

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

Algunas consideraciones acerca de la interconsulta en Salud Mental.

Colombi, Micaela.

Cita:

Colombi, Micaela (2023). *Algunas consideraciones acerca de la interconsulta en Salud Mental. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/348>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/4N9>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA INTERCONSULTA EN SALUD MENTAL

Colombi, Micaela

Municipalidad de San Isidro. Hospital Central de San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el presente trabajo se reflexionará acerca de la práctica del dispositivo de interconsulta en un hospital público. La interconsulta es un recurso habitual y una modalidad más de trabajo, entre los diversos discursos que conviven dentro de un hospital, cuando el tratamiento de un paciente no responde de la manera esperada, pudiendo ubicar aquí un punto de encuentro entre el psicoanálisis y el discurso médico. Se ilustrará con algunas viñetas clínicas y se articulará con la teoría psicoanalítica Lacaniana que orienta la práctica.

Palabras clave

Hospital - Interconsulta - Psicoanálisis - Salud Mental

ABSTRACT

SOME CONSIDERATIONS ABOUT INTERCONSULTATION IN MENTAL HEALTH

In the present essay we will reflect the interconsultation device's practice at a public institution. This device is a common resource and one different modality of work among the various discourses that coexists in a hospital. There, when traditional treatment doesn't responde as expected, we can find a meeting point between psychoanalysis and medicine's discourse. We will illustrate this with some clinical examples and articulate them to Lacan's psychoanalytic theory that guides our practice.

Keywords

Hospital - Interconsultation - Mental Health - Psychoanalysis

Como residente de psicología clínica dentro de un hospital general, mi práctica se encuentra inmersa dentro de los dispositivos asistenciales de consultorios externos, guardia, internación e interconsulta. Es indudable la complejidad de las presentaciones clínicas actuales con las que nos encontramos en el práctica diaria hospitalaria. Sujetos atravesados por la época cuyo padecimiento, que muchas veces excede lo psíquico, parece estar determinado por diversas variables como lo orgánico, lo social, lo legal y lo institucional. En el hospital Central de San Isidro, la especialidad de psicología forma parte del servicio de salud mental, donde trabajamos residentes, concurrentes y planta, de forma interdisciplinaria con la especialidad de psiquiatría.

La práctica de la interconsulta es un recurso habitual y una modalidad más de trabajo, entre los diversos discursos que convi-

ven dentro de un hospital general, cuando el tratamiento de un paciente no responde de la manera esperada. Podemos ubicar aquí un punto de encuentro entre el psicoanálisis y el discurso médico. A partir de nuestra presencia, que apuesta a la palabra, se recorren las salas de internación, un encuentro con la enfermedad y la muerte. Belaga (2015) afirma que esto deja en evidencia dos estatutos del cuerpo: el viviente, y el cuerpo libidinal marcado por el significante.

Siguiendo a Belaga (2020), nuestro campo de intervención en el hospital presenta una estructura de enjambre, donde se despliegan una profusión de problemas y tensiones entre las distintas éticas que habitan la institución. El psicoanálisis en el hospital responde a la lógica de su extraterritorialidad a la medicina. El hospital es como institución, en el imaginario común, el lugar de la asistencia de los enfermos, el lugar desde el que se espera la curación, el alivio, el volver al statu quo anterior. Allí se trata siempre del psicoanálisis aplicado a la terapéutica, donde la apuesta es a favor del biendecir en la palabra, pero que no excluye una serie importante de recursos: los fármacos, la interconsulta, las intervenciones judiciales, etc.

A partir de un encuentro con lo que no marcha es que el médico, obstaculizado en su tarea, solicita la interconsulta con salud mental en tanto nos considera capaces de resolver situaciones complejas. Tal es el caso de pacientes que no adhieren al tratamiento o se niegan a recibirlo, hasta la realización de un diagnóstico diferencial que consiste en corroborar si un fenómeno es de orden conversivo u orgánico. Escuchamos: "el paciente no quiere comer", "el paciente no quiere tomar la medicación", "el paciente no quiere conocer su diagnóstico, así no podemos trabajar". También se nos convoca a abordar situaciones insostenibles ya que suponen que nosotros tenemos un saber hacer y un saber decir frente al dolor y la muerte. Frente a los distintos encuentros con un real conmovedor se dirigen, con sus demandas, a nuestro equipo. Ante la irrupción de una enfermedad, su posible cronicidad, la inminencia de una intervención traumática, el dolor, la proximidad de la muerte. Ante la angustia piden (directa o indirectamente) hablar con alguien que los escuche. Una vez que se nos realiza el pedido, ya sea oral o por escrito, siguiendo a Silvina Gamsie (2009) lo que primero debemos hacer es escuchar quién, qué y para quién demanda. Lo característico de nuestro accionar es cómo nos ubicamos nosotros en relación al pedido y en el tipo de respuestas que ofertamos. Si bien es cierto que estamos habituados a trabajar con lo que

no funciona, también es cierto que lo que no funciona exige ciertas condiciones para que podamos operar sobre ello. Debe ser formulado de manera tal que implique de parte de quien se dirige a nosotros cierta interrogación sobre ese malestar. No cualquier cosa deviene síntoma y para que lo haga, es necesario una determinada puesta en forma del síntoma y de la demanda que lo vehiculiza.

Independientemente de donde provenga la demanda, desde la primera entrevista con el paciente la apuesta es que el sujeto pueda formular su propio pedido, aquel que proviene de su padecimiento más íntimo. Solemos escuchar, más allá del sufrimiento orgánico que los atraviesa, la preocupación por un diagnóstico, el inicio de un tratamiento, la necesidad de someterse a una intervención que podría cambiar su vida, como éstas se remiten a situaciones pasadas y a su historia subjetiva, de su relación con los otros, o por el contrario deciden permanecer en silencio y refieren no tener ganas de hablar.

Hay distintos tipos de pedidos de interconsulta, según de quien parte la demanda o a que responde el pedido. Puede ser solicitado por el médico sin que el paciente lo haya pedido, cuando capta que quizás haya una demanda pero que no le es dicha por el paciente. Tal es el caso de María. Una paciente de 85 años que se encuentra en estudio hace un mes por un cuadro de disnea. Los médicos refieren con frustración que quizás la paciente tenga ansiedad, ya que esto le pasaba con anterioridad a la internación y que los resultados no arrojaban ninguna alteración orgánica. Se decide dar lugar al pedido y entrevistar a la paciente. Le pregunto a María como se siente, intentando dar lugar a aquello que podía subjetivar de su padecimiento en el cuerpo. Responde “me siento bien, aunque cada vez que alguien cierra la puerta de la habitación (del hospital) siento que me ahogo”. Comenta que hace un mes estaba en la costa de vacaciones con una amiga cuando tuvo un ACV, que su amiga le preguntaba cosas y que ella no podía responder. “Esto no me asustó, no sentí nada... Pobre mi amiga que sí se asustó”, refiere. Le pregunto por los episodios de falta de aire, comenta que hace tres años le realizan una cirugía del corazón y que desde entonces comienza a sentirse agitada cuando está recostada. “Me gustaría siempre estar bien”, comenta. Pregunto por esos momentos donde no se encuentra “bien”. Refiere recuerdos que por momentos aparecen y que le generan tristeza, pero que prefiere no hablar de ello, ya que no pensar era una forma de no sentirlo. Sin embargo, en una posición de silencio, donde el hablar con otros sobre cómo se siente no es un opción, refiere que haber conversado le “hizo bien”. Le ofrezco volver a pasar la próxima semana y responde que sí. A la siguiente entrevista le pregunto si se quedó pensando en algo de lo que habíamos conversado, refiere que algunos recuerdos volvieron a aparecer. Se angustia. Relata que ella nació en Italia y que a sus 12 años sus padres deciden mudarse a Argentina. “Tuve que abandonar la escuela y mis amigas, fue horrible”, comenta. Al cabo de unos años conoce a su marido, con el que puede reconstruir un lazo

que perdió al venir al país. A sus 30 años, su marido enferma de Mal de Chagas y fallece de manera abrupta. Al poco tiempo fallece su padre. Ubica esto como un momento de ruptura, “tuve que empezar otra vez”. Hace algunos años que vive con una de sus hijas, refiere que a veces siente que le falta el aire pero que no quiere preocuparla, entonces elige no pedir ayuda. Le pido que me hable sobre el quedarse en silencio y responde “siempre pude sola”.

Se deja entrever en su posición, el arreglo sintomático de la paciente, lo cual nos señala algo del encuentro con la castración. Posición de la cual goza de sacrificarse y no decir nada. Silenciosa y sin aire, donde el silencio tiene un precio: la deja con disnea. Allí donde a la medicina le surge una pregunta a la que no tiene respuesta desde el saber médico, se nos convoca para eliminar el síntoma de María, que lejos de eso, en las pocas entrevistas mantenidas con la paciente, se dio lugar a que surja una enunciación acerca de su padecimiento, del cuerpo atravesado por el lenguaje.

Dadas las particularidades del dispositivo, no siempre es posible mantener varias entrevistas con el paciente por más que el caso amerite un seguimiento. Lo institucional se hace presente a través de altas médicas como fue el caso de María, alguna cuestión administrativa que obliga a trasladar al paciente a otra institución o la realización de estudios médicos, poniendo un fin anticipado a la interconsulta.

A veces se trata de un único encuentro como es el caso de Carlos, un paciente de 23 años. El servicio de traumatología solicita la interconsulta ya que en los últimos tres años intercurrió con reiteradas internaciones que culminaron con la amputación de un dedo del pie, debido a no cumplir con el tratamiento para su diabetes. Con cierta resignación refieren “ya no saber que más hacer con él, que es un irresponsable”. Tomamos la decisión de entrevistar al paciente, quien refiere que le diagnosticaron diabetes a sus 13 años, pero que recién “toma conciencia” de su enfermedad cerca de sus 17 años, no pudiendo ubicar coordenadas de esa época. No obstante, si recuerda que desde muy chico, disfruta de jugar al fútbol de forma recreativa con sus amigos. Se refería a sí mismo como una persona “rebelde y desafiante”. Se le sanciona que esta posición lo ha llevado a situaciones riesgosas para su salud y que, de continuar así, podría meter un gol en contra. Se trabajó con el paciente sobre lo que significa ser “el rebelde”, el encuentro con la falta y la apuesta a formular una pregunta en relación a algo diferente, del cuerpo atravesado por el lenguaje. Decidimos dejarlo en seguimiento, pero al día siguiente Traumatología le otorga el alta.

Otras veces el encuentro es único porque el paciente no quiere seguimiento, ya sea porque no hay angustia o por reticencia, en estos casos se respeta la decisión y se deja abierta la posibilidad a que solicite que volvamos a pasar en caso de cambiar de opinión.

Es habitual que el pedido responda a una inquietud del médico, ya sea porque el diagnóstico podría desarrollar una posible an-

gustia o frente a un obstáculo que se encuentra en relación a la cura, y no por algo que concierne al paciente. Al hablar con los médicos, nos refieren que el paciente se encuentra bien, pero que “es lógico que se angustie después de determinada intervención quirúrgica o diagnóstico”. En esta línea explicamos a los médicos que la angustia y lo traumático no se pueden evitar, anticipar o frenar antes de que ocurran. Pero que si algo del síntoma aparece, pueden solicitarnos la interconsulta.

El trabajo del analista produce efectos que van de la mano con la posibilidad de devolver el valor de la palabra y posteriormente introducir interrogantes del lado del sujeto, dando lugar a la destitución de certidumbres. Como es el caso de Mercedes, una paciente de 83 años. Los médicos nos solicitan que pasemos a evaluarla ya que la notaban angustiada. Mercedes se encontraba internada en un principio por cáncer de colon, pero que luego comenzó a causarle complicaciones en otras partes del cuerpo, como por ejemplo en la deglución. Al entrevistarla, muy angustiada manifiesta “tener miedo a no poder comer nunca más” y que si esto pasaba, implicaba para ella que se acercara el fin: es decir, la muerte. Se refiere a sí misma como alguien que siempre pudo sola, una “supermujer independiente”. Siente que al enfermarse se falló así misma. Ahora todo le da miedo y esto la enoja. Con el correr de las entrevistas, comienza a ubicar que su vida siempre se trató de blancos y negros y agrega “quizás algo en mí esté fallado, toda mi vida creí que me habían educado de la mejor manera, pero ahora creo que no todo es así como me enseñaron”.

Se trata entonces de una apuesta a que el sujeto pueda decir algo en relación a su sufrimiento y esto produzca una modificación en la posición subjetiva del paciente, dando lugar a un sujeto que ya no es el mismo.

“En ciertos casos al médico no le alcanza su saber ante la dolencia que presenta el paciente. Es en el singular, en la excepción, donde la clasificación y el para todos, falla. La entrevista que realizamos en salud mental recorta a un paciente diferente al de la medicina. En la consulta alguien se enuncia y será nuestra tarea ubicar su enunciación” (Belaga, 2015). No necesariamente coincide lo que el médico solicita (el pedido formal) con lo que posteriormente logra ponerse en juego en el trabajo con el paciente.

Es mediante la palabra que se construye un espacio y también una temporalidad, un tiempo que escapa a la cronología y un lugar donde se alojará el discurso del paciente, poniendo en juego una vertiente libidinal del inconsciente. Para que alguien diga, tiene que haber alguien que escuche, la presencia del analista sostiene el dispositivo posibilitando que su escucha produzca la palabra.

Eric Laurent (2000) refiere que encontrar un analista no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo, se trata más bien que sea alguien que, en un momento crucial de la vida de un sujeto, pueda decir algo inolvidable.

BIBLIOGRAFÍA

- Belaga, G. (2015). *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Belaga, G. (2020). *La urgencia generalizada. Las respuestas del psicoanálisis en las instituciones*. En *Tiempos de urgencia*, compiladora: Inés Sotelo. JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Gamsie, S. (2009). *La interconsulta: Una práctica del malestar*. Editorial Filigrana. Buenos Aires.
- Gamsie, S. (2012). *Clínica psicoanalítica con niños e interconsulta*. Recuperado en <http://www.elsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=2295>
- Laurent, E. (2005). *El tratamiento de la angustia postraumática; sin estándares, pero no sin principios. La urgencia generalizada 2*. Compilador: Guillermo Belaga. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Tres Haches. Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2015). *DATUS: dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Grama Ediciones. Buenos Aires.