, nos brinda algunas indicaciones respecto de lo que implica el ejercicio del psicoanálisis y el deseo del analista. La intención de Lacan es diferenciar la ética de Aristóteles, basada en el Bien, en la búsqueda del Bien Supremo, y la ética del psicoanálisis, que encuentra en el Bien un obstáculo. El deseo del analista no puede resumirse en "hacer el bien", entendido como ayudar al paciente, aconsejarlo y aliviar su sufrimiento por medio de palabras, si así fuese los mismos médicos, enfermeros, familiares o miembros de la Iglesia estarían en condiciones de ejercer el psicoanálisis. En la clase 22 llamada "La demanda de felicidad y la promesa analítica", Lacan (1960) justamente intenta articular la postura y la determinación que el analista debe tener con la demanda del paciente-analizante. Ésta demanda, sostiene, es la de alcanzar la felicidad. Aquel paciente que recurre a un análisis o, en el caso hospitalario, que solicita ser atendido por un psicoanalista, lo hace con la esperanza de encontrar una solución a su malestar y un fin a su sufrimiento (siempre y cuando el síntoma suponga cierto sufrimiento, ya que, como decíamos, también es posible gozar de él). Sin embargo, el analista sabe que este bien no existe como tal y no puede prometerlo. Cabe agregar que el proceso analítico —el cual por sí mismo despertaría en el paciente esta idea de alcanzar la felicidad ubicándose como objeto de la "buena acción" del psicoanalista— es posibilitado y sostenido por la **transferencia**. Se torna necesario entonces tener en cuenta dicho elemento, que aparece como fundamental en toda relación terapéutica.

Si bien la transferencia es un concepto central en la teoría psicoanalítica, es necesario aclarar que no pertenece exclusivamente al ámbito del psicoanálisis. Su

significado dentro del vocabulario común es bastante simple: supone un transporte, un pasar de un lado a otro. El fenómeno transferencial estaría presente en todos los vínculos, en toda relación en la que estén implicados seres humanos.

No obstante, desde el psicoanálisis, designa el proceso a partir del cual se reactualizan, con el *médico* en la relación analítica, determinadas experiencias infantiles que giran en torno a la relación afectiva del niño con sus padres, aquellas que corresponden al Complejo de Edipo; así el paciente revive la relación con sus figuras parentales. En otras palabras, podría definirse como una reedición de impulsos, fantasías, temores, de sentimientos hostiles y tiernos con personas significativas, que serían transferidas a la persona del analista en el presente. Lo que entendemos por transferencia va sufriendo modificaciones a lo largo de la obra de Freud, quien llegó a considerarla desde *un gran escollo en la práctica hasta aquello imprescindible para lograr la cura*.

Continuando con el recorrido teórico referente a este concepto es imposible no recurrir a las enseñanzas de Lacan quien, por su parte, va a utilizar elementos de la dialéctica hegeliana para poder explicar lo que va ocurriendo en un análisis. Precisamente en "Intervención sobre la transferencia" (1951) toma como ejemplo el caso Dora y explica al mismo utilizando de manera cíclica "desarrollos de verdad" e "inversiones dialécticas".

Por "desarrollo de verdad" entendemos aquello que permite develar algo en situación analítica y que resulta en un cambio de posición del analizado. Luego, mediante una "inversión dialéctica", se produce un nuevo desarrollo de verdad. Asimismo, al hablar de dialéctica está planteando implícitamente la necesidad de un vínculo intersubjetivo entre paciente y analista, que juntos a través de desarrollos de verdad e inversiones dialécticas logran llegar a la verdad de los síntomas. Precisamente, para Lacan, la transferencia no se relaciona con lo afectivo, la entiende como un lazo dialéctico en la que la verdad sería el motor. Así, lo que Lacan intenta enseñarnos es el modo correcto de proceder en las interpretaciones, precisamente a modo de *inversiones dialécticas* que generen cíclicamente nuevos *desarrollos de verdad*, pero evitando la significación del decir del paciente, intentando no obstaculizar la ortodramatización subjetiva. Allí es donde aparece la transferencia como un no-actuar positivo, en su doble papel, por un lado, como obstáculo para la cura en tanto resistencia, por otro, como aquello que marcaría el camino a seguir.

Es en la clase 18 del seminario sobre "Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis", llamada "Del sujeto al que se supone saber, de la primera diada y del bien" donde Lacan (1964) amplía este concepto de transferencia planteándolo como "Sujeto Supuesto al Saber". Éste consiste en la atribución de un saber al Otro, en la suposición de que el Otro es un sujeto que sabe. Este saber ligado al analista le otorga un determinado poder, pero cuyo ejercicio, volviendo a las consideraciones del seminario 7, sería, en tal sentido, anti-ético.

Lo que aporta la práctica analítica en el abordaje de los pacientes hospitalizados es la escucha, escucha de su sufrimiento, escucha que supone al paciente como sujeto que tiene algo que decir en lo tocante a su síntoma. Será esta escucha la que, precisamente, habilitará la transferencia. Si bien puede existir transferencia sin que algo se instaure como síntoma, es el caso de aquellos pacientes que, según relatan, están atravesando una situación difícil, pero sin padecerla, el trabajo analítico comenzaría cuando se establece este sufrimiento como síntoma, por medio de la transferencia. El análisis avanzaría dejando de lado la palabra de los médicos que ven imposibilitado el ejercicio de su práctica, escuchando en primera persona aquello que el paciente tiene para decir. A su vez, generar una demanda de análisis y mantener la transferencia implicaría una cierta interrogación acerca de por qué tiene lugar el síntoma. Sin embargo, no podemos dar por sentado que el sujeto es siempre responsable de aquello de lo que se queja, puede ocurrir que relate sus dolencias, que se muestre involucrado en el relato de su afección sin responsabilizarse, esperando la solución mágica por parte del psicoanalista; en estos casos podría continuarse generando en el

paciente el reconocimiento de su participación en aquello que lo hace sufrir, pudiendo desde este lugar activo construir una hipótesis acerca de porqué se mantiene aferrado a eso que le sucede.

Una vez establecida la transferencia, el trabajo analítico podría avanzar, pero llegar a este punto implica construir la demanda, construcción que se dará precisamente a partir de la deconstrucción del diagnóstico médico. La práctica del psicoanálisis no supone necesariamente arribar a un diagnóstico determinado a partir de lo que le ocurre al paciente (o lo que dice que le ocurre), como es el caso de la medicina. Podría pensarse que el psicoanalista se sirve en cierta forma de las clásicas estructuras clínicas, neurosis, perversión y psicosis, pero no para ubicar al paciente dentro de alguna de éstas, a modo de “etiqueta”, sino para tener un panorama más amplio que le permita avanzar con el tratamiento, sin reducir el diagnóstico a una determinada estructura. Es necesario ampliar el concepto: la estructura supone una combinación particular de determinada cantidad de elementos, precisamente, ésta es definida en el Seminario 3 (Lacan, 1955) como un conjunto co-variante de elementos significantes. Sabemos que la mayoría de las nociones lacanianas, como conjunto y co-variación, provienen del ámbito de las matemáticas, así, un conjunto es matemáticamente entendido como un grupo de elementos que conforman un todo, paradójicamente no completo. Siguiendo esta idea puede comprenderse que para el psicoanálisis siempre restará una incompletud en el saber de la estructura.

Habíamos planteado que el sujeto con el que opera el psicoanálisis, a diferencia de la medicina -que intenta unificarlo- está dividido entre saber y verdad y le corresponde un orden significativo también incompleto. En palabras de la doctora Colovini (2008) *“si bien el sujeto es efecto de simbólico, en tanto lo que un significante representa para otro significante, también es efecto del trazo que se traza en el mismo momento en que tacha”* (Colovini, 2008: 53). Durante el análisis, el sujeto habla, y mediante su palabra demanda una respuesta, se dirigiría al analista contando una historia sobre sus síntomas, reconociéndose como sujeto en esta historia que el mismo construye y suponiendo que el analista posee un saber acerca de lo que le ocurre. El analista estará predispuesto a escuchar lo que el paciente tiene para decir, e ira encontrándole un sentido a sus enunciados. Esta instauración del Sujeto Supuesto Saber, como transferencia simbólica, hace efectiva la entrada en análisis.

Siguiendo a Colovini (2008), para llegar al final de un análisis, una de las operaciones necesarias es la caída del Sujeto Supuesto Saber que tiene lugar en tanto la letra anuncia que hay un saber en lo real al que no se le puede suponer un sujeto, *“saber traumático que destituye al sujeto supuesto al saber”* (Colovini, 2008: 54). El saber aparece agujereado por lo real y trazando el borde del agujero en el saber se ubica la letra, como litoral entre saber y goce. El analista, desprendiéndose “del deseo de saber lo que se es”, habilita para el analizante la posibilidad de crear a partir de lo que no anda, se vuelve necesario *“autorizarse en el no-saber para hacer con la falta”* (Colovini, 2008: 56)

Son estas particularidades las que nos diferencian la práctica médica, y al mismo tiempo siguen sosteniendo y definiendo al psicoanálisis en el ámbito hospitalario.

A modo de conclusión

Indagar la historia de los hospitales en nuestro país, desde sus comienzos como asilos en manos de la Iglesia y dedicados al servicio de los más desprotegidos de la sociedad, nos permitió, no solo dar cuenta de qué modo los atravesamientos sociales y políticos fueron dando forma a la institución hasta alcanzar su conformación actual -bajo el control y administración estatal- sino también entender cómo surgió y comenzó a tener mayor relevancia la figura del médico, llegando éste a ocupar un lugar hegemónico dentro de los efectores de salud públicos en relación a las demás prácticas, particularmente la psicoanalítica.

Habiendo dado cuenta de la representación social que despierta el hospital, en tanto institución pública, y el médico, en tanto portador del saber absoluto sobre lo que ocurre en el cuerpo de un paciente, se abre un interrogante acerca del lugar que ocuparía el psicoanalista dentro de los hospitales. Si bien la medicina, de la mano de los avances tecnológicos, ha dado pasos agigantados en lo que respecta al tratamiento de pacientes con determinadas enfermedades, no está exenta de obstáculos. Sabemos que, según la epistemología médica, también se presentan problemas para los que no se encuentra solución: pacientes que no mejoran.

Es en estos momentos que se vuelve imprescindible para los médicos el trabajo interdisciplinario que los obliga de cierta manera a incluir psicoanalistas dentro del grupo, es necesario aclarar que los psicoanalistas, si bien forman parte del conjunto de profesionales, deben ejercer la práctica siempre desde los márgenes. Así, el psicoanálisis aparece como una ayuda externa que debe utilizarse en últimas instancias, cuando el saber médico no alcanza. Precisamente, a diferencia de los primeros asilos y en concordancia con la Ley de Salud Mental, lo que se intenta en todos los casos es que el paso del paciente por el hospital sea lo más breve posible, por lo que la dificultad del mismo para mejorar no solo limita la labor del médico, sino que genera un conflicto dentro de la institución que se encuentra atravesada en gran medida por la burocracia propia de cualquier efector público.

Entre el discurso médico y el psicoanalítico existe una diferencia fundamental en torno a la concepción del cuerpo. Para el discurso médico el cuerpo es aprehendido en su aspecto somático, orgánico, únicamente, rechazando el cuerpo libidinal e ignorando la dimensión gozante, fundamental en la práctica psicoanalítica. La concepción orgánica del cuerpo deja de lado al sujeto, que es excluido en la tarea médica de clasificar síntomas observables a nivel físico. Sin embargo, cuando un paciente está agresivo, deprimido o dice padecer un malestar que no puede explicarse desde lo orgánico, el saber médico choca con sus propios límites, y es en este momento que se solicita la atención psicológica.

El psicoanálisis, a partir de las enseñanzas de Freud y Lacan, entiende al cuerpo como una construcción, resultado de la incidencia de lo simbólico y lo imaginario sobre lo real del cuerpo biológico. La construcción del cuerpo propio implica la existencia de un *otro*, representado en un primer momento por la madre o quien represente esta función materna.

Cuando un paciente busca ser atendido en un hospital por molestias físicas, primeramente, demanda la atención del médico. Este es considerado como aquel que carga con un saber absoluto y es buscado para sanar el cuerpo afectado, en tanto cuerpo biológico, con una determinada enfermedad que es necesario eliminar. Contrariamente, el psicoanalista ocuparía el lugar de ayuda externa cuando este cuerpo no encuentra el alivio de su afección, porque justamente el psicoanálisis no trabaja con el cuerpo biológico (tampoco lo niega) sino con el cuerpo entendido como una construcción, que es singular en cada sujeto y cuyos síntomas esconden un sentido que escapa al mismo paciente pero que resurge en el discurso, debiendo ser descubierto a través de la escucha.

La escucha es entendida como una herramienta fundamental en todo análisis, sólo a partir de la escucha del pedido que realiza el paciente y la consecuente construcción de la

demanda por parte del analista, sería instaurada la transferencia que permitiría llevar adelante el proceso analítico. El título del trabajo ya nos advierte acerca del lugar de ésta escucha. Contrapuesta a la mirada del médico, cuyo discurso supremo domina la práctica hospitalaria, la escucha que aporta el psicoanalista se desenvuelve desde los márgenes, bordeando el discurso de la medicina. Trabajar desde los márgenes implica llevar a cabo la práctica por fuera de las demás, aunque, como planteábamos más arriba, "quedar por fuera del resto" no impide que el psicoanalista sea requerido en determinadas circunstancias como ayuda externa.

Dentro del hospital la escucha se opone a la mirada médica del organismo, ya que la misma no intenta entender ni encontrar un sentido en el sufrimiento del paciente, convirtiéndose esta particularidad de la posición de la medicina frente al cuerpo en un obstáculo cuando no parece haber una evolución favorable y la enfermedad no puede eliminarse, configurándose de este modo otra gran diferencia con la práctica del psicoanálisis que entiende esta situación no como una dificultad, sino como un apoyo que permitiría generar la interrogación del paciente acerca de su sufrimiento, incluso más allá de la enfermedad.

Así, si el paciente no mejora, el médico solicita la atención psicológica y dicho paciente acepta la oferta, lo que sigue es construir la demanda, trabajo que aparece del lado del psicoanalista como fundamental para comenzar el análisis e ir configurando la transferencia. Demanda y transferencia son dos conceptos centrales en la teoría psicoanalítica, que desarrollamos centrándonos en las enseñanzas de Freud y, sobre todo, de Lacan, quien planteaba que la demanda no es siempre demanda de curación, en consonancia con la existencia de una dimensión de goce en el síntoma; en estos casos el paciente no solicitaría atención psicológica o la rechazaría, dejando caer la oferta.

Sin embargo, se considera posible el despliegue de la práctica psicoanalítica, entendida como un "hacer", cuando el paciente entrega su sufrimiento como síntoma una vez configurada la transferencia. A partir de esto ya es posible el trabajo, pero lo que genera un interrogante es precisamente lo que ocurre antes de que se instaure la transferencia, es decir, la construcción de la demanda. Se planteó que ésta es posible a partir de una desconstrucción del diagnóstico y de la suposición del analizante de un saber ubicado del lado del analista, quien predispuerto a la escucha deberá interrogarse también acerca de ese saber previo.

Se podría decir que la práctica del psicoanálisis es posible dentro de un efector público a pesar de las particularidades que la diferencian del trabajo en el ámbito privado, (referentes sobre todo al encuadre y a la duración de los tratamientos, siendo los tiempos más acotados en un hospital) siempre y cuando la intervención se sujete, no al tiempo cronológico de un tratamiento ni a la necesidad de mayor confidencialidad en un consultorio, sino al encuentro que se produce entre aquel sujeto que sufre y el profesional que escucha este padecer.

En segundo lugar, como ayuda externa frente a las carencias e imposibilidades del saber médico, ayuda externa que implica un poder decir más allá de lo que le sucede físicamente a un paciente, un decir referente al sujeto en su singularidad, como portador de una historia única y diferente a la de otros pacientes. Considero central ésta "tarea" del psicoanalista particularmente en el caso de pacientes internados, hay que tener en cuenta que no sólo están atravesando una enfermedad – con todo lo que implica dicha experiencia para ellos mismos y su entorno-, sino también un cambio radical en su estilo de vida habitual, en tanto la internación, por un lado, los recluye y por el otro, los somete a diferentes procedimientos médicos que no tienen en cuenta su subjetividad.

Por último, a partir del encuentro con otros discursos, encuentro que a su vez genera el desencuentro y entrecruzamiento de ambas disciplinas. Podría pensarse que la inclusión del psicoanálisis provoca gran resistencia por parte de los profesionales médicos pero al

mismo tiempo desde los márgenes se le permite a los psicoanalistas crear un espacio propio, aportando la escucha, construyendo la demanda, interrogando acerca del sentido de los síntomas, posibilitando que los pacientes hagan con su sufrimiento algo que hasta ese momento no habían podido hacer: responsabilizarse y entender el papel activo que ocupan con respecto al mismo.

Referencias bibliográficas

- ✓ Castel, R. (1977) *"El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo"*. Bs. As. Ediciones Nueva Visión.
- ✓ Colovini, M. T. (2008) *"Lo femenino en la clínica"*. Editorial Laborde
- ✓ Foucault, M. (1969) *"La arqueología del saber"*. México D.F. Siglo Veintiuno Editores.
- ✓ Freud, S. - Breuer, J. (1895 [1893]) *"Estudios sobre la histeria"*. Tomo II. 2da Edición. Obras completas. Bs. As. Amorrortu.
- ✓ Freud, S. (1905 [1901]) *"Fragmento de análisis de un caso de histeria"*. Tomo VII. Obras Completas. 2da Edición. Bs. As. Amorrortu
- ✓ Freud, S. (1908) *"Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad"*. Tomo IX. Obras Completas. 2da Edición. Bs. As. Amorrortu
- ✓ Freud, S. (1912) *"Sobre la dinámica de la transferencia"*. Tomo XII. Obras Completas. 2da Edición. Bs. As. Amorrortu
- ✓ Freud, S. (1914) *"Recordar, repetir, reelaborar"*. Tomo XII. Obras Completas. 2da Edición. Bs. As. Amorrortu
- ✓ Freud, S. (1915) *"23º Conferencia. Los caminos de la formación del síntoma"*. Tomo XVI. Obras Completas. 2da Edición. Bs. As. Amorrortu.
- ✓ Freud, S (1920) *"Más allá del principio de placer"*. Tomo XVIII. Obras Completas. 2da Edición. Bs. As. Amorrortu
- ✓ Freud, S. (1925) *"Inhibición, síntoma y angustia"*. Tomo XX. Obras completas. 2da Edición. Bs. As. Amorrortu.
- ✓ Freud, S. (1926) *"¿Pueden los legos ejercer el análisis?"*. Tomo XX. Obras Completas. 2da Edición. Bs. As. Amorrortu.
- ✓ Galende, E. (1990) *"Psicoanálisis y Salud Mental"* 1ra Edición. Bs As. Editorial Paidós.

- ✓ Galende, E. (2008) "*Desmanicomialización institucional y subjetiva*". Conferencia inicial del Ciclo de Conferencias sobre Desmanicomialización 2008 en "Psicoanálisis" Vol. XXX - Nº 2/3
- ✓ Galende, E. (2015) "*Conocimiento y prácticas de Salud Mental*". Bs. As. Lugar Editorial
- ✓ Lacan, J. (1951) "*Intervención sobre la transferencia*". Escritos 1. Bs. As. Siglo Veintiuno Editores
- ✓ Lacan, J. (1955) "*Las Psicosis*". Seminario 3. Bs. As. Editorial Paidós.
- ✓ Lacan, J. (1962) "*La angustia*". Seminario 10. Bs. As. Editorial Paidós
- ✓ Lacan, J. (1964) "Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis" Seminario 11. Bs. As. Editorial Paidós.
- ✓ Lacan, J. (1966) "*Psicoanálisis y medicina*". Intervenciones y textos 1. Bs. As. Editorial Manantial
- ✓ Lacan, J. (1975) "*Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*". Intervenciones y textos 2. Bs. As. Editorial Manantial
- ✓ Raimbault, G. (1985) "*El psicoanálisis y las fronteras de la medicina. Clínica de lo real*". Barcelona. Editorial Ariel
- ✓ Unzueta Nostas, C. y Lora, M. (2002). "*El estatuto del cuerpo en psicoanálisis*". Vol. I. Año 1. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a09.pdf>

Documentos

- ✓ *Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657*. (2010) Decreto Reglamentario 603/2013. Argentina.