

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Interconsulta hospitalaria: una mirada psicoanalítica.

Alfaro, Laura Sofia y Baldi, Bruno.

Cita:

Alfaro, Laura Sofia y Baldi, Bruno (2021). *Interconsulta hospitalaria: una mirada psicoanalítica*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/406>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/4wc>

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>.

INTERCONSULTA HOSPITALARIA: UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

Alfaro, Laura Sofia; Baldi, Bruno
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El siguiente trabajo articula dos viñetas clínicas resultantes del trabajo en el servicio de interconsulta de salud mental en un hospital general, con conceptualizaciones provenientes de psicoanálisis. Por un lado, a partir de las diferentes viñetas se trabajan los diferentes sujetos posibles de una interconsulta. Por otro lado, se ubican las tensiones entre la posición del profesional del campo de la salud mental, que ejerce desde una mirada psicoanalítica, en el encuentro con el discurso médico y con las expectativas institucionales. Finalmente, se da cuenta de las posibilidades que brinda una escucha psicoanalítica, frente a pedidos de interconsulta, al determinar la demanda presente en los mismos y a qué sujeto corresponde.

Palabras clave

Psicoanálisis - Interconsulta - Discurso médico - Angustia

ABSTRACT

HOSPITAL CONSULTATION: A PSYCHOANALYTICAL APPROACH

The following work articulates two clinical cases from the mental health consultation service in a general hospital, with conceptualizations from psychoanalysis. On the one hand, the different possible subjects of consultation are approached from the different cases. On the other hand, there are tensions between the position of the mental health professional and, with both the medical discourse and the institutional expectations. Finally, the possibilities offered by psychoanalytic listening in mental health consultation, aims to determine the demand present in them and to which subject it corresponds.

Keywords

Psychoanalysis - Interconsultation - Medical speech - Anguish

Introducción

El siguiente trabajo articula dos viñetas clínicas resultantes del trabajo en el servicio de interconsulta de salud mental en un hospital general, con conceptualizaciones provenientes del campo del psicoanálisis. En el ámbito hospitalario, cuando el equipo de interconsulta en Salud Mental se orienta por una mirada psicoanalítica, la interconsulta presenta entrecruzamientos y tensiones de diferentes discursos, entre ellos el médico, cuya lógica es hegemónica en estas instituciones. De esta manera, ante el pedido de interconsulta se pueden ubicar motivos sub-

yacentes que -en la lectura psicoanalítica-, implican diferentes conceptualizaciones de las demandas y de los sujetos en juego. La correcta dilucidación de estas situaciones permite maniobrar adecuadamente sobre cada caso particular, habilitando orientar la escucha y las intervenciones a quien corresponda. En algunos casos el paciente es el objeto del pedido de interconsulta, mientras que en otros casos el cuerpo médico es el sujeto a reubicar en la demanda.

Primer Caso

Se realiza un pedido de interconsulta al equipo de salud mental, desde el área cirugía. Desde el equipo médico, se solicita se entreviste a una paciente, la cual no presenta la reacción esperada-para los médicos- ante el estado clínico luego de una intervención quirúrgica. Se trata de una mujer joven, menor de 30 años, a quien debido a un tumor se le realiza una colostomía. A modo de resumen una colostomía es un tipo de estoma -apertura que une una parte de una cavidad corporal con el exterior- que permite unir el colon a la pared del abdomen como consecuencia de un acto quirúrgico. Cuando se conversa con la paciente, la misma manifiesta su preocupación por su salud, sin embargo su mayor interés reside en lograr la pronta externación para reencontrarse con su hija recientemente nacida, la cual no puede ingresar a la sala de internación. De la entrevista con la paciente se desprende, que la misma posee la creencia de que el procedimiento quirúrgico será revertido posteriormente.

En un segundo momento de la interconsulta, en diálogo con el equipo de cirugía, la angustia de los profesionales se manifiesta desbordante -algo no muy usual en esta especialidad. Se trata de un equipo joven, principalmente residentes, quienes además de tener edad cercana a la paciente comentan que es el segundo caso con estas características en dos meses. Asimismo el anterior caso tuvo mal pronóstico posterior a la intervención. Mencionan que la reversibilidad del caso sería dudosa y también que el acto informativo hacia la paciente se ha visto dificultado.

Segundo Caso

Se realiza un pedido de interconsulta por un paciente de 70 años que se niega a realizar un estudio invasivo en el tracto digestivo. La solicitud del equipo médico refiere a saber si el paciente está en condiciones de tomar la decisión -o no- de realizarse el estudio. El pedido del equipo médico se fundamenta en la necesidad de un resguardo legal ante el rechazo del paciente a la interven-

ción, y el mal pronóstico posterior debido a su negativa. Es decir, que el pedido no se moviliza por la percepción de algún signo de afectación de las funciones psíquicas del paciente. Por este motivo concurren cuatro psicólogos -en formación- a evaluar al paciente quien en un primer momento se muestra reticente al diálogo. El mismo refiere entendimiento de su situación y no acepta la intervención profesional. A medida que la entrevista se desvía de los objetivos del plantel médico y se abordan otros temas de la vida del paciente finalmente se llega a un punto en que la reticencia al diálogo cede. Al abordarse la temática familiar, se le pregunta por sus nietos y el paciente comienza mostrarse más amable y alegre. Luego de una larga conversación, que aparentaba coherencia, se ubican leves contradicciones y datos extemporáneos. Finalmente, uno de los profesionales intervinientes realiza preguntas específicas dirigidas a determinar su orientación temporo-espacial. Ante la consulta por el año corriente, con naturalidad, el paciente responde “1976” (sic). Refiere entender que se encontraba en un hospital, aunque da el nombre de otro nosocomio y comienza a hablar de un médico de referencia que no se había mencionado anteriormente, el cual no pertenecía a la institución donde el paciente se encuentra internado. Como resultado de la entrevista se indica al equipo tratante que el paciente no se encuentra al momento de la entrevista en condiciones de tomar la decisión respecto del procedimiento.

Desarrollo

Lacan (1936) afirma que la revolución freudiana reside en el movimiento de cederle la palabra al paciente respecto de aquello que le genera sufrimiento. Esto significa que este movimiento, se orienta a un decir en el cual se articulan un sujeto y su verdad y no a la forma de datos que se compilan en una historia clínica para producir una anamnesis más o menos acabada. De este modo, la lógica del psicoanálisis apunta a la emergencia subjetiva a través del decir del paciente.

En la institución hospitalaria -y como consecuencia del encuentro con el discurso médico-, se da como resultante la pérdida del discurso del paciente, puesto que sólo se rescata de éste aquello que puede ocupar un sitio dentro de la lógica del saber médico: los signos perceptibles de su enfermedad y los síntomas que se puedan reconducir a un organismo. De esta forma, el paciente en tanto subjetividad queda elidido y es el cuerpo en tanto enfermedad lo que deviene objeto del discurso de la medicina (Clavreul, 1978, p.49). Esto no es cuestionable pues el discurso médico, funciona respondiendo a un objetivo específico: el de curar. Sin embargo, en tanto los cuerpos no pueden ser purificados de subjetividad, ciertas veces la práctica médica se ve dificultada.

Al transitar por el espacio de interconsulta, se presentan diversas cuestiones acerca de la función del mismo, de la función del psicólogo -psicoanalista-, y de las posiciones de las diferentes disciplinas que se entrecruzan. En 1966 Lacan se pregunta en “Psicoanálisis y Medicina” respecto del lugar del psicoanálisis

en relación a la medicina y responde dos cuestiones. Por una parte, plantea que ese lugar es marginal desde la mirada de la medicina en tanto admite a los psicoanalistas -y a los psicólogos- como una ayuda externa. Por otro lado, desde la mirada del psicoanalista, plantea que ese lugar es extra-territorial en tanto los psicoanalistas poseen motivos para conservar ese lugar, en base a la lógica del discurso en que se sostienen.

Asimismo, en dicho texto Lacan denominará “falla epistemomática” al “efecto que tendrá el progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo” (Lacan, 1966, p.92). Refiere con esto, al proceso de tecnificación del saber médico, que paulatinamente se distancia del encuentro con el discurso del paciente y lo que se expresa en el mismo, llegando a olvidar una dimensión propia de los sujetos hablantes en relación al cuerpo y que es lo que desde el psicoanálisis se llama goce. En efecto, respecto de la posición que ocupa el psicoanalista, el autor refiere que “es la única desde donde el médico puede mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquel que tiene que responder a una demanda de saber...” (p.97).

Si bien en el primer caso planteado no se manifiesta la “dimensión del goce” -la cual justamente estaría excluida de la relación epistemomática-, lo que aparece es un vacío respecto de la posibilidad de los médicos de responder a una demanda de curación, una falla en el saber del discurso en el que se sostienen. Lo que en un primer momento se presenta como una demanda respecto del estado emocional de la paciente, encubre lo que se logra recuperar en un segundo término como la formulación de una demanda de respuesta del plantel médico ante una inhibición -la de informarla sobre su estado- y una imposibilidad -la de curarla-.

Gamsie (2009) plantea que como psicoanalistas lo primero es poder precisar en el pedido de interconsulta el qué, quién, a quién y para quién se demanda. En relación al caso planteado en la primera viñeta, se hace evidente para el equipo de interconsulta que la angustia desbordante proviene del equipo de cirugía, el cual no puede responder a la demanda de curación impuesta por su ideal ante dos pacientes en un período corto de tiempo. Asimismo, médicos y pacientes comparten franja etárea, con lo cual cierta identificación a las condiciones de vida de dichos pacientes es manifiesta. Gamsie (2009) refiere -tomando su experiencia en el trabajo con niños-, que en la interconsulta -así como con los padres en los tratamientos de niños-, lo que “está en juego es la restauración de un saber, el hecho de reinstalar al médico en su función” (Gamsie, 2009, p.12).

Desde la claridad que aporta la posición antes mencionada, se conversa con la paciente, no aportándole nueva información sobre su situación médica -la cual aún no está definida y se encuentra a la espera de los resultados de los estudios- y se procura simplemente sostener una escucha. En este caso la intervención más relevante se produce luego, con el equipo médico, con quienes se logra poner en palabras, tramitar, la angustia que este caso -y el precedente- les generan, respecto a

no poder brindar soluciones más satisfactorias. En este punto, lo sintomático a circunscribir, no está del lado del paciente, sino de los médicos, en tanto la identificación con la paciente aumenta la dificultad presente, en conjunción con el impasse del saber médico para dar respuesta a un objetivo de curación ideal. De este modo la demanda en juego para el equipo de interconsulta se constituye en ser el relevo de un acto fundamentalmente médico: dar información a la paciente sobre su estado clínico. A partir de sostener la escucha, ese lugar se evita y se logra tramitar la angustia del equipo tratante para que pueda ser restituído en su función respecto de su paciente y su acto médico.

En relación a la segunda viñeta, cabe destacar que de acuerdo a la Ley 26.529 se entiende por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente -efectuado por el paciente, o por sus representantes legales en su caso- emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados. En este sentido es relevante retomar el entrecruzamiento discursivo al que previamente se hizo mención. El discurso legal atraviesa nuestra práctica y es en ese sentido que se convoca al equipo de salud mental, intentando dar cuenta sobre si el paciente puede comprender las implicancias de negarse a realizar un estudio invasivo. Asimismo, en la conversación con el paciente aparece cierta erotización de la zona corporal a la cual refiere el estudio, la cual estaba connotada en el relato de la historia de padecimientos y cuidados que el paciente refiere. Despliegue que se articula con la figura de un médico extemporáneo, como única figura de saber relevante en su historia. Ante esto el pedido de interconsulta se justifica -por una parte- en la pertinencia de los profesionales de salud mental para determinar coordinadas asociadas a las funciones psíquicas (despejando así cuestiones legales asociadas al consentimiento informado), pero -por otra parte- por el desconcierto médico ante un paciente renuente al acto médico. En el Seminario 17, Lacan refiere que “lo que desea un verdadero amo es que la cosa marche” (Lacan, 1969-1970, p.22). En ese sentido, el hospital es una institución asistencial la cual se organiza de acuerdo al discurso amo (Rojas, Miari, Paturianne, & Rodríguez, 2014). Ahora bien, en consonancia por lo planteado por Lacan (1966), Clavreul (1978) refiere que la medicina posee la convención implícita de que: “quien acude a la consulta está enfermo y espera del médico dejar de estarlo” pero que hay casos en los que “quien viene a la consulta tiene interés en ser reconocido como enfermo (...) A los médicos no les gusta prestarse a esta medicina (...) porque la convención implícita de la demanda de curación resulta im-

pugnada” (p.175).

El autor plantea además que la salud implica cierta tensión que atestigua la “exigencia de la vida” (Clavreul, 1978, p.176). Asimismo, ubica que la erotización de partes del cuerpo permite focalizar la tensión, ofreciendo de este modo una “solución” tranquilizadora a los “conflictos psíquicos insuperables” (p.177). Es importante destacar que Clavreul menciona una relación entre enfermedad e identidad en tanto la enfermedad “confiere al sujeto una existencia”.

En el caso del paciente mencionado, lo que aparece vinculado a su reticencia a realizarse los estudios, no refiere a ansiedades propias de la intervención quirúrgica, sino que se desprende de ciertas ideas persecutorias respecto de ser objeto de investigación de los médicos. En contraposición, se ubica allí la figura del médico de su relato, como aquel a quien sí le confía su cuerpo. El caso asimismo ilustra también el entrecruzamiento con la medicina, en tanto lleva un tiempo a los profesionales intervinientes -en formación- dar cuenta de que el paciente no estaba ubicado en relación a tiempo y espacio, a pesar de la coherencia aparente de su discurso. A partir de una consulta del plantel médico por un resguardo legal, el equipo de interconsulta, da espacio al despliegue del discurso aparentemente lúcido y coherente al que sólo a través de un rodeo se logra determinar la afectación de sus funciones psíquicas, afectación que ningún profesional médico había logrado percibir. Asimismo, si bien el paciente no se encuentra en condiciones legales de consentir el acto médico, desde la posición del psicoanálisis, esta afectación no niega la existencia en su discurso de una verdad subjetiva. Cabe recordar a Lacan (1958) quien en La Dirección de la Cura y los Principios de Su Poder dice “A lo que oigo, sin duda, no tengo nada que replicar, si no comprendo nada de ello, o si comprendiendo algo estoy seguro de equivocarme” (p.588).

A modo de conclusión

A partir de la presentación de dos breves casos clínicos, se refieren diferentes situaciones a las que puede ser convocado un profesional de salud mental en el marco del equipo de interconsulta. En tanto psicoanalistas, en la interconsulta es importante poder ubicar en el pedido que se realiza, la demanda en juego, es decir; de qué, quién, a quién y para quién es la solicitud que nos llega. En ese sentido, detrás del pedido oficial, se encuentra una demanda a ser dilucidada. A veces responde a una presentación clínica del paciente que corresponde al campo de la salud mental, pero otras veces el sujeto de la demanda es en relación a los profesionales médicos mismos. De no diferenciar el sujeto de estas demandas, se puede terminar en fracaso y frustración en el intento de resolver situaciones que escapan a las posibilidades de la interconsulta. No responder de manera meramente asistencial, en base a una lectura literal de los pedidos de interconsulta, permite operar cuando es necesario reposicionando al médico ante su pedido, “lo que no implica, desde luego, desentendernos de su angustia” (Gamsie, 2009, p.17).

BIBLIOGRAFÍA

- Clavreul, J. (1978). *El Orden Médico*. (M. Vassallo, Trad.) Barcelona, España: Argot, 1983.
- Gamsie, S. (2009) "La Interconsulta: una práctica del malestar". Ediciones del Seminario, 2009.
- Lacan, J. (1936). Más allá del "Principio de realidad": Revolución del método freudiano. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1966). *Psicoanálisis y Medicina*. En J. Lacan, *Intervenciones y Textos* (D. Rabinovich, Trad., págs. 86-99). Buenos Aires: Manantial. 1986.
- Lacan, J. (1969-1970). *El Seminario, Libro 17: El Reverso del Psicoanálisis*. (E. Berenguer, & M. Bassols, Trads.) Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Laurent, E. (2014). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Ley N° 26.529/2009. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Modificatorias: Ley 26.742/12 y Ley 26812/13. Sancionada el 21 de octubre de 2009. Promulgada 19 de noviembre de 2009. Poder legislativo nacional. Buenos Aires, 19/11/2009. Disponibles en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/textact.htm>
- Rojas, M. A., Miari, A., Paturianne, E., & Rodríguez, L. (2014). *Psicoanálisis y Salud Mental: Un Lugar Extraterritorial*. Obtenido de Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.: <http://jmemorias.psi.uba.ar/index.aspx?anio=2014>.