

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.

Aportes de la escucha analítica a la interconsulta hospitalaria. Entre el pedido y la demanda.

Fernández, Analía.

Cita:

Fernández, Analía (2021). Aportes de la escucha analítica a la interconsulta hospitalaria. Entre el pedido y la demanda. 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/000-012/465>

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

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>.

APORTES DE LA ESCUCHA ANALÍTICA A LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA. ENTRE EL PEDIDO Y LA DEMANDA

Fernández, Analía

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo forma parte de la investigación de maestría: De la interconsulta a la situación de interconsulta. Aportes de la escucha analítica. En esta ocasión, nos proponemos presentar algunos efectos de incluir la escucha analítica en la interconsulta hospitalaria, específicamente en lo que se refiere al pedido inicial de intervención a Salud Mental. Para esto, trabajaremos la diferencia entre pedido de intervención y demanda de interconsulta.

Palabras clave

Interconsulta hospitalaria - Escucha analítica - Pedido - Demanda

ABSTRACT

CONTRIBUTIONS OF PSYCHOANALYTIC LISTENING TO HOSPITAL INTERCONSULTATION. BETWEEN REQUEST AND DEMAND

The present work is part of the master's research: From interconsultation to the interconsultation situation. Contributions of analytical listening. On this occasion, we propose to present some effects of including psychoanalytic listening in the hospital interconsultation, specifically with regard to the initial request for intervention from Mental Health. For this, we will work the difference between request for intervention and demand for interconsultation.

Keywords

Hospital interconsultation - Psychoanalytic listening - Request demand

El presente trabajo forma parte de la investigación de maestría: *De la interconsulta a la situación de interconsulta. Aportes de la escucha analítica.* En esta ocasión, nos proponemos presentar diferentes modos en que puede escucharse el pedido inicial de interconsulta a Salud Mental[i], a partir de que la escucha analítica está en juego.

Consideramos que no todo pedido de intervención constituirá una demanda de interconsulta, pero es posible observar que ciertos pedidos incluyen esta dimensión y nos resulta fundamental poder reconocerlo. Asimismo, apostamos a que un pedido podrá devenir en demanda. Para esto, tomamos como

disparador la diferencia que algunos autores conceptualizan entre *pedido de tratamiento* y *demanda de análisis*. Al respecto, Adriana Rubistein (2014) propone que en todo pedido de tratamiento existe una demanda de ayuda, la cual pone en evidencia que una respuesta previa fracasó. Destaca que será el lugar del oyente -y lo que haga el mismo con la transferencia que se presente inicialmente- lo que podrá transformar el pedido inicial en *demanda de análisis*, en donde las condiciones de aquel que escucha analíticamente “van a marcar diferencias respecto de aquello que se escucha. El analista se ubica como un sujeto que no comprende, que no explica con un saber previo, que pone de entrada en juego la diferencia entre enunciado y enunciación” (p.13). Para esto, su apuesta es la de reformular la demanda, sin que aquello signifique rechazar al sujeto. Puntualmente, sugiere para aquellas consultas en que el pedido lo realizan otros -el juzgado, el colegio, etc.- escuchar “hasta dónde se ha producido eso que indica que el sujeto decida sostener la demanda a Otro” (p.14). En dichos casos, plantea lo esencial de escuchar si el sujeto está implicado con su propia demanda en aquel pedido. “A veces se trata de decidir quién va a ser el paciente (...) Todas estas decisiones son del orden de la ética” (p.14).

En lo que respecta a los pedidos de intervención a Salud Mental, específicamente aquellos que nombramos como interconsulta -diferenciándolos de consulta[ii]-, lo primero que escuchamos es lo que el médico dice acerca de lo que le pasa al paciente. En un pedido de intervención a Salud Mental pueden formularse diferentes enunciados que van desde lo problemático que es un paciente para la institución y por ende la solicitud de que hagamos algo para que se calme, la negativa del mismo a cumplir con indicaciones médicas y el pedido de que veamos cómo intervenir para que empiece a aceptarlas, la angustia por la situación de internación o la enfermedad clínica de un paciente que incluye que podamos contenerlo, hasta la falta de entendimiento de la información y/o diagnóstico médico debido a que determinado paciente no reaccionó ante esto como imaginaban y, por lo tanto, piden que evaluemos su posibilidad de comprensión. Estos son algunos ejemplos que, inicialmente y de manera general, resultarán cotidianos para aquellos que desarrollan su práctica en un dispositivo de interconsulta hospitalaria. Ubicamos en esos pedidos una solicitud de ayuda, en donde

ya está puesta en juego, por parte del médico y en su solicitud, una primera versión del padecimiento de *su* paciente o de él y/o su equipo. Con ello, aparece la posibilidad también de identificar qué respuestas han funcionado hasta aquel momento. Por otro lado, resulta clave escuchar desde dónde se hace aquel pedido, si es que en su enunciación escuchamos una solicitud de que todo vuelva a estar como antes -lo cual puede incluir que no tengan que ocuparse de ese paciente más que para intervenirlo orgánicamente- o una demanda que incluya una pregunta sobre cómo abordar, desde lo que hace a su disciplina, el sufrimiento de aquel por quien consultan. Más allá del modo en que se realice el pedido, es necesario que haya una respuesta, apostando siempre a que se constituya la demanda. Con esto lejos estamos de considerar al médico como analizante; por el contrario, entendemos que si hay una pregunta articulada en su pedido -a lo que proponemos denominar *demanda de interconsulta*- será posible establecer *transferencias de trabajo* (Lacan, 1964) que permitirán un corrimiento de aquellos pedidos imposibles de satisfacer (Gamsie, 2009).

A continuación, un ejemplo que puede ser ilustrador. El médico clínico que atiende a una paciente añosa, internada desde hace dos meses, solicita intervención a Salud Mental por angustia de ésta. En el pedido por escrito, se adjudica su malestar a la internación prolongada. Al conversar con el médico, y luego de interrogar por qué piden la intervención en este momento puntual, cuenta que en el día anterior debían realizarle un estudio a la mujer para el cual había realizado determinada preparación que incluía tener que estar en ayunas. Explica que los resultados de dicho estudio permitirían ordenar la medicación necesaria para que se vaya de alta. El día del estudio, le sirven el desayuno a la paciente y ésta toma la infusión. Por este hecho, le suspenden el estudio, explicándole a la paciente la incertidumbre acerca de la fecha de reprogramación del mismo por la falta de turnos por la situación COVID-19, ante lo cual la mujer comienza a llorar con el médico presente.

Al indagar con el profesional si anteriormente había notado a la paciente angustiada, éste lo niega. Le señalamos, según su relato, la emergencia de la angustia en el momento de cancelación del estudio programado y advertimos la prolongación de la internación por una falla *nuestra*. Preguntamos si se podría realizar dicho estudio en otra institución o insistir en la actual, contemplando que si fue un error de la institución, debería poder hacerse una excepción. Le explicamos al médico que esperaríamos para ver a la paciente hasta que haya novedades al respecto. Ante esto, el médico mostró incomodidad, diciendo que quizás no sea necesaria la entrevista. Señalamos lo importante de su pedido, aunque ubicamos que era significativo para nuestro diagnóstico diferencial poder distinguir si la angustia había sido reactiva a esa situación puntual y si, en caso de resolverse, la misma cedía. Le transmitimos que si a mitad del día no había respuesta respecto a la reprogramación del turno, igualmente conversaríamos con la paciente.

Cerca del mediodía, el médico cuenta que había un pronto nuevo turno programado y que ya lo había conversado con la paciente[iii], quien se mostró agradecida. Dijo, nuevamente, que no veamos a la paciente si así *lo preferíamos*. Le transmitimos que era importante poder escucharla a partir de lo que nos había pedido. La entrevistamos. De ese encuentro, nos interesa ubicar que la mujer situó lo puntual de su malestar en una nueva prolongación de su estadía en la institución -sin mencionar alguna otra cuestión- y que señaló que el médico se había mostrado muy preocupado por lo que sucedió, que se sentía contenida por él.

En la situación desarrollada hay un pedido de intervención a Salud Mental, aunque no podemos ubicar, al menos inicialmente, una demanda. Lo que escuchamos es una preocupación por parte del médico por el sufrimiento de la paciente, lo cual lejos de abrir alguna pregunta, como por ejemplo por el lugar del funcionamiento institucional en aquel caso, se concentra en un pedido a que Salud Mental vaya e intervenga directamente con la mujer para que se sienta mejor: el médico formula, en su enunciado, lo que llamaríamos una consulta -en donde el profesional mediatizaría un pedido de la paciente-, aunque en este caso, la paciente no ha pedido nada.

Jacques-Alain Miller (2010) propone el neologismo *evaluación clínica* para nombrar el acto analítico de autorizar la autoevaluación de quien realiza un pedido. La evaluación "es un neologismo entre avalar y evaluar, es una evaluación diagnóstica donde se avala también la forma en la que el sujeto ubica su propio padecimiento. El sujeto siempre viene con una interpretación de lo que le pasa" (Rubistein, 2014, p.55). En lo que hace a los pedidos de intervención, avalamos la forma en que el médico ubica el padecimiento del paciente y/o el conflicto que nos transmite y, con ello, avalamos también su interpretación de aquello. Consideramos que hay, al dirigimos ese pedido inicial, un voto y que no hay garantías de cómo se transformará el mismo en la situación de interconsulta. En este sentido, avalar un pedido no tiene nada que ver con responder directamente a lo que se pide, es decir, no se condice con brindar una respuesta que se ajuste a lo que el médico considera que será *la mejor* forma de responder. En la situación presentada, se proponía como respuesta ideal de Salud Mental -a partir de la idea del médico sobre lo que le pasaba a la paciente- que se entrevistase y calmase a la mujer. A partir de introducir la escucha analítica en el pedido de intervención, la propuesta inicial es la apertura y problematización de aquello que se pide. Al respecto, Anibal Leserre (2005) explica: "Un fin primero, entonces, remite a lo que denominamos posición de recepción del practicante y, toda posición, deviene de un deseo. A su vez, el hecho mismo de ser consultados implica un pedido" (p.18), destacando que una cuestión clave será no sólo cómo se responda al mismo, sino también cómo se lo reciba. Recordando la insistencia de Lacan en no responder a la demanda, Leserre nos aclara que aquello no es equivalente al silencio. Señala que si bien como analistas receptionamos también las quejas, lo

hacemos desde una posición diferente de otras figuras receptoras de quejas -médico, sacerdote, etc.-. Dicha posición parte de la no comprensión e implica alojar la queja en una secuencia temporal -que posibilite la instalación de la transferencia- para que la misma se formalice. “El tiempo preliminar implica no reducirla a un sentido, formalización que implica la relación entre queja e ideal I (A), un Ideal tomado del Otro” (p.18).

Lacan (1966) ubica en la demanda, el límite en donde el médico debe actuar y a qué debe responder. A la demanda del enfermo, el médico la podrá alojar, escuchar, responder, negar, redireccionar, etc., pero es importante recordar que al respecto, Lacan indica que es “en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo que está la chance de supervivencia de la posición propiamente médica” (p.12). Asimismo, en una gran cantidad de pedidos de interconsulta, lo que se nos pide parte directamente de la posición del médico frente aquello que se le demanda. En la situación presentada, a partir de escuchar lo no dicho, se sitúa el impasse en el acto médico, lo cual posibilita la salida de la impotencia.

Resulta sumamente interesante que, si bien inicialmente el médico queda completamente por fuera de aquello que pide, a partir de introducir una apertura, éste consiente a la intervención. En este sentido, destacamos la importancia de situar el conflicto en esa solicitud de ayuda inicial, de ubicar las coordenadas de todo pedido, en donde, muchas veces, es necesario poner en forma el punto que lo desencadenó (Rubistein, 2014). En el caso presentado, si bien no ubicamos una demanda de interconsulta en el pedido inicial de intervención, consideramos que a partir de la puesta en forma de éste, nos encontramos en los albores de la demanda, ya que mientras va aconteciendo lo que denominamos la *situación de interconsulta* [iv], se va consintiendo en dar lugar al malestar y a que una hiancia comience a abrirse allí. En este sentido, identificamos la importancia de receptionar todo pedido de intervención a Salud Mental, quedando en el horizonte -a partir de producir una apertura del mismo- la posibilidad de construir una demanda de interconsulta. Situamos en los inicios la apuesta a implicar al médico en su pedido, en intentar que reflexione sobre lo que ocurre (Gamsie, 2009). Insistimos en ubicar la diferencia entre pedido de intervención y demanda de interconsulta ya que en la demanda hay un cambio de posición en aquel que nos convoca y, por ende, en la posibilidad de abordar conjuntamente de manera novedosa el sufrimiento humano. Entendemos a la *demanda de interconsulta* como aquella que abre una hiancia de saber, a partir de reconocer una imposibilidad de responder a toda exigencia -del paciente, de la institución, del mismo discurso médico, etc.-; mientras que el *pedido de intervención* lo situamos desde una posición impotente y/o de que alguien más se haga cargo de aquello que pondría en cuestión la tarea diaria. Ubicamos con Gamsie (2009) lo imprescindible de trabajar junto a los médicos aquellos pedidos sostenidos en la ilusión de un saber total, ayudándolos a interrogar el malestar para poder encontrar respuestas posibles a

cada situación desde el lugar que ocupan. Y en paralelo, que el psicoanalista soporte estar advertido de sus resistencias, especialmente en lo que hace a trabajar en un territorio médico, tan distante en variedad de aspectos del dispositivo clásico. En este último punto, destacamos la importancia de forjar espacios en donde se pueda pensar la clínica. Es condición para los psicoanalistas poder leer los efectos de su práctica en un segundo momento, pero postulamos que este trabajo es imprescindible realizarlo cotidianamente para quienes desarrollamos la práctica en la interconsulta, ya que hay una necesidad constante de resituar nuestro lugar en un territorio médico. Lo proponemos como apuesta de que estando en territorio -ya que somos psicólogos de la institución, con compañeros de otras disciplinas con quienes trabajamos constantemente a la par-, podamos por momentos *extraterritorializarnos* para poder leer lo que va aconteciendo.

Entendemos que, si una disciplina puede pensar en términos de otra disciplina, así sea para preguntar y que se ocupe de aquello alguien más[v], si desde ese lugar emerge una *demanda de interconsulta* -que incluye una pregunta, por ejemplo acerca de lo que le puede estar sucediendo a un paciente-, hay algo de lo *inter* que está operando. Destacamos, por lo tanto, que la demanda de interconsulta implica que la transferencia de trabajo esté en juego, entendiendo que la misma incluye una falta que motoriza el encuentro y, por ende, sostiene el deseo en juego.

NOTAS

[i] En el presente trabajo se elige hablar de interconsulta/ pedidos de intervención a *Salud Mental* -en lugar de interconsulta a *psicología*, al *analista*, a *Salud mental* o a *salud mental*- ya que en los pedidos de interconsulta que se realizan no se suele diferenciar -salvo excepciones- entre psiquiatría y psicología. Asimismo, retomando lo que plantea Lacan respecto al *nombre propio* (Lacan, 1961-1962) en el sentido de que es lo más propio de un sujeto -de allí la elección en el uso de mayúsculas- pero, a la vez, lo más impropio -ya que no nos dice nada sobre aquello que nombra-, es que se elige utilizar la nominación *Salud Mental*.

[ii] Al respecto, Ferrari et al. (1977) ubican que en *la consulta* se solicita a otras especialidades “una opinión autorizada o de una acción terapéutica mejor y más calificada” (p.35). Respecto a lo propio de *la interconsulta*, postulan que la misma podrá incluir lo anteriormente explicitado, pero que lo central será ofrecer una “nueva perspectiva total del fenómeno, en cuyo contexto se inserta todo lo que hace al acto médico: el paciente, su particular padecimiento, su médico, las vicisitudes del vínculo que los une y, en casos determinados, la institución que los alberga” (p.35). Desde otra perspectiva, Gamsie (2009) propone que lo específico de la interconsulta será situar e interrogar el malestar que se ubica en todo pedido de intervención a Salud Mental, para poder encontrar respuestas posibles a cada situación desde el lugar que ocupan quienes solicitan la misma. Mientras que a aquellos pedidos de intervención en donde el médico mediatiza un pedido que hace el paciente, propondrá leerlos como una consulta. En este último

caso, destacamos la importancia de agudizar la escucha ante el pedido del médico para despejar si el mismo surgió *espontáneamente* del paciente o pueden ubicarse ciertas coordenadas a partir de lo sucedido *entre* médico y paciente. Lo que escuchemos al respecto habilitará a pensar la intervención también en lo inter.

[iii] Destacamos que en la diaria, no suele ser habitual que se le transmitan de manera tan inmediata este tipo de cuestiones a los pacientes, restringiéndose esto aún más en contexto de pandemia por COVID-19, debido a que se suele ingresar en menos oportunidades a las habitaciones.

[iv] Noción que emerge a partir de incluir la escucha analítica en la interconsulta hospitalaria, entendiendo que “no hay escucha inocente” (Kahanoff, 2011, p.371) así como que *escuchar* es también un modo de leer un entramado, un modo de decir, “casi equivalente al de bien decir” (Lacan, 1964a, p.129). A partir de esto, postulamos que la *situación de interconsulta* no está de entrada, sino que en su entramado con la escucha analítica, se podrá ir construyendo, podrá devenir. Se destaca, asimismo, el carácter singular de cada *situación de interconsulta*, entendiendo así que la *escucha analítica* ofrecerá las posibilidades para disponerse a que la *situación* acontezca.

[v] Lo planteamos de manera general, en donde no sólo consideramos que el médico pueda incluir una pregunta en su demanda a Salud Mental, sino también en que el analista esté dispuesto a preguntar sobre *lo médico*, lo cual consideramos imprescindible conocer al momento de decidir sobre cómo ir interviniendo en una *situación de interconsulta*.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferrari et al. (1977). *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Gamsie, S. (2009). *La interconsulta. Una práctica del malestar*. Buenos Aires: Ediciones del Seminario. Col. Filigrana. 2009.
- Kahanoff, D. (2011). *Sobre la construcción de un campo: no hay escucha inocente*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1964). Acto de fundación. En *Otros Escritos*. Buenos Aires. Paidós. 2014.
- Lacan, J. (1964a). El Seminario de Jacques Lacan. *Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2008.
- Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial, 2006.
- Leserre, A. (2005). El deseo del analista: una cuestión de horizonte. Buenos Aires: Cuadernos del ICBA, 2005.
- Miller, J. (2010). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Rubistein, A. (2014). *Consulta, admisión, derivación*. Buenos Aires: Eudeba, 2014.