

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

Sujetos líquidos, mostraciones sólidas - un caso de interconsulta hospitalaria.

Brunetti, Marcela.

Cita:

Brunetti, Marcela (2008). *Sujetos líquidos, mostraciones sólidas - un caso de interconsulta hospitalaria*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/521>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/PK7>

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>.

SUJETOS LÍQUIDOS, MOSTRACIONES SÓLIDAS - UN CASO DE INTERCONSULTA HOSPITALARIA

Brunetti, Marcela
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Se tratará de articular la teoría disponible sobre el tema de la intervención del analista en el campo de la interconsulta hospitalaria, con una viñeta clínica. Se verá cómo la práctica nos invita a ampliar el cuerpo teórico disponible para poder alojar la subjetividad de la época. El Estado del Arte en relación al tema ubica el eje de la intervención como una función que vendría a restituir el acto médico allí donde fue suspendido por la emergencia de lo subjetivo. A partir de la presentación de un caso, se verá como la teorización mencionada es insuficiente, en tanto en la actualidad nos encontramos con sujetos excluidos del lazo social, con quienes tendremos que reinventar estrategias de intervención en el marco específico de la interconsulta.

Palabras clave

Interconsulta Exclusión Ética

ABSTRACT

LIQUID SUBJECTS, SOLID EXHIBITIONS -
A CASE OF HOSPITAL INTER-CONSULTATION

This paper articulates the available theories on the subject of the psychoanalytic intervention in the field of hospital inter-consultation, aided by a vignette. It will be shown how the practice invites us to widen the theoretical body available to nest this era's subjectivity. The State of the Art for this subject determines the axis of the intervention as a function that restitutes the medical act where it was suspended by the emergence of the subjective. Following a vignette, it will be shown how the above-mentioned theorization is insufficient, since the current social state presents us with subjects excluded from the social bond. In order to work with these patients, we'll need to re-invent interventional strategies within the specific frame of inter-consultation.

Key words

Inter-Consultation Exclusion Ethics

"He ido esta mañana a ver a mi medico, Hermogenes, que acaba de regresar a la villa luego de un largo viaje por Asia. El examen debía hacerse en ayunas, habíamos convenido encontrarnos en las primeras horas del día. Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica. Te evito detalles que te resultarían tan desagradables como a mi mismo, y la descripción del cuerpo de un hombre que envejece y se prepara a morir de una hidropesía del corazón. Digamos solamente que tosí, respire y contuve el aliento conforme a las indicaciones de Hermógenes. Es realmente difícil seguir siendo emperador ante un medico, y también es difícil guardar la calidad de hombre".

Nos servimos del pasaje anterior para graficar la cosificación que sufre un sujeto durante la internación. Se trata de un texto de Marguerite Yourcenar en su presentación de Adriano, uno de los grandes emperadores de Roma.

Se tratará de articular la teoría disponible sobre el tema de la intervención del analista en el campo de la interconsulta hospitalaria, con una viñeta clínica. Se verá cómo la práctica nos invita a ampliar el cuerpo teórico disponible para poder alojar la subjetividad de la época.

La medicina considera al cuerpo como una máquina compleja que funciona de acuerdo a ciertas leyes físicas y químicas, en donde la avería de alguno de sus componentes puede afectar al conjunto. Los médicos, a veces atentos a ese cuerpo que no deja de hablar, escuchan que hay algo que se escapa a sus posibilidades de intervención. Algo hace ruido entre lo general y lo singular, y allí piden una interconsulta con salud mental. Tradicionalmente, la IC es llamada allí donde al medico le surge una pregunta en relación a un sujeto que no puede ser respondida desde su campo.

El discurso científico excluye al sujeto y esto no es una falla intrínseca a aquél, sino su condición de posibilidad. Entonces, allí donde el médico nombra a la enfermedad, el psicoanalista nombra al enfermo. El acto del analista en estos casos es la restitución de ese sujeto. Y no se trata de un saber de especialista, en el cual las diversas especialidades médicas confluyen en un cuerpo enfermo intentando restituir la salud a las diversas partes de un todo. Buscan, las distintas especialidades, realizar el deseo de curar. Se nos vuelve necesario diferenciar así la posición ética de la cura del psicoanálisis, en tanto se posiciona diferente en relación a su objeto de bien. El deseo de hacer el bien o el deseo de curar implican un desvío en la posición del psicoanalista.

El psicoanálisis en tanto saber-hacer se juega en una posición y no en una profesión, en la línea en que venimos sosteniendo que lo aleja de ser pensado como una técnica. Nos suelen demandar en la urgencia, clínica y subjetiva, y se espera de nosotros que respondamos, y en esa inmediatez temporal que el caso a veces implica la interconsulta. Estar advertidos de los límites que nuestra práctica implica es un compromiso ético ineludible, como así también transmitírselo a quienes demandan nuestra atención. Recordar que no somos llamados en tanto analistas, sino como interconsultores. Olvidarlo, es decir, violentar al médico o a la persona con quien estemos interactuando con alguna intervención apresurada, podría implicar el riesgo de que aquella pregunta que comienza a abrirse tímidamente, se cierre con brutalidad, de manera defensiva.

Hasta acá, planteamos las conceptualizaciones generales disponibles en relación a la función del psicoanalista en la interconsulta.

Si pensamos cual es el alcance de la prefijo "inter", tenemos como referencia que estamos en un espacio "entre", en algún borde. También somos consultados desde ámbitos extra hospitalarios, jurídicos, psicosociales, entre otros. Estamos también en el límite con la comunidad. Parece entonces que de algún modo tenemos que entendernos, con lo intra y con lo extra hospitalario.

Tomaremos una viñeta, extraída de nuestra práctica.

Nos encontrábamos en una reunión del equipo de interconsulta del Hospital Durand cuando irrumpió allí la jefa del servicio, cosa muy poco habitual, diciendo, "Hay una ic difícil. Se trata de una chica de 20 años, que está con custodia policial porque el sábado llegó al hospital, entró a la guardia con un embarazo de aproximadamente ocho meses, se encerró en el baño, no pidió ayuda y gente que estaba por ahí esperando vio salir sangre por debajo de la puerta. Avisaron a personal de guardia, abrieron la puerta, y estaba la chica parada, temblando y en un estado de obnubilación de conciencia. El bebé estaba muerto adentro del tacho de basura y la placenta en el inodoro. Nos informan que la chica está con custodia porque el bebé fue a autopsia porque no saben si nació muerto o ella lo mató." Nos dicen también que la chica, a quien llamaremos M, no habla con nadie y suponen que es adicta. Ginecología pide una evaluación psicológica.

Tomamos el caso con una compañera psiquiatra. No sabíamos en qué cama estaba M, así que tuvimos que preguntarle a una médica del sector. En cuanto empezamos la descripción para que la ubique, nos dice, "¡Ah! ¿Vienen a ver a la homicida?" Señala de lejos su habitación y se retira.

M dormía. La despertamos y nos presentamos. Vimos allí a una chica bastante aniñada, en su aspecto y en su discurso. Le pido a la custodia si por favor nos puede dejar unos minutos a solas, que la llamaremos cuando terminemos.

De a poco empezó a hablar. Dijo que tenía ganas de hacerlo, pero que no podía porque allí nadie le hablaba ni le preguntaba nada. Refirió sentirse maltratada en el Hospital, estar muy nerviosa y ansiosa por no saber hasta cuándo iba a tener que estar allí “encerrada”. Escuchamos lo que ella no paraba de decir “no aguanto más estar acá, no puedo fumar, no me puedo mover, estoy con una policía todo el tiempo al lado mío, no duermo porque estoy re nerviosa, estoy desesperada”. Refirió sentirse bien físicamente y la médica nos dijo luego que desde punto de vista clínico estaba en condiciones de alta.

Se le preguntó si quería hablar sobre lo ocurrido en la guardia, dijo que sí. Comenzó a llorar, tomó un oso de peluche que tenía en su cama, regalo de una amiga, y dijo: “estaba tomando bastante cocaína ese día, no había dormido y me empecé a sentir mal, estaba por acá cerca. Me agarró un dolor de panza que no aguantaba más, me subí rápido a un taxi y vine al hospital. Me metí en el baño porque tenía un fuerte dolor de estómago, entré a la guardia y no vi a nadie, lo único que vi fue el baño, entré corriendo. Y ahí tengo una laguna, no se qué pasó, no se por qué no me acuerdo más nada. De pronto abren la puerta a los golpes, yo no escuchaba nada, no reaccionaba, no entendía qué pasaba.” Refirió que nunca le había pasado no acordarse de algo. Se la escuchaba realmente desesperada por no recordar. Preguntamos un poco más sobre esa escena, puntualmente sobre el bebé. M dijo “lo único que me pasó es que vi que salía y me asusté porque no lo escuché llorar, y después no se qué pasó”.

Le pregunté por qué no pidió ayuda, si en un principio se había dirigido a un Hospital. Le marqué esto, no se quedó en la calle, o en lo de la amiga, fue a un Hospital. Dijo: “nunca pido ayuda para nada, siempre me la arreglé sola, desde muy chica. Tengo otro hijo y no le pido ayuda a nadie ni con eso ni con nada.” M vive con su hijo de 5 años y su abuela. Viven de la pensión de ésta última y algún trabajo ocasional de M, quien piensa gestionar un plan “jefas de hogar”, pero dice que no se lo van a dar, y que ni le importa. Se le preguntó sobre el no pedir ayuda, y dijo que no se puede esperar nada de nadie, que la única que la ayudaba era su mamá, quien falleció hace diez años. Cuando se le preguntó por cómo se las arregló frente a esta muerte, dijo que allí empezó a consumir: “me siento bien, me hace bien, nunca tuve historia con eso. Si quiero tomo y si no quiero no tomo, eso no es un problema. Aparte estoy podrida que lo único que me preguntan acá es si me drogo”. Lo dijo muy defendida, entonces decidí, al menos por ese momento, no seguir por ahí, para no quedar ligada a quienes la interrogaban en tanto homicida. Se le preguntó por su padre, y refirió: “es un borracho, cada tanto aparece para pedirme plata y nada más. Nunca vivió con nosotras, mi mamá no lo quería en casa porque era violento, pero yo ni me acuerdo”. Dijo que se quería ir, que se iba a escapar porque no aguantaba estar ahí sin saber por cuánto tiempo iba a tener que hacerlo. M sabía que tenía que esperar el resultado de la autopsia, y también que se le podía complicar su causa penal si se escapaba, pero decía que nada de esto le importaba. Que quería ir a su casa, ver a su hijo y estar tranquila. Intervine diciendo que cuando uno decide hacer algo, eso tiene consecuencias. Me miró con una expresión de desacuerdo y me dijo que no le importaba. Le creí, M no tiene mucho registro de la consecuencia de los actos, al menos no lo puede calcular previamente, lo que no significa que no tenga marcas posteriores.

También hablamos con la custodia y dejamos asentado en la Historia Clínica que M podía salir a caminar y a fumar tres o cuatro veces por día por el jardín del Hospital. Por supuesto, acompañada por su custodia, pero esta parte de la prescripción no era nuestra, sino del juez. M nos agradeció, pero nos transmitía con sus gestos que con esto no alcanzaba. Le dijimos que la parte legal nos trascendía también a nosotras.

Al día siguiente volví sola a verla. Siguió hablando, contó un sueño de angustia que pudo relacionar con el episodio de la guardia. Esta relación no fue sin que se le preste algo de escucha. Me preguntó si tendría que ir a una psicóloga, porque hay cosas que no habla con nadie y refiere haberse sentido a gusto hablando. Esto fue un jueves, yo no venía al Hospital hasta el

martes. Le dije que volvería la semana siguiente a verla. Fui el martes y al entrar al servicio, vi otra chica en su cama. M se había escapado el viernes. La enfermera dijo “esa se escapó, la tendrían que haber mandado a la cárcel directo, por haber matado al chico, ahora no la van a agarrar más”.

Hasta acá, la viñeta.

En la práctica hospitalaria cada vez más nos encontramos con los llamados “casos sociales” y los pedidos de interconsultas no están ajenos a esto. De allí que pensar la especificidad de la intervención analítica, como lo que vendría a restituir el acto médico, es insuficiente. El Estado del Arte sobre la IC da cuenta de un discurso médico que posee un saber; y su envés es un paciente que subjetivamente vacila ante su nueva condición de enfermo. Bastaría entonces, con poder escuchar lo que al médico se le escapa, e intervenir allí, para que las cosas puedan funcionar.

Hoy, el mecanismo de exclusión, no tiene un discurso claro. En términos de Ignacio Lewkowicz, “La exclusión actual es eminentemente pragmática, procede sin discursos. Es ésta una operación pura de la violencia. Hoy estas prácticas se han deslocalizado y de ahí que haya fenómenos que cobren cierta espectacularidad, para hacerse un lugar en el mundo de la imagen.”[i] Los dispositivos no son de normalización sino de atomización. Es muy frecuente escuchar en la sala de internación del Hospital, pacientes que cuando se les pregunta por quién es su médico, dicen cosas tales como “a veces viene un morocho alto, otras veces una señora grande, rubia”. Se desdibujó el referente del médico tratante, puede ser cualquiera. Esta fragmentación “cualquier médico, cualquier paciente”, se lee también en las Historias Clínicas. Claro que esto no es sin consecuencias en la constitución de subjetividad.

Lacán escribió a fines de los años 60 sobre el discurso capitalista: es la promoción de un sujeto sin marcas, un individuo anónimo, para quien todo se habría vuelto posible. A esto Lacán lo llamó castración forcluida. Hoy evidenciamos el fracaso de este sueño de consumismo pos moderno: hoy la barra no cae sobre el sujeto, sino sobre los cuerpos de los individuos. Ernesto Sinastra dice “en la práctica psicoanalítica lo comprobamos: cuerpos barridos en lugar de sujetos barrados”. [ii]

Este caso nos habla del trauma de la civilización. En la época del Otro que no existe, el trauma se ha generalizado. En un sentido, que el trauma sea sexual, lo hace generalizado. Pero hoy el sujeto está acuciado por la violencia, la pérdida de ideales y la segregación. Siguiendo a Eric Laurent, ya no se trata del malestar en la civilización, sino que el trauma es la civilización de nuestro tiempo.

La clínica contemporánea, pone en evidencia nuevas modalidades de goce, síntomas que no se organizan alrededor del Nombre del Padre, y que dejan al sujeto cada vez más desamarrado del lazo al Otro y librado a lo mortífero del goce pulsional. ¿Qué hará el analista con estos hijos del trauma? ¿Qué hacer con estos “sobrevivientes”, como M, apostando a otra salida más digna que la que pueden representarse, tanto en lo subjetivo como en lo social?

Es sabido que la clínica nos convoca a pensar las tensiones entre lo colectivo y lo individual, es decir, la tensión entre la subjetividad de la época y el campo de la singularidad. Esto está más presente en la modalidad de presentación clínica de algunos pacientes, como el caso que nos convoca, que están refugiados en cierta marginalidad, y haciéndose un lugar entre el desamparo y la precarización de lazos sociales. Posición subjetiva que en algunos casos queda emparentada con cierto Ideal, y de ahí la dificultad de poder conmoerlo. Esto que podemos pensar como cierta desimplicación subjetiva, refugiada en la marginalidad, va dejando al sujeto con una suerte de inmovilidad que se expresa en una llamativa pobreza de recursos simbólicos. El desafío es cómo acoger la subjetividad de la época sin contribuir a la desresponsabilización subjetiva.

Si pensamos que la subjetividad de M está ligada a la exclusión y a lo marginal, en el hospital se estaba reproduciendo, tal vez a mayor escala, esto que ocurría afuera. El escenario hospitalario estaba compuesto por policías, médicos y enfermeras que la

llamaban "la homicida". Creí necesario hacer explícita la separación que mi campo de intervención y de escucha tiene con el discurso jurídico que no se la estaba interrogando ni juzgando, como hasta ahora sí había ocurrido; y acá la pregunta ¿qué pasó? cobraba otro sentido, intentando que algo de la responsabilidad del sujeto aparezca, pero apelando no a la culpa, sino a que pueda ubicarse como sujeto activo en eso ocurrido y tal vez algo se pueda inscribir. Desde la práctica del psicoanálisis pensamos que en nada ayudamos a un sujeto si contribuimos a que se refugie en los signos colectivos. Al contrario, es el horizonte ético propiciar el honor de la interrogación sobre las condiciones de satisfacción, que se pueda sostener la vergüenza necesaria para cuestionar su relación con los significantes amo. Ahora, ¿cómo apostar, en el corto tiempo de la interconsulta, a otra salida más digna que la del sobreviviente de la masacre? En estos casos, donde a veces la neutralidad se encuentra algo amenazada, debemos estar advertidos y ubicarnos como analistas y no como representantes de la OMS.

NOTAS

[i] Lewkowicz, Ignacio: "Una imagen de nuestra violencia", Pensar sin Estado, Paidós, Bs. As., 2004

[ii] Sinatra, Ernesto: "A identificaciones líquidas, adicciones sólidas", Enlaces 13, Grama, Bs. As., 2008

BIBLIOGRAFÍA

BELAGA, G. (comp): "La urgencia generalizada. Ciencia, política y clínica del trauma". Grama, Bs. As., 2008

BELAGA, G. (comp): "La urgencia generalizada. La práctica en el Hospital". Grama, Bs. As., 2006

LAURENT, E.: "El revés del trauma", en Virtualia no. 6. Publicación web

TORRES, M. "Todos contra la pared en la civilización del trauma" Revista Enlaces No. 11, Grama Ediciones, Bs. As., 2006

BERWALD, DUJOVNE y EIBUSZYC: Artículos sobre interconsulta, en "Psicoanálisis y el Hospital", No. 8. Bs. As., 1996

LEWCOWICZ, I.: "Pensar sin Estado", Paidós, Bs. As., 2004

SINATRA, E.: "A identificaciones líquidas, adicciones sólidas", Enlaces No. 13, Grama Ediciones, Bs. As., 2008