

# Interconsulta: efectos de la escucha analítica en internaciones clínicas.

Novaro, Julia y Mendoza Joy, Candelaria.

Cita:

Novaro, Julia y Mendoza Joy, Candelaria (2025). *Interconsulta: efectos de la escucha analítica en internaciones clínicas*. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/401>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/Atw>

# INTERCONSULTA: EFECTOS DE LA ESCUCHA ANALÍTICA EN INTERNACIONES CLÍNICAS

Novaro, Julia; Mendoza Joy, Candelaria

GCBA. Hospital General de Agudos "Dr. C. Argerich" . Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El presente trabajo se propone dar cuenta de una experiencia: la inserción de psicoanalistas residentes en el equipo de interconsulta de un Hospital General de la ciudad de Buenos Aires. Tiene como objetivo recoger, leer, los efectos de la oferta de una escucha analítica en internaciones clínicas cursadas en dicha institución. A su vez, pretende analizar la estructura y los efectos del discurso médico propiamente dicho, para plantear las diferencias con el discurso analítico, así como también su encuentro en el trabajo de las interconsultas. Un trabajo, entonces, con los discursos y su modo de abordar la pérdida que se pone en juego, singular para cada quien, en una internación clínica. Se propone leer allí, sorteando la especularidad de los narcisismos institucionales, algo de la estructura y estructuración de discursos, de aparatos sociales de funcionamiento, de producción de saber, de lazo; considerando la necesaria convivencia de los mismos.

## Palabras clave

Interconsulta - Discursos - Cuerpo - Escucha analítica

## ABSTRACT

INTERCONSULTATION: EFFECTS OF ANALYTICAL LISTENING ON CLINICAL ADMITTANCES

This paper presents an experience: the inclusion of resident psychoanalysts in the interconsultation team at a General Hospital in Buenos Aires. Its objective is to gather and interpret the effects of offering analytic listening in clinical inpatient settings at that institution. It also seeks to analyze the structure and effects of the medical discourse itself, to raise the differences between the two, as well as their intersection in the work of interconsultations. This paper, then, explores the discourses and their way of addressing the loss at stake, unique to each individual, in a clinical inpatient setting. It proposes to interpret, circumventing the specularity of institutional narcissisms, something of the structure and structuring of discourses, of social functioning apparatuses, of knowledge production, of bonding, considering their necessary coexistence.

## Keywords

Interconsultation - Discourses - Body - Analytical listening

## INTRODUCCIÓN

Toda internación clínica supone, para alguien, el encuentro con una pérdida -o más de una-.

¿Cuáles son éstas? De la vida cotidiana, de un órgano, una parte del cuerpo, una funcionalidad, una potencia, la vida, o incluso el fantasma de una vida que puede perderse. Proponemos leer esas pérdidas como encuentros con la castración propia del ser hablante.

Confrontación con algo que no anda, que se remite, necesariamente, al agujero estructural: a eso que no anda por estructura. En el cuerpo, en el dispositivo médico, y en el analítico. En la institución y sus tiempos. En el saber científico. En el saber-hacer de un profesional.

La internación clínica supone, a su vez, el ingreso a una institución, y por ende, la afectación de y por lo discursos que allí circulan. Es en ese entrecruzamiento, en la afectación y el trabajo que produce un Hospital -en pacientes y profesionales-, que nos proponemos hacer una lectura de sus efectos.

## DESARROLLO

Lacan (1969-70) propone que hay estructuras que permiten caracterizar lo que se produce por la relación fundamental de un significante con otro significante. Intenta construir, o más bien formalizar, un aparato que está inscrito, que opera en la realidad del mundo y lo sostiene: la del discurso.

Formula así al discurso como una estructura necesaria que excede a la palabra, es decir, que subsiste sin ellas. Consiste en una estructura que sostiene ciertas relaciones fundamentales en toda producción de enunciados. Pone el foco no en lo que se dice sino *desde dónde* se lo dice: ¿desde qué lugar se toma la palabra? ¿en qué estructura discursiva está inserto aquello que se dice? ¿qué relación y qué lugar existe con la producción de saber? ¿de qué modo logra esto tocar algo de lo real?

Dicha estructura consta entonces de cuatro elementos, cuatro lugares y cuatro combinaciones posibles; por ende, cuatro discursos: el del amo, el histérico, el del analista y el universitario.

Proponemos servirnos del discurso analítico y del discurso médico, en tanto discurso del amo, para pensar lo que se produce en las interconsultas con salud mental en un hospital.

## DISCURSO MÉDICO-HEGEMÓNICO

“El discurso del amo es voluntad de dominio, de legislación, del ordenamiento institucional para que las cosas marchen. Es el discurso propio de la sugestión ya que fascina y domina, escondiendo el secreto: el amo está castrado” (Sotelo, 2018, p.301). El S1, agente, hace que las cosas funcionen. Opera como amo que comanda y organiza el discurso, dejando bajo la barra al \$, es decir, la falta en el Otro, por lo que la verdad del sujeto queda oculta. Lo que propone es dirigirse al saber, en el lugar del trabajo del Otro, para ponerlo a producir. Y aquello que produce tiene valor social: son objetos de saber, de intercambio, que suponen un universal y que por lo tanto no acceden a la verdad: que el amo está castrado, que existe la castración.

El discurso médico articula ciertos hechos en su propia lógica: impone cierta mirada en el dominio por él constituido, dejando por fuera la posición discursiva del enfermo. “La medicina es un discurso que permite conocer la máscara pero no al sujeto” (Sotelo, 2018, p.303). No es una cuestión de narcisismos, es una cuestión de estructura. Para que la cosa funcione -y no es poca cosa, una institución como la medicina, con el hospital como un lugar para sanar- es necesario contar con un discurso que homogenice, universalice, protocolice, sus saberes, prácticas e intervenciones. Tiene un enorme valor social que un hospital salve vidas.

Proponemos pensar al hospital como dispositivo producto y productor de este discurso; institución estructurada a partir de la existencia de este modo de saber. El médico es un participante más en ese orden de sabios, cada uno especializado en un recorte, un objeto, un aparato. Son esos objetos de valor que el discurso del amo produce.

El discurso, como estructura que ordena las cosas para los humanos. El discurso es un modo de lazo que habita el cuerpo. Un cuerpo que ingresa a la institución hospitalaria es, necesariamente, sometido a la introducción e intromisión de ese discurso; a un modo de ser hablado, dicho, estudiado, intervenido, recortado.

## DISCURSO ANALÍTICO

Lacan postula que el discurso del analista “debe encontrarse en el punto opuesto a toda voluntad, al menos manifiesta, de dominar” (1969-70, p.73), advirtiendo que es sencillo deslizarse hacia el discurso de dominio.

El agente, en este caso, es el a: objeto causa de deseo. “El analista tiene que representar, de algún modo, el efecto de rechazo del discurso, es decir, el objeto a” (Lacan, 1969-70, p.46). Es decir que su posición supone poner en primer lugar, poner en valor, eso rechazado: el deseo como causa. Aquel es el objeto

preciado, protegido, promovido, por el analista; su función es hacerlo existir... incluso en una cama de hospital. El discurso analítico descubre así al sujeto dividido atravesado por el deseo y el goce, y lo pone a trabajar -es decir, a hablar-. Escucha, recorta, en eso que se dice, los significantes primordiales de cada quien. El sujeto habla entonces sin saber lo que dice, dice su verdad a medias. Verdad dicha a medias, de un sujeto dividido cuya escisión no admite ninguna unidad ni plenitud de sentido; es de hecho el saber, el S2, lo que queda por debajo de la barra. La experiencia analítica pone en el banquillo al saber.

Lo que interesa a la función del analista, quizás especialmente en una internación clínica, es hacer existir este discurso. En intervenciones tan acotadas en el tiempo, resulta sin embargo vital habilitar un espacio de escucha para que esas marcas sean dichas, recuperadas -se desplieguen más o menos-. Importa, aunque sea por un breve lapso, que el sujeto hable.

Trataremos de desarrollar y justificar este punto.

## LA INTERCONSULTA

La interconsulta es un dispositivo eminentemente médico y hospitalario. Eso, ya de entrada, supone la extraterritorialidad del analista que allí se inserta; la incompatibilidad -por otro lado siempre presente, e incluso deseable- de discursos.

Un primer desafío es, entonces, que no se produzca un aplastamiento, que ningún discurso avance sobre el otro. El objetivo es que más bien puedan existir en tensión. Tiene su dificultad; no es una tarea sencilla, pero consta de un gran valor aprender a sostener esa incomodidad, ese malentendido, ese encuentro disparejo.

La interconsulta supone, a su vez, la confrontación con lo que no anda.

Lo primero que no anda, no del-todo al menos, es el aparato de saber y de intervención médica. Lacan nombra como falla epistemo-somática “el efecto que va a tener el progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo” (1966, p.13). De todos modos, cabe destacar que ese discurso -el de la medicina científica- sostiene, erige sobre sí, una institución entera: el hospital, sus profesionales, sus técnicas. Opera. Pero opera -como cualquier solución- fracasadamente. Interesa ubicar, no la destrucción de ese discurso, sino más bien un punto inevitable: que un abordaje de saber sobre el cuerpo falla en algún lado.

Algo queda por fuera. Los médicos se ven así frente a un desafío. Si piden una interconsulta, entonces, no están cómodos. Esa es una indicación a tener presente. Escuchar, sostener y alojar la incomodidad de los médicos resulta indispensable para poder leer de qué se trata esa escena.

Silvina Gamsie (2009) ubica que la interconsulta se dirime, en parte, en el diálogo con los médicos, y propone que la función del analista allí es la de restituir al médico en su función. ¿Qué quiere decir eso?

La mayoría de las veces, hay algo del pedido de interconsulta que puede dividirse entre lo que el paciente y los médicos tienen para decir. Estos dos resultan, casi siempre, radicalmente diferentes. Los médicos suelen desplegar aquello que el paciente les suscita: angustia, frustración, enojo, desconcierto, confrontación, impotencia. Lo que puede escucharse es que el paciente, o algún familiar, tiene algo “de salud mental” con lo que no saben qué hacer, o que les impide trabajar. La cosa se les presenta de forma inesperada.

Muchas veces el trabajo es con eso: los imposibles, los fracasos, los límites, los rechazos, de la tarea médica; y el modo en el que esto afecta a los médicos. Hacer escuchar un límite resulta alivianador, y permite muchas veces una reorientación de la tarea. La interconsulta ha resultado, en nuestra experiencia, un espacio para que el médico pueda escuchar los propios límites y afectaciones. No para convertirse en analistas. Pero sí para que puedan volver a tomarse ciertas decisiones, por más difíciles que sean; para que recuperen la agencia de su función. Entonces: para que el discurso médico pueda seguir funcionando, también para que se suspenda, e incluso para que algo se alivie en el cuerpo del profesional.

Pensamos, por otro lado, que esta restitución a la función del médico corre en ambas direcciones. Hemos elegido trabajar en un hospital. Eso implica que, en algún momento, algún médico nos va a pedir algo. Constituimos un servicio que es parte de la institución.

Si los médicos llaman a otro -y en especial si llaman a salud mental- es que algo no anda. Proponemos pensar esto como la oportunidad de leer, allí, una demanda; y ponerse a trabajar. Esto supone el trabajo -y a veces es todo un trabajo- de ubicar, en la interconsulta, una restitución a nuestra función.

Resulta necesario rescatar en este punto la advertencia lacaniana sobre lo sencillo que puede resultar un deslizamiento a una posición de dominio; pues solo advertidos de este punto es que podemos esquivar la lucha especular de narcisismos, entre “los buenos de los analistas” y “los salvajes médicos”. No conviene desear un hospital regido por analistas.

Otro punto de confrontación con eso que no anda, que está presente en cada internación clínica, es la dimensión del cuerpo. Nos interesa pensar qué lectura se hace, desde dónde responde cada discurso ante aquello que falla en el cuerpo.

Una de las dificultades de la práctica del analista en el hospital, particularmente en el dispositivo de interconsulta, consiste en el horror que produce la confrontación directa, real, con un cuerpo enfermo, padeciente. No estamos preparados para asistir en vivo a la escena del padecimiento orgánico. Cuerpos intervenidos, atravesados por tutores traumatológicos, cuerpos con

bolsas de colostomía o deformados y doloridos por el cáncer. Intervenir ante la pregnancy de un cuerpo enfermo se vuelve un desafío. ¿Cómo hacer existir el discurso analítico en estas condiciones? ¿Cómo habilitar un escenario donde otra cosa más allá de la enfermedad, más allá de ese cuerpo fragmentado en órganos a reparar, suceda y pueda decirse?

Es muy común en la práctica de la interconsulta que las entrevistas se vean interrumpidas para realizar algún procedimiento o chequeo médico. Asimismo, suelen realizarse en habitaciones compartidas donde la circulación de pacientes, acompañantes y equipos profesionales es constante. Gamsie (2009) plantea que el objeto que podría recortarse en el hospital sería la mirada: por un lado, todo se da a ver, se hace al alcance de la vista de todos... también en el sentido de la mirada que en tanto objeto enceguece, impide ver, lleva a apartar la vista. ¿Cómo velar esta mirada? La autora ubica que esa es nuestra mayor dificultad como analistas interconsultores, aclarando que si no se advierte esta cuestión es posible que obstaculice cualquier posibilidad de intervención. Propone que de lo que se trata en todo caso es de redescubrir en las personas internadas un rasgo de humanidad, recomponer la forma, revestir de imaginario ese cuerpo afectado. Es esto lo que se intenta restituir, apartando nuestra mirada, más allá del horror que se produce ante la exhibición de esas heridas, de esas marcas. En sus palabras: “Sobreponerse al vértigo en ese impreciso borde que va del horror a la fascinación y no caer en ella, ya que una cosa es contribuir a rearmar la dimensión de ficción y otra es quedar ubicados en la serie como otro espectador de su padecimiento, incluidos en el circuito de la pulsión como ojo atrapado y paralizado en ese darse a ver, posición que dificulta toda posibilidad de rearmado de una pantalla frente al goce” (Gamsie, 2009, p.44) ¿Cómo devolver una mirada que no sea desde el horror/fascinación ni desde lo puramente orgánico? Invitar a hablar, de eso se trata. La apuesta de instalar el discurso analítico a partir del cual se abra un espacio en el que, en el mejor de los casos, un juego, un relato, una narración, una historia puedan desplegarse; donde ciertas huellas del sujeto puedan localizarse.

A partir de las contingencias clínicas se ve posibilitado, así, un encuentro con una escucha analítica que pueda recortar una pregunta en relación al sujeto y al padecimiento subjetivo, que pueda escuchar algo de lo que ese cuerpo habla, incluso en un dispositivo que no es el convencional ni estrictamente analítico.

Ya hemos señalado que pensamos la intervención médica no solo como una cirugía, sino más bien como la introducción de un tipo de discurso, el médico, en el cuerpo. Toda intervención es en definitiva la hospitalización de una vida. El cuerpo ingresa a un hospital y se convierte en un aparato, recortado y construido por un discurso, al que una parte -o más de una- no le anda. Tratan, entonces, de reparar esa falla. Es a partir de esta primordial operación que un médico puede, entonces, intervenir, y confiar en su intervención: tienen su extensa formación, los

protocolos, la evidencia empírica, los estudios, los diagnósticos -todo lo que su discurso produce- para poder sostener y tomar realmente difíciles decisiones. Esto tiene un valor para los pacientes. Es importante este punto; importante reconocerlo, escucharlo, darle su lugar. Los pacientes establecen fuertes vínculos de confianza, agradecimiento, demanda, amor y enojo con los médicos. Establecen transferencias. Es menester cuidarlas. La interconsulta no puede tratarse jamás -aunque lamentablemente a veces suceda- de enemistar médicos y pacientes. Ahora: lo que un analista puede hacer con eso del cuerpo que no anda, es otra cosa.

En "Psicoanálisis y Medicina", Lacan (1966) propone una concepción del cuerpo que no se reduce a la dimensión de la extensión sino que define el cuerpo como "algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo" (p.14), para introducir la estructura de falla que existe entre la demanda y el deseo.

Los pacientes están diciendo otra cosa con y sobre su cuerpo, que aquello que los médicos pueden leer. La demanda, lo que puja por hacerse oír, no es simplemente un pedido de curación. Por un lado, está el saber de la ciencia médica. Por otro, existiendo en exclusión del primero, está el goce del cuerpo. En el dolor, especialmente, cuando se trata de enfermedad. "Hay goce en el nivel en que comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solamente a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada" (Lacan, 1966, p.17). La presencia del analista allí está entonces justificada: atestigua, acompaña, apuntala, orienta, los modos en los que alguien puede arreglárselas con ese dolor-goce-vida del cuerpo. Y el modo en el que alguien, entonces, puede elegir algo -decidir- en torno a esto. Allí opera de puente entre paciente y médico: "posición de bisagra" (Gamsie, 2009, p.28).

## CONCLUSIONES

La práctica institucional se caracteriza por la coexistencia de discursos, lo cual hace que no todo se trate de psicoanálisis en el hospital. Hay un cuerpo, hay un real orgánico que requiere ciertos cuidados necesarios para que, en otro momento, pueda ponerse a hablar.

El cuerpo que se presenta en la interconsulta no es el cuerpo como unidad ilusoria; es, más bien, su fragmentación de goce, la ruptura de la homeostasis, la aparición del organismo en su experiencia más real. Por su parte, es el discurso médico, con su especialización, la que reduce ese cuerpo a un órgano en mal estado. Puede pensarse esa doble operación: cierto efecto de definición y reducción del cuerpo del discurso médico, pero, a su vez, lo que escapa al mismo como pura experiencia gozante. Despejar los discursos que se entrecruzan permite crear el espacio para que cada uno pueda operar desde su especificidad. Es importante situar las diferencias. "El psicoanalista es llamado a intervenir en el límite de la medicina, allí donde los médicos no pueden responder. Y a la inversa, también el psicoanalista llama

en su límite al médico, al psiquiatra, a trabajo social. La especificidad de la intervención psicoanalítica no degrada la especificidad de las otras, sino que sostiene su diferencia" (Rubistein, 2004, p.17) Desde la dimensión de no todo es psicoanálisis será posible recortar, en algunos casos, un espacio diferenciado para la oferta psicoanalítica, con todo el rigor que esta requiere y en el que la práctica toma todo su valor. Se tratará de ver, entonces, hasta qué punto es posible crear un espacio para que opere el discurso analítico, que dé lugar al despliegue de la subjetividad de cada quien.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gamsie, S. (2009) *La interconsulta. Una práctica del malestar*. Ed. Filigrana, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1966) "Psicoanálisis y Medicina". En *Intervenciones y textos*. I. Ed. Manantial, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1969-1970) *El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Rubistein A. (2004). *Un acercamiento a la experiencia*. Grama Ediciones, Buenos Aires
- Sotelo, I. y Leserre, L. (comp.) (2018) *Psicoanálisis orientación lacaniana: recorrido del goce en la enseñanza de Jacques Lacan*. JCE Ediciones, Buenos Aires.