

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad
Nacional
de Rosario

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
“La práctica del psicoanálisis en Hospitales Generales.
Acerca de la demanda y la transferencia”

Investigación Bibliográfica

Autora: Cabral, Daniela

Legajo: C-5760/6

DNI: 37702766

Docente responsable: Lemberger, Graciela.

Año: 2023

Agradecimientos

Este trabajo cierra el ciclo de una etapa maravillosa. Un tiempo y un espacio de formación que cambió por completo mi forma de percibir el mundo y las relaciones humanas. Ese

devenir trajo aprendizajes que solo pudieron ser posibles gracias al acompañamiento y apoyo de los siguientes lazos, personas y espacios:

A Mariel y Sergio. Gracias papá y mamá, por darme la oportunidad de elegir camino y andar. Por permitirme volar lejos de casa para estudiar a pesar de lo que la distancia implica. Por apoyarme en todas mis decisiones, mis tiempos y mis formas. Sin su amor inconmensurable no hubiese sido posible.

A mi hermano, Fran, quien creció esperando reencuentros, pero siempre unidos, siempre esperándome con los brazos abiertos. Perdón por lo que me perdí y gracias por hacerme sentir siempre cerquita y ser incondicional.

A Gastón, mi compañero, quién vivió y me acompañó todo el recorrido de mi carrera. A la distancia y a la par. Gracias por estar y apoyarme en todo el proceso, por calmar nervios y compartir alegrías.

A mis amigas de toda la vida, por alentar y acompañar cada paso. Sostén imprescindible de cada día. Gracias por estar siempre presentes, por apoyarme y por alegrarse conmigo en cada logro.

A mi amiga y compañera de estudio, Ara, desde el primer al último año recorriendo juntas cada etapa del camino. Esto lo logramos juntas.

A mi familia, toda, por ser parte, siempre pendientes y apoyando cada uno desde su lugar, con la certeza de saberme acompañada.

A la Universidad Pública, por alojarme, por permitirme estudiar una carrera y forjar un futuro. Por las herramientas que me brindó y los vínculos que me regaló.

A todos aquellos que hicieron camino al andar conmigo, gracias. Para ustedes, este reconocimiento.

1. Resumen.....	4
2. Objetivos:.....	
5	
Objetivos	
.....	5
Generales	
Objetivos	
Específicos	5
3.	
Introducción	6
4. Desarrollo.....	
7 4.1 La existencia y presencia del Psicoanálisis en instituciones hospitalarias.	
..... 7 4.2 La demanda y la transferencia. La transferencia y la demanda.	
..... 8 4.3 El hacer del psicoanalista en el	
hospital..... 11 4.4 Síntomas de urgencia. La	
guardia hospitalaria..... 12 4.5	
Limitaciones	15
5.	
Conclusiones	16
6. Referencias bibliográficas:	

1. Resumen

El presente escrito se erige como una lectura crítica respecto a la práctica del psicoanálisis en hospitales generales. La problemática que se recorta de dicha temática está apuntalada en una pregunta sobre cómo ejerce su práctica un psicoanalista en el hospital. Interrogante que funciona como puntapié para abrir camino a otras preguntas acerca de la práctica en dicha institución y abordan algunos conceptos psicoanalíticos puestos en tensión. Para ello, se trabajarán algunas nociones fundamentales del psicoanálisis especialmente las de demanda y transferencia -entre otras- a partir de conceptualizaciones tomadas de diferentes autores con el fin de dialogar y debatir con ellas. La elección de estos conceptos permite y guía la pregunta acerca de la existencia del psicoanálisis dentro del hospital, es decir, de qué manera, en qué espacios de la institución, de qué forma interviene, etc. Se hará hincapié en investigar si es posible la demanda y la transferencia en el hospital, especialmente si los pacientes del hospital logran articular una demanda y si puede haber análisis.

Palabras clave

Psicoanálisis – Hospital General – Demanda – Transferencia – Intervención

2. Objetivos:

Objetivos Generales

- Indagar sobre la práctica del psicólogo con orientación psicoanalítica dentro del hospital general.

Objetivos Específicos

- Analizar las categorías de demanda y transferencia en el marco de un hospital general.
- Diferenciar la noción de síntoma médico y síntoma subjetivo. • Explorar cómo se presenta la urgencia en Salud Mental en un hospital general.

3. Introducción

El presente Trabajo Integrador Final se basa en una lectura crítica respecto a la práctica del psicoanálisis en hospitales generales. En tanto, se propone como objetivo indagar sobre la práctica del psicólogo con orientación psicoanalítica dentro del hospital general.

La problemática que se recorta de dicha temática está apuntalada en el siguiente interrogante: ¿Cómo ejerce su práctica un psicoanalista en el hospital? A su vez, se derivan de este interrogante principal algunas preguntas fundamentales: ¿Es posible llevar a cabo una práctica analítica en el ámbito hospitalario? ¿Es posible que se articule una demanda y se organice una transferencia dentro del hospital? ¿Puede haber análisis dentro de la institución? Para intentar responder a ellas se hará un recorrido sobre diferentes textos académicos y artículos basados en experiencias hospitalarias en pos de tomar estos interrogantes y ponerlos a dialogar a través de una investigación bibliográfica.

Como bibliografía pertinente se abordarán textos de Sigmund Freud, Jaques Lacan, pero también autores contemporáneos que brindan aportes fundamentales, como lo son: Michel Sauval, Inés Sotelo, Daniel Sluki, entre otros.

De forma transversal, se tomarán dos conceptos fundamentales como lo son la demanda y la transferencia y se los pondrá en relación al quehacer del psicólogo/psicoanalista que trabaja en un hospital general. A su vez, resulta relevante indagar cómo este quehacer se relaciona y se diferencia del quehacer médico y de qué manera se entrecruzan ambos discursos: el de la medicina y el del psicoanálisis en el ámbito hospitalario. En consonancia, se intentará diferenciar la noción de síntoma médico y síntoma subjetivo y se explorará cómo se presenta la urgencia en Salud Mental en un hospital general. A lo largo del escrito se apuntará a demostrar que se puede hablar de transferencia como de demanda y que no están circunscriptos únicamente al consultorio privado, sino que estos se hacen presentes también en un hospital general. Finalmente, se intentará realizar una lectura novedosa sobre la temática, a partir del cuestionamiento de las nociones mencionadas en el espacio hospitalario y brindar un aporte, un más allá de lo que hasta ahora se ha escrito sobre el tema, ya sea cuestionándolo o ampliándolo, así como también propiciar el conocimiento de esta disciplina en este tipo de instituciones. Resulta de gran importancia ahondar en las prácticas posibles que existen en el campo profesional del psicólogo –psicoanalista- y el hospital es una de ellas.

4. Desarrollo

4.1 La existencia y presencia del Psicoanálisis en instituciones hospitalarias.

La existencia del psicoanálisis en un hospital general hoy en día es un hecho, sin embargo, no lo es desde siempre. En sus comienzos, quienes tenían acceso a un tratamiento psicoanalítico eran unos pocos, en tanto quienes acudían a un tratamiento con Sigmund Freud lo hacían en el ámbito privado y exclusivo. Aun así, ya en 1919, en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, Freud pudo pensar la extensión del

psicoanálisis a otros terrenos que el de la práctica privada y planteó su posición respecto a la posibilidad de que en un futuro dicha praxis se practique en instituciones de orden público:

Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres, mientras que por otro lado puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menos derecho a la terapia anímica que los que se le acuerdan en materia de cirugía básica. Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se le asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes aplicando el análisis volverán más capaces de resistencia y productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida, a mujeres que corren el peligro de caer quebrantadas bajo la carga de las privaciones, a niños a quienes solo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo para que el Estado sienta como obligatorios estos deberes, con lo cual es posible que sea la beneficencia privada la que inicie tales institutos; de todos modos, alguna vez ocurrirá. Cuando suceda se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. Es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia nos veamos precisados de aliar el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa. Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso. Ajeno a todo partidismo. (Freud, 1919, p. 163)

Por su parte, Martín (2010) plantea que hay ciertas condiciones de la práctica institucional -como la coexistencia de discursos, la incidencia de la salud pública, condiciones de tiempo y dinero y variabilidad de las demandas- que hace que no toda práctica pueda considerarse psicoanalítica dentro de la institución. Sin embargo, la autora aclara que el psicoanálisis desarrollado en la institución no podría ser diferente al del consultorio, ya que, si hay un acto analítico al cual el paciente responde, entonces se está hablando de psicoanálisis independientemente del ámbito donde se lo aplique.

Actualmente, al estar ya instalado el psicoanálisis como abordaje posible en los hospitales públicos, resulta necesario repensar el dispositivo analítico. Se podría argumentar que, si la especificidad del psicoanálisis se sostiene en la posición del analista, y si la posición del analista no debe ser pensada en relación a las reglas técnicas que debe cumplir sino en relación a la ética propia del psicoanálisis, está claro que para posibilitar la experiencia del psicoanálisis en un hospital no se necesita más que la presencia de un analista.

Es necesario preguntarse: ¿Qué implica dicha presencia? Para intentar responder a dicha incógnita, puede ser provechoso recurrir a ese operador enigmático que Lacan empieza a delinear como *deseo del analista*, como aquello que posibilita

7

que una escucha sea analítica, más allá del encuadre en que ese encuentro se produzca. En este escrito se sostiene que, el dejar libre un espacio, sin la prisa por obturarlo, obturarlo con un ideal, con un sentido totalizante, se hace posible la emergencia de una demanda, que sólo puede advenir como efecto de una oferta que es una oferta de escucha." (Residencia Hospital *Braulio A. Moyano*, 2014).

En estos tiempos, la pregunta: ¿Es posible el psicoanálisis en el marco hospitalario? Parece quedar obsoleta al menos en la mayoría de las instituciones

hospitalarias. Resulta pertinente detenerse en la cuestión de la demanda: ¿Los pacientes que concurren al hospital, realizan una demanda de análisis? En cierto punto pareciera que sólo son dignos de portar una demanda quienes tocan el timbre del consultorio, pero la demanda es algo que se construye en análisis. La demanda es algo que se trabaja. Hay pacientes que no sabían que podían tener una hasta que se sienten habilitados a ponerla en palabras. Puede haber demanda donde no la había o tal vez el sujeto no tiene claro qué demanda. Tal vez lo que demandó fue ese espacio para hablar, para quejarse, etc. A la demanda se le irá dando forma, pero para ello tiene que estar la posibilidad de ser alojada.

Martin (2010) plantea una paradoja declarando que el hospital y el psicoanálisis se repelen, pero que, a su vez, se necesitan. En un principio, la idea era que en el hospital los tratamientos funcionan a partir de entrevistas preliminares y que el verdadero análisis transcurre en privado. Sin embargo, más tarde se dio otro giro a esta proposición justificando que si alguien recibía una palabra por parte del profesional y que esta produjera un cambio, eso ya podría denominarse psicoanálisis.

4.2 La demanda y la transferencia. La transferencia y la demanda.

A continuación, se trabajará sobre el concepto de demanda en pos de responder a los interrogantes planteados acerca de su presencia en el hospital y su relación con los usuarios del mismo.

Tomando las palabras de Sauval, el hospital se presenta como un ámbito de cruce de discursos, un ámbito de condensación de demandas de muy diverso tipo y origen, y, correlativamente, de prácticas muy diversas agrupadas bajo el común denominador de lo médico. El autor retoma las palabras de Lacan, señalando, por un lado, que la dimensión donde se ejerce hablando estrictamente la función médica es la significación de la demanda. Pero, ¿Dónde está el límite en que el médico debe actuar y a qué debe responder? A algo que se llama demanda. Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica. Y, por otro lado, más adelante, precisa que “la posición que puede ocupar el psicoanalista es la única desde donde el médico puede mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquel que tiene que responder a una demanda de saber”. (Sauval, 1999, p.12)

Al decir de Ferraro (2020) el Hospital es desorientador, no tanto como laberinto, sino como *Torre de Babel* donde confluyen diversos discursos, por la multidisciplinaria –y a veces, por fortuna, aunque no sin dificultades, interdisciplinaria– conformación del personal de un Hospital General. Es preciso notar que el saber del paciente al que apela el médico es un saber en cierta forma limitado, ya que no es nada sin que el médico lo valide en tanto instituyéndolo como signo de una enfermedad. De esta forma, el saber que en definitiva importa en la medicina es encarnado por el médico, es quien sabe qué es lo que le pasa al sujeto y se lo devuelve versionado en los códigos del CIE–10. En cambio, el saber en el psicoanálisis –transferido al analista– es tan sólo supuesto, pues el saber de aquello que le pasa al sujeto lo tiene el mismo sujeto

se halla en el momento en que el médico queda fascinado por su saber académico y reduce todo lo que le acontezca al paciente al orden de lo orgánico, o de los efectos secundarios de alguna medicación, sin posibilidad alguna de apelación por el paciente de que lo que le pase sea *otra cosa*: “Escuchar que un paciente no demanda análisis sino otra cosa, exige también una escucha analítica”. (Sotolano 1993, p. 17) Mussari sostiene que el analista de hospital toma allí su lugar, se hace allí un lugar propio. Aunque la primera transferencia es institucional, es necesario que el analista se ubique en un lugar de escucha. El analista dispuesto a escuchar abre el juego para que algo de la transferencia se instale allí. “Entonces nos preguntamos ¿Qué justifica un psicoanálisis? ¿Qué justifica la presencia de un psicoanalista? La respuesta es: la eficacia. Y, precisamente, la eficacia del análisis se mide en sus intervenciones y manejos transferenciales”. (Mussari, 2017)

Lieberman (2003) plantea que la institución representa el intento de coagular la experiencia a través de invariantes como las normas, los reglamentos, los manuales, la misión y visión que se proponga determinado grupo humano. En el polo opuesto se ubica la experiencia analítica, para la cual el sufrimiento, con su cortejo sintomático consiste en emblemas del ser. Este autor plantea que “la preocupación más patente del hábeas psiquiátrico ha devenido en la obsesión diagnóstica, cuyos abigarrados productos, los manuales de clasificación (DSM-IV, CIE-10) son puntillosos compendios que hacen que se le pregunte al sufriente todo menos lo importante” (Lieberman, 2003, p.1). Es vital preguntarse a qué se hace referencia cuando se remite a lo importante, pero, aun así, urge enfatizar en el corrimiento del saber médico al saber del paciente. Quizás más que preguntarle habría que invitarle a hablar de lo importante (aunque ni el propio sujeto sepa de qué se trata). Lo fundamental aquí es lo que pone al sujeto a hablar. Para ello, se necesita a alguien que escuche. No hay que olvidar que después de todo el psicoanálisis es eso, una clínica de la escucha. Es primordial que el sujeto sea escuchado, que su voz tenga lugar, un oído, especialmente en un ámbito como lo es el hospital, en donde generalmente el paciente es un receptáculo de información acerca de lo que le pasa, de lo que los demás le dicen que le pasa. Este último parece estar más predisposto a escuchar que a ser escuchado. Por ello, es menester destacar función tan necesaria que puede cumplir el psicoanálisis con respecto a la escucha y que, a pesar de su necesidad, permanece velada. Como si no hiciera falta. Como si eso solo pudiese ocurrir en un consultorio, en lugar de andar por los pasillos y las salas alejadas al ala de Salud Mental.

En concordancia, Lieberman (2003) plantea que hemos de preguntarnos si cabe en el marco hospitalario el uso de la escucha como oferta, en relación a las otras ofertas existentes como lo son el alivio sintomático, la internación, la referencia a otra institución, etcétera. Pero resulta que el psicoanálisis es una clínica del caso por caso, esta es la lógica psicoanalítica. Cada caso es nuevo y único. En relación al tratamiento, sabemos por el decir de Freud que esta cura viene por añadidura, por lo que, la oferta no es la solución del síntoma sino la escucha en sí.

Martin (2010) refiere que quien consulta viene a dirigir una demanda que adquiere distintas modalidades: que se le indique qué hacer, que se alivie su sufrimiento, que se sancione que está en lo cierto y el otro es el equivocado, que se trabaje en un tratamiento para resolver su problema, etcétera. No obstante, la autora agrega que más allá de la modalidad de la demanda inicial, no hay que confundirla con una demanda de análisis ya que ésta irá tomando forma durante las entrevistas preliminares y de ninguna manera se trata de una demanda manifiesta. Concluye

entonces que, la demanda inicial, lejos de ser considerada una demanda de análisis, se puede hacer equivaler a un pedido.

9

El despliegue del relato permite situar las coordenadas de la intervención; pero, simultáneamente, las preguntas del analista acerca del inicio del padecimiento y la suposición de una causa para ello operan ya como un movimiento inaugural y una orientación. Es por esto que se apunta a que el padecimiento que irrumpe como algo ajeno, a través del despliegue del relato devenga algo propio, ligado a la historia de quien consulta. Con la oferta de la escucha, se apuesta a la demanda, en la medida en que esta interviene sobre el goce: transformar la urgencia en síntoma mediante su inscripción en la cadena significativa (Miari, 2021).

Lacan (2011) en la *Conferencia sobre el síntoma* hace referencia al paciente como analizante, destacando la posición activa de trabajo. El analizante trabaja para producir una demanda de análisis. Esta última implica un posicionamiento, es el producto de la aparición del sujeto en el punto en que el paciente se vincula con lo que dice. La demanda analítica opera sobre el sujeto del inconsciente, y la condición es que el analizante ponga en juego su decir. En este sentido, es posible diferenciar que:

Mientras lo que el analista puede ofrecer es su capacidad y disposición para escuchar los circuitos por los que discurre el deseo, la institución demanda la presentificación de la cura, sea lo que sea. Y todo esto ante un panorama in crescendo de personas que no demandan nada, ni escucha, ni cura, gente a la que su padecer no le suscita ningún enigma, ni toleran la persistencia de su malestar como motor para averiguar la naturaleza de su deseo. (Lieberman, 2003, p. 4)

En relación a esto, resulta pertinente tomar las palabras de Slucki (2000) quien plantea que trabajar en favor de la salud de un paciente es crear el campo propicio para la tarea analítica. Cuando la palabra no está, es tarea del analista hacer que la palabra advenga. Muchas veces se pierde de vista la importancia privilegiada de la escucha analítica y los efectos en la clínica de la misma. El autor plantea que:

Cuando hablamos de la cura a través de la palabra, no hablamos solamente de la palabra del analista, quizás hablemos fundamentalmente de la palabra del paciente. La disposición interpretativa hace a la función del analista, ya que éste fundamentalmente interpreta el texto del paciente, el sentido de sus afectos, de sus silencios, de sus actos. Pero se trata justamente de estar disponible, y no de restringirse a la interpretación en el sentido técnico como única herramienta de trabajo. Confundir y equiparar psicoanálisis con interpretación limita al analista y le imposibilita acceder a otro tipo de intervención válida y necesaria. (Slucki, 2000, p.1)

Retomando a Ferraro (2020) y en consonancia con lo anteriormente desarrollado, queda en manos de los analistas que trabajan en el ámbito hospitalario actuar respondiendo a la demanda normalizadora del médico, o actuar como analistas dejando un vacío que dé lugar a la palabra del sujeto. Es ahí un intersticio posible para que el analista entre a funcionar abriendo la pregunta sobre aquello que le pasa al sujeto. Es el momento para que el analista opere dejando un vacío abierto, que no sea colmado con la palabra del médico que retorne, sino que éste pueda comenzar a ser llenado por la palabra del paciente. Martín (2010) plantea que para que se constituya una demanda de análisis, es necesario que el síntoma genere una

pregunta que implique al sujeto que lo padece y que tal pregunta se incluya en la transferencia. Esto lleva un tiempo -imposible de predecir a priori ya que se trata de un tiempo lógico y no cronológico- relativo al caso por caso. Por último, la autora concluye que el analista, al dar la posibilidad al consultante de hablar sobre su sufrimiento -colocando así el saber del lado del sujeto- ayuda a transformar la queja del mismo en demanda de saber y dar paso a la implicación subjetiva. Ahora bien, ¿Qué es lo que permite que dicha

10

transformación sea posible? Lo que se conoce como transferencia. La demanda y la transferencia están íntimamente relacionadas, son conceptos que se vinculan de manera recíproca.

Para poder hablar de la práctica psicoanalítica en el hospital general es fundamental definir qué se entiende por transferencia. Freud (2016) explica que la transferencia, desde su inicio y hasta un tiempo determinado, es el motor impulsor más poderoso del tratamiento. Es ella quien reviste al médico de autoridad y permite que sus argumentos sean recibidos por el sujeto. Dicha transferencia es creada a partir de las investiduras libidinosas, es decir, los sentimientos que proyecta el sujeto hacia la persona del médico. Freud la define de la siguiente manera:

La transferencia es un proceso psicológico por el cual el paciente revive y experimenta de manera intensa e irracional sentimientos y emociones, que dirige hacia su terapeuta, que son en realidad sentimientos inconscientes dirigidos a figuras significativas del pasado, como padres o parejas anteriores. La transferencia puede ser tanto positiva como negativa y puede interferir o facilitar el proceso terapéutico. (Freud, 2016, p. 103)

Una vez ubicado el concepto de transferencia, es necesario ubicar que en muchos casos puede existir una transferencia previa hacia la Institución, es decir, cierta predilección del consultante -por diversos motivos- a escoger esta institución y no otra, lo cual brinda una ventaja al profesional por el simple hecho de pertenecer a la misma (Martin, 2010). La autora se sirve de otros autores para decir que cuando una persona se acerca pidiendo ser atendida, alguien la recibe, ya sea la empleada de la ventanilla, los profesionales que caminan por los pasillos, los pacientes que esperan en la sala, o los carteles que le anticipan una respuesta. Todo ello contribuye a que se organice con el establecimiento esta transferencia previa. Sotolano (1993) en *La admisión en la Institución Hospitalaria. Psicoanálisis y el Hospital*, coincide en que la pregunta sobre el lugar está relacionada con las transferencias imaginarias, es decir, hay algo que impulsa al sujeto a acudir a esa institución y no a otra; y describe que, en los momentos previos a la consulta, cualquier paciente construye expectativas y fantasías que dan forma a dicho lazo transferencial. Estas imaginaciones transferenciales son muy útiles para el camino de la cura. Este breve esclarecimiento sobre la transferencia abre el camino para poder seguir trabajando con este concepto a lo largo del trabajo.

4.3 El hacer del psicoanalista en el hospital

Ya en 1975 Lacan plantea la siguiente pregunta: *¿qué hace un analista allí?* Es decir, en el dispositivo que conforma con la persona que dio forma a una

demanda de análisis. Sauval pone el énfasis en que esta pregunta viene a jugar sobre un fondo condicional: qué hace un analista allí (para que eso sea psicoanálisis). Resulta importante resaltar la idea de que el analista es pensado a partir de un *hacer*, y no de un *ser*. El autor continúa: “podrán *ser* lo que quieran, pero lo que importa, allí donde son convocados en tanto analistas, no es lo que son sino qué es lo que hacen”. (Sauval, 1999, p.19) Esto implica que no hay un *ser* del analista sino un *hacer*, porque un psicoanalista ejerce su práctica desde un saber que anida en la teoría pero que fundamentalmente remite a su propio análisis, pilar de la formación. Es por esto que hablamos de un *saber hacer* que no es extrínseco al psicoanalista, no es posible regularlo a voluntad, como sería ponerlo entre paréntesis en algún lugar y darle curso en otro. Si ese *saber hacer* está en función, no será una cuestión geográfica - es decir, el ámbito en donde se despliega- aquel que formalice su límite. (Mazover, 2021)

11

Ese hacer, mediante intervenciones -más que mediante un espacio analítico propiamente dicho- se puede ver reflejado en los efectos en la subjetividad del paciente, que propician el advenimiento de la palabra, que hacen surgir una pregunta, una historización. El sujeto entonces deviene en un lugar donde antes había puro objeto. Muchas veces allí donde no había demanda, ésta se puede generar a partir de las intervenciones que se lleven a cabo. Pasar de ser *sujeto* desde la palabra, a poder tomarla y hacer su propio discurso, llevar u acompañar al otro a cierta subjetivación. ¿Por qué no habría análisis en el hospital? El análisis es la aparición del sujeto, eso puede ocurrir en cualquier lugar. ¿Qué significa ser analista en un hospital? Introducir algo del discurso, de la mirada del psicoanálisis en la institución, lo que no reduce su labor sólo al trabajo de a dos durante sesiones. El psicoanalista cumplirá su función también con otros agentes que trabajan en la institución, interdisciplinariamente, en la planificación de actividades, de organización de la institución, en el intercambio diario entre usuarios y trabajadores de la institución, etcétera. ¿De qué forma? Aportando su mirada y algo del discurso analítico dentro de la institución hospitalaria. Un analista es alguien que cuestiona, que se hace preguntas, que interroga, es decir, como analistas, intentan conmover algo de lo instituido.

En La dirección de cura Lacan (2003) dirá que la transmutación del sujeto es aquello terapéutico que se despliega en el trabajo de la transferencia, experiencia donde el sujeto advierte la responsabilidad en relación a su malestar. Será por efecto de la transferencia y de las intervenciones del analista que se producirá el pasaje del pedido a la demanda.

Martin (2010) opina que, en el contexto institucional, la función tiende a confundirse con el ejercicio de un cargo, pero desde el psicoanálisis, no puede reducirse el ejercicio del psicoanalista a un mero acto burocrático de distribución de pacientes regida por cuestiones como el diagnóstico, la edad, sexo, situación económica, etcétera, sino que significa efectivamente aceptar, acoger, dar un sí como respuesta a un pedido, aunque ésta sea sólo bajo la forma de su puesta en suspenso.

Tomando las palabras de Bertholet (2013) la experiencia de análisis comienza con el pedido de ser aliviado de un sufrimiento y el psicoanalista no le resta valor a ese pedido, sino que se sostiene en él, y cuenta con el síntoma para ofrecer un trabajo que comience a producir una nueva relación a la verdad.

Las condiciones de la entrada en análisis son precisas y requieren de una dirección de la cura, solidaria con la perspectiva de que no hay continuidad natural

entre el pedido de alivio y la entrada en análisis; hay siempre una solución de continuidad, un quiebre, algo que cambia, que debe cambiar en el modo en que se sitúa el paciente, el modo en que escucha y que habla.

Que haya un pedido de alivio tiene que transformarse, por efecto de la transferencia y de las intervenciones del analista, en demanda de análisis, la que debe, a su vez, adquirir forma. Estos dos movimientos, el pasaje del pedido a la demanda y su puesta en forma, ocurren de un modo absolutamente singular en cada situación clínica (con sus tiempos, modulaciones, dificultades) y requieren del buen uso del semblante por parte del analista, tal como lo indicaba Lacan en el Seminario 8 titulado *La transferencia*: "Para situar lo que debe ser el lugar del analista en la transferencia, en el doble sentido que hay que situar este lugar: ¿dónde lo sitúa el analizante? y ¿dónde debe estar el analista para responderle convenientemente?" (Lacan, 2008, p.1).

4.4 Síntomas de urgencia. La guardia hospitalaria.

12

La consulta de urgencia es aquella que se produce por demanda espontánea, pudiendo solicitarla tanto el paciente, la familia, el juez, un profesional de otra área de salud u otros. Su modalidad de presentación es variada, sin embargo, habitualmente, se manifiesta por irrupción sintomática, por exceso de sufrimiento insoportable para el paciente y requiere urgente resolución (Fazio et al, 2013).

Desde una lectura psicoanalítica, se puede decir que una urgencia ha finalizado cuando se ha subjetivado, cuando ésta ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto. Es decir, cuando, a partir del trabajo realizado se hubiere ubicado, en el lugar de la causa, aquello que concierne al sujeto (Sotelo, 2012).

Las urgencias son consideradas de forma diferente en el paradigma médico que considerará finalizadas cuando los síntomas o fenómenos que la promovieron hayan desaparecido, retornando así a una situación de normalidad o adaptación.

La interpretación psicoanalítica puede ser un orientador del trabajo en la atención a la demanda en urgencias. Teniendo en cuenta la singularidad de cada caso particular, el analista interviene a partir del poder del símbolo, de manera que se pueda producir la subjetivación de la urgencia. Si el sujeto se encuentra en un estado de mutismo, se orientará la atención de modo que algo del orden de la palabra pueda empezar a articularse (Fazio et al, 2013).

Los profesionales que trabajan en instituciones hospitalarias sostienen que en las guardias predominan los casos de maltrato, intoxicaciones por consumo e intentos de suicidio. Ante esto, afirman que en la última década se han incrementado las situaciones de violencia y adicciones, las cuales, presentándose como *lo que no puede esperar*, se instalan en el centro de la escena. Además, se establecen también grandes diferencias entre la vivencia de demanda de atención inmediata por parte del paciente y la evaluación médica más ligada a la gravedad del caso (Sotelo, 2015, p.8).

Siguiendo a la autora es posible conjeturar que los dispositivos tradicionales, si bien resuelven la urgencia médica vinculada al riesgo, a la seguridad para sí y para terceros, no siempre consideran la *urgencia subjetiva*, ya que su objetivo está orientado a la desaparición de los síntomas a través de la aplicación de protocolos

estandarizados. Sin embargo, las cuestiones ligadas a la misma han alcanzado en nuestra época una complejidad tal que requieren de múltiples intervenciones, siendo insuficiente la exclusivamente médica. En consecuencia, en los hospitales se detecta falta de articulación entre el instante de la consulta en guardia y la consulta en consultorios externos, que podría ser el inicio de un tratamiento. En la mayoría de los casos no llegan a la derivación o no se instalan en el tratamiento si no ha habido alguna subjetivación o singularización del padecimiento por parte del paciente (Sotelo, 2015).

En concordancia con lo anteriormente dicho, es necesario distinguir padecimiento subjetivo de lo que se denomina síntoma. Siguiendo a Miari, el primero es síntoma en sentido descriptivo, concierne a este momento de quiebre de la homeostasis y es motor de la consulta. El segundo, supone la escucha e intervención del analista, es decir, una operación sobre dicho padecimiento.

En este marco, se distingue el síntoma en sentido descriptivo del síntoma que es abordable por el análisis. Para esta autora los analistas parten de la proposición de que el objetivo de su intervención no es la eliminación de los síntomas sino más bien, la interrogación del sufrimiento y el despliegue de un relato sobre el mismo (Miari, 2021).

En relación a esto, Sotelo (2015) plantea que el diseño del dispositivo como lugar de alojamiento del sujeto, supone una lógica particular en relación al tiempo; introducir una escansión, una pausa frente a la prisa por concluir que el paciente exige y a la que la ciencia médica y/o farmacológica responde. El analista interviene introduciendo esa pausa que permitiría localizar, en principio, el acontecimiento que el sujeto ubica como traumático. Este acto, que apunta a introducir un segundo tiempo

13

lógico -de comprender- entre el instante de ver y el momento de concluir, implica una apuesta para que se abra la posibilidad de transformar la urgencia en urgencia subjetiva. Se introducirá otra temporalidad, una lógica ligada al inconsciente, para que la urgencia se despliegue y el sujeto se apropie de ella y se haga responsable del tratamiento que estará dispuesto a darle, despojándose de la posición pasiva frente a sus síntomas. Para ello es necesario propiciar la posibilidad de que el sujeto ponga en juego su decir:

Así, al ubicar la clínica de la urgencia subjetiva como un correlato clínico (...) es posible extraer consecuencias en el contexto del psicoanálisis aplicado a la práctica en hospitales, inaugurando una tarea para los analistas: la de buscar, encontrar e inventar nuevos recursos para tratar de responder a las transformaciones que lo nuevo va produciendo. (Sotelo, 2015, p. 8)

En relación con el alivio sintomático, se puede hablar de la disminución del malestar a partir de la intervención del psicoanalista. La misma apunta a dos cuestiones: por un lado, a resolver el motivo de consulta y, por el otro, a producir un espacio que posibilite el comienzo de un tratamiento psicoanalítico (Fazio et al, 2013).

Además de la guardia hospitalaria en la que se presentan casos de urgencia, muchas veces el psicoanalista es convocado al espacio de interconsulta en un hospital general debe lidiar con múltiples pedidos y transferencias que se entrecruzan. Como menciona Pujó (1995) es fundamental pensar el pedido inicial del médico y el peso de la transferencia *institucional* o transferencia previa para luego poder lograr escuchar al paciente, quien muchas veces no es quien demanda ser

escuchado. Así, puede propiciarse que este último vaya atravesando las dificultades de ingresar en un terreno no familiar: el del padecimiento.

Tomando las palabras de Mussari (2017) se puede afirmar, en primer lugar, la relevancia de las guardias en salud mental compartidas por psicólogos y médicos psiquiatras que encarnan distintos discursos. La autora plantea que un psicoanalista en la guardia puede abrir espacios, generando que no se cierren los sentidos. El psicoanálisis apunta a la dimensión propiamente subjetiva que hace de cada urgencia algo absolutamente único e irrepetible.

El psicoanálisis de orientación lacaniana no se somete al imperativo evaluador del para todos. Sin embargo, el psicoanálisis aplicado en un hospital da muestras de la posibilidad de obtener resultados terapéuticos en variados casos. El psicoanálisis posee una dimensión terapéutica. Los alcances de cada cura dependen tanto de la posición del analista como de la posición subjetiva de quien consulta (Mussari, 2017, p. 3).

Ahora bien, retomando lo anteriormente mencionado, lograr el diálogo con profesionales de la medicina suele ser el primer paso del recorrido del interconsultor. Como plantea Pujó (1995) retomando a Lacan, aun cuando la demanda sea eliminar el hueco en el orden médico, no es el propósito del interconsultor llevar a cabo tal sutura. Sin embargo, no se excluye la posibilidad de un efecto en lo real: volver a poner en movimiento un acto médico que se encontraba momentáneamente impedido u obturado.

En *El dispositivo psicoanalítico en el hospital general* -un trabajo de investigación llevado a cabo por residentes de un hospital general- se puede leer, a modo de ejemplo, lo teorizado anteriormente:

14

El tratamiento con este paciente fue abordado desde la ética psicoanalítica, es decir, desde una posición neutral, sin buscar imponerle ninguna decisión y, sobre todo, respetando sus tiempos y su singularidad. De esta manera, sin desestimar el pedido médico inicial, pero sin considerar solo eso, el trabajo se dirigió a brindarle un espacio en donde fuera escuchado y en el que pudiera comenzar a tramitar algo de lo que estaba viviendo. El paciente logró hablar con su familia en presencia de su médica, lo cual le brindó confianza para afrontar dicha situación. Esta herramienta surgió como posibilidad a partir de lo trabajado en sesión con él y propuesto luego a la médica tratante con la cual fue organizada y gestionada. Finalmente, lo que esperaban los médicos, sin ser el objetivo que direccionaba el tratamiento analítico, surgió por añadidura. (Kligmann et al. 2017)

Es preciso destacar que, tanto en este caso como en muchos otros en el marco del hospital, si bien no se produce un análisis propiamente dicho, las intervenciones siempre se dirigen a causar el discurso del sujeto para escuchar su verdad, produciendo por añadidura efectos terapéuticos.

4.5 Limitaciones

De ninguna manera se trata, de no ubicar los límites del psicoanálisis, sino de

ubicarlos desde las dos perspectivas en que estos últimos operan. Una perspectiva es de orden estructural y es la que refiere a la imposibilidad de analizar todo (también de educar todo, o de gobernar todo), en tanto siempre quedará un resto que no se deja atrapar. En este sentido Freud es coherente con la manera que define la cura: aquel proceso que dirige al sujeto de *su miseria neurótica al infortunio corriente*, a lo real de la vida, o lo que es lo mismo, aquello que de la vida resulta imposible de reducir. La otra perspectiva desde la cual podemos hablar de límite es la que hace referencia al análisis del analista, en tanto serán sus complejos no analizados los que oficiarán de puntos ciegos en la percepción analítica. (Mazover, 2021).

Hasta aquí se han retomado los discursos que se entrecruzan en el hospital, respecto a la demanda y a las distintas formas de responder a ella, pero ¿Qué sucede con aquello que excede al psicoanálisis? ¿Se puede responder a todas las demandas dentro del hospital? ¿Cuáles son las limitaciones con las que se encuentra el profesional?

Sauval (1999) pone en relieve los problemas relativos a las funciones, posibilidades y sentidos, de una *escucha* de dichas demandas en función del deseo. El punto a precisar, justamente, es qué debe entenderse por ello. La educación, la salud y la seguridad social son tres aspectos de lo que podríamos llamar *carencias*, que no dejan de funcionar como condensadores fundamentales de los grandes problemas políticos y sociales. Las demandas dirigidas al hospital, en varias de sus modulaciones, no dejan de plantear estos problemas políticos.

Según este autor, se escucha en cada *paciente* en un servicio de psicopatología a un *sujeto* en particular. Pero también *dice* algo el hecho de que la mayoría de los mismos provengan, por ejemplo, de clases sociales pobres. En el hospital (pero también en todos los demás ámbitos) tenemos responsabilidades que en muchos casos deben asumirse como profesionales antes que como analistas. Los problemas éticos que enfrentan los médicos son problemas que también nos toca enfrentar en tanto existen muchas situaciones conflictivas que se presentan en el ámbito hospitalario. En este sentido, Sauval (1999) toma palabras de Neuburguer para decir que muchas veces la labor del psicoanalista consiste en oficiar temporariamente de retazo suplente para cubrir los huecos de las instituciones (en efecto, se comunica con

15

los jueces, con el asilo de dónde provenía, y con el servicio social, busca al hijo de la paciente, etc.).

En cuanto a las posibilidades del psicoanálisis en el ámbito hospitalario Sauval plantea que la situación hospitalaria (al menos de los hospitales públicos) es, antes que nada, una situación de penuria económica, una situación de negación casi sistemática de los derechos de la población a la salud y/o a la atención médica y sanitaria. Olvidar esto, amén de ser políticamente reaccionario, solo puede conducir, psicoanalíticamente, hacia lo peor: “Creo que olvidar este tipo de problemas en los hospitales confunde y tergiversa completamente la función y la tarea que un practicante del psicoanálisis puede llegar a desarrollar en esos ámbitos” (Sauval, 1999, p.27).

En este sentido, Sluki (2000) da testimonio de que la llegada de un paciente a un servicio hospitalario es muchas veces la única ocasión para recibir una atención clínica, social o preventiva, y es responsabilidad del profesional que esta oportunidad no sea desaprovechada y afirma que “si pensamos que queremos cuidar más al

método que al paciente, posiblemente se nos escapen estas tareas de las que un agente de salud no puede desentenderse". (Sluki, 2000, párr.4)

Se crea así una brecha entre analista y analizante, que en los hospitales se agranda si es que el psicoanalista no está dispuesto a entender el mundo social y cultural del paciente que, debido a la profundización de la crisis económica, ha ido cambiando su perfil. Privilegiar al paciente y no al método significa también ocuparse en conocer el perfil del paciente que consulta.

5. Conclusiones

El siguiente apartado tiene como objeto concluir lo hasta aquí construido, entendiendo que la problemática trabajada sobre la presencia tanto como el quehacer del psicólogo psicoanalista en un hospital general queda abierta para poder seguir siendo profundizada.

Como se ha mencionado al comienzo del trabajo, la práctica del psicoanálisis se ha ido modificando desde sus comienzos, iniciándose como una práctica privada y exclusiva hacia una presencia más amplia en instituciones públicas. Hoy en día es posible afirmar que el psicoanálisis en la institución hospitalaria es una realidad presente y necesaria. Aunque la práctica institucional presenta ciertas limitaciones y desafíos, como la coexistencia de discursos y la incidencia de la salud pública, la posición del analista y la oferta de escucha son esenciales para posibilitar la experiencia del psicoanálisis en cualquier ámbito, incluyendo el hospitalario.

A lo largo de este recorrido he aprendido sobre la importancia de escuchar al paciente y destacar su saber y que la clínica de la escucha que el psicoanálisis nos ofrece parece ser la mejor vía para eso.

En cuanto a la demanda, no necesariamente surge de manera espontánea en pacientes que concurren al hospital, pero puede ser construida y trabajada en el marco del análisis. Por lo tanto, para responder a la pregunta sobre si los pacientes del hospital demandan, es posible decir que sí. Esto no quiere decir que desde un principio haya demanda de análisis, pero sí demanda de escucha, de ser alojado, e incluso esa demanda puede no existir desde el comienzo y ser construida luego gracias a la transferencia y a la disponibilidad del analista.

En relación a la transferencia, la lectura ha posibilitado el entendimiento de que no necesariamente nace en el consultorio con el analista, sino que previamente puede existir dirigida hacia la institución y que eso influye en la relación del paciente con el terapeuta. Esto puede ser beneficioso en algunos casos y en otros puede presentarse

16

como algo con lo que el analista tiene que lidiar a veces porque no necesariamente la transferencia con la institución es buena. Por ello, se destaca la importancia de comprender su existencia y cómo puede ser útil para el camino hacia la cura. En definitiva, la transferencia es un elemento crucial en el tratamiento psicoanalítico en el hospital general y es necesario tener en cuenta su presencia y funcionamiento para poder trabajar con ella de manera efectiva.

En cuanto a la pregunta acerca del quehacer de un psicoanalista en un hospital, se destaca que el rol del analista no se limita a las sesiones con los pacientes, sino que se extiende a su participación en la institución hospitalaria, en la

planificación de actividades y en la interacción con otros agentes. Se destaca la importancia y la complejidad del trabajo del psicoanalista en un entorno hospitalario ya que no se trata simplemente de tratar a los pacientes en sesiones individuales, sino de participar activamente en la institución y de trabajar en conjunto con otros profesionales para la atención de los pacientes. Se ha enfatizado que el analista es definido por su hacer, más que por su ser, y especialmente por su capacidad para producir efectos en la subjetividad del paciente. Además, se destaca la importancia de la transferencia y de la dirección de cura en la transformación del pedido de alivio en demanda de análisis y la necesidad de que el paciente pueda trabajar en su modo de situarse, escuchar y hablar para poder trabajar en su posición subjetiva. En definitiva, se presenta el análisis como la aparición del sujeto, y debido a que su aparición tiene que ver con un quehacer y no con un lugar geográfico es válido decir que puede tener lugar en cualquier lugar, incluso en un hospital.

En relación a la atención de las urgencias en la guardia hospitalaria, se propone la necesidad de considerar la singularidad de cada caso particular para poder intervenir de manera adecuada. El objetivo no es solo la eliminación de los síntomas, sino también la subjetivación de la urgencia y la interrogación del sufrimiento del paciente. Se destaca la importancia de introducir una pausa que permita al sujeto ubicar y comprender el acontecimiento traumático que lo llevó a la urgencia, y que pueda empezar a articularse en lo simbólico. En este sentido, se hace necesaria una articulación entre el instante de la consulta en guardia y la consulta en consultorios externos, que permita iniciar un tratamiento que contemple la urgencia subjetiva. En definitiva, el enfoque psicoanalítico puede ser un orientador del trabajo en la atención a la demanda en urgencias, lo que supone una apuesta para transformar la urgencia en urgencia subjetiva y para introducir otra temporalidad y lógica en la atención médica.

Finalmente, resulta central para la práctica tomar en cuenta las limitaciones en el psicoanálisis y su práctica en un hospital general. Se hace énfasis en que el psicoanálisis no puede ser ajeno a los problemas éticos y políticos que se presentan en la sociedad, especialmente en el ámbito hospitalario, donde la penuria económica y la negación de los derechos a la salud son una realidad. Es decir, se debe estar atento a los problemas éticos y políticos que se presentan en la práctica y que requieren una respuesta no solo desde el quehacer del analista, sino también desde el compromiso social y profesional. Es por ello que resulta necesario reflexionar sobre la importancia de reconocer las limitaciones del psicoanálisis y asumir responsabilidades como profesionales en el ámbito hospitalario. Se puede concluir que la práctica del psicoanálisis tiene sus limitaciones y desafíos, y que estos se manifiestan en distintos ámbitos, incluyendo el hospitalario. En este sentido, es importante tener en cuenta que el psicoanálisis no puede y no debe resolver todos los problemas que se le presentan, y es vital considerar tanto las demandas particulares de los pacientes como los problemas estructurales y políticos que subyacen a ellas.

Toda esta argumentación merecería un desarrollo mucho más trabajado pero esa tarea excede la búsqueda del presente artículo. Dicha ideación queda entonces abierta para futuros debates y producciones escritas.

En definitiva, la práctica del psicoanálisis es un desafío constante que implica comprender y abordar las limitaciones que se presentan en diferentes contextos, manteniendo un equilibrio entre el método psicoanalítico y las demandas concretas de los pacientes, y asumiendo la responsabilidad social y ética que implica el ejercicio profesional. Para mantener la relevancia y eficacia del psicoanálisis, es necesario seguir avanzando más allá de lo establecido y estar siempre dispuestos a reflexionar críticamente sobre nuestra práctica y sus implicaciones en el mundo que nos rodea. Para llevar a cabo un abordaje de los que aquí se plantea es necesario contar con profesionales comprometidos en validar la presencia del psicoanálisis y sus efectos en la subjetividad de los pacientes concurrentes de un hospital general.

A modo de cierre, me gustaría dejar una frase de que abarca tanto el trabajo en el hospital como en cualquier ámbito en el que el día de mañana, como futura profesional, me encuentre: “El psicoanálisis perdurará siempre y cuando se anime a avanzar más allá de lo establecido” (Slucki, 2000, párr.14).

- Fazio, V., Mazzia, V., Sotelo, M. I (2013). *La cadencia de la interpretación en la clínica de la urgencia de la neurosis*. Anuario de investigaciones, 20(2), 00. Recuperado en 03 de abril de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862013000200012&lng=es&tlng=es.
- Freud, S. (2013). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Obras completas. Siglo Veintiuno Editores.
- Freud (2013). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras completas. Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (2016). *La dinámica de la transferencia*. Obras Completas. Tomo XII. Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (2003). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En Escritos, Tomo 2. Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J (2006). *Mi enseñanza*. Editorial Paidós.
- Lacan, J, (2008). Seminario 8. *La Transferencia*. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2014). *Conferencias sobre el síntoma*. Editorial Paidós.
- Liberman, A. (2003). Psicoanálisis en el hospital: algunos aspectos de la acción analítica en el contexto institucional. *Revista Acheronta, volumen 18, p (269-272)*.
<https://www.acheronta.org/acheronta18/liberman.htm>
- Martin, V.S (2010). *La entrevista de admisión en psicoanálisis*. Práctica y Habilitación Profesional. Universidad de Palermo.
<http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/706/Martin%2C%20Victor%20a.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Mazover, M. (2021). *Psicoanálisis e institución: ¿es posible el ejercicio del psicoanálisis en una Institución?* HerramientasPsi "Error mientras" para el ejercicio de la práctica cotidiana.
<http://herramientaspsi.blogspot.com/2021/01/psicoanalisis-e-institucion-es-posible.html>
- Miari, A.M (2021). *Notas sobre la urgencia y el síntoma*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
<https://www.acheronta.org/acheronta18/liberman.htm>
- Mussari, M (2017). *Maniobras de la transferencia y usos posibles del dispositivo analítico en el hospital*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en

Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Pujó, M. (1995) Formación del Equipo de Interconsulta en el Hospital. En *Psicoanálisis y el Hospital*, Año 4 (No 7). Ediciones del Seminario.
- Residencia Hospital "Braulio A. Moyano" (29 de septiembre de 2014). *Lo que usted quiso saber del psicoanálisis en el hospital monovalente y jamás se animó a preguntar*. <https://www.elsigma.com/hospitales/lo-que-usted-quiso-saber-delpsicoanalisis-en-el-hospital-monovalente-y-jamas-se-animo-a-preguntar/12836>.
- Sauval, M. (1999) *Psicoanálisis y práctica hospitalaria*. Clase dictada en 1999 del seminario "El psicoanalista y la práctica hospitalaria" publicado en EduPsi. <https://www.sauval.com/pdf/Psicoanalisis%20y%20practica%20hospitalaria.pdf>
- Sluki, D. (2000). *Hospital: un desafío para el psicoanálisis*. Revista Topía, volumen 4, p (17-18).
- Sotelo, M.I. (2015) *DATUS: Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Grama.
- Sotelo, M.I. (2004). *La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de Grama*.
- Sotelo, M.I. (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. JCE Ediciones.
- Sotolano, O. (1993). *La admisión en la Institución Hospitalaria*. Revista Psicoanálisis y El Hospital, volumen 2, p (13-17).

