

## Agradecimientos

A Laura y a Franca, por su tiempo, sus aportes y su excelente predisposición.

A Javier, por su tiempo, su dedicación y sus valiosas sugerencias.

A mi familia, por su apoyo incondicional y su amor desde siempre y durante todos estos años de carrera.

A mis amigos y compañeros, porque sin ellos nada de esto hubiese sido posible.

## Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Noción de Dispositivo.....	6
El tiempo como obstáculo en la institución hospitalaria.....	8
Psicoanálisis en el Hospital: una apuesta posible.....	13
A modo de conclusión.....	20
Referencias bibliográficas.....	22

## Resumen

Lejos estamos de pensar que la práctica psicoanalítica se ejerce únicamente dentro de un consultorio privado, como así tampoco podemos desconocer las dificultades que acarrea ejercerla en otros ámbitos.

En una institución como el hospital público, el discurso hegemónico que detenta poder y saber es el discurso médico, que se presenta como discurso amo. Ahora bien, cuando desde dicho discurso no se logra dar cuenta o no se logra explicar el padecimiento de un sujeto, choca con sus propios límites, siendo este el momento en que se solicita atención psicológica. Y es ahí donde el discurso analítico es convocado a hacer su aporte. Sin embargo este último no deja de toparse con obstáculos que son inherentes al hospital y a la práctica analítica en el interior del mismo.

Por lo tanto, basándome en mi propia experiencia como residente de pregrado en un hospital público, como objetivo en el presente ensayo me propongo analizar y reflexionar acerca de dichos obstáculos y acerca de las condiciones que harían posible o no sostener la práctica del psicoanálisis dentro de una institución hospitalaria; haciendo especial énfasis en el entrecruzamiento constante que se produce entre los tiempos del hospital y los tiempos analíticos.

## Palabras clave

Hospital - Psicoanálisis - Tiempo - Obstáculo - Discurso

## Introducción

Es Michel Foucault (1978) quien plantea que el hospital, como instrumento terapéutico, es un concepto relativamente moderno que surge a fines del siglo XVIII, creándose una conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo, de forma que si produce efectos patológicos estos deben ser corregidos. Este cambio en la concepción del hospital es fundamental, teniendo en cuenta que el mismo era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, y al mismo tiempo una institución de separación y exclusión. Por lo tanto, en ese entonces el hospital era un lugar para ir a morir, estando ausente la función médica.

Hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina constituían campos diferentes. El factor principal de transformación no fue la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino la anulación de sus efectos negativos. Surge primeramente en hospitales militares y marítimos una reorganización administrativa y política, una nueva fiscalización por parte de la autoridad en el recinto del hospital. Esta reordenación no partió de una técnica médica sino, esencialmente, de una tecnología que podría denominarse política: la disciplina. Entendida esta última como una nueva técnica de gestión del hombre, una forma de gobernarlo, controlar sus múltiples capacidades, utilizarlas al máximo y mejorar el efecto útil de su trabajo y sus actividades, gracias a un sistema de poder que permite controlarlo, no muy alejada de la lógica de mercado que impera en nuestros días (Foucault, 1978).

La incorporación de los mecanismos disciplinarios en el hospital tiene que ver con razones económicas, con el precio atribuido a los individuos, con el deseo de evitar la propagación de las epidemias. Y entonces la formación de una medicina hospitalaria hay que atribuirle, por un lado, a la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario y, por otro lado, a la transformación que en esa época experimenta la práctica de la medicina y el saber médico (Foucault, 1978).

De esta manera observamos que la finalidad de la introducción de la disciplina en el hospital tenía que ver con garantizar el control, la vigilancia, la aplicación de la disciplina en el mundo de los enfermos y la enfermedad, transformar las condiciones que rodeaban a los enfermos. Como consecuencia se producen cambios en la localización del hospital y la individualización y distribución espacial de los enfermos y, a partir de entonces, es la figura del médico la que asume la autoridad y la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A esto se agrega un registro permanente y completo de todo lo que ocurre, constituyéndose el hospital no sólo en un lugar de cura sino también de registro y adquisición de conocimientos y el saber médico comienza a ocupar un lugar de poder en el hospital.

Por su parte, la práctica analítica lejos está de ejercerse únicamente en el ámbito privado, dentro de un consultorio y utilizando un diván en el que el paciente se recuesta. Ahora bien, no podemos desconocer que desempeñarla en otros ámbitos y contextos puede acarrear diferentes dificultades, siendo uno de los objetivos del presente ensayo analizar los obstáculos que supone el ejercicio del psicoanálisis en una institución hospitalaria.

Siguiendo la lógica foucaultiana, cabe destacar que una institución como el hospital público se encuentra fuertemente atravesada por el discurso médico, que se presenta como discurso amo y hegemónico, por lo cual el lugar y la posición del psicoanalista en el interior de dicha institución no deja de ser conflictiva y puesta en cuestión.

A partir de mi experiencia como residente de pregrado, llevada a cabo en un hospital público en el marco de las Prácticas Públicas de Salud, propongo como finalidad del presente ensayo interrogar y reflexionar acerca de las condiciones que hacen posible o que dificultan sostener una práctica psicoanalítica en una institución hospitalaria; poniendo especial énfasis en deliberar e interrogarme acerca del

entrecruzamiento constante que se produce entre los tiempos cronológicos que el hospital impone y los tiempos lógicos propuestos por los fundamentos básicos del psicoanálisis.

El psicoanálisis hace foco en la emergencia subjetiva y la singularidad de los pacientes; y esto se enfrenta en la actualidad con lo que sucede en no pocas instituciones donde lo que impera es la lógica del mercado, que promulga ideales a alcanzar tales como la eficacia y la rapidez. Además, no se puede hacer a un lado el hecho de que el hospital, en tanto institución, no deja de estar atravesado políticamente por los aparatos estatales y su correspondiente burocracia. Y estas cuestiones en su conjunto ponen en jaque al psicoanálisis como abordaje posible para el padecimiento de los sujetos.

De este modo, realizaré un abordaje y reflexión acerca de los diferentes límites y obstáculos que son inherentes al hospital público y que no solo debe sortear el paciente, sino también el psicoanálisis mismo.

## Noción de Dispositivo

La noción de Dispositivo ocupa un lugar importante en el servicio de Psicología perteneciente al hospital público donde realicé mi práctica profesional supervisada como residente de pregrado, por lo cual es pertinente efectuar una breve reseña acerca de dicho concepto.

El concepto de Dispositivo es utilizado desde diversas disciplinas y con diferentes fines. Etimológicamente Dispositivo proviene de disposición y de disponibilidad, y alude a lugares y a una distribución de esos lugares. Plantea, además, una especie de cuestión potencial, 'una capacidad potencial de', en un registro flexible y variado. Cabe destacar que un Dispositivo se sostiene en determinada legalidad, es decir, hay una disposición de lugares y elementos que mantienen una relación que permite su funcionamiento en distintos tiempos. A su vez, la definición de Dispositivo proviene de las ciencias duras en el sentido de mecanismo o artificio, es decir, algo creado, artificial, que sirve para producir determinado efecto. Michel Foucault lo toma en este sentido; para él constituye una estrategia sin estrategia y lo plantea en relación directa a las disciplinas, a las que define como un sector del saber (D'Alessandro, 2003).

Dicho concepto es pensado también desde el Psicoanálisis. Marité Colovini (2008) reflexionando acerca de la práctica de los analistas, afirma que el mismo Freud creó un dispositivo para la neurosis, el de la asociación libre y la interpretación. En relación a esta idea, si bien se puede afirmar que la práctica del psicoanálisis es posible más allá del terreno del consultorio, en el que supuestamente se pone en práctica el dispositivo clásico para la neurosis, es necesario para el psicoanalista realizar un trabajo que Foucault nombra como cartografía. Esta consiste en llevar a cabo un conocimiento del terreno (en nuestro caso la institución hospitalaria) pero cartografiado, es decir, entender en qué dispositivo uno se va a introducir; antes de pensar qué tipo de práctica es posible en dicho terreno.

Colovini (2008) retoma a Foucault, quien en el año '77 fue interrogado acerca de qué es un dispositivo. Este autor sostiene que es, en primer lugar, un conjunto heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y también lo no dicho; estos son los elementos del dispositivo. Este último consiste entonces en una red que se establece entre estos elementos; se trata de una especie de formación que tiene por función responder a una emergencia en un determinado momento. Por lo tanto, el dispositivo tiene una función estratégica dominante y está siempre inscripto en un juego de poder.

En relación con la noción de poder, Michel Foucault en su libro *El poder, una bestia magnífica* (2014) sostiene que tradicionalmente se consideraba que para analizar el poder era suficiente con estudiar las formas jurídicas que determinaban lo que estaba prohibido y lo que estaba permitido; pero este autor, va más allá tratando de analizar lo extrajurídico. Foucault plantea que los mecanismos de poder son mucho más amplios que el aparato jurídico, legal, y que el poder se ejerce mediante numerosos procedimientos de dominación. Se trata de relaciones de poder, como las que ejercen los aparatos del Estado sobre los individuos. Y afirma que, si las relaciones de poder son relaciones de fuerza, enfrentamientos, son, por lo tanto, siempre reversibles, mediante la lucha perpetua y multiforme.

Cabe subrayar, dentro de la noción de dispositivo, la importancia de lo dicho y lo no dicho, de elementos discursivos y elementos no discursivos, ya que (dentro del dispositivo de admisión perteneciente al hospital público donde lleve a cabo mi práctica) nos ubicamos desde los postulados de la clínica psicoanalítica. Y, tal como sostiene Colovini (2008), los dispositivos producen subjetividad, es decir, afectan a los vivientes, se inscriben en los vivientes en lo que se llama producción de subjetividad.

Otra definición plantea que un Dispositivo es en primer lugar un artificio, una construcción humana. Esto, que parece obvio, no lo es tanto si pensamos que también el psicoanálisis y la lectura del inconsciente son un dispositivo, creados con una lógica específica y con una ética que le es inherente. Se trata de algo que tiene su soporte material en el lenguaje, organizado por lugares simbólicos que buscan responder a funciones diferenciales. Siguiendo este lineamiento se puede acercar el concepto de dispositivo al de praxis, tal como lo formula Lacan en el Seminario XI, donde afirma que es lo que nos permite 'tratar lo real mediante lo simbólico' (Serrani, 2013).

Esta conceptualización lacaniana es importante para pensar la noción de dispositivo como artificio poniéndolo en relación con el dispositivo admisión perteneciente al servicio de psicología como un primer contacto y alojamiento del paciente por parte de la institución hospitalaria, el cual a su vez está determinado e influenciado por los demás aparatos del hospital.

Los diferentes postulados acerca de qué es un dispositivo me permiten pensar acerca de la importancia de esta noción en una institución hospitalaria, en tanto plagado de ellos (por ejemplo, el dispositivo médico), y en particular acerca del dispositivo analítico en el interior del llamado servicio de psicología, lo cual indica un modo de operar particular y unos obstáculos determinados.

## El tiempo como obstáculo en la institución hospitalaria

El Dispositivo de Admisión funciona en el interior del hospital público como un primer espacio cuyo fin es acoger o dar un sí a quien acude a la institución a interrogar, a testimoniar o a buscar una respuesta a lo que le ocurre. El modo en que se lleve a cabo esta primera entrevista de admisión puede condicionar cómo será posteriormente el tratamiento.

Esta primera entrevista, planteada en el marco de la salud pública, es la primera entrevista que se realiza a todo sujeto que llega al servicio de psicología por primera vez. Ahora bien, tomando como eje la diferencia y el entrecruzamiento entre los tiempos cronológicos del hospital y los tiempos lógicos de la práctica analítica, hay diferentes obstáculos con los que deben lidiar tanto el paciente como el analista, que son inherentes al hospital público.

Uno de dichos obstáculos con los que tropieza el sujeto, tiene que ver con el recorrido burocrático que debe realizar antes de poder iniciar un tratamiento. Con respecto a este punto, hay que tener en cuenta que antes de poder acceder a la primera entrevista con un profesional del servicio el sujeto debe solicitar un turno en las oficinas del hospital, ya sea que el sujeto se acerque por sus propios medios a la institución o que sea derivado por otro profesional de la misma o que ingrese por medio del centro de salud que funciona en el interior del mismo hospital. El turno que se le asigna puede demorar días o incluso semanas. Es decir, que el tiempo de espera, y los límites que este impone, se empieza a vislumbrar a partir del primer contacto que establece el sujeto con el hospital mismo.

Además, suele suceder que los sujetos que realizan la entrevista de Admisión creen que ya se trata del inicio del tratamiento. Si bien es el analista encargado de tomar la entrevista quien debe aclarar esta cuestión desde el comienzo, esto puede generar confusión en el sujeto, el cual vacila acerca de qué hablar y de qué no. Esto puede conducir a un obstáculo en el sujeto, al darse cuenta que quizá sea derivado a otra institución o que quizá tenga que esperar un tiempo considerable para iniciar el tratamiento, e incluso probablemente no lo inicie con el analista con quien realizó la primera entrevista.

Luego de realizar esta primera entrevista de admisión, el paciente puede quedar en lista de espera o bien iniciar un tratamiento con algún psicólogo perteneciente al staff o algún concurrente del servicio que posea turnos disponibles. Esto también conlleva un tiempo de espera determinado, ya que hay una gran demanda de pacientes que llegan al hospital con la expectativa de iniciar un tratamiento. Muchas veces, cuando los sujetos son llamados para que acudan al hospital porque se les ha otorgado un turno, estos no asisten. Y esto puede deberse al considerable tiempo transcurrido desde la primera entrevista.

En el caso de iniciar un tratamiento en el hospital, a los obstáculos mencionados se suma el hecho de que en el mismo, a diferencia del ámbito privado, la disponibilidad horaria es escasa. Por lo tanto, iniciar y mantener un tratamiento en dicha institución se vuelve más dificultoso aún.

La lista de espera suele ser extensa, lo cual produce en el potencial paciente la incertidumbre acerca de si iniciará o no un tratamiento y cuándo lo iniciará; y, si se toma la decisión de realizar su derivación a otro efector público para evitar ser puesto en lista de espera, el sujeto debe realizar nuevamente toda una serie de trámites engorrosos, y en muchos casos volver a realizar la primera entrevista en dicho efector. A quién 'se admite' y a quién no, y los criterios que se toman en cuenta para dicha admisión, son interrogantes que se plantean constantemente en el servicio y que se ponen en debate y discusión.

Según mi propia experiencia en la institución se suele tomar en cuenta la 'urgencia subjetiva' de cada paciente que ingresa en el servicio y se realiza un análisis del caso por caso. Ahora bien, quién decide cuál paciente presenta una mayor

'urgencia' y cuál no, también plantea la dificultad de responder al criterio subjetivo de cada profesional y a la burocracia hospitalaria, lo cual puede ir a contrapelo de lo que se plantea con respecto a la ética. Y puede presentarse como otro obstáculo que no sólo los profesionales deben afrontar, sino que también pone en cuestión al padecimiento de los sujetos que solicitan atención a su 'urgencia'.

Mario Pujó (1998) entiende por subjetividad el modo en que se encarna la cultura en determinado momento. La cultura de nuestra época está marcada por el apuro, por la velocidad; su ideal de tiempo perfecto coincide en el plano de los acontecimientos con la simultaneidad y en el de los intercambios con la inmediatez. Se trata de acentuar la eficacia y la rentabilidad, lo que se traduce en una maximización de los recursos, tanto de capital como de tiempo.

Michel Foucault en *Vigilar y castigar* (2014) plantea que en instituciones tales como la fábrica, la cárcel, la escuela y también el hospital, se ejerce control sobre la eficacia de los movimientos, sobre su organización interna, sobre la economía, donde la modalidad consiste en una coerción ininterrumpida, constante, que vela por los procesos de la actividad más que por su resultado. Y se ejerce para lograr un mayor control del tiempo, del espacio y los movimientos. A estas operaciones que permiten un control minucioso de los cuerpos y les imponen una relación de docilidad-utilidad, Foucault las denomina 'disciplinas', que han llegado a ser fórmulas generales de dominación.

Nace, de este modo, una 'mecánica del poder' que define cómo se puede apresar el cuerpo, no solamente para que hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se exige (Foucault, 2014).

Estos ideales de velocidad y productividad se encuentran presentes en las instituciones hospitalarias, y se entrecruzan constantemente con los fundamentos propios del psicoanálisis, generando dificultades y obstáculos en la práctica.

Esta urgencia de la que hablamos se separa ella misma del discurso médico hegemónico al poner en jaque su efectividad, dejando en un impasse al accionar médico que debe reconocer allí su incapacidad de maniobra, su falta de respuesta y sus límites frente a determinadas consultas. Las distintas manifestaciones de la urgencia muestran algo que recuerda a la experiencia inaugural del psicoanálisis, aquel descubrimiento freudiano, es decir, que hay otro cuerpo, un cuerpo que habla en un lenguaje que necesita de otro para ser descifrado (Rubinovich, 1998).

De esta manera, si el descubrimiento de Freud del inconsciente nos enseña como analistas a decodificar ese lenguaje, a soportar un tiempo necesario para que el enigma que se encierra en los síntomas, en el cuerpo pueda ser interrogado, pueda ser puesto a hablar revelando así su verdad, entonces la presencia del analista en el encuentro con la 'urgencia' y el padecimiento subjetivo es fundamental para plantear una escucha diferente de la que plantea la medicina y, así, poder proponer un abordaje particular. Vemos entonces que la intervención de un analista en una institución como es el hospital público puede transformar la afirmación médica del 'no tiene nada', dándole al sujeto la posibilidad de 'tener algo que decir' y recuperar su palabra (Rubinovich, 1998).

Mientras que el mercado regido por la lógica del consumo alienta a cierta forma compulsiva de satisfacción autista que conmueve el lazo social, por su parte, el psicoanálisis se compromete en su reforzamiento. Un análisis requiere tiempo, el tiempo de 'hacerse al ser', el tiempo 'de decirse', esto es, el tiempo de la transferencia (Pujó, 1998).

La oferta que hace el analista inaugura en ese espacio otra escucha y otro decir. La invitación que un analista puede hacer allí apuesta al desafío que abre el juego: retornar al decir para iniciar un nuevo tiempo donde la urgencia pueda ser interrogada (Rubinovich, 1998, p.15).

Con respecto a la transferencia (entendida como sujeto supuesto saber), y tomando como eje el tiempo, esta también tropieza con ciertos obstáculos en el hospital público, especialmente para el sujeto que consulta.

En primer lugar, es preciso considerar, tal como lo mencioné anteriormente, que el profesional que realiza la primera entrevista de admisión al sujeto, no necesariamente va a ser el mismo que lo tome luego en tratamiento (si bien, es difícil hablar de transferencia en un primer encuentro). Esto suele generar confusión en los pacientes, que creen que esa primera entrevista ya implica el inicio de análisis, desconociendo que incluso pueden ser derivados a otra institución conformada por otros profesionales. Todo este 'recorrido institucional' y la espera y el tiempo que conlleva no puede menos que generar incertidumbre, vacilación, y presentarse como un obstáculo para aquellos que consultan.

Además, la instauración de la transferencia también implica un tiempo determinado. Ante la urgencia subjetiva la respuesta del psicoanálisis se especifica, a partir de Freud, por una oferta de trabajo que requiere de la reiteración de los encuentros y de un tiempo que no puede establecerse de antemano y que es necesario para la elaboración de un saber (Pujó, 1998).

En este aspecto, podemos mencionar como otro obstáculo inherente al hospital la situación de aquellos pacientes que están llevando adelante un análisis con un concurrente del servicio y que debe cambiar de profesional debido a que la concurrencia del mismo ha finalizado. Es decir, que el paciente debe encontrarse con otro profesional, con el cual quizá no establezca una relación transferencial, necesaria para el análisis.

Cabe mencionar que la transferencia del paciente, muchas veces, no es sólo con el analista, sino que también la institución se halla presente en el tratamiento por la vía de una 'transferencia institucional'. Este término designa la transferencia que el paciente anuda con la institución, en tanto la llegada al hospital se encuentra enmarcada por una serie de representaciones, de dichos, de 'azares', que constituyen las coordenadas simbólicas e imaginarias en las que la consulta tiene lugar y esto permite calcular la posición desde la cual se enuncia una demanda para poder operar sobre ella (Pujó, 1996). Esta transferencia institucional es la que puede generar conflictos, y constituir un obstáculo más, cuando el paciente se rehúsa a ser derivado y atendido en otra institución, alargando aún más su tiempo de espera. Pero, por otro lado, puede facilitar el ejercicio del psicoanálisis en el hospital, hacia el cual el paciente dirige su transferencia.

Cuando un paciente ingresa al hospital queda introducido en una estructura discursiva, en un orden médico, en el que va a desplegar su demanda de curación dirigida a un 'amo' que estaría en condición de responder a dicha demanda. A este lugar es llamado el analista, al igual que el médico, con la diferencia que, si este último se ubica en la posición de aquel que puede satisfacer a la demanda de curación, el analista en cambio trata de poner esa demanda a trabajar apuntando a interrogar la relación que el sujeto mantiene con su síntoma, produciéndose de este modo un entrecruzamiento de discursos en la institución hospitalaria (Larsen, 1996).

Con respecto a la demanda de análisis por parte del sujeto, cabe destacar que de una entrevista de admisión se espera que 'aloje un pedido', generalmente bastante inespecífico. Muchas de las personas que llegan al hospital buscando ayuda psicológica encuentran su carta de presentación en esta instancia y allí articulan por primera vez su malestar. Por lo tanto, la entrevista de admisión es ese espacio donde algo de la demanda puede venir a circunscribirse y alojarse en el Otro. En sentido estricto no hay aun demanda, salvo en sentido potencial; lo que hay es un pedido y un primer Otro, representado por la institución que escucha (Serrani, 2013).

Las respuestas a este pedido que aparece en la primera entrevista pueden ser múltiples: que el paciente sea tomado en tratamiento, que se lo derive a otra institución, que se le solicite una espera, etc. De todos modos, la respuesta al pedido se establece en el mismo registro en el que se lo formula, lo cual lo distingue de la

demanda. Esta última es del orden del inconsciente y no tiene respuesta en el nivel donde se la plantea, sino más allá de esta. No hay respuesta que agote una demanda, como sí la hay que satisfaga un pedido cualquiera, esto es, en la entrevista de admisión se viabiliza un pedido y se responde a él, mientras que la demanda de análisis puede estar o no estar (Serrani, 2013).

No todas las personas que se presentan a la admisión demandan un tratamiento psicoanalítico e incluso muchos no saben realmente en qué consiste dicho tratamiento. Y ayudar a esclarecer este tipo de cuestiones también forma parte del trabajo que se realiza en la entrevista de admisión. Esto tiene que ver con lograr que esta primera entrevista no se convierta en una mera cuestión burocrática o formal de acceso a la institución y que podría llevar adelante cualquier persona al modo de una tarea administrativa. El hecho de que dicha entrevista sea llevada a cabo por un analista implica que algo del orden de la escucha comienza a instalarse y vemos ahí al psicoanálisis pujando por sostener su posición y su lugar en el interior de una institución que, con sus mecanismos y sus discursos, ya sean explícitos o implícitos, dificulta que dicho lugar se sostenga.

En este sentido, concuerdo con Serrani (2013) quien afirma que nuestra labor en estas primeras entrevistas es clínica en, al menos, tres sentidos: por un lado, la escucha compromete al entrevistador en el relato de un sujeto que sufre, lo cual implica estar a la altura de esta posición. Por otro lado, quien escucha debe leer, en aquello que se escucha, algo que no está presente en el texto y que remite en última instancia a lo que llamamos un diagnóstico presuntivo. Por último, quien lleva a cabo la entrevista de admisión debe vislumbrar si existe, superpuesta o articulada con ese pedido, una demanda de análisis. Precisamente, en esto consiste el rasgo diferencial de la entrevista de admisión, es decir, se vehiculiza un pedido y se lee la existencia de una demanda posible.

Esta particularidad del trabajo psicoanalítico se presenta en el hospital, como institución pública, con todo lo que ello implica. “Mientras que en el ámbito privado el psicoanálisis se inicia con una solicitud dirigida a un nombre propio, y en la que se supone que existe una demanda de análisis; en el hospital, por el contrario, vemos que el inicio se da a través de un pedido sumamente inespecífico a otro representado por la institución. La transferencia, al menos en su fase inicial, ligada a lo imaginario, se sostiene exclusivamente en el semblante que provee la institución. De allí a que dicha transferencia se particularice a la persona del analista, y que se aloje en el espacio que éste le provee, hay un largo recorrido que excede por completo el marco de la admisión” (Serrani, 2013, p.3).

En el contexto de la institución pública el desarrollo de una demanda de análisis requiere de un arduo trabajo que se va a realizar a partir del padecimiento del sujeto, que no siempre aparece articulado desde el comienzo. Vemos, entonces, cómo la noción de ‘tiempo’ se halla presente también en este aspecto. Y, en este sentido, notamos que el tiempo aparece nuevamente como un obstáculo, en tanto el hospital pregona la velocidad y la eficacia, y pugna por la ‘cura’ de los pacientes en el menor tiempo posible.

A su vez, la demanda no es sin transferencia. Una demanda de análisis consistiría en establecer qué interrogación se hace el propio sujeto acerca de su síntoma y, luego, qué implicación tiene allí (teniendo en cuenta que interrogarse acerca su síntoma no implica necesariamente implicarse en él), lo cual supone cierta renuncia al goce que su síntoma le provee. Esta tarea es posible en la medida en que la transferencia esté instalada, cierto sujeto supuesto al saber, a partir de lo cual el paciente demandará saber sobre su verdad (Cuneo-Pombo, 2013).

De este modo, a partir de los obstáculos mencionados, se hace visible la dificultada articulación entre la cronología institucional y esa otra temporalidad que plantea el dispositivo analítico.

Nos encontramos con un control de la actividad, a partir de lo cual el empleo del tiempo implica establecer ritmos, obligar a ocupaciones determinadas, optimizar el

tiempo. Se trata de constituir un tiempo íntegramente útil, de un aprovechamiento al máximo de las fuerzas y del tiempo, siendo la exactitud y la aplicación, junto con la regularidad, las virtudes fundamentales del tiempo disciplinario (Foucault, 2014).

El hospital evalúa la rapidez de respuesta frente a los problemas, la efectividad de la misma, la velocidad en que se logra restaurar lo que no funciona según sus propios criterios. Y el psicoanálisis se resiste, o al menos intenta resistirse, a esta estandarización hospitalaria. A partir de estos postulados y su interrogación, es pertinente reflexionar acerca del papel del psicoanálisis y su modo de hacer frente a las dificultades que acarrea su práctica en el hospital público.

## Psicoanálisis en el Hospital: una apuesta posible

El hospital en tanto institución pública forma parte del mercado sanitario, donde la eficacia se lee en las estadísticas y el éxito o el fracaso con respecto a la cura del sujeto se mide con respecto a su duración, es decir, que un tratamiento puede considerarse exitoso si en pocas sesiones se cura al paciente. En cambio, el psicoanálisis apunta en otra dirección. El analista toma a ese sujeto que ingresa a la institución apostando a su división y en tanto sujeto deseante. A partir de aquí, podemos reflexionar acerca del inicio y final del tratamiento en el marco institucional, y el constante choque que se produce con la lógica hospitalaria.

En *Los caminos de la terapia psicoanalítica* publicado en el año 1919, Sigmund Freud sostiene que la labor del psicoanalista consiste en revelar al enfermo neurótico sus tendencias reprimidas inconscientes y descubrir las resistencias que en él operan, aunque el descubrimiento de estas resistencias no equivale a su vencimiento. Sin embargo, este último puede alcanzarse utilizando la transferencia del paciente sobre la persona del médico. En este mismo texto, Freud define con el nombre de psicoanálisis a la labor por medio de la cual hacemos llegar lo reprimido a la consciencia del enfermo (Freud, 2013).

Posteriormente, Jacques Lacan (2014) en *El psicoanálisis y su enseñanza* plantea, con respecto al psicoanálisis, que el inconsciente es ese discurso del Otro en el que el sujeto recibe su propio mensaje olvidado. Desde el más simple al más complejo de los síntomas, la función signifiante se muestra en ellos prevalente. “Así, si el síntoma puede leerse, es porque él mismo ya está inscrito en un proceso de escritura. En cuanto formación particular del inconsciente, no es una significación, sino su relación con una estructura signifiante lo que lo determina” (Lacan, 2014, p. 418).

Sólo desde el lugar del Otro puede el analista recibir la investidura de la transferencia que lo habilita a desempeñar su papel legítimo en el inconsciente del sujeto, ya que otro lugar para el analista lo lleva a una relación dual que no tiene otra salida más que la dialéctica de desconocimiento, de denegación y de alienación narcisista. En relación a la transferencia, Lacan plantea que para saber lo que es, hay que saber lo que ocurre en análisis y para saber lo que ocurre en análisis, hay que saber de dónde viene la palabra. De este modo, para saber lo que es la resistencia, hay que saber lo que sirve de pantalla al advenimiento de la palabra: y no es tal disposición individual, sino una interposición imaginaria que rebasa la individualidad del sujeto, en el sentido que estructura su individualización especificada en la relación dual (Lacan, 2014).

A partir de lo planteado por Freud y Lacan desde la teoría psicoanalítica, y en relación a lo desarrollado anteriormente con respecto al tiempo, podemos pensar que los postulados y la aplicación de dicha teoría y su práctica, se ven dificultados y se encuentran con diversos obstáculos en el interior del hospital en tanto institución pública. Cabe mencionar que en el hospital donde lleve a cabo mi Práctica Profesional Supervisada, la orientación es psicoanalítica y los profesionales se posicionan en tanto analistas. Por lo tanto, a partir de mi propia experiencia en dicha institución, considero importante reflexionar acerca de dichas vicisitudes y analizar cómo llevar adelante la práctica analítica a pesar de los límites que la época actual impone y que se pone de manifiesto en las instituciones públicas.

Con respecto al tratamiento analítico, en *Análisis terminable e interminable* publicado en el año 1937, Sigmund Freud advierte que se debe interrogar qué es lo que se considera el final o término de un análisis. En la práctica, dice él, es sencillo decirlo. El análisis ha terminado cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico. Y esto sucederá cuando estén cumplidas dos condiciones: la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias e inhibiciones; y la segunda, que el analista juzgue que haya hecho consciente en el enfermo lo reprimido, que haya esclarecido lo incomprensible,

eliminando resistencias y que ya no se repitan los procesos patológicos en cuestión. Y si esto no logra alcanzarse debido a dificultades externas, tales como las dificultades que son inherentes a la institución hospitalaria, Freud prefiere hablar de un análisis imperfecto que de uno no terminado. Otro significado que da Freud al 'término' de un análisis, tiene que ver con si se ha promovido el influjo sobre el paciente hasta un punto en el cual la continuación del análisis ya no produciría ninguna alteración (Freud, 2013).

Desde el discurso médico puede pensarse que un tratamiento no concluido o finalizado antes de tiempo, y que no responde al imperativo de curación entendida esta como supresión de síntomas, sin ningún tipo de interrogación acerca del mismo, es un tratamiento que no responde de manera adecuada a la lógica del éxito y de la eficacia tal como la entiende la medicina. A lo cual se suma el prejuicio de que el tratamiento analítico es muy prolongado y por eso serían más convenientes y eficaces otro tipo de terapias, que solucionarían los conflictos del paciente en un período más acotado de tiempo.

Si la institución sabe qué necesita el sujeto, partiendo de conceptos como el de 'normalidad' o 'bienestar', apuntará a corregir los defectos o suprimirlos, y, de este modo, borrar las diferencias que hacen de cada sujeto *uno*, borrar la singularidad.

Vemos cómo la práctica psicoanalítica en la institución se topa con legalidades que, si bien son externas al análisis, van a condicionar a este último y a suscitar obstáculos cuando el analista se posiciona como tal. Se plantea, entonces, el problema del alcance que tendría la acción analítica en un tiempo que debería ser breve, teniendo en cuenta que en psicoanálisis el tiempo se presenta como una categoría lógica, no cifrable en un tiempo que sería el mismo para todos. Entonces, el psicoanálisis y los profesionales que lo ejercen deben hacer frente a estos obstáculos y promulgar su ejercicio, sin caer y ceder ante dicha lógica.

En relación con lo antedicho, si seguimos un tinte de idealización todo análisis que es interrumpido puede considerarse como 'deficitario', como si hubiera un saber previo acerca del punto o el límite donde el analizante debería llegar. Atascados, como analistas, en ciertos mandatos, quedamos del lado de la 'impotencia' sin poder escuchar luego el límite de lo real que se pone en juego en una interrupción. Es decir, hacer el pasaje de la impotencia a lo imposible de ser analizado y, de este modo, la misma resistencia del analista puede tornar un análisis 'interminable' (Baños, 2012).

Observamos cómo con respecto al tiempo del tratamiento, el psicoanálisis se enfrenta con una exigencia de brevedad, y esto se observa especialmente en una institución pública como el hospital que se encuentra desbordado por la gran cantidad de sujetos que llegan a ella en busca de un posible tratamiento. A su vez, las demandas provenientes de la institución suelen referirse a un 'deber ser', a aquello que se supone que 'debe funcionar' de determinada manera; lo cual va en contraposición de lo afirmado por el psicoanálisis.

Esta exigencia de un tratamiento corto muestra la preferencia actual por las 'psicoterapias' llamadas 'breves'. En este caso, la supresión del síntoma sin modificación de la posición del sujeto satisface las exigencias del imperativo de producción. La diferencia es que, en el caso del psicoanálisis, el manejo del tiempo no está subordinado a la ambición terapéutica, a la pretensión de lograr un efecto rápido y sin mediación subjetiva (Barros, 2011).

En una institución como el hospital público suele dominar una concepción de salud como bienestar, considerándose la curación como la restauración de una armonía, de un equilibrio perdido, la búsqueda de un ideal de felicidad, lo cual hace foco en la previsibilidad en desmedro de la singularidad. De este modo, todo puede ser calculable y planificable. El querer alcanzar una eficacia inmediata promueve el logro de resoluciones rápidas que permitan alcanzar ese ideal de bienestar; y, no pocas veces, los servicios de psicopatología implementan un tiempo normativizado de tratamiento. Ahora bien, el psicoanálisis introduce la ética del deseo, singularidad que

resiste a todo intento de tipificación y estandarización (Abelof-Cerdeira-Diamond-Margottini-1993).

Debo mencionar que, con respecto al tiempo de tratamiento, en el hospital donde realicé mi residencia de pregrado, no se plantea de antemano ninguna regla acerca de su duración, sino que se intenta responder a los tiempos lógicos del análisis, es decir, a la temporalidad de cada sujeto. Lo cual podría dar cuenta de la posibilidad del ejercicio del psicoanálisis en instituciones hospitalarias, a pesar de las condiciones mencionadas.

Llegando al final de su artículo sobre los caminos de la terapia psicoanalítica, Freud va a decir que se debe despertar la conciencia de la sociedad y advertir que los pobres tienen tanto derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano, y que las neurosis atacan tan gravemente la salud del pueblo como otras enfermedades orgánicas. De este modo, se crearían instituciones médicas donde habitaran los analistas encargados de alojar a estos sujetos. El tratamiento, dice Freud, sería gratis, pero advierte que pasará mucho tiempo hasta que el Estado se dé cuenta que esta es una obligación suya (Freud, 2013).

Una de estas instituciones a las que hace referencia el autor, en las que los analistas llevan a cabo su labor, es el hospital público, en el cual coexisten un tiempo lógico para un análisis y un tiempo cronológico propio de la institución hospitalaria. Ya en ese entonces, Freud advertía la importancia de que un tratamiento analítico también se lleve a cabo en las instituciones públicas, que se haga de manera gratuita y que es el Estado quien debe garantizar a la comunidad el acceso a la salud mental. Es un hecho de la realidad que esta última condición está lejos de cumplirse, y es, en gran parte por falta de recursos, que cada vez se vuelve más dificultoso la aplicación del psicoanálisis en instituciones públicas que se encuentran desbordadas por la demanda de pacientes. Debido a esto, se exige que los tratamientos respondan a un ideal de brevedad, poniéndose nuevamente en evidencia el entrecruzamiento planteado anteriormente.

En este sentido, podría pensar que el Dispositivo de Admisión tendría la finalidad de determinar qué paciente va a ser atendido en el hospital y cuál va a ser derivado a otra institución o centro de salud perteneciente a su georeferencia. Si bien la toma de estas decisiones puede ser cuestionada, me parece importante que sea un analista quien lleve a cabo esa primera entrevista para poder plantear allí una escucha clínica a ese pedido y que no se convierta en una mera tarea administrativa.

“Ahora bien, sabemos que el Hospital es un espacio asistencial del Estado, adonde suele retornar aquello que en lo social no anda, y cuyo cobre institucional plantea control y asistencia masiva, imponiendo la duración y gratuidad de los tratamientos” (Paola, 2008, p. 12).

Carlos Paola (2008) cuestiona si la cura analítica se puede o no llevar adelante en las condiciones que plantea el tratamiento en un hospital y escribe que es común adjudicar todo el cobre a la práctica del psicoanálisis en la institución, reservando el oro para el ámbito privado.

Marcelo Barros (2011) por su parte, afirma, con respecto a la posibilidad del ejercicio del psicoanálisis en los hospitales, que no es imposible sostener una escucha analítica en el hospital, ni la producción de asociaciones por parte del paciente, ni la instalación de la transferencia. Sin embargo, la gratuidad del tratamiento (al menos desde la perspectiva del paciente) es una condición que no puede dejarse a un lado de la institución hospitalaria. Dicha condición puede operar como un obstáculo para el tratamiento analítico, ya que la incidencia de la gratuidad en la transferencia determina la reducción necesaria del tiempo de tratamiento, incluso en aquellas instituciones en las que no existe de antemano un plazo de terminación.

Además, es interesante lo que el autor mencionado plantea con respecto a la gratuidad del tratamiento en una institución hospitalaria. El autor sostiene que un verdadero tratamiento analítico, incluso en el hospital, jamás es gratuito, si ‘gratuito’ significa ‘cómodo’. Aunque quien acude al hospital tiene derecho a una asistencia

pública, eso no implica que el analista avale una posición de comodidad. El encuentro con el analista supone el encuentro con aquello de lo cual el sujeto no quiere saber nada, y esto es precisamente lo que un analista no debe 'ahorrarle' al paciente (Barros, 2011).

Podemos pensar que en el pago se pondría en juego un 'ceder algo', es decir, se pondría en juego la falta y, por lo tanto, la relación del sujeto con la castración.

Lacan (2006) en su seminario *La Angustia* va a plantear que el neurótico hace de su castración lo que le falta al Otro, hace de ella algo positivo, es decir, la garantía de la función del Otro. Esto puede asegurarlo por medio de un significante, pero por fuerza, ese significante falta; y es en este lugar faltante donde el sujeto es llamado a hacer su aporte mediante un signo, el de su propia castración. Ante lo que se detiene el neurótico es a consagrar su castración a la garantía del Otro, y esto es así porque es el analista quien lo conduce hasta allí. Por lo tanto, la castración no es más que el momento de la interpretación de la castración.

Siguiendo lo planteado por Lacan, podríamos pensar el pago en relación a la transferencia, al Otro del analista. Entonces, puede plantearse el interrogante, en una institución pública, ¿paga con algo el sujeto?, ¿con qué?, ¿quizá con tiempo? Si bien el pagar con tiempo pueda tomarse en consideración y de hecho es algo que es inherente al efector público y sus obstáculos, considero que este 'pago' no tiene que ver con ceder algo en análisis o con poner en juego la falta. Y, además, el tiempo de espera que se le impone al paciente debería ser más acotado y no justificarse desde la gratuidad que ofrece la institución.

Se pone en evidencia que son los propios profesionales de la salud mental quienes deben pregonar por la continuidad del psicoanálisis en las mencionadas instituciones, y por su aplicación, sin retroceder ante los obstáculos. Según mi propia experiencia, son los mismos analistas quienes, a pesar de las vicisitudes, deben sortear los límites que el discurso hegemónico imparte, y esto tiene que ver con una ética particular.

Conuerdo con el autor citado, quien sostiene que es el deseo del analista, su posición subjetiva, su ética, lo que va a determinar el carácter analítico de una cura, y no la dinámica del encuadre y que hay que tener presente que, incluso en su forma más pura, en la experiencia analítica se trata del sufrimiento de un sujeto y del esfuerzo por aliviar un padecimiento. Y esto no debe ser olvidado tampoco con respecto a la institución pública y los sujetos que acuden a ella (Barros, 2011).

Teniendo en cuenta esto, deberíamos afirmar que más allá de las dificultades que plantea el hospital corresponde al psicoanalista sostener una actitud similar a la que Lacan recomendó adoptar frente a las psicosis, esto es, la de no retroceder frente al problema (Barros, 2011, p.20).

No siempre un análisis tiene en el horizonte su fin; existen tratamientos prolongados que no conllevan el inicio de un análisis propiamente dicho por parte del paciente y, también, hay análisis en curso que son interrumpidos.

Liliana Baños (2012) sostiene que los límites del análisis van a estar dados por la estructura, por el destino del síntoma, por el despliegue del mismo en la neurosis de transferencia, es decir, por el modo singular en que se establece la relación analítica.

De este modo, la diferencia entre un fin de análisis y una interrupción (y las consecuencias de cada uno) sólo pueden ser leídas desde la ética del analista, desde la singularidad de cada caso, y no desde el discurso hegemónico con sus ideales de eficacia y rapidez.

El término ética es introducido en el psicoanálisis por Lacan en su seminario número siete, *La ética del Psicoanálisis*, publicado en 1960. Allí plantea que la ética consiste fundamentalmente en un juicio sobre nuestra acción y, si hay una ética del psicoanálisis (en tanto pregunta formulada), es en la medida en que de alguna manera el análisis aporta algo que se plantea como medida de nuestra acción, o al menos lo

pretende. El psicoanálisis procede por un retorno a la acción y esto justifica que estemos en la dimensión moral (Lacan, 2006).

Lacan sostiene que la búsqueda de una verdad no está ausente en nuestra práctica, siendo lo que buscamos una verdad liberadora. Ahora bien, el autor advierte que no hay que dejarse llevar por las palabras y las etiquetas, ya que si la verdad que buscamos es una verdad liberadora, es una libertad que vamos a buscar en un punto de ocultamiento del sujeto. Se trata de una verdad particular (Lacan, 2006).

Según Mario Pujó (1997), quien retoma lo planteado por Lacan, la experiencia ética es inherente a la práctica misma del psicoanálisis. Incluso, el posicionamiento de Freud con respecto al sufrimiento y la consecuente creación de un dispositivo para interrogarlo, debe considerarse una innovación ética.

No se trata, entonces, para Freud, así como para los analistas, de la supresión de los síntomas a cualquier costo, ni de la búsqueda del retorno a una homeostasis o a un equilibrio perturbado, tal como suele ser impuesto desde el discurso amo. Una intervención analítica debe hacer prevalecer el deseo y, desde esta perspectiva, el éxito tendría que ver con un cambio de posición del sujeto respecto de sus enunciados.

La cura analítica exige tiempo, el tiempo de la transferencia, que se ordena en torno a un deseo que empuja a saber, en la medida en que hay un saber que ganar a la represión. Así, la novedad freudiana en el campo de la terapéutica excede ese campo, y se instala desde el inicio en un territorio ético (Pujó, 1997, p.31).

Partiendo de la ética, se espera del psicoanálisis una eficacia por la que el analista es llamado a responder, pero no a costa de seguir un supuesto tecnicismo inequívoco. Se trata de sostener la dignidad del síntoma, la posible articulación del malestar y la mejor guía para un análisis es 'escuchar si el paciente me escucha' (Baños, 2012).

Es decir, el psicoanálisis no debe retroceder ante los desafíos de la época y de la clínica y tampoco resignar sus principios en busca de una solución rápida y fácil, respondiendo a los imperativos del mercado, teniendo en cuenta, además, que para la teoría analítica el inconsciente es intemporal, discontinuo, en el cual el tiempo no transcurre. Los procesos del inconsciente no se modifican con el transcurso del tiempo, no están ordenados temporalmente en relación a la noción cronológica que manejamos cotidianamente, y esto plantea una diferencia irreductible.

Con lo cual, la presencia del psicoanalista en las instituciones debería ser defendida; en primer lugar, porque es un avatar fundamental de la presencia del discurso analítico en la sociedad y, en segundo lugar, porque preserva un lazo que opera como resistencia en contra de su disolución en los folletos del mercado (Barros, 2011).

"Hacerse el garante de que el sujeto puede de algún modo encontrar su bien mismo en el análisis es una suerte de estafa. No hay ninguna razón para que nos hagamos los garantes del ensueño burgués" (Lacan, 1960, p. 361-362).

La institución como tal dice qué se debe hacer, cómo se debe hacer, siguiendo una lógica de obediencia y no de cuestionamiento. Esto conduce a que los conflictos sean pensados como desviación de la norma, es decir, queda silenciada cualquier tensión de la cual el síntoma sea voz. A los imposibles freudianos (educar, gobernar y analizar) la institución responde con alguna consigna o mandamiento que indique cómo se hace, sin formularse la pregunta: ¿cómo ir haciendo sin ahorrar singularidad? Es esta resistencia institucional a lo singular, a lo subjetivo, lo que produce que la presencia de alguien en posición de analista sea conflictiva; nos topamos con 'procedimientos', con demandas de diferentes profesionales de una pretendida 'protocolización de las prácticas.' Es decir, de acuerdo a las reglas del mercado o en

nombre de una supuesta científicidad, se burocratiza una práctica para evitar la incertidumbre de los límites de una escucha (Baños, 2012).

Por lo tanto, afirmamos que la maniobra del analista va a consistir siempre en promover, mediante un acto de discurso, la emergencia de un sujeto. De este modo, el lugar del analista consiste siempre en ceder la posición del sujeto al hablante, ya que suponemos que hay verdad en lo que el hablante dice, en tanto que, en eso que dice, no es uno con su decir. Esto tiene que ver con la ética del psicoanálisis, y no con lo que pueda realizarse o no en el hospital, porque la posición del analista podrá alcanzarse a pesar de las condiciones del encuadre y de los modos de presentación de la demanda (Paola, 2008).

A partir de los distintos autores citados y de mi propia experiencia en la Práctica Profesional Supervisada, sostengo que el psicoanálisis en el hospital público, a pesar de las vicisitudes que puedan acaecer, puede ser posible. Me parece importante, sin embargo, analizar y reflexionar acerca de dichos obstáculos para poder 'ajustarse' a ellos y llevar adelante la práctica analítica de la mejor manera posible, pero sin dejar de lado sus principios fundamentales.

En relación con esto, Freud (2013), al finalizar su artículo, va a afirmar que no importa cuál será la composición y estructura de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes serán los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia.

Es decir, que más allá de cualquier modificación que se le impusiera a la técnica analítica, su aplicación siempre debe inspirarse en los principios rigurosos del psicoanálisis. Lo cual implica una ética particular. Al tratarse de un hospital público, lo que se presenta como incompatible con el análisis no es el logro terapéutico, sino la ambición terapéutica, ya sea la del propio paciente, la de sus familiares, la de algún poder como el juzgado o la escuela, pero sobre todo la del propio analista. Ante esto, el psicoanalista debe mantener siempre una actitud de reserva ante las soluciones rápidas, fáciles y espontáneas (Barros, 2011).

Además, la demanda del paciente no se agota simplemente en la curación. Y, por eso, no debemos realizar una comprensión rápida de lo que el otro necesita, en tanto comprender puede implicar creer que podríamos darle lo que le falta; y esto se ubicaría más del lado del discurso amo que del discurso analítico.

Cabe recordar lo que plantea Lacan en el seminario X, *La Angustia* (2006), quien afirma que nuestra justificación, así como nuestro deber, es mejorar la posición del sujeto; al mismo tiempo que advierte que no hay nada más vacilante, en el campo en que nos encontramos, que el concepto de curación.

Haciendo referencia a la cura en psicoanálisis, Isabel Steinberg (2012) afirma que no son los síntomas los que se curan, sino la posición del sujeto con respecto a su fantasma. El sufrimiento neurótico deriva de una adherencia libidinal a los síntomas, casi como único modo de satisfacción posible, y en este sentido, el final de un análisis debería estar relacionado al acceso a otras formas de satisfacción posible.

En el mismo sentido, Paola (2008) sostiene que, si a la demanda institucional de masividad se responde con un 'tiempo acotado', la clínica se precipita a una conclusión anticipada.

Al privilegiarse la singularidad de cada sujeto, el tiempo de duración de un análisis no puede responder a un estándar y, en este sentido, considero que un tratamiento psicoanalítico es posible en estas instituciones ya que, al menos desde mi propia experiencia como residente de pregrado en un hospital público, se pone el acento en la particularidad de cada sujeto, no estableciéndose un tiempo de duración determinado.

En oposición al psicoanálisis, las terapias no analíticas (tanto verbales como farmacológicas) tienen como denominador común el 'objetivo limitado', consistente en el afán terapéutico de suprimir el síntoma o de modificar un segmento de conducta. La burocracia hospitalaria también requiere esta delimitación para asegurar la brevedad de los tratamientos y la contabilización de los resultados. Lo que se sostiene desde la

teoría analítica es lo inverso: cuando se inicia un análisis no se puede anticipar a dónde eso va a llevar o que las cosas se mantengan dentro de un tema determinado. Por el contrario, lo que está en juego en un análisis es el destino del sujeto y no un segmento de comportamiento; teniendo en cuenta, además, que la demanda del paciente no se agota pura y simplemente en la curación (Barros, 2011).

Muchas veces la urgencia del contexto en el que nos encontramos pone en primer plano la resolución rápida de los síntomas y entonces el psicoanálisis corre el peligro, dentro del marco institucional, de hacer a un lado sus postulados esenciales. Ahora bien, fijar un tiempo estándar que sea común a todos los pacientes, antes de escuchar analíticamente al sujeto, implica enajenarlo. Tiene que ver con la ética del psicoanálisis no subordinar su ejercicio a ningún objetivo externo, como podría ser el afán terapéutico, correccional o educativo.

Hay que tener en cuenta, para hacer frente a las dificultades que la época actual impone, que nuestra práctica pone en el centro una medida inconmensurable, una medida infinita, que es el deseo. Y no sólo el deseo del analizante, sino también y particularmente el del analista. El deseo nos interpela y nos convoca. Con lo cual es fundamental (y si se quiere ético) no ceder ante el deseo, al menos en la perspectiva analítica (Lacan, 2006).

“El deseo del psicoanalista no es entonces un puro vacío, un deseo de nada, un deseo impasible, imperturbable, impávido. Apunta antes que nada a recortar la singularidad del sujeto, a hacer escuchar en su palabra su silenciosa particularidad” (Pujó, 1997, p.36).

Y es, sobre todo, en contextos institucionales que imponen distintos condicionamientos, como el hospital, donde el analista debe hacer valer su propio deseo y no retroceder ante las demandas y los obstáculos que el mismo impone.

## A modo de conclusión

A lo largo del presente ensayo intenté dar cuenta de los obstáculos y los límites que el contexto de la institución hospitalaria impone a la práctica psicoanalítica y reflexionar acerca del modo de aplicación del Psicoanálisis, teniendo en cuenta el caso por caso y la singularidad de los pacientes que recurren al hospital en busca de un tratamiento posible.

No podemos dejar de tener en cuenta que gran parte de la población que acude al hospital público no cuenta con los medios económicos necesarios para acceder al inicio de un tratamiento en el ámbito privado, y además, en muchas ocasiones los pacientes desconocen en qué consiste un tratamiento orientado desde la práctica psicoanalítica. Esta cuestión excede el deseo del analista, el curso del tratamiento y su duración, y también el deseo del propio paciente de un análisis.

A esto se agrega el entrecruzamiento del discurso analítico con el discurso amo de la medicina, que se encuentran en constante puja y conflicto. Sin embargo, cuando el saber médico y hegemónico no logra dar respuesta desde lo orgánico al padecimiento del paciente, choca con sus propios límites y el psicoanálisis es llamado a hacer su aporte y a plantear una escucha particular que intente dar cuenta de los síntomas del sujeto y evitar, de este modo, un escamoteo del deseo del mismo para funcionar 'bien' en función de los objetivos del capitalismo.

Es decir, que el discurso analítico, sin anular al discurso médico, se ocupa de lo que queda por fuera de este, apuntando a la subjetividad, con lo cual, la singularidad de cada tiempo de análisis, de cada comienzo y final de análisis, no puede establecerse de antemano y no es posible determinar la duración de una cura en términos de tiempos cronológicos.

En el presente ensayo intenté exponer los obstáculos que debe atravesar un sujeto en la institución para acceder a un tratamiento analítico, exigiéndole un tiempo de espera particular a su sufrimiento. Una vez iniciado el tratamiento, la instauración de la transferencia y la transformación de un pedido por parte del paciente en una demanda de análisis, conlleva nuevamente un tiempo determinado. En este sentido, intenté reflexionar acerca de cómo las demandas institucionales ponen en conflicto los fundamentos teóricos del psicoanálisis y su práctica.

Desde la lógica hospitalaria se intenta que el paso de los pacientes por la institución sea lo más breve posible, lo cual dificulta entonces el ejercicio propio del psicoanálisis con sus principios fundamentales, generando que cada vez más se opte por terapias breves que den una respuesta rápida y eficaz en concordancia con los imperativos de la época.

Entonces, ¿cómo dar lugar al caso por caso?, ¿a la singularidad del sujeto?, ¿al deseo del paciente y del analista dentro de un orden establecido, siendo que cada discurso sostiene y reproduce una particular lectura del tiempo?

El discurso amo representado en la figura del médico intenta lograr un alivio temporal a la angustia del paciente, pero dejando al margen toda interrogación posible acerca de su padecer, lo cual produce una anulación de la emergencia del sujeto. Entonces, es el analista, quien debe centrarse en interpelar dicho saber para hacer lugar al suyo propio, e interrogarse acerca de cómo hacer el mejor uso posible de la intervención analítica en las circunstancias que nos encontramos y con los recursos que poseemos.

De este modo, está en nosotros decidir como futuros profesionales de la salud mental, en la contingencia de cada entrecruzamiento, si del sujeto se promueve su emergencia o su desaparición. Y aquí no se trata de lo que se pueda o no realizar en el hospital, ya que la posición del analista podrá alcanzarse, aun soportando las condiciones del encuadre y los modos de presentación de la demanda (Paola, 2008).

También, en el presente ensayo, intenté reflexionar acerca del ejercicio del psicoanálisis en las instituciones públicas, a pesar de los obstáculos que se presentan en su contra y de los límites que el discurso médico impone.

Y en el interior de dicho entrecruzamiento y en el encuentro que se produce entre aquel que sufre y el profesional que lo escucha, tal vez el analista pueda advenir, allí donde era el amo. Lo cual tiene que ver, además, con una ética particular.

La idea de que el analista podría determinar con anterioridad el tiempo necesario para la emergencia del sujeto, refuerza la suposición de un saber sobre el mismo. Es el analista quien deberá valorar el curso de un tratamiento y tomar una decisión respecto a su conclusión, lo cual implica un margen de riesgo inevitable.

Es posible sostener con respecto al tiempo total del tratamiento la misma posición que Lacan manifiesta en cuanto a la duración de cada sesión: se trata de la temporalidad subjetiva y no de la del 'universo de la precisión' (Barros, 2011).

Para concluir, considero de gran importancia defender la posición del analista en el interior del hospital y la posibilidad de plantear una escucha clínica. Además, desde mi experiencia particular, el hospital constituye un espacio de formación invaluable para aquellos que deseamos ejercer dicha profesión.

## Referencias bibliográficas

- Abelof, M., Cerdeira, C., Diamand, M., Margottini, M.J. (1993). Tiempo al tiempo. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 2, (3), p. 11-12.
- Baños, L. (2012). Impasses: la reacción terapéutica negativa y las interrupciones en el análisis. En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp. 35-42). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Baños, L. (2012). La estructura, entre la ética y la psicopatología. En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp. 53-60). Rosario, Argentina: Homo sapiens.
- Baños, L. (2012). El psicoanálisis y su institución (la institución como impedimento). En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp. 61-68). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Barros, M. (2011). *Psicoanálisis en el hospital: El tiempo de tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Colovini, M. (2008). *Artículo: Trabajo en salas de internación. Trabajo en sala. Interconsulta*. De Programa de docencia para concurrentes. Hospital de Niños V. J. Vilela, Rosario.
- Cuneo, G., Pombo, A. (2013). La urgencia: un posible momento inaugural. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 22, (44), pp. 35-38.
- D' Alessandro, P. (2003). *La admisión en nuestra práctica*. Seminario: La práctica del psicoanálisis y el hospital general. Ficha del Hospital Provincial.
- Foucault, M. (2014). *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1978). Incorporación del hospital a la tecnología moderna. En *Educación Médica y Salud*. Vol. 12, Nº 1, pp. 107-120.
- Foucault, M. (2014) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (2013). *Análisis terminable e interminable*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (2013). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (2014). *El psicoanálisis y su enseñanza. En escritos I*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (2006). *Lacan, El seminario. La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2006). *Lacan, El seminario. La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Larsen, D. (1996). La práctica analítica en el hospital. Transferencia y sugestión. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 4, (8), pp. 42-44.
- Paola, C. (2008). *El oro y el cobre (del a-meghino y otros fragmentos)*. Buenos Aires, Argentina: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Pujó, M. (1996). Institución y transferencia. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 4, (8), pp. 14-20.
- Pujó, M. (1997). Los analistas y el deseo. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 6, (12), pp. 30-37.
- Pujó, M. (1998). Urgencia y demanda. Reflexión en tres tiempos. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 7, (13), pp. 110-113.

- Rubinovich, V. (1998). Algunas notas sobre la práctica en la urgencia. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 7, (13), pp. 14-16.
- Serrani, L. (2013). *Entrevistas de admisión, preliminares y análisis*. Ficha del Hospital Provincial.
- Steimberg, I. (2012). El triunfo del fracaso. Sublimación y fin de análisis. En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp. 111-118). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.