



Universidad  
Nacional  
de Rosario

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
*FACULTAD DE PSICOLOGÍA*

Trabajo Integrador Final

Ensayo: “Algunas consideraciones sobre la práctica del  
Psicoanálisis en un hospital general: posibilidades y  
limitaciones”

Alumna: Amatei, Natalia Lucía

Legajo: A-5317/1

Docente responsable: Ps. Martello, Ariel

Docente Espacio TIF: Ps. Roma, Sebastián

- 2022 -

Trabajo Integrador Final |

Agradecimientos

A los docentes Ariel y Sebastián, por su tiempo, sus lecturas y sus valiosos consejos.

A mis padres Mercedes y Martín, y a mi hermana Liset, por darme la oportunidad y creer en mí.

A Federico, por impulsarme, alentarme y recordar mi objetivo.

A mis amigas, por ser un sostén muy importante y apoyarme.

A todos los compañeros que formaron parte de mi camino en la facultad.

Índice

Resumen y palabras clave .....

4	Introducción
.....	5 Desarrollo
.....	6
Historia de la institución hospitalaria .....	
6    Clínica de la mirada. Clínica de la palabra	
.....	8    Psicoanálisis
.....	9    Psicoanálisis
y hospital - Entrecruzamiento .....	10
 Reflexiones finales	
.....	17 Referencias
bibliográficas .....	19

## Resumen

La actualidad nos demuestra que el psicoanálisis ya no es una práctica reservada para los consultorios privados. Instituciones públicas, como hospitales generales son testigos de la presencia de psicoanalistas ejerciendo su labor desde dicha perspectiva. Sin embargo, estas instituciones demarcan ciertas condiciones que harán que la labor desde el psicoanálisis no sea tarea sencilla por lo que deberá nutrirse en muchos casos de caminos que no son los convencionales, ni los clásicos, para poder tener lugar. En el presente escrito se parte de una premisa que sostiene que es posible que haya psicoanálisis en un hospital general de emergencias. Para sostener y argumentar esta hipótesis central se abordan dos categorías principales, psicoanálisis y hospital, y luego se suma una tercera, la palabra, la cual adquiere suma importancia a la hora de las intervenciones psicoanalíticas. Es nuestro objetivo analizar las particularidades de la práctica en dichas condiciones, reconocimiento la presencia de los psicoanalistas en los hospitales e interrogando sus alcances y obstáculos, y los límites y posibilidades.

## Palabras clave

Psicoanálisis – Hospital – Palabra

## Introducción

*Entre el malabarismo y la prisa,  
psicoanálisis y hospital.*

El psicoanálisis en sus inicios, durante las primeras décadas del siglo XX, constituía una práctica reservada para unos pocos. En relación a los pacientes, los destinatarios serían clases sociales adineradas y personas no mayores a cincuenta años. En relación a quienes lo ejercían, existían pocos profesionales preparados para llevar a cabo dicha labor (Freud, 1905).

Diferente es el escenario con el que nos topamos en la actualidad. Sería incorrecto desconocer el quehacer del psicoanálisis en otros ámbitos y contextos, los cuales distan del clásico encuadre que conocemos. Hoy es un hecho que en muchas instituciones públicas encontremos psicólogos que sostienen su práctica desde una orientación psicoanalítica. De allí surge el interés que guiará la elección de la temática escogida para el desarrollo del TIF, la cual puede condensarse en principio en dos unidades de análisis fundamentales que son hospital y psicoanálisis; y en relación a esta última, se sumará una tercera categoría que es la de relato o palabra, debido a su papel fundamental en los encuentros que se producen entre los psicólogos y pacientes.

El entrecruzamiento que se produce entre psicoanálisis y hospital ha derivado también en distintas posiciones que se enuncian a favor o en contra de la posibilidad del ejercicio del psicoanálisis en un hospital. Diremos que nuestra premisa sostiene que es posible llevar adelante una práctica enmarcada desde el discurso psicoanalítico en hospitales generales.

La modalidad adoptada en este trabajo es la de un ensayo en tanto esta forma de escritura además de permitirnos examinar el problema de investigación, conforma un escenario que invita a reflexionar sobre una temática sin intentar agotar todas las posibilidades de dicho tema sino aportando una postura que impulse a que los demás tomen la suya.

En el presente ensayo se indagará acerca de la labor de psicólogos con orientación psicoanalítica en el acompañamiento de pacientes que transitan, por muy disímiles causas, en un hospital general de emergencias. Que hablemos de hospital de emergencias delimita un campo de intervención específico que se aleja en varios sentidos al encuadre habitual que propone el psicoanálisis. Será objetivo de este ensayo analizar las particularidades de la práctica en dichas condiciones, reconocimiento la presencia de los psicoanalistas en los hospitales e interrogando los alcances o limitaciones de su acción, lo que suele tomar la forma un poco masiva de una pregunta sobre si es posible el psicoanálisis en el hospital, cuestión que redireccionaremos para interrogarnos más bien sobre sus condiciones, las cuales están sujetas a las condiciones particulares de la institución como así también a los incalculables matices subjetivos de cada caso.

Diremos que la labor desde dicho posicionamiento en una institución pública no es tarea sencilla y se nutre de caminos que muchas veces no son los convencionales para poder tener lugar, realizando maniobras, enfrentando obstáculos, sobrepasándolos, sin obviar ni olvidar por supuesto, su ética, la cual se mantiene inmutable a pesar de lo cambiante de los encuadres.

Desarrollo

### **Historia de la institución hospitalaria**

Si retrocedemos en el tiempo, percibiremos que los objetivos que asumía la institución hospitalaria han ido variando con el correr de los años y de la historia. Las funciones que alcanzaba un hospital distan mucho de ser las que actualmente conocemos. Corresponde a los fines de la época moderna la creación de hospitales públicos con fines terapéuticos y de cura.

Michael Foucault (1978) plantea que recién a fines del siglo XVIII se va delineando una concepción según la cual los hospitales se ocuparían de curar al enfermo. Es decir, se convertirían en instrumentos terapéuticos y de intervención sobre las enfermedades y los enfermos, persiguiendo un objetivo específico: la cura, ésta última entendida como la atenuación o eliminación de los síntomas y patologías. Con anterioridad al siglo XVIII, una función médica con fines terapéuticos dentro de los hospitales es casi imperceptible. Para este entonces, la institución hospital más

bien aparece entreverada con la institución religiosa, cumpliendo específicamente funciones de cuidado y amparo. En esta línea, podríamos pensar que las funciones mencionadas estaban dirigidas a los enfermos exclusivamente. Pero en realidad, dichas funciones se reservaban principalmente para el pobre, quien, además de portador de enfermedades, era considerado un posible propagador de éstas, lo que lo convierte en un peligro para la sociedad. Allí reside esencialmente la necesidad de la existencia del hospital, es decir, no solo para recoger al pobre, sino, y sobre todo, para proteger a los demás del peligro que él entrañaba (Foucault, 1978). No obstante, algunas personas más llegarían al hospital. Además de estas personas con bajos recursos, al hospital iban a parar todos aquellos que se desajustaban de alguna manera a las normas: enfermos, locos, prostitutas, entre otros. En este sentido es que pensamos que, para estos tiempos, el hospital no solo era una institución destinada al cuidado y amparo sino que también reunía otras funciones: se encargaba de la separación y exclusión de todos aquellos desajustados a las normas sociales.

Otra cuestión para remarcar es que aquellos que eran auxiliados por el personal, lo eran cuando ya se encontraban próximos a su muerte. En el hospital se le daban los últimos auxilios y sacramentos. Esto último, no como un fin destinado al enfermo, sino como un fin destinado al propio profesional que los auxiliaba ya que a través de su atención y por su buen obrar, conseguiría su propia salvación, en concordancia a como lo indicaría la fe religiosa.

Podría pensarse ahora que, al paso del tiempo, las sociedades y las diferentes necesidades que en ellas se van produciendo, el hospital adquiere otra función, la cual se sostiene hasta nuestros días. “La innovación que en el siglo XVIII representó la introducción de una medicina hospitalaria o un hospital médico-terapéutico” (Foucault, 1978, p.2), es decir, una institución cuyas características centrales eran el amparo, la separación y exclusión de algunos pocos, adquirirá a partir de fines del año 1700 un nuevo rol: tendrá a su cargo la cura de las personas a través de la medicina, disciplina que conformaba hasta el momento un campo distinto al del hospital.

Paralela y consecuentemente, la figura del médico adquiere un nuevo valor central y se reafirma.

Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A él se le consulta cómo se debe construir y organizar el hospital [...]. (Foucault, 1978, p. 5)

De esta manera, el poder que ejercía dentro del hospital el personal religioso es desplazado a un nuevo actor principal: el médico. A éste ya no se le solicitará esporádicamente cuando se tratara de enfermos graves como se hacía habitualmente; por el contrario, a partir de este momento él detentará el poder dentro de la institución.

A los fines de este ensayo, en este momento se incluirá una pausa para situar algunas preguntas que nos permitan reflexionar sobre la situación actual de los hospitales. ¿Acaso no sería posible percibir que, en la actualidad, algo de lo que fue mencionado último con respecto a la figura del médico, permanece en algún punto inmodificado? ¿No persiste a cargo de la medicina la organización de los hospitales? ¿A qué se enfrenta el discurso psicoanalítico cuando se inserta en esta institución? Éste último interrogante forma parte de los ejes de este trabajo. A él volveremos en diversas ocasiones reflexionando y ensayando algunas lecturas.

En 1987, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace alusión a la nueva funcionalidad hospitalaria al definir al hospital como “parte integrante de una

organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar” (p.122). En esta definición es posible rastrear el nuevo objetivo que adquirirán los hospitales al que hacía referencia al inicio: ofrecer cobertura sanitaria universal, lo que equivale a decir el derecho que tienen que todas las personas de recibir la asistencia y servicios sanitarios que necesitan.

En referencia a esto último decimos que, si bien la función habría cambiado y por lo tanto, no sería la misma; el circuito que se instala sigue siendo el mismo: “se establece una dialéctica entre la asistencia ofrecida y un asistido, entonces vemos que aparecerían Otro sin tachar en el lugar del hospital y otro chiquito en el lugar del asistido” (Colovini, 1995, p.7). Lo que quiere decir que, al igual que en sus inicios, se ubican dos personajes situados en dos planos casi contrapuestos. Por un lado estarían todos aquellos que están en el hospital porque tienen algo para dar: brindan amparo, hospedaje, protección, curan, saben. Por el otro, los desamparados, los que no tienen, los carentes, los que no dan sino que van a buscar, los que esperan: los pacientes.

En relación a lo expuesto, un problema se plantea cuando pensamos al Psicoanalista en la institución hospitalaria: ¿en qué plano lo ubicaríamos? ¿En el de los profesionales que poseen el saber sobre lo que al otro le acontece o necesita? ¿En el plano de los que no saben? ¿En un plano intermedio? Plantear estas preguntas hará que nos cuestionemos acerca de la problemática que suscita pensar al Psicoanálisis en el Hospital; problemática que hoy nos convoca a realizar este escrito.

Finalizando este apartado, podríamos crearnos la imagen del hospital como un entramado, un tejido en el que se hayan entrecruzadas demandas incontenibles y perentorias provenientes de los pacientes y sus familiares; de la comunidad, expuestas por vecinos, parroquias, entre otros; demandas de otras instituciones, como la escuela, la justicia y otros hospitales; y por supuesto las de la propia institución. Pero este entramado no solo estaría conformado por dichas demandas, sino que a él se superponen prejuicios e ideologías y “los diversos discursos de las instituciones y de las corrientes que forman parte de ella” (Pose, 1995, p.28).

De esta manera, pensamos al hospital como un ámbito de cruces de discursos, un ámbito de condensación de demandas de muy diverso tipo y origen, y correlativamente, de prácticas muy diversas. Sin embargo, todas ellas aparecen agrupadas bajo un común denominador: lo médico. El conocimiento médico conquista progresivamente la hegemonía en la conducción del hospital moderno, de manera que, siendo este discurso el dominante, el hospital tiende a la uniformidad, buscando respuestas rápidas y efectivas ante los conflictos donde muchas cuestiones parecieran ser dejadas de lado, entre ellas, la complejidad misma del sufrimiento.

En este contexto que se describe intentan desempeñarse los psicoanalistas intentando suscitar una palabra singular frente a lo que suele precipitarse como una respuesta estandarizada y prefijada de manera institucional. ¿Qué lugar habrá

entonces para el Psicoanálisis y prácticas psicoanalíticas en un ámbito donde prima el discurso de la Medicina?

### **Clínica de la mirada. Clínica de la palabra**

Hace un momento planteábamos que en la institución hospitalaria se produce un cruce de múltiples discursos y que aquellos con mayor pregnancia, como lo es el discurso médico, irán conduciendo y organizando la funcionalidad y las prácticas que dentro de la institución se irán dando. El modelo médico, al que designamos como modelo médico hegemónico, hegemónico en razón de su supremacía por sobre otros

discursos presentes en las instituciones hospitalarias, presenta ciertos rasgos estructurales, como lo son la a-historicidad, concepción de la enfermedad como ruptura, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación asimétrica médico-paciente, el paciente como responsable de su enfermedad (Espinosa Brito, 2013). Es decir, además de las funciones de normativación, control y legitimación que va impartiendo, se caracteriza por su biologicismo e individualismo y se enmarca en el discurso científico apuntando a la generalidad y la uniformidad de los síntomas, lo que produce en muchos casos un anulamiento de la subjetividad.

Este modelo que se rige por los principios metodológicos positivistas de observación, descripción y clasificación, no obstante, se define por su impronta en la investigación semiológica de los signos y su manera de proceder ante el síntoma: domesticarlo químicamente, lo que equivale a decir que, al síntoma se lo medica, se lo anestesia, de la manera más rápida y eficaz posible.

Partiendo de las características presentadas del modelo médico, podríamos sostener que el mismo genera y sostiene una práctica que se puede calificar dentro del campo de la mirada. También dentro de este campo situaríamos a la Psiquiatría, rama de la medicina que se ocupa de los trastornos mentales. Del otro lado del horizonte, ubicaríamos una nueva modalidad de clínica que se inaugura a partir de los de los desarrollos de Sigmund Freud y el Psicoanálisis: la denominamos como *clínica de la palabra*.

Si bien, la tendencia del momento apuntaba a circunscribir la enfermedad a partir de lo que se observaba de ella, de sus signos y manifestaciones sobre el cuerpo, otro modo de clínica se iba gestando. Entre 1916 y 1917, se exponía una marcada diferenciación: “el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: esta última estudia las formas exteriores de los órganos, mientras que la primera, su constitución a partir de los tejidos y las células” (Freud, 1917, p.233). Es decir, para este entonces ya daba cuenta de la emergencia de un paradigma totalmente novedoso para la conceptualización y abordaje de las enfermedades.

Más tarde también se establecerá una ubicación especial para el Psicoanálisis con respecto a la medicina: “es extra-territorial por obra de los psicoanalistas quienes, sin duda, tienen sus razones para querer conservar esta extra-territorialidad” (Lacan, 1966, p.1).

En los albores de las principales nociones psicoanalíticas, Freud distingue el tratamiento anímico del tratamiento de lo visible, observable, tratamiento de las manifestaciones. Y en esta tarea, reivindica el antiguo poder terapéutico de las palabras, produciendo un viraje desde la clínica de la mirada hacia la clínica de la palabra. En este momento, se funda una nueva praxis: el Psicoanálisis, el cual se funda en la clínica privada, pero con el correr de los años, se inserta en nuevos ámbitos, tales como el hospital. Allí, “el psicoanálisis en el hospital viene a acompañar y consolidar el cambio de paradigma netamente positivista, donde la enfermedad era algo ajeno al sujeto que la portaba” (Colovini, 1995, p.3).

A partir de esto, aún otro viraje muy importante se produce: se subvierte la posición tradicional del médico con respecto al paciente al sostener Freud que el médico algo no sabe del paciente pero que este último, quizás algo de sí sepa, aún a

su pesar. En esta afirmación somos testigos además, de dos cambios de perspectiva que se producen sobre el paciente. Por un lado, éste último deja de ser concebido como un mero objeto de conocimiento e intervención, para concebirse por el psicoanálisis en un sujeto que es escuchado a través del discurso que lo objetiva. Por el otro, se verifica el traslado de la fuente del conocimiento: ya no es el profesional el que sabe sino el propio sujeto que consulta, aún sin poder dar cuenta de ese saber.

En este sentido, Lacan manifiesta lo siguiente respecto de la teoría psicoanalítica: “llega a tiempo y desde luego no por azar [...] Fue Freud el que inventó lo que debía responder a la subversión de la posición del médico por el ascenso de la ciencia: a saber, el psicoanálisis como praxis” (1966, p.7).

El psicoanálisis rompe con la idea de monocausalidad y causalidad lineal de las patologías. No se conforma con caracterizar el síntoma, describirlo y clasificarlo en grandes cuadros nosográficos como lo hace la psiquiatría. Por el contrario, se propone ir *más allá*, indagando lo más particular del síntoma y estableciendo como premisa que éste es “rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo” (Freud, 1916-17, p.235). De ahí que las intervenciones apunten a que el enfermo pueda decir algo sobre aquello que le sucede.

Finalmente, la clínica de la mirada, en la que incluimos a la medicina y la clínica médica, responde al modelo científico que produce formas de sutura para el paciente de manera estandarizada. Esto deriva del hecho de entender a los sujetos con ciertas características y patrones que lo harían propenso al conocimiento estadístico, lo cual aplana su subjetividad. El psicoanálisis en cambio nos enseña que puede ser aplicado únicamente en el caso por caso. Con su clínica de la palabra, lo que haría es restituir al sujeto en su dimensión de verdad, dando una respuesta particularizada a su malestar (Eidelsztein, 2008).

## **Psicoanálisis**

Se conoce como Psicoanálisis al “método para la investigación de procesos mentales que son prácticamente inaccesibles de otro modo” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 316). También al “trabajo mediante el cual traemos a la conciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él” (p. 317). Los síntomas y manifestaciones patológicas que presenta un paciente se consideran, como todas sus actividades psíquicas, de naturaleza compuesta. Los elementos de esta composición son en último término, motivaciones, mociones pulsionales. Pero el paciente nada sabe, o muy poco, de estas motivaciones elementales. Por lo tanto, este método de investigación buscará evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias de un individuo, basándose principalmente en las asociaciones libres del sujeto que garantizan la validez de la interpretación.

Ahora bien, quiénes realizarán prácticas psicoanalíticas, quiénes accederán a ellas y en qué contexto se ejercerán, son interrogantes que se desplegarán en lo que sigue. Pero antes de seguir, será necesario indicar que el concepto de práctica psicoanalítica se refiere, en este caso, a todo aquello que los psicoanalistas hacen con sus pacientes en la clínica, en tanto actuación técnica pensada como un espacio de relación entre conocimiento y poder (Castro y Erviti, 2009).

Si nos ubicamos en los inicios del Psicoanálisis, hacia el año 1900, éste se iba perfilando como una práctica exceptuada y destinada para unos pocos. Quienes llevarían a cabo esta labor eran escasos profesionales, y también lo eran aquellos quienes podrían acceder a esta práctica. En 1905, se establecía que los destinatarios del método psicoanalítico solo podrían ser personas mayores de edad y pertenecientes a clases sociales adineradas, o bien, con altos recursos económicos (Freud, 1905).

En una serie de escritos conocidos con el nombre de “Escritos técnicos”, los cuales fueron redactados entre 1904 y 1919, Sigmund Freud va construyendo e

indicando las nociones fundamentales del método psicoanalítico: el modo de acción terapéutica, modo de actuación e intervención en la transferencia y el encuadre

(Lacan, 1954). Si bien, en esta serie de escritos podemos encontrar explicitadas muchas cuestiones técnicas respecto de cómo debería de practicarse el psicoanálisis, también podemos encontrar desarrollos, definiciones e incluso muchas modificaciones del método, en la medida en que Freud desarrolla su obra.

De tal manera es así, que en una conferencia de 1918 realizada en Budapest, Freud conjetura sobre la llegada del psicoanálisis a las instituciones públicas, ubicando al Estado como garante para que dicho tratamiento esté al alcance de todas las personas, sin distinción de clases. Esto señala un marcado cambio respecto de las enunciaciones iniciales de Freud que mencionábamos hace instantes (Sokolowsky, 2022).

Poco más de un siglo después, Eric Laurent enumera una serie de principios a los que denomina “Principios rectores del acto analítico” (Laurent, 2004), en los cuales describirá nociones fundamentales de la labor psicoanalítica, las cuales designarán cuándo una práctica puede considerarse como psicoanálisis. En contrapartida, cuando no se cumpliesen dichos principios, no podría considerarse que lo que se esté realizando sea una práctica psicoanalítica.

Primer principio: el psicoanálisis es una práctica de la palabra. Los dos participantes son el analista y el analizante, reunidos en presencia en la misma sesión psicoanalítica. Cuarto principio: el lazo de la transferencia supone un lugar, el lugar del Otro [...], por ello, la sesión analítica no soporta ni un tercero [...]. Sexto principio: la duración de la cura y el desarrollo de las sesiones no pueden ser estandarizadas. (Laurent, 2004, pp.1-2)

En la actualidad, evidenciamos la existencia de psicoanalistas en las instituciones hospitalarias. ¿Cuáles serán las dificultades a las que se enfrentan cuando ingresan a ellas? ¿Cómo se logra el lazo de transferencia entre analista y analizado cuando en los hospitales somos testigos de la presencia de terceros?

## **Psicoanálisis y hospital - Entrecruzamiento**

### Los inicios

El reconocimiento del modelo Biopsicosocial en salud ha incorporado como un eje fundamental, la identificación de factores psicosociales implicados en el proceso de salud enfermedad del paciente. Esto ha posibilitado la integración de equipos interdisciplinarios dentro de los hospitales, donde los profesionales de la salud mental han sido considerados aportando desde su especialidad, estrategias que contribuyan a la atención integral de los pacientes y del equipo sanitario (Duque & Grau, 2005). Entre los profesionales psicólogos ubicamos aquellos cuya perspectiva de trabajo se funda y se basa en la teoría psicoanalítica.

Pero la presencia del psicoanálisis y de psicoanalistas en el hospital no es una novedad. Más bien, si incursionamos en algunos de los textos publicados por Freud hacia el inicio del siglo XX, nos enteraremos que aún en ese momento Sigmund ya hipotetizaba con este hecho. En este sentido es que pensamos que el texto publicado denominado “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” funcionó como fundamento del trabajo de psicoanalistas en el hospital. Allí teorizaba y pensaba en el hipotético futuro del psicoanálisis, donde éste ya no se circunscribiría solo a los “estratos superiores y pudientes de nuestra sociedad” (Freud, 1919, p.162), sino que tendría nuevos destinatarios a los que alcanzaría a través de los sanatorios y distintos lugares de consulta que brindarían tratamientos gratuitos sostenidos por el Estado.

Entonces, desde la década del veinte del siglo pasado encontraremos prácticas psicoanalistas dentro de los hospitales, lo que equivaldría a decir que encontraremos

psicoanalistas trabajando en otros ámbitos diferentes al del consultorio privado. Cabría preguntarnos entonces en qué condiciones se realiza dicha práctica. Resta por decir que, la técnica quizás no sería exactamente la misma a la que se sostendría en dichos consultorios, lo cual denotaría la adecuación de la técnica más clásica a las nuevas condiciones, sin dejar de lado, por supuesto, su entendimiento como práctica del discurso. En este punto nos preguntaríamos entonces, ¿Cómo es el trabajo de un psicoanalista en un hospital general? Pregunta que retomaremos en un breve momento.

Decíamos que desde la segunda década del siglo pasado es posible rastrear el principio del trabajo de psicoanalistas en hospitales. Tal es así que para ese entonces en Europa se destaca la figura de Sandor Ferenczi y Wilhem Reich intentando el trabajo en estas instituciones. En Inglaterra psicoanalistas iniciaron su trabajo en clínicas donde ofrecían tratamientos gratuitos. También en Francia, “desde los abordajes de la llamada psicoterapia institucional a las experiencias de Maud Mannoni, mucho del psicoanálisis atravesó los hospitales” (Vainer, 2001, p.2).

Respecto de la Argentina, también el trabajo hospitalario se convirtió en un horizonte para los psicoanalistas. Esto no fue sin conflictos. Desde la fundación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) en 1942, se reglamenta el ejercicio profesional del Psicoanálisis destinado en exclusividad al ámbito de la práctica privada. Durante las décadas posteriores a los años '40 entonces, la clínica psicoanalítica se asienta y prolifera casi completamente en el ámbito de los consultorios privados. Pero en la medida que transcurrían los años, parte de los miembros que conformaban dicha asociación comenzaban a percibir ciertas incomodidades provenientes de las condiciones impuestas por la APA para el ejercicio del psicoanálisis. Entre otros motivos, uno de los reclamos apuntó a la salida del psicoanálisis a nuevos ámbitos diferentes al del consultorio privado, lo que desemboca en que la ruptura de la APA y la conformación de dos grupos conocidos como Plataforma y Documento.

Mucho más habría por decir respecto de la historia del psicoanálisis en hospitales en nuestra Argentina. Pero este no es hoy el eje de nuestro trabajo. Corresponderá su abordaje, si es que así ustedes lo considerasen, en trabajos ulteriores.

## Particularidades

Los hospitales, tal como los conocemos; en específico los hospitales generales públicos, constituyen un recurso que tiene como objetivo *alcanzar/devolver/promover* la salud pública de la población. En nuestro caso, como psicólogos, nos ocupamos de la salud mental. Y en este punto haremos dos referencias respecto del hospital como institución. Por un lado, se designa como la instancia administrativa que debe implementar las políticas que aseguren los derechos de las personas y la comunidad. Por otro, constituye una concepción del hombre en tanto ser social, en las que se despliegan las potencialidades del individuo y las posibilidades que le brinda la sociedad. En ambos casos se trata del predominio de una lógica que responde a un *para todos* bajo diferentes modalidades. De esta manera, la práctica de un saber determinado se ejerce en función de satisfacer una demanda social y esta práctica queda enmarcada en una serie de procedimientos que la institución va a normativizar y a reglar en función de sus objetivos. En este punto entonces, deberíamos preguntarnos cómo se inserta y trabaja el psicoanálisis cuya lógica es la del uno, del caso por caso, de la singularidad, inserto en una institución donde reina el *para todos*, lo universal.

Mannoni sostiene que, aunque el psicoanálisis se inserte en la institución hospitalaria,

El acto analítico se produce en un lugar distinto que aquél en el que se ejerce la educación, los cuidados asistenciales, o el gobierno de los pueblos. El psicoanálisis, sin embargo, existe allí haciendo jugar a nivel del sujeto la dialéctica del deseo. La dimensión de una palabra singular se encuentra restituida de ese modo, produciendo como efecto la subversión de la ideología vigente. [...] Esta estrategia subversiva puede, ciertamente transformarse en ensayo de colaboración con la administración (educativa, asistencial), abriendo asimismo la vía a una práctica reformadora [...] (1989, p.129).

El psicoanalista en la institución hospitalaria, a diferencia de otros profesionales, intentará suscitar una palabra singular frente a lo que suele precipitarse como una respuesta estandarizada y prefijada de manera institucional, para establecer las condiciones mínimas de escucha que permitan dar lugar al sujeto. Por lo tanto, aunque en la institución prime una lógica del *para todos*, todas las veces que un psicoanalista entre en escena pondrá en jaque esa lógica para dar espacio a la singularidad. Se trata de una escucha analítica donde se dé lugar a la emergencia de una demanda y del sujeto, antes que obturando y tratando de llenar un espacio rápidamente con saberes y respuestas estandarizadas. Además, la escucha analítica implica la suspensión del juicio personal a los fines de la emergencia de ese sentido singular, único modo de alcanzar la implicación del sujeto en su malestar.

En el caso de los hospitales de emergencias, las situaciones que se presentan y se atienden, suelen requerir de una respuesta rápida y precisa. Así, la evaluación, el diagnóstico y la rápida intervención son aspectos de relevancia en el trabajo cotidiano y se configuran como la antesala de la intervención por especialidad. Eso es así ya que a la guardia de un hospital general de emergencias llegan pacientes entre los que encontramos disímiles situaciones: traumatismos, ataques de pánico, intentos de suicidio, intoxicaciones, crisis de angustia, mencionando sólo algunas. En estos casos, en primer lugar, se opera desde la lógica de la inmediatez y eficacia, siendo el objetivo principal salvar la vida del paciente y/o liberarlo de correr cierto peligro, existente o potencial. En estos casos, el psicoanalista entra en escena luego del llamado del médico que requiere de su aporte o que aprueba el pedido que le hace el paciente por un profesional psicólogo. Allí su labor versa entre la prisa y el malabarismo frente a la contingencia, por eso en el inicio el trabajo del psicoanalista adquiere la forma de sostén para crear condiciones de posibilidad en donde el paciente pueda retornar al campo del decir para lograr abrir otro tiempo donde lo urgente se transforma en interrogación y emergencia de un sujeto, donde éste pueda tomar la palabra y tenga algo que decir sobre su padecimiento, apuntando a que las intervenciones logren fluir al sujeto de lo paralizante y vislumbrar la posición subjetiva particular del sujeto, siendo esta una de los atascos que produjo el desconectarse de la cadena significativa.

#### Condiciones. Límites y posibilidades. La palabra

Tal como lo afirman algunos autores, las últimas décadas han sido testigos de la participación, cada vez mayor de los psicólogos en instituciones públicas como escuelas, organizaciones de trabajo, ámbitos jurídicos y por supuesto, en instituciones médicas, entre otras experiencias (Greiser, 2012). También hemos sido testigos de la necesidad de su presencia en los hospitales públicos, en tanto el impacto que generan las enfermedades y accidentes no solo repercuten en el cuerpo sino también en la vida social, los modos de ser y el estado psíquico-emocional de cada persona. Sin

embargo, el entrecruzamiento entre psicoanálisis e instituciones públicas, o podríamos decir más exactamente, el entrecruzamiento entre psicoanálisis y hospital de emergencias, no es algo que vaya de suyo, que de antemano podamos poner en funcionamiento conceptualmente. No obstante, podremos poner en juego categorías de análisis que si nos permitirán hacer referencia a este entrecruzamiento.

Si retomamos la noción de obstáculo (Freud, 1912), podremos establecer que él la ubica en relación a límites y posibilidades. Y justamente es en ese punto que delimitamos un campo posible de trabajo, si no lo hiciéramos, nos remitiríamos a la posición de imposibilidad o impotencia. Entonces delimitar ese campo doble, límites y posibilidades, nos permite sostener que la práctica del psicoanálisis es posible en los hospitales de urgencias y emergencias, aunque se distancie de los cánones y presente diversas particularidades.

Referirnos a la práctica que llevan adelante psicólogos con orientación psicoanalítica en hospitales de emergencias nos autoriza a situar dos cuestiones principales en torno a ello. Por un lado, un campo de acción específico y por el otro, una práctica basada en el psicoanálisis que utiliza como herramienta principal la palabra. Este punto retomaremos más tarde, ya que la palabra adquiere un valor inédito a partir de los desarrollos psicoanalíticos y es la palabra la causante de múltiples movimientos.

Un hospital general de emergencias demarca ciertas condiciones que delimitan el trabajo de los psicólogos. Salas de espera y guardias saturadas, dolor físico y sensación de muerte inminente generan un ambiente particular. El rompimiento inesperado de la salud física junto con los fenómenos psíquicos que este conlleva, es un hecho cotidiano en los pacientes que ingresan al hospital. Tanto el paciente como su familiar, han sido despojados de su condición particular de individuo para pasar a ser uno de los tantos pacientes graves que esperan de atención. El dolor físico, como el dolor psíquico, se conjuga con la pérdida simbólica de la salud, sintiéndose vulnerables al medio al entregarse enteramente a manos del equipo de salud. Esto puede ser aún más complejo, al saber que su vida puede verse puesta en riesgo por su estado de salud, generándose fantasías de muerte y destrucción que afectan su concepto de la realidad, poniendo en juego sus capacidades para afrontar el evento.

Ahora bien, veamos en profundidad las condiciones que demarca un hospital público de emergencias para el trabajo de psicólogos psicoanalistas. El psicólogo que se halla trabajando en un hospital con dichas características, no se encuentra en un consultorio o detrás de un escritorio esperando la llegada de pacientes, sino que debe tener la capacidad de adaptarse a los cambios y ritmos de dicho lugar, actuando en múltiples espacios: salas de espera, pasillos o de pie junto a una camilla, sin dejar de lado aquellos casos donde se requiera de un espacio que resguarde la intimidad en caso de que el motivo de atención lo amerite. En contrapartida, el paciente no sabe quién será el psicólogo que lo reciba, y menos aún, cuál es su posicionamiento teórico. Quien llega a la consulta, cuando de una institución pública se trata, lo hace por determinadas circunstancias y bajo cierta transferencia a la institución. Esta transferencia es lo primero que se puede encontrar en las consultas que se realizan en este tipo de dispositivos, hospitales públicos con consultorios externos. Pero, se diferencia aún más, en los casos donde no hay consultorios externos y no hay quien llegue a una consulta por cuenta propia, sino que es derivado por alguien más, por otro profesional que ubica en el paciente la necesidad de ser atendido por un psicólogo. Este es el caso que se desarrolla con más frecuencia en un hospital cuyas características hemos venido desplegando, un hospital público de emergencias. Esto significa que, al no haber consultorios externos, el psicólogo con orientación psicoanalítica iniciará su intervención a partir de la interconsulta de otro profesional.

La interconsulta es una solicitud realizada por un profesional a otro, generalmente especializado en otra área, para obtener una opinión o diagnóstico complementario sobre el paciente. También podemos decir que la interconsulta a los psicólogos psicoanalistas que trabajan en una institución con estas características llega cuando el profesional que tiene a su cargo un paciente observa que la problemática que trae el paciente es una problemática que se enmarca dentro de la salud mental o cuando se topa con un límite frente a su conocimiento. Sea cual fuere la situación, un psicólogo con orientación psicoanalista entra en escena. ¿Cómo se opera desde el psicoanálisis en un servicio de emergencias? ¿Cuáles serán los

límites y posibilidades con las que se enfrente un psicoanalista en esta institución? ¿Cómo realizar una apertura de la subjetividad cuando el tiempo y la demanda institucional exigen una intervención rápida? Estas preguntas nos guían en el desarrollo de este trabajo y nos permiten reflexionar sobre el entrecruzamiento que se produce entre psicoanálisis y hospital.

Podría pensarse entonces que la institución impone una cierta mediación entre el paciente y el psicoanalista que queda de manifiesta en las derivaciones. Dos escenas se destacan en relación a este punto. Existen hospitales generales con consultorios externos. En dicha institución existe la posibilidad de iniciar un tratamiento con un psicólogo psicoanalista solo luego de pasar el *primer filtro*: la entrevista de admisión. En ella un profesional será el encargado de realizar una entrevista preliminar con el futuro paciente y a partir de su escucha determinará la urgencia del caso, lo que se traduce en el tiempo que deberá esperar para obtener su primer encuentro con el analista que finalmente llevará adelante el análisis. Este contexto configura una cierta forma de acogimiento de las demandas iniciales de tratamiento ya que es otro, y no el analista, quien sanciona la llegada del paciente. Esto último designa también la situación que se produce en aquellos hospitales de emergencias donde no hay consultorios externos. En ellos el paciente suele ingresar a través de la guardia, en donde un profesional ajeno a la psicología lo recibe y determina su trayectoria en el hospital. En ese recorrido el profesional hasta entonces a cargo, resolverá si será necesaria una interconsulta con el psicoanalista. En dicha situación, el psicoanalista en primer lugar realizará el trabajo de ofertar un espacio para que el sujeto pueda construir una demanda. Es decir, se propicia la construcción de una demanda y se intenta abrir al menos una pregunta para que el sujeto pueda enunciar algo sobre su síntoma.

Dicho esto, queda expuesto que una de las particularidades que se desprenden del entrecruzamiento entre psicoanálisis y hospital alude al encuadre. El encuadre clásico del psicoanálisis nos remite a un consultorio, cuatro paredes, una silla o un diván, un espacio personal que dura alrededor de 45/50 minutos, y que no admite la presencia de terceros. Hacemos referencia a esto último ya que con frecuencia a las entrevistas y atención de los pacientes internados asisten además del psicoanalista; un practicante, residente u otro profesional, es decir que, además del analizante y el analizado suele haber presencia de un tercero. En un hospital de emergencias este encuadre clásico se convierte tan solo en una ilusión que se hace realidad en la minoría de los casos.

La realidad cotidiana y los espacios/tiempos que nos brinda la institución se alejan por completo al encuadre clásico del psicoanálisis de Freud. A partir de ello, algunos sostienen la imposibilidad del ejercicio del psicoanálisis en este tipo de instituciones, no solo por el espacio físico dedicado a las sesiones, sino también por la duración de las mismas ya que los tiempos que propone la institución para el abordaje de los pacientes están marcados y estipulados anticipadamente. En la mayoría de los casos son acotados, breves, por lo que pacientes que tan solo han tenido una primera

entrevista psicoanalítica pueden ser dados de alta de la institución por otro servicio, sin la supervisión del psicoanalista. En este sentido, los mismos psicoanalistas suelen adjudicar *el cobre* a la práctica del psicoanálisis en el hospital, mientras que queda reservado *el oro* para las prácticas del ámbito privado (Paola, 2008). Metáfora que lleva a pensar que en el consultorio privado solo sería posible llevar adelante el psicoanálisis y que, en el espacio de un hospital, tan solo se practicaría un tipo de psicoanálisis deficiente, aunado a otros tipos de prácticas. Pero esto queda refutado cuando pensamos al psicoanálisis en sus dos dimensiones. La primera es la dimensión exclusiva de dispositivo analítico, es decir, aquella con cierto encuadre preestablecido desde los comienzos con Freud. Y la segunda dimensión es la de práctica del discurso, es decir, en su dimensión ética, donde ante todo hablamos de la escucha y del sujeto, independiente del dispositivo. Entonces, más allá del encuadre,

el psicoanálisis respeta una ética que se mantiene aun cuando las condiciones no son las habituales.

Hace un momento se planteó que, ante la falta de consultorios externos, la persona a la cual debemos brindar nuestra atención nos llega derivada en la mayoría de los casos por interconsulta. Es así que en primer lugar nos resulta oportuno identificar el origen de la demanda, es decir, diferenciar si la demanda es espontánea o por derivaciones médicas, lo que equivale a decir si la demanda es de la persona consultante o si es de su profesional a cargo (Campodónico, 2013). Ahora bien, a esa persona que nos consulta, o bien podríamos decir que nos llega, se le realizará en todos los casos una oferta, ¿cuál es esa oferta? la escucha. Con ella se propiciará a que el sujeto hable. Algunas de las preguntas que nos guían en nuestro quehacer son: ¿qué dice?; ¿qué dice de lo que lo aqueja?; ¿qué dice de lo que lo lleva a consultar?; ¿por qué consulta?; ¿por qué dice lo que dice ahora?; ¿qué precipita su consulta?; ¿de qué manera dice lo que dice? Cabe aclarar que estos interrogantes no serán en muchos casos asequibles a ser respondidos por el sujeto. Por el contrario, es el psicoanalista a quien le toca poder leer en lo que dice algo de estas preguntas, aunque no siempre sea posible en una sola entrevista. En este sentido es que a partir de la escucha lo que se busca,

Es calcular en que momento ocurre la ruptura del sujeto con la cadena significantes, es decir, ubicar en el discurso o en el silencio del paciente el origen de su crisis e invitarlo a reconstruir su relación con la palabra. (Rivas, 2014, p.4)

El analista aparece en una posición de escucha, lo que equivale a una posición de espera. Con ello buscará que la persona hable, que arme un relato de sus síntomas, es decir, que sean reconstruidos por medio de una narración, neutralizando así la carga de padecimiento y malestar que conllevan para el sujeto. La narración es un comportamiento lingüístico humano que se torna imprescindible a la hora de transmitir una situación o un hecho. El sujeto se representa mediante la figura del narrador y organizara un discurso de un determinado modo. Sin embargo,

En un aspecto su relato tiene que diferenciarse de una conversación ordinaria. Mientras que en ésta usted procura mantener el hilo de la trama mientras expone, y rechaza todas las ocurrencias perturbadoras y pensamientos colaterales, a fin de no irse por las ramas, como suele decirse, aquí debe proceder de otro modo. Usted observara que en el curso de su relato le acudirán pensamientos diversos que preferiría rechazar [...] Tendrá la tentación de decirse: eso o este otro no viene al caso, o no tiene ninguna importancia

[...]. Nunca ceda usted a esa crítica; dígalo a pesar de ella [...] Diga, pues, todo cuanto se le pase por la mente. (Freud 1975b, pp.135-136)

En esta situación, “el analista opera sobre lo que el sujeto le dice. Lo considera en los discursos de éste, lo examina en su comportamiento locutorio” (Benveniste, 1997, p.75). En este momento, se configura entre el psicoanalista y el paciente un diálogo entre dos, un espacio de escucha y de palabra, que le posibilita al sujeto rellenar huecos, responder interrogantes y aclarar incertidumbres.

Concluyendo decimos que en la institución hospitalaria es muy visible el contraste entre el discurso de la medicina y el del psicoanálisis en tanto el primero se encarga de la observación de determinados signos y a partir de ellos hace una lectura que se culmina en el diagnóstico y su respectivo tratamiento, donde el médico ocupa el lugar de ese que sabe lo que el otro tiene. Por el contrario, “el analista no emplea instrumentos, ni siquiera para el examen, y tampoco prescribe medicamentos [...] el analista [...] al paciente lo hace hablar, lo escucha, luego habla él y se hace escuchar (Freud, 1992b, p.175). El analista se define por una posición de *no saber*, lo que quiere decir que como analista debe rechazar el saber, en el sentido de los prejuicios,

15

Trabajo Integrador Final |

del saber propio del yo y debe abstenerse de comprender para que advenga el sentido propio del paciente.

En esta línea, se puede decir que la práctica del psicoanálisis es una práctica del discurso, del habla y del sujeto de la palabra y lo que trasciende al sujeto de la palabra, en este sentido, la práctica en estas experiencias, dentro del hospital, apuntan a posicionar un sujeto, a situar un sujeto de la palabra. Esto permite encontrarnos con un cuerpo que no es el cuerpo orgánico sobre el que opera la medicina aisladamente, sino un cuerpo vinculado al goce. De tal manera, el sujeto durante las intervenciones dentro del hospital, se coloca en un lugar activo siendo partícipe de las estrategias futuras: se apunta a potenciar sus habilidades y capacidades.

En el trabajo desde la perspectiva psicoanalítica, los pacientes son concebidos como sujetos deseantes, por lo tanto, más allá de las intervenciones que uno pueda llegar a creer necesarias, se indaga sobre lo que esa persona desea, dando lugar a su subjetividad y singularidad a través de la escucha. Es probable que, lograr esta tarea en el ámbito de un hospital implique diversas maniobras ya que las condiciones de trabajo están lejos de ser las del clásico encuadre de la práctica en el consultorio. No obstante, esta tarea no resulta sencilla, pero es posible, en la medida en que se pone en juego la transferencia y la demanda, aunque muchas veces deba ser construida. El psicoanalista, en este contexto, se ve desafiado para lograr mantener la escucha y no quedar atrapado en lo anecdótico.

## Reflexiones finales

El psicoanálisis es llevado a cabo en diferentes ámbitos que van más allá de las fronteras de un consultorio privado. El trabajo en instituciones hospitalarias se convirtió en un desafío que amplió los horizontes del psicoanálisis y la atención pública. De esta manera, es necesario no acotarnos a aquello que designamos como los límites del psicoanálisis en el hospital sino más bien revisar todo aquello que posibilitó con su intromisión. Por un lado, sacó a los psicoanalistas de su consultorio privado para las clases pudientes; y por el otro, aportó indispensables conocimientos y herramientas para el campo de la salud mental.

En psicoanálisis no solamente se habla del dispositivo asociación libre – interpretación o de técnica de trabajo prolongada que se produce entre cuatro paredes con tiempos marcados, que sería lo más generalizado. El dispositivo está regido por la ética del psicoanálisis, por la apuesta al sujeto y donde el material de trabajo es el decir. Por lo tanto, “la práctica del psicoanálisis no es imposible en un hospital general; es azarosa y contingente” (Colovini, 1995, p.20). Sus condiciones de posibilidad remiten a poder propiciar un encuentro entre una demanda de análisis y el deseo del

analista, donde la estrategia es la transferencia. Con ella de lo que se trata, entre otras operaciones, es de constituir o reconstruir la relación del sujeto con la realidad.

En este sentido, el psicoanálisis realiza una oferta. ¿Cuál? La oferta que éste puede hacer a cualquier persona es que alguien pueda tomar la palabra. Y que alguien pueda tomarla implica por un lado, que todo lo que va haber allí son palabras; y por el otro, que ese alguien pueda tomar como propio lo dicho, situando cuál es el mensaje que ese enunciado conlleva. Es decir, dar lugar a la construcción de un texto que sea posible de ser leído; hacer que emerja el sujeto del inconsciente, lo que implica un conjunto de maniobras por parte del analista que motivan y dan libertad al discurso para revelar la verdad omitida.

El psicoanalista en la institución hospitalaria, a diferencia de los médicos, intenta suscitar una palabra singular frente a lo que suele precipitarse como una respuesta estandarizada y prefijada de manera institucional, para establecer las condiciones mínimas de escucha que permitan dar lugar al sujeto. Por lo tanto, se trata de una escucha analítica donde se dé lugar a la emergencia de una demanda y del sujeto, antes que obturando y tratando de llenar un espacio rápidamente. Además, la escucha analítica implica la suspensión del juicio personal a los fines de la emergencia de ese sentido singular, único modo de alcanzar la implicación del sujeto en su malestar.

Por lo tanto, podemos afirmar que, entre las disímiles situaciones que se enfrentan con pacientes en un hospital público de emergencias, entre los encuentros breves y por interconsultas, entre pasillos y salas de guardia, la maniobra del analista consistirá siempre en promover, mediante un acto de discurso, la emergencia de un sujeto que hable de ese cuerpo. Y aquí no se trata de lo que se pueda o no realizar en el hospital, se trata de la ética del psicoanálisis. Porque la posición del analista podrá alcanzarse, aun soportando las inevitables variaciones en las condiciones del encuadre. Es importante señalar en este punto que frente a algunas de las situaciones de emergencia que suelen presentarse en los hospitales, como traumatismos, desmayos, ataques de pánico, quemaduras intentos de suicidio, crisis de angustia, accidentes graves, entre otras, se vuelve necesario que en primer lugar se realicen intervenciones con el objetivo de salvar la vida del paciente. Luego, la labor del psicoanalista consistirá en una labor de sostén para crear las condiciones de posibilidad para que emerja algo del sujeto.

En el caso de pacientes en crisis, el trabajo del psicoanalista también tendrá algo que ver con la prisa, pero también con la pausa. Lo que se busca al interponer

una pausa, y a partir de la escucha, es ubicar en el discurso el origen de la crisis del sujeto y se le ofrece un espacio que lo invita a reconstruir su relación con la palabra. A raíz de lo anterior decimos que la atención psicológica en el ámbito hospitalario representa una modalidad de intervención de alta complejidad. El psicoanálisis en dichos ámbitos se ha vuelto interdisciplinado, focal y limitado en el tiempo. Esto denota modificaciones respecto de su dispositivo clásico, pero algo se mantiene invariable y es su ética.

En este escrito se intentó definir y fundamentar la posibilidad del abordaje de pacientes desde la perspectiva psicoanalítica en hospitales generales de emergencias cuya lógica imperante es la de la medicina, también designado como discurso médico hegemónico. Es decir, se intentó exponer y argumentar que el psicoanálisis tiene lugar y curso en un hospital, más allá de los obstáculos que la institución antepone. Resulta importante marcar que estos obstáculos hacen que llevar adelante la labor psicoanalítica no sea tarea sencilla pero paralelamente, hacen de esta técnica una práctica que se renueva en sí misma y que recurre a maniobras para tener lugar,

aunque existan prejuicios y argumentaciones que sostengan lo contrario.

Diremos que es el deseo del analista, su posición subjetiva y su ética lo que determina el carácter analítico de una cura, y no la mecánica de un encuadre (Barros, 2011).

El recorrido realizado en este trabajo intenta enfatizar y defender la posición del psicoanalista en su labor en el interior de instituciones públicas. Si bien en la actualidad nos topamos con numerosas objeciones respecto de la posibilidad del trabajo desde la teoría psicoanalítica en el hospital, este trabajo intentó iluminar el tema, analizarlo y delimitarlo en sus puntos más importantes no sólo para decir qué es posible este entrecruzamiento sino para que cada uno de los lectores puedan plantearse interrogantes que les permitan asumir su propia posición respecto del tema. Simultáneamente, los interrogantes o preguntas son de extrema importancia porque son justamente los que dan lugar al psicoanálisis y a que alguien tome la palabra. En psicoanálisis los interrogantes funcionan como motor de un trabajo que es sin garantías, en el cual no sabremos cuáles y hasta dónde serán los resultados, pero está en nosotros decidir, en la contingencia de cada entrecruzamiento, si del sujeto se promoverá su emergencia o su desaparición. Lo que se pone en juego en la práctica analítica en los hospitales generales es el manejo de la contingencia, la cual exige maniobras e inspira a la audacia poder responder a las exigencias de la institución, fuera de los parámetros clásicos del consultorio, manteniendo la ética y tratando de maniobrar con lo particular de los casos que se presentan en las instituciones y con lo singular de la problemática de los pacientes.

Entonces, el trabajo desde el psicoanálisis ya no dependerá de las condiciones del encuadre sino de poder sostener su ética.

*“La práctica del psicoanálisis no es imposible en un hospital general, es azarosa y contingente, por eso es importante poder instalar sus condiciones de posibilidad” (Colovini, 1995, p.9).*

#### Referencias bibliográficas

- Barros, M. (2011). *Psicoanálisis en el hospital: El tiempo de tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Benveniste, E. (1971/1997). *Problemas de lingüística general I*. España: Siglo XXI Editores.
- Campodónico, N (2013). *Acerca de la demanda psicológica en un dispositivo asistencial: la salud mental y el psicoanálisis*. En *Perspectivas en Psicología*. Vol X, pp. 18-25. Universidad Nacional de Mar del Plata: EUDEM
- Castro, R. y Erviti, J. (2009). *Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico*

sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. Presentado en el Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos. Río de Janeiro. Recuperado en: <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/download/131/36/295-1?inline=1>

- Colovini, M. (1995). *Seminario: un dispositivo para la admisión*. Departamento de psicología. Secretaría de Salud Pública, Rosario
- Duque, E. & Grau, J. (2005) *La Psicología de la salud en la atención hospitalaria*. En: Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. México. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996003.pdf>
- Eidelsztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan: intervalo y holofrase, locura, psicosis, psicossomática y debilidad mental*. Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Espinosa Brito, A. (2013). *La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico*. Revista cubana – Salud Pública Vol. 39. No. 1. La Habana. Recuperado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001)
- Foucault, M. (1978). *Incorporación del hospital a la tecnología moderna*. En *Cuadernos Médico Sociales*, Nº 6, pp. 107-120
- Freud, S. (1901-1905) *Sobre Psicoterapia*. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras en *Sigmund Freud, obras completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1911-1913/1975b). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)*. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras en *Sigmund Freud, obras completas*. Tomo XII. Buenos aires: Amorrortu Editores.
- (1912) *Sobre la dinámica de la transferencia*. Obras Completas, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1916-1917) *Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conf. XVI, El sentido de los síntomas*. Obras Completas, vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1916-1917) *Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conf. XVII, Psicoanálisis y Psiquiatría*. Obras Completas, vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1919) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. De la historia de la neurosis infantil y otras obras en *Sigmund Freud, obras completas*, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1925-1926/1992b). *Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras en Sigmund Freud, obras completas*. Tomo XX. Buenos aires: Amorrortu Editores.
- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván. Los fundamentos de la práctica analítica en*

- los dispositivos jurídico-asistenciales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1953). *Lacan, El seminario. Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- (1966). *Psicoanálisis y medicina*. En *Intervenciones y Textos I* (pp. 86-99). Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Laurent, E. (2004). *Principios rectores del acto analítico*. Congreso de la AMP en COMANDATUBA. Fuente AMP Blog. Recuperado en <http://ampblog2006.blogspot.com/2006/09/principios-rectores-del-acto-analitico.html#:~:text=Pone%20en%20el%20analista%20sentimientos,objetivo%20de%20aquel%20que%20habla>
- Mannoni, M. (1989). *De la pasión del ser a la locura del saber: Freud, los anglosajones y Lacan*. Buenos Aires: Paidós.
- OMS (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. Recuperado en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/106186?locale-attribute=es&>
- Paola, C. (2008). *El oro y el cobre (del a-meghino y otros fragmentos)*. Buenos Aires, Argentina: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Pose, J. A. (1995). *Hospital, emergencia, muerte y creatividad*. Revista *Actualidad Psicológica*, Vol. N° 234. Buenos Aires. Recuperado en: <https://www.actualidadpsicologica.com/>
- Prado Rivas, L. (2014). *Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario*. Artículo de divulgación científica. Recuperado en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2071-081X2014000200003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2071-081X2014000200003&script=sci_abstract)
- Sokolowsky, L. (2022) *Freud y los berlineses. Del Congreso de Budapest al Instituto de Berlín 1918-1933*. Buenos Aires: Grama.
- Vainer, A. (2001). *La larga historia de los psicoanalistas en los Hospitales en Memorias para el futuro 12*. Revista *Clepios*, una revista de residentes de Salud Mental. Vol. XXIV. Recuperado en: <https://www.topia.com.ar/articulos/larga-historia-psicoanalistas-hospitales>