

# Observaciones acerca del Marco Analítico Hospitalario<sup>1</sup>

*Damián Schroeder Orozco<sup>2</sup>*

Durante estos quince años han sido atendidos cerca de mil pacientes en el Programa de Psicoterapia Psicoanalítica de la Policlínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la República Oriental del Uruguay. Los numerosos estudios de seguimiento y de resultados de la población asistida son elocuentes respecto al grado de satisfacción de los usuarios hasta cuatro años después de haber finalizado el tratamiento.

En el Programa de Psicoterapia se ha privilegiado el método epidemiológico de investigación respecto al método clínico tradicional. Sin embargo, a nuestro juicio cada vez adquiere mayor importancia una investigación clínica de nuestra tarea asistencial, apuntando a la conceptualización de nuestra tarea.

Se observan dos líneas de producción de conocimientos con las que es preciso renovar las zonas de interlocución debido a que: 1) La investigación clínica del psicoanálisis denominado clásico ha experimentado cambios profundos durante estos 15 años tanto en la conceptualización, como en los abordajes de la psicopatología. 2) En el seno de la misma psicoterapia psicoanalítica hospitalaria se crea una investigación clínica propia, inmanente a la naturaleza de la tarea, que exige conceptualización y profundización. En la investigación clínica hospitalaria se supera la vieja dicotomía que plantea que “la clínica ve el árbol y la epidemiología ve el bosque”.

## **Los fundamentos**

Los conceptos teóricos y técnicos que han fundado el psicoanálisis han sido decisivos en el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica hospitalaria. Hay conceptos fundamentales de la metapsicología freudiana que han guiado y guían nuestra práctica. Ellos son el concepto de inconsciente, represión, sexualidad infantil y transferencia. A ellos se agregan la referencia a los desarrollos posteriores a Freud. Nuestra tarea se nutre del pluralismo teórico que caracteriza al psicoanálisis actual.

Así mismo, desde el punto de vista metodológico, la exploración del inconsciente y el despliegue de la transferencia son posibles a partir del enunciado de la regla analítica fundamental acerca de la asociación libre y el mantenimiento por parte del terapeuta de una atención parejamente flotante y el cuidado por la abstinencia. Son estos caracteres teóricos y técnicos los que permiten definir nuestra atención psicoterapéutica como analítica.

---

<sup>1</sup> Este trabajo tiene como antecedente la exposición realizada en las Jornadas de Psiquiatría de 2002, Montevideo, Uruguay.

<sup>2</sup> Silvestre Blanco 2462. E-mail: damschro@chasque.net

Freud señaló que el paciente que sufre, sabe acerca de su sufrimiento, pero que no sabe que sabe. Constituye un verdadero desafío renovar cada vez, en cada tratamiento, en cada encuentro, la originalidad del método analítico que haga posible el despliegue de la conflictiva inconciente.

La llamada metodología clásica psicoanalítica ha debido experimentar cambios importantes a efectos de poder servir a los objetivos de nuestro programa. Son múltiples las interrogantes al respecto.

¿Qué del psicoanálisis llamado clásico permanece y qué cambia en la psicoterapia psicoanalítica hospitalaria?

Nuestra tarea implica diversos dispositivos institucionales, por lo que es preciso abrimos a una mirada más amplia que la perspectiva clásica de la exclusividad de la relación entre un analista y un paciente. Evidentemente hay algo de esa intimidad, caracterizada por esa relación peculiar y única entre el terapeuta y el paciente, que se conserva.

Ahora bien, ese vínculo terapéutico se inscribe en un contexto más amplio constituido por el grupo de referencia e interconsulta (clásicamente llamado de supervisión), por el ateneo semanal y por la reunión mensual de los supervisores. Estos cuatro dispositivos diferentes están en interrelación, a la vez, con el dispositivo médico-psiquiátrico y el dispositivo administrativo que subtiende a nuestro programa.

Ha sido señalado que la psicoterapia hospitalaria supone la introducción de un tercero, genéricamente llamado “El Hospital”, constituyendo un campo vasto y complejo en el que se procesan transferencias múltiples que hacen posible que un proceso terapéutico pueda llevarse adelante.

Es entonces por medio de esta compleja red de dispositivos que la psicoterapia psicoanalítica se despliega albergando en su seno, sufrimientos, angustias, deseos, expectativas, actos, gestos, creatividad, incertidumbres y enigmas. Es a través de estos dispositivos que la institución hace, a la vez que se piensa a sí misma.

Existe un conjunto de normas y procedimientos que nos rigen en nuestra práctica, imprescindibles para el funcionamiento institucional, y que debemos someter a revisión continua.

La demanda que un paciente realiza, en el caso de la psicoterapia hospitalaria, es una demanda a la institución. Las vías de entrada son múltiples (emergencia, policlínicas, etc). Es preciso que la “Institución Hospital” renueve cada vez su ideología y metodología asistencial, independientemente de las personas que protagonicen el proceso de consulta. Es así que, en un verdadero “juego de equipos”, el consultante encuentra una respuesta a su demanda.

Los dispositivos interdisciplinarios (en especial los médicos-psiquiátricos-psicológicos) se concretan efectivamente en el proceso asistencial. Dichos dispositivos generan múltiples saberes, construyen perspectivas distintas respecto de un mismo paciente. Cada uno de estos saberes se va profundizando al interior de cada uno de estos dispositivos, a la vez que en el interjuego con los demás, en la medida en que cada uno de estos dispositivos singulares entra en contacto con el otro, nutriéndose mutuamente.

El psiquiatra y el psicoterapeuta trabajan y piensan su práctica contando con la perspectiva del otro. La sumatoria de perspectivas habilita una comprensión de “progresión geométrica” inexistente en la metodología clásica. Aunque pueden haber momentos ruidosos de diálogos de sordos, el potencial clínico interdisciplinario es enorme.

En el ámbito del Grupo de referencia y supervisión se observan cambios respecto a la metodología clásica. En ésta, la práctica clínica es investigada en el ámbito de la sesión y eventualmente la contratransferencia es señalada en el ámbito de la supervisión individual. Los espacios de interconsulta e intercambios con otros profesionales que pueden estar asistiendo a la persona que nos consulta, se producen eventualmente.

Es permanente la tarea de deconstruir el modelo de la práctica privada, conservando lo que de él es útil, para así dar lugar y construir un dispositivo inmanente a los requerimientos institucionales. Tiene mucha fuerza aún el modelo de supervisión individual, erigido en el lugar del ideal. El Grupo de referencia y supervisión ha demostrado tener indudables ventajas, en la medida que logra articular lo singular con lo colectivo, en un proceso de aprendizaje en espiral a lo interno del grupo, articulado en un trabajo interdisciplinario con las otras instancias de atención.

El ateneo clínico es el dispositivo por excelencia en que cada dispositivo se piensa a sí mismo, en confrontación con los otros. Es, por lo tanto, el ámbito en que “La institución Hospital” se piensa a sí misma.

Pascale, A. ha propuesto el concepto de Marco Hospitalario como objeto externo con función encuadrante distinguiendo en él, el marco de la Situación Analítica (es decir, lo analítico entramado con lo hospitalario). A juicio de este autor, ambos marcos “cumplen una **función de objeto garante**, que se “en-carga” de parte de la relación del paciente con la realidad” (Pascale, 2000).<sup>3</sup>

Esta noción de Marco Hospitalario en el que los tratamientos tienen lugar, nos es útil para pensar y comprender los cambios psíquicos que se observan en los pacientes, cambios que los propios pacientes experimentan en su subjetividad.

Hace aproximadamente cuarenta años W. y M. Baranger proponían la noción de Campo Analítico ampliando de este modo nuestra comprensión clínica de la situación analítica. “No se trata simplemente de tomar en cuenta las vivencias contratransferenciales del analista, sino de reconocer que tanto las manifestaciones transferenciales del paciente como la contratransferencia del analista se originan en una misma fuente: una fantasía inconsciente básica que, como creación del campo, se enraiza en el inconsciente de cada uno de los participantes” (M. Baranger, 1993, P. 225).

Teniendo como referencia las nociones anteriores de Red (asistencial), Marco, Campo Analítico y Marco Hospitalario nos es posible concebir un **Marco Analítico Hospitalario**. La propuesta de esta noción pretende tanto articular, como distinguir, tres niveles: 1) personal, 2) grupal, 3) institucional.

---

<sup>3</sup> Negritas y subrayado del autor.

En este Marco Analítico Hospitalario se despliega un verdadero tiempo de resignificación que constituye un auténtico prisma transferencial. La sexualidad infantil de los adultos técnicos y no-técnicos se juega en la medida en que se involucran en los procesos (afectivos, emocionales) que se despliegan en los dispositivos singulares, bipersonales, grupales y de grupo de grupos.

El Marco Analítico Hospitalario es un campo de atravesamientos, de perspectivas diversas, entre las que sobresalen la psiquiátrica y la psicoanalítica. Cada disciplina despliega su especificidad, y es deseable que así sea, al mismo tiempo que se producen zonas de comunicación (cuando no de ruido). El ateneo, en su condición de dispositivo de grupo de grupos, de reunión de equipos, de instancia abierta al intercambio, constituye el espacio por excelencia en el que trabajar, hacer trabajar los procesos de comunicación, intentando “sacar” los ruidos.

La confrontación, la controversia interdisciplinaria en el seno del ateneo, constituye un excelente antídoto para los narcisismos profesionales, en la medida en que el saber de cada quien no siempre es el único o mejor.

### ***Psicoterapia psicoanalítica hospitalaria terminable e interminable.***

En el origen del programa, hace ya más de 15 años, el preestablecimiento de un tiempo de finalización estaba al servicio de instrumentar una psicoterapia hospitalaria que desde el comienzo se diferenciara de la práctica privada. Es decir que, si la psicoterapia hospitalaria se apoyaba ( y se apoya), en sus orígenes, en la amplia y reconocida experiencia de la práctica psicoterapéutica privada, introducía una variante técnica sustancial al prefijar un tiempo de finalización.

El precepto técnico rezaba así: A la hora de establecer el contrato de trabajo, luego de las entrevistas iniciales, se enunciaba que la duración del tratamiento iba a ser de un año, con opción a dos. Por supuesto que este enunciado adquirió múltiples variantes y matices al calor de cada vínculo transferencial.

La investigación empírica y sistemática de resultados, de un importante desarrollo en nuestro programa, indica claramente un corrimiento, una progresiva extensión de los tiempos de tratamiento (de un año, a dos años y ahora a tres años). Son múltiples las preguntas que esto suscita. ¿Los pacientes no obedecen a nuestro precepto técnico? ¿Los terapeutas no han cumplido con sus “deberes institucionales”? ¿Los supervisores se han distraído en sus “obligaciones de control”? El ateneo semanal ha “desmentido” una y otra vez este dato recurrente? Finalmente, ¿tal vez nuestro precepto técnico es erróneo?

Las duraciones extremas estuvieron entre los 3 meses y los 4 años; esto indica que diversos grupos de pacientes obtuvieron el alta en tiempos notoriamente diferentes; por un extremo se aproximaron a las “psicoterapias breves” y por el otro a las psicoterapias psicoanalíticas tradicionales (Ginés, A., Montado, G., 1995). En todo caso, los pacientes, en porcentajes iguales indicaron que la duración fue apropiada o insuficiente y sólo un 10% la consideró excesiva.

Ginés, A. y Montado, G., (1995) han postulado la influencia de un conjunto de variables vinculadas a la “red o marco” en que se produce la psicoterapia sobre la duración de esta última. El tipo de pacientes atendidos en el programa presenta importantes

dificultades, siendo relativamente pequeño el número de usuarios en los que teóricamente es más probable obtener buenos efectos en plazos cortos.

A juicio de estos autores: “Los motivos de esta selección de “pacientes con importantes dificultades” parece provenir del lugar que ocupa el programa en la red asistencial del Hospital de Clínicas. En efecto, el programa en la red asistencial del Hospital de Clínicas. En efecto, el programa no toma contacto con los usuarios al producirse la demanda sino luego de uno, dos o tres eslabones (Emergencia, Policlínica Médica, Policlínica Psiquiátrica) en los que ya se han realizado intentos terapéuticos. Recién cuando éstos han fracasado o son insuficientes, el usuario es dirigido al programa de psicoterapia” (Ginés, A. y Montado, G., 1995).

Constituye una paradoja de nuestra tarea asistencial el hacer referencia a un tiempo probable de duración de los tratamientos y al mismo tiempo respetar la duración de cada tratamiento. Si los resultados más recientes arrojan que los tratamientos actualmente tienen una duración de más de dos años, ¿debemos extender consecuentemente los plazos que enunciamos en el contrato?

Importa consignar que los propios estudios de resultados, a nivel local e internacional, señalan una relación consistente entre la duración de los tratamientos y la persistencia de los efectos terapéuticos.

Luego de una sinuosa evolución, que por supuesto incluyó contratos en los que concientemente se omitió cualquier referencia a un tiempo de duración del tratamiento, se ha pasado a la modalidad predominante actual, que incluye una **referencia estadística**. Apoyados en los resultados de los estudios empíricos, se dice que la duración aproximada de los tratamientos en el hospital es de dos años. Esta duración es meramente probabilística. No se hace una referencia explícita a ese tratamiento en particular.

Delpréstitto, N. nos ha llamado la atención respecto del efecto que podía tener el enunciado de la Referencia Temporal para el terapeuta que lo realizaba. Enunciar algo de lo cual él no está convencido y que en profundidad contradice los postulados que rigen su tarea.<sup>4</sup> En rigor se incluyen hipótesis que provienen de campos vecinos al psicoanálisis y que por lo tanto no se originan en el psicoanálisis.

He propuesto<sup>5</sup> una investigación que compare tratamientos con y sin enunciación de la Referencia temporal como una nueva manera de aproximarnos a este complejo problema.

En el campo clínico y en los dispositivos institucionales esta cuestión admite otras consideraciones. En esencia, todo ofrecimiento psicoterapéutico tanto debe acoger en su seno al sufrimiento humano, recibirlo, continentalo, como debe promover y habilitar procesos de crecimiento e independencia. Esto tiene que ver con que en última instancia

---

<sup>4</sup> Ateneo de setiembre de 2000

<sup>5</sup> Ateneo de setiembre de 2000.

el cachorro humano, enfrentado al desamparo inicial, necesita que el otro, el semejante auxiliador, lo provea desde una función de investidura y una de corte<sup>6</sup>.

Todo análisis supone de antemano su finalización. La “locura transferencial” como la llama Marcelo Viñar está predestinada a culminar, lo que no tiene nada que ver con que tenga un tiempo preestablecido de finalización. Aunque el análisis tenga como característica el ser interminable; su carácter terapéutico supone, entre otros elementos-que sea terminable. La conceptualización de la experiencia acumulada indica que este aspecto, al menos, es paradójal. La temporalidad de la práctica analítica es radicalmente la del après-coup, la de un tiempo de resignificación. Es un tiempo que en su peculiaridad, se resiste a cualquier acotación. La compulsión a la repetición no es domeñable por el enunciado prescripto. Se produce un verdadero interjuego de temporalidades, cruces de temporalidades, encuentro, a la vez, de lo singular y lo colectivo.

Es verdad que a la atención psicoterapéutica hospitalaria se le agregan algunas condicionantes importantes con respecto a la práctica psicoterapéutica privada. El carácter predominantemente honorario de nuestra actividad es, sin lugar a dudas, la principal condicionante. El no pago de la atención es el segundo. La demanda supera con creces a la oferta. Esta no puede crecer indefinidamente, por lo que se ha definido dejar de crecer en forma transitoria. Es que el programa nació para estudiar la posibilidad de una atención universal de la población y para ello resultaba necesario montar un programa que pudiera ser replicado en otros dispositivos.

En el dispositivo institucional, el tiempo del paciente no es el único que se pone en juego. Existe también un tiempo del terapeuta inserto en el grupo de referencia y supervisión. Aquí hay también una paradoja temporal. El terapeuta debe permanecer todo el tiempo en un dispositivo de esta naturaleza, aunque no necesariamente con el mismo supervisor. Finalmente, cuál es el destino del terapeuta: ¿Devenir supervisor? ¿Existe un tiempo ulterior del supervisor? El explicitar un tiempo estimado de duración es la articulación de la dimensión institucional en el encuadre. No sólo es una manera en las que El Hospital como tercero interviene en el Marco Analítico Hospitalario. Lo que tal vez en un comienzo dio resultado hoy estaría cuestionado. La cuestión de un tiempo preestablecido, esa Referencia Temporal, ha sufrido una serie de modificaciones con el paso del tiempo. Es verdad que en los comienzos era necesario tomar las mayores precauciones posibles, para que el nuevo intento de una psicoterapia psicoanalítica hospitalaria no deviniera un nuevo fracaso.

El acento de la diferencia, en este caso, se ponía en un elemento importante del encuadre. Este punto nos suscita una serie de reflexiones. Todos los intentos por definir las diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis de acuerdo a elementos del encuadre han, en rigor, fracasado. Ni la tan mentada frecuencia, ni el cara a cara, etc., han permitido establecer diferencias significativas. En todo caso, interesa el *encuadre interno* (Alizade, M, 2001) que es el aprendido por el analista en su propio análisis y que está potencialmente disponible a ponerse en juego en cualquier tiempo y espacio.

---

<sup>6</sup> El concepto de función de investidura y de corte, propuesto por un grupo de antropólogas argentinas para repensar los conceptos de función paterna y materna en el psicoanálisis, ha sido retomado en nuestro medio por Daniel Gil.

En el Marco Analítico Hospitalario se recrean fenómenos que Winnicott concibió en torno al espacio potencial. Winnicott sostuvo que la psicoterapia se desarrolla en la superposición de las dos zonas de juego: la del paciente y la del psicoterapeuta. En el caso de la psicoterapia psicoanalítica hospitalaria es preciso concebir la zona de superposición más amplia que incluye la zona de juego del paciente y la del Marco Analítico Hospitalario, en el que se despliegan fenómenos transicionales. Es así que el paciente al despedirse, lo hace respecto de su terapeuta, pero también del Hospital.

## Referencias Bibliográficas

Alizade, M. *El encuadre interno*. Contribución para los foros electrónicos preparatorios del XXIV Congreso de Fepal, inédito, 2001.

Baranger, M. *La mente del analista: de la escucha a la interpretación*. En : Revista APA, 1993.

Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A y Ginés AM. *Investigación de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica hospitalaria*, 1999, Inédito.

Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A y Ginés AM. *Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad*. SPR, Mendoza, 1992. Mención Premio Soc de Psiquiatría, 1993. En La Neurosis Hoy, VII Jornadas Científicas de APU, 1993.

Ginés AM. *Posibilidades de interacción entre el psicoanálisis y los servicios docentes-asistenciales de salud mental*. Temas de Psicoanálisis. Año VII N° 13 pg 47-58. Montevideo. Uruguay; 1990.

Ginés AM y Montado G. *El problema de la duración de las psicoterapias*. En PSICOTERAPIA FOCAL, Roca Viva Editorial; pg 161-169. Montevideo. Uruguay; 1995.

Hounie, A. *Aportes para una conceptualización de la función del Supervisor y su encuadre en el marco hospitalario*. Trabajo presentado en las Jornadas de Psiquiatría de 2000, Montevideo, Uruguay, inédito.

Pascale, A. *La psicoterapia psicoanalítica como actividad y hospitalaria*. Trabajo presentado en las Jornadas de Psiquiatría de 2000, Montevideo, Uruguay, inédito.

Schroeder, Damián. *Incidencia de los factores sociales y económicos en las diferentes prácticas psicológicas hoy*. Publicación Oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, N° 129, octubre de 2001.