

Título: “Hospital, dispositivos, urgencias”

Resumen: En nuestra práctica, el término dispositivo constituye una expresión de uso cotidiano. Sin embargo, existen al menos dos sentidos en que este término es empleado dentro del campo “psi”: Para referirse a los dispositivos de atención institucional vinculados a la práctica hospitalaria, y para designar al dispositivo creado por Freud o dispositivo analítico. A partir de esta distinción, nos proponemos establecer los principales puntos de encuentro y desencuentro entre ambos modos de concebir el dispositivo. Para pensar su articulación, tomaremos al dispositivo asistencial de guardia, diseñado desde sus orígenes para la atención de la urgencia.

Palabras clave: Hospital – dispositivo - urgencia - guardia

Title: “Hospital, device, emergency”

Summary: In our practice, the term device is an everyday expression. However, there are at least two senses in which this term is used in the "psi" field: To refer to devices connected to institutional care and hospital practice, and to refer to the device created by Freud or analytical device. From this distinction, we propose to establish the main points of agreement and disagreement between the two ways of conceiving the device. To think its articulation, we will take the emergency care device, designed from the beginning to treat emergencies.

Key words: Hospital – device – emergency - emergency department

El siguiente artículo se enmarca en el Proyecto de Investigación UBACyT: “Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el Hospital Público”. Directora: Prof. María Inés Sotelo. Programación 2010-2012.

El dispositivo: pluralidad de sentidos

Etimológicamente, la palabra dispositivo proviene del latín *dispositus*, que quiere decir *dispuesto*. En sentido amplio, un dispositivo es un mecanismo o artificio construido para producir una acción determinada, prevista. Es decir que, mediante su implementación, se espera obtener un resultado establecido con anterioridad, y por lo tanto, anticipable.

En nuestra práctica, el término dispositivo constituye una expresión de uso frecuente, casi cotidiano. Sin embargo, existen al menos dos sentidos en que este término es utilizado en el interior del campo “psi”: Por un lado, para designar los distintos procedimientos de atención institucional vinculados tradicionalmente con la práctica hospitalaria: consultorios externos, guardia, interconsulta, internación, entre otros; por otro, se emplea usualmente en la comunidad analítica para nombrar el dispositivo creado por Freud o “dispositivo analítico”, artificio que sostiene la cura analítica y cuyos pilares son la asociación libre, la interpretación y la transferencia. Siendo que la relación entre ambos dispositivos es aún objeto de discusión, este trabajo se propone interrogarla a partir del caso particular del dispositivo asistencial de guardia.

Los dispositivos del hospital:

Comenzaremos señalando que el hospital se organiza desde el paradigma médico, y por lo tanto, se sostiene en los ideales de “salud para

todos” y en patrones adaptativos sociales. Esta referencia es importante porque el hospital no siempre fue un lugar al que alguien se dirigía para curarse. Hasta el siglo XVIII se trataba de un lugar *para ir a morir* y no estaba asociado con la práctica médica. Con el tiempo se produjeron cambios políticos, económicos y culturales que provocaron modificaciones en la subjetividad de la época, contexto en el cual el hospital pasó a ser un mecanismo para curar (FOUCAULT 2008, 107).

Los dispositivos asistenciales que el hospital produce se inscriben dentro de esta lógica: son artificios cuyo objetivo principal es curar a aquél que padece de una enfermedad o dolencia. Cada uno de estos dispositivos constituye un modo diverso de tratamiento de dicha enfermedad.

Resulta indudable que este uso del término dispositivo trasciende la práctica de los analistas en el hospital. Se habla de *dispositivo de atención o asistencial* independientemente de la disciplina de que se trate (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) y de la orientación teórica del profesional, psicólogo u otro. En cada uno de ellos pueden aislarse distintas variables que le son propias y que hacen a su *especificidad*. Por ejemplo, la enfermedad puede tratarse en forma ambulatoria, por consultorios externos, o en internación, según la particularidad del cuadro y de acuerdo a su gravedad. Quien consulta puede pasar de un dispositivo a otro, de un momento a otro, según la evolución de su enfermedad. Además, éstos suponen una serie de normas y medidas administrativas –escritas o no- que operan como marco de lo que en cada uno ocurre: son reglas y medidas que *disponen*, ordenan, imprimen cierto modo de relación entre los participantes.

De esta manera constituyen una red compleja atravesada por factores intra-institucionales y extra-institucionales que inciden en su funcionamiento. Con ello nos referimos, por ejemplo, a las normas de atención internas del hospital, o a las normas y medidas que establecen la nueva Ley de Salud Mental, el SAME, el Juez u otros organismos que operan desde el afuera (BAP, Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes). Si los tomamos desde esta perspectiva, los dispositivos hospitalarios funcionan como un dispositivo en el sentido foucaultiano del término. Foucault define al dispositivo como un conjunto heterogéneo que envuelve discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos; tanto lo dicho como lo no dicho. Estos elementos se articulan en una compleja red de relaciones. Se trata además, de una formación que tiene una función estratégica en un momento histórico determinado. Foucault plantea que la articulación entre estos elementos no es ingenua, sino que responde a una estrategia más amplia que lo que dispone los límites de un hospital.

Psicoanálisis y medicina:

En *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* (LACAN 1953), Lacan señala que la práctica del psicoanalista debe estar unida a la subjetividad de la época. Es en este sentido que Inés Sotelo (SOTELO 2005, 155), cuando se refiere a la inclusión de los analistas en el hospital, plantea que el ámbito institucional es un lugar privilegiado para leerla porque se trata de un lugar que recibe una importante variedad de demandas y en el que coexisten diversos discursos.

Ahora bien, puesto que es un hecho que hay analistas trabajando en los hospitales, ¿cómo pensar la inclusión del dispositivo analítico en el interior de aquél que no ha sido diseñado por el psicoanálisis, en un dispositivo que “no está regido por su discurso sino por el de la medicina”? (SOBEL 2009, 39).

Tomaremos el caso particular del dispositivo de guardia para pensar esta articulación. En principio, consideramos que el dispositivo analítico se distingue en diversos aspectos de aquellos que ofrece el hospital, pero la diferencia fundamental radica en que están constituidos a partir de distintos paradigmas. (SOTELO 2009, 24).

El dispositivo de guardia es un artificio creado desde sus orígenes para la atención de las urgencias médicas, es decir, de cualquier situación que requiera asistencia médica inmediata. Su principal objetivo es evaluar la gravedad de los casos y resolver aquellas situaciones que implican riesgo de vida. Se espera que sea un lugar de tránsito breve para quien ingresa, de cuyo pasaje se busca resolver la situación crítica para luego continuar con un tratamiento en otra instancia institucional. Se rige por la expectativa, prevista, del alivio sintomático.

En la práctica es habitual que se asocie la urgencia a la guardia y de hecho, en muchas oportunidades pueden coincidir; sin embargo, nos interesa destacar que no las homologamos ya que consideramos que la urgencia trasciende dicho dispositivo.

Más aún, el modo en que se concibe la urgencia, desde la medicina o desde el psicoanálisis, determina modos diversos de abordarla. Si tomamos a

Freud, la urgencia es un momento de quiebre: se produce la ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría causada por una irrupción pulsional. Supone “la abolición momentánea del principio de placer” (FREUD 1920, 29) que Freud llama *perturbación económica*. Desde Lacan, la urgencia designa la emergencia de un real, entendido como aquello “que se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (LACAN 1975, 84). Además, Lacan señala que la angustia es “el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real” (LACAN 1975, 87). Esta forma de definirla nos lleva a ubicar dos variables que la caracterizan: la presencia de un padecimiento sin velo y la dimensión temporal bajo la forma del apremio y de la prisa. Padecimiento sin velo que se presenta clínicamente de formas diversas tales como dolor, sufrimiento insoportable, desborde, verborragia o mutismo.

Ahora bien, sean cuales fueren la presentaciones, quien se dirige a un hospital en situación de urgencia lo hace en busca del alivio de su malestar; es claro que no va en busca de un analista. Sin embargo, el encuentro con un analista puede ser la ocasión para que, con esa urgencia, en la singularidad de cada caso, se pueda hacer algo más que suprimirla o padecerla. En este sentido, Lacan señala que “su misión, la del analista, es hacerle la contra” (LACAN 1975, 87) a lo real. En términos de Freud, la perturbación económica conduce a que la tarea del analista sea “dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación” (FREUD 1920, 29). Es decir que, en la urgencia, el primer movimiento del analista apunta a que algo de ese real se tramite a través de la palabra, que se vuelva relato en el que el sujeto pueda

representarse, construir un sentido desde el sin-sentido propio de la urgencia, sentido destinado luego a perderse.

Pero aquí se vuelve necesario establecer la diferencia entre dispositivo analítico y discurso. Porque pensamos que no es posible introducir el dispositivo analítico clásico -tal como lo definimos más arriba-, en el marco de las situaciones de urgencia. Es en este sentido que leemos la afirmación freudiana de *Análisis terminable e interminable* (FREUD 1937): “En estados de crisis agudas el análisis es poco menos que inutilizable”. (FREUD 1937, 234). En primer lugar, porque la instalación del dispositivo analítico es efecto de ciertas intervenciones del analista. Es decir que, no porque alguien le hable a un analista es que hay un dispositivo analítico instalado. Para que podamos hablar de dispositivo analítico instalado es necesario contar al menos con la producción de un síntoma analítico, que pueda ser abordado mediante la interpretación. Finalmente, un síntoma sólo es analítico si incluye al analista en su estructura: es lo que Freud llamaba neurosis de transferencia. Recordemos que Lacan define al síntoma precisamente como lo que es analizable.

Entonces, aunque no es posible hablar de dispositivo analítico en la urgencia, la presencia de un analista, desde su posición y su escucha, permite producir efectos que no dudamos en llamar analíticos. ¿Por qué? ¿Cómo pensar la posición del analista en la urgencia? A partir de lo que Lacan denomina la “política del analista” (LACAN 1958, 569) y desde su conceptualización de los cuatro discursos.

Con respecto a lo primero, nos referimos a la Castración como principio y horizonte de la acción analítica. En este punto consideramos necesario

aclarar que *hacerle la contra a lo real* no supone desconocer la dimensión real inherente a la estructura misma, es decir, la no relación sexual que es de estructura.

Con respecto a lo segundo, recordemos que Lacan introduce los cuatro discursos en el *Seminario 17* (LACAN 1969-70) para dar cuenta de distintos momentos en la dirección de una cura así como para transmitir modos de lazo social. Y en dicho texto explica: “Los discursos de que se trata no son nada más que la articulación significante, el dispositivo, cuya sola presencia, el hecho de que exista, domina y gobierna todas las palabras que eventualmente puedan surgir. Son discursos sin palabra, que luego se alojará en ellos” (LACAN 1969-70,179-180).

A partir de los discursos podemos deducir que el dispositivo hospitalario de guardia se estructura en lo que es el reverso del discurso analítico, es decir, en el discurso del amo. Esto significa que su objetivo es que las cosas marchen, ya que está diseñado para curar la enfermedad y eliminar los síntomas. Y cuando el síntoma desaparece, las cosas marchan, que es lo que exige el amo. El analista, en cambio, se encuentra en tensión entre el discurso del amo y el analítico. ¿Por qué? En primer lugar, la urgencia supone la presencia de un real que implica la ruptura de la trama discursiva en la que alguien, hasta ese momento, se sostenía. Entonces, para que el dispositivo analítico pueda operar es necesario primero reintroducir la trama discursiva cuya ruptura condujo a la urgencia, trama que comienza a tejerse a partir de los dichos de quien consulta alrededor de ese real que la urgencia muestra. Al interrogar ese real e introducir una trama, el analista apunta a volver a ese real

texto pasible de ser descifrado. Por eso, de algún modo, el analista en la urgencia también se ubica en relación con el discurso del amo en la medida en que es también el discurso del inconsciente. La diferencia esencial radica en que para el psicoanálisis la intervención no se agota allí. Será necesario contener la irrupción de goce que aparece en la urgencia, pero también hay que abrir una dimensión que permita interrogarla: que quien consulta pueda hacerse una pregunta por su padecer.

Ideas para concluir:

Si la urgencia no se interroga, si sólo apuntamos a apaciguar lo disruptivo, no es posible salir del círculo que implica emergencia, acotamiento, emergencia. Esto supone atender la urgencia pero no alojarla. Alojarla implica entenderla como “un hecho de discurso que habrá que poner a decir” (SOTELO 2009, 27), movimiento que produce ya un primer efecto terapéutico: Es el alivio que observamos en los primeros encuentros. Si sólo nos quedáramos con calmar lo disruptivo, la urgencia se reeditaría al infinito. De hecho, en los últimos 10 años, la mayoría de las consultas en salud mental constituyen sólo urgencias, dato que verificamos tanto en el trabajo cotidiano en los hospitales como en la investigación UBACyT¹ de Clínica de la Urgencia en el período 2008-2010. Esto nos condujo a pensar en la necesidad de rediseñar los dispositivos clásicos de atención.

En el dispositivo de guardia, aun no siendo un dispositivo construido desde el psicoanálisis, se puede propiciar “un efecto de subjetivación en la

¹ “Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en Salud mental en 4 hospitales del mercosur”. Investigación UBACyT 2008-2010. Directora: Sotelo, I., Co- director: Belaga, G.

medida hay allí alguien atravesado por el discurso analítico sosteniendo su apuesta” (SOTELO 2009, 25). El analista en la urgencia, haciéndole la contra a lo real, apunta a que la urgencia se transforme en urgencia subjetiva y que aquel que consulta pueda interrogarse acerca de la causa de su padecer.

De esta manera la inclusión del analista en la guardia adquiere un lugar central aunque no esté operando desde el dispositivo analítico. Así, la diferencia esencial entre el psicoanálisis y otras prácticas es “el modo en que esa demanda es alojada” (SOTELO 2007, 29).

Bibliografía:

BELAGA, G., Comp. (2004): *La urgencia generalizada*. Grama ediciones, Buenos Aires, 2004.

BELAGA, G., Comp. (2005): *La urgencia generalizada 2*. Grama ediciones, Buenos Aires, 2005.

FOUCAULT, M. (1996): *La vida de los hombres infames*. 2008, Editorial Altamira.

FOUCAULT, M (1977): “El juego de Michel Foucault”. En *Saber y Verdad*. Ediciones de la Piqueta, Madrid, 1984.

FREUD, S. (1898): “*La sexualidad en la etiología de las neurosis*”. En *Obras completas*, Amorrortu editores, Vol. III. Buenos Aires, 1997, 251-276.

FREUD, S. (1920): “Más allá del principio de placer”. En *Obras completas*, Amorrortu editores, Vol. XVIII. Buenos Aires, 1997, 1-62.

FREUD, S. (1937): "Análisis terminable e interminable". En *Obras completas*, Amorrortu Editores. Vol. XXIII. Buenos Aires, 1996, 211-254.

LACAN, J. (1953): "Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis". En *Escritos 1*. Siglo Veintiuno editores. Argentina, 1988, 227-310.

LACAN, J. (1958): "La dirección de la cura y los principios de su poder". En *Escritos 2*. Siglo Veintiuno editores. Argentina, 1987, 565-626.

LACAN, J. (1969-70): *El Seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1988.

LACAN, J. (1975): "La tercera". En *Intervenciones y textos 2*. Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1988, 73-108.

SOBEL, G. (2009): "El diagnóstico en la urgencia: ¿síntoma o trastorno?" En *Perspectivas de la clínica de la Urgencia*, Inés Sotelo compiladora, Editorial Grama. Buenos Aires, 2009, 39-47.

SOTELO, I. (2007): *Clínica de la urgencia*. JCE Ediciones. Buenos Aires, 2007.

SOTELO, I., Comp. (2009): "¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?" En *Perspectivas de la clínica de la Urgencia*, Inés Sotelo compiladora, Editorial Grama. Buenos Aires, 2009, 23-30.

SOTELO, I., Comp. (2005): *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. JCE Ediciones, Buenos Aires, 2005.

Datos personales:

Autor 1:

Nombre: María Inés Sotelo. **Domicilio:** CABA. **Teléfonos:** **Mail:** misotelo@psi.uba.ar

Autor 2:

Nombre: María Alejandra Rojas. **Domicilio:** CABA.
Teléfonos: 4432-6330 y 155-802-7163. **Mail:** malejandrarojas@hotmail.com

Autor 3:

Nombre: Antonella S. Miari. **Domicilio:** Av. Santa Fe 3365, 7º C, CABA.
Teléfonos: 4823-7855 y 155-699-4675. **Mail:** antonellamiari@gmail.com

Reseñas curriculares:

Lic. M. Alejandra Rojas

Docente en la práctica Profesional y de Investigación *Clínica de la Urgencia*. Carrera de Psicología de la UBA.

Docente en la Carrera de Especialización Clínica con Orientación Psicoanalítica. Posgrado de la UBA.

Coordinadora del programa de Extensión Universitaria "Clínica de la Urgencia: Capacitación y asesoramiento a profesionales de la salud". Directora Prof. Lic. M. I. Sotelo.

Concurrencia completa. Hospital general de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Prof. Lic. M. Inés Sotelo.

Profesora titular regular de *Psicopatología*, carrera de Musicoterapia, UBA.

Profesora titular de la práctica Profesional y de Investigación *Clínica de la Urgencia*. Carrera de Psicología, UBA.

Docente y miembro del Consejo Académico Asesor de la Carrera de Especialización Clínica con Orientación Psicoanalítica. Posgrado, UBA.

Directora del proyecto UBACYT

Directora del programa de Extensión Universitaria "Clínica de la Urgencia: capacitación y asesoramiento a profesionales de la salud"

Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la AMP.

Lic. Antonella S. Miari

Lic. en Psicología, UBA. Maestranda en Psicoanálisis, UBA. Prof. titular de la asignatura *Introducción a la Psicología*, UCES. Psicóloga de Planta en el Hospital Gral. de Agudos Dr. J.M. Ramos Mejía, GCBA. Docente en la asignatura electiva *Psicoanálisis Escuela Francesa II* y en la Práctica Profesional *Clínica de la Urgencia*, UBA. Residencia completa en Psicología Clínica en el Hospital General del Agudos Dr. J.M. Ramos Mejía, GCBA.