

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2017.

# **Psicoanálisis e interconsulta en un hospital público de CABA.**

Pena, Federico, Carmio, Natali, Solari,  
Alejandrina y Alvarez, Daiana Carolina.

Cita:

Pena, Federico, Carmio, Natali, Solari, Alejandrina y Alvarez, Daiana Carolina (2017). *Psicoanálisis e interconsulta en un hospital público de CABA. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/276>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/Cbs>

*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>.*

# PSICOANÁLISIS E INTERCONSULTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA

Pena, Federico; Carmio, Natali; Solari, Alejandrina; Alvarez, Daiana Carolina  
Hospital Ramos Mejía. Argentina

---

## RESUMEN

A partir de la presentación de un caso atendido en un Hospital Público de CABA, el presente trabajo pretende dar cuenta de la complejidad del dispositivo de interconsulta y de las particularidades que el mismo conlleva en relación a otros en los que nos vemos insertos en nuestra práctica profesional. Se intenta a su vez arribar a un recorrido teórico, desde una lectura psicoanalítica, acerca del cuerpo en tanto afectado por un decir; partiendo de los primeros escritos de Freud sobre las parálisis histéricas hacia los desarrollos de Lacan, en tanto cuerpo como superficie agujereada.

## Palabras clave

Psicoanálisis, Cuerpo, Interconsulta, Interdisciplina

## ABSTRACT

### PSYCHOANALYSIS AND INTERCONSULTATION

From the presentation of a case attended at a Public Hospital of CABA, the present paper aims to give an account of the complexity of the consultation device and of the particularities that it entails in relation to others in which we see ourselves inserted in our professional practice. Attempts are made to arrive at a theoretical journey, from a psychoanalytic perspective, about the body as affected by a saying; Starting from the first writings of Freud on the hysterical paralyzes towards the developments of Lacan, as body as a pierced surface.

## Key words

Psychoanalysis, Body, Interconsultation, Interdiscipline

## Introducción

A lo largo de este trabajo se intentará realizar un recorrido que de cuenta del trabajo realizado en el dispositivo de interconsulta llevado a cabo en el servicio de Salud Mental de un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires; un dispositivo nuevo para la mayoría de profesionales que se insertan en éste -la mayoría de ellos residentes- que con sus tiempos particulares, las patologías peculiares que surgen de un ensamble distinto entre lo anímico y lo corporal, plantean interrogantes particulares y modos específicos de intervención.

En primer lugar, el trabajo de Interconsulta requiere de un posicionamiento diferente en aquellos que la llevan a cabo: el psicólogo se verá inserto en las distintas salas del hospital y dialogando con otros discursos. Por su parte, el médico tendrá que realizar una lectura del pedido de interconsulta antes de responder desde la especificidad de su saber como psiquiatra interconsultor. Ambos, en una práctica que no es la convencional desarrollada dentro de las

paredes de los consultorios externos, ni la de la internación psiquiátrica o la urgencia de una guardia deberán trabajar en interlocución con otros discursos, saberes y actores.

A continuación presentaremos el caso de una paciente atendida por un equipo interdisciplinario de salud mental internada en una sala de clínica médica de un hospital general de CABA.

Como es habitual en nuestro campo, se suman distintos factores, lo social ocupa en este caso un papel que, si no preponderante, no puede dejarse de lado.

Por otro lado, hay una cuestión de suma dificultad diagnóstica, no sólo desde nuestra especialidad, sino también desde los aspectos clínicos de la paciente, por lo que nunca fue muy clara la interrelación existente entre el padecimiento clínico y objetivable con algo que pudiera pensarse al nivel de la salud mental.

Se pensaron a lo largo del tiempo de las internaciones, repetidas y prolongadas, diversos diagnósticos que nunca llegan en sí mismos a dar cuenta de la situación total de la paciente. En este caso la ruleta de las incumbencias parece girar desde la urgencia clínica, hacia una patología de base psiquiátrica, de allí nuevamente hacia la gravedad clínica, con el paso - ya obligado - por salud mental, para terminar finalmente en un problema de vulnerabilidad social de difícil resolución. Una aclaración que vale la pena formular, si ponemos el eje, si vamos a ponerlo, en el valor que la noción del cuerpo puede tener para realizar un diagnóstico es también porque lo que se lleva adelante en el caso presentado no es un tratamiento en los términos habituales del término.

## Acerca de L.

1. es una paciente de 49 años que ingresa a la guardia desde su domicilio, en el cual vivía sola, por un cuadro de diarrea crónica, insuficiencia renal aguda y descompensación de su cuadro de diabetes. El laboratorio de ese momento presentaba alteraciones significativas que implicaban una urgencia médica debido a la posibilidad de arritmias cardíacas, infartos y parálisis de los músculos respiratorios.

En estas circunstancias, los médicos clínicos de la guardia piden la intervención del servicio de salud mental debido a las condiciones de su vivienda y el estado general de la paciente, las cuales según los dichos del personal de SAME y del hermano de la paciente, se encontraba en estado de absoluto abandono, en malas condiciones de higiene, habiendo incluso materia fecal en la habitación donde dormía la paciente. Es parte de ese estado general de abandono lo que lleva a los clínicos, y a nosotros mismos, a pensar en la posibilidad de alguna patología psiquiátrica de base, lo veremos.

En ese momento, el estado clínico de la paciente no hacía posible una entrevista por lo que se indica que la interconsulta sea reitera-

da una vez que el cuadro clínico fuera estabilizado. Posteriormente es internada en clínica médica y es allí donde concurrimos a verla y pudimos hablar con ella por primera vez. Hay algo de lo que es dado a ver de ese cuerpo como imagen que nos resultaba llamativo, impresionaba, para decirlo de una vez -por su marcado deterioro - una edad más avanzada con una marcada alopecia y pérdida de varias piezas dentales.

Al hablar con la paciente sobre su situación actual, L. nos cuenta que en el verano del año 2016, encontrándose de vacaciones con la familia de su hermano, luego de una caída desde una escalera, sufre una fractura de tibia y peroné derecho. Dicha fractura amerita una internación donde se le pone un yeso y se le indica seguimiento ambulatorio. Ahora bien, al llegar la paciente al hospital se evidencia que nunca realizó dicho seguimiento y que incluso en ese momento, 7 meses luego de acaecida la fractura, tenía aún el yeso. Al preguntarle a la paciente sobre esto, sus respuestas, si bien son coherentes en su sentido formal, resultan imprecisas, parecen desafectivizadas, con cierta distancia respecto a la situación, da respuestas parciales, como si, de algún modo, no la afectara.

Al momento de ser internada L. vivía sola desde hacía ya varios años, aunque cuenta que se dedicó al cuidado de su madre hasta su fallecimiento. Actualmente, y desde el 2012 aproximadamente no trabaja, a la vez, su último trabajo formal fue hace 10 años aproximadamente. A su vez, es de destacar el desarraigo social de la paciente, la misma no cuenta con amistades de ningún tipo lo que convierte a su hermano en el único referente externo.

Tras algunos estudios sobre L., clínica médica no encuentra causas para la debilidad que le impide caminar atribuyéndole causa psicológica, lo que, sumado a la presentación de la paciente, por llamarlo de algún modo, nos es devuelto como demanda de resolución del caso, cuyo principal factor impresionaba ahora ser “de salud mental”. Ese primer contacto con la paciente no duró mucho más luego de que se pudo llevar adelante un alta asistida a través de la coordinación de los distintos profesionales intervinientes, su hermano, y un dispositivo de seguimiento ambulatorio.

Dos meses luego del alta, la paciente vuelve a ingresar a la guardia por un cuadro similar, y vuelve a cursar una internación hasta la actualidad.

La dueña del hotel donde estaba viviendo llama a SAME por el estado en que se encontraba la paciente. La paciente usaba pañales y no se movilizaba por sus propios medios, nadie se podía encargar de asistirle y la habitación se encontraba en muy malas condiciones de aseo general. En dicha ocasión, desde la sala se vuelve a solicitar la interconsulta con salud mental por sintomatología depresiva. Los médicos se referían con esto a cierta presentación que en la semiología psiquiátrica se denomina “negativa”, es decir no productiva, entiéndase por ello: hipobulia, hipotimia, anergia, apatía, pérdida de interés. El seguimiento del caso por parte del equipo de salud mental de interconsulta fue desde ese momento y hasta la actualidad asiduo. Si bien nos interesa remarcar que el dispositivo no fue el tradicional, y que el eje de este trabajo chapotea más próximo al diagnóstico que al tratamiento, también es cierto que se han ido logrando algunos cambios pequeños en la relación de la paciente con su situación, sobre todo a nivel del afecto y en la esfera volitiva. Su situación clínica de invalidez y deterioro notorio fue

tomando protagonismo en las entrevistas. L. comenzó a preocuparse por esto, a presentar temor ante posibles diagnósticos neurológicos que le impidan volver a caminar. El rechazo de su hermano la angustiaba y por momentos la enojaba. A su vez comenzó a manifestar interés por mejorar, ser auto válida y recuperar su vivienda. Actualmente, asiste dos veces por semana al gimnasio del hospital acompañada por una de las voluntarias del hospital, por sugerencia de su kinesiólogo, quien, a su vez, le realiza ejercicios para su rehabilitación varias veces a la semana. Comenzó a buscar asesoramiento jurídico para que la orienten sobre cómo intervenir legalmente para acceder a una de sus propiedades, ya que su hermano y ella son propietarios de dos departamentos que están en trámite sucesorio, actualmente su hermano vive en uno de ellos y alquila el otro.

#### *Sobre el diagnóstico*

Intentamos a continuación un breve resumen de la difícil interrelación en un hospital entre disciplinas a nivel del diagnóstico. Al presentar la paciente cierta “rareza” para los médicos clínicos, se desentienden cada vez más de la situación, descreen de sus dichos, desconfían de lo que su cuerpo sufre. Al ser la debilidad muscular en sus piernas la sintomatología que la paciente refería como más invalidante y, al mismo tiempo, la que de manera más directa impedía su autocuidado, dificultando consecuentemente la externación, y por lo tanto la que más condicionaba el cuadro actualmente, solicitamos una evaluación al servicio de neurología a pesar de que su médica tratante no creía que esa sintomatología fuese de origen anatómico. Luego de un estudio se comprueba que L. presenta signos de compromiso neurógeno crónico secundario al total abandono del tratamiento de su diabetes. Esto, sumado a las lesiones óseas sin atención médica, según lo refieren médicos de la sala, podría explicar su dificultad motora. A su vez, es de notar el grave empeoramiento del cuadro, que, como vimos previamente, no se reduce a la dificultad motora, por las escasas pautas de autocuidado de la paciente.

En el catálogo de los diagnósticos, y abocados ahora sí a lo psicopatológico, nos fue útil, por decirlo de algún modo, pensar a partir del concepto de psicosis ordinaria (que esta última en sí misma sea un diagnóstico no queda claro).

El concepto tiene la pretensión de definir cierto campo de la experiencia donde es imposible ubicar un desencadenamiento psicótico a la vez que la sintomatología presentada no tiene todo lo positivo de una psicosis vera, la psicosis, por decirlo de algún modo, no va de suyo. Miller sostiene que lo que buscamos en una psicosis ordinaria es, en términos de Lacan, “ese desorden en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto” (1957, p. 534) Miller sostiene, pedagógicamente, una triple pista para su discernimiento, sucintamente: una externalidad social, una externalidad corporal y, finalmente, una externalidad subjetiva.

#### *Psicoanálisis y Medicina*

Nos queda por abordar, no se nos escapa, la compleja relación del psicoanálisis con la medicina en cuanto al cuerpo se refiere - hay ahí una distancia - nos metimos de lleno en este asunto al proponer el caso de L. como disparador del pensamiento. El inicio de ese cor-

te podemos buscarlo en Freud ya en su texto “Estudios comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” (Freud, 1888-93), donde produce un quiebre sin vuelta atrás entre el cuerpo orgánico de la medicina y el cuerpo del psicoanálisis aún por venir. Allí, luego de distinguir las parálisis orgánicas de las histéricas, Freud se pregunta por su génesis, es decir, si la parálisis histérica desconoce la anatomía y “toma los órganos en el sentido vulgar, popular, del nombre que llevan: la pierna es la pierna hasta la inserción de la cadera, el brazo es la extremidad superior, tal y como se dibuja bajo los vestidos.” (Freud, 1888 - 1893, p.19). A qué responden, cuál es la naturaleza de la lesión, es una pregunta que motiva a Freud a postular finalmente la existencia de otro cuerpo, representacional. “El brazo [afectado por la parálisis histérica] se comporta como si no existiese para el juego de las asociaciones.” (Freud, óp. cit.) Esta distancia, lo vemos, es inaugural en el sentido fuerte del término. Lacan, en *Psicoanálisis y medicina* (Lacan, 1966) afirma que a partir de la incidencia de la tecnología biomédica se asiste a una modificación de la figura tradicional del médico que implica que “a partir de ahí la medicina desconoce tanto la estructura de la demanda como la dimensión gozante del cuerpo” (Leibson, 2014 p. 318). Es una diferencia que no deja de reproducirse, de marcarse cada vez. En Lacan la noción de cuerpo es, desde la conceptualización del estadio del espejo, cercana a su imagen, a lo imaginario como registro. Sin embargo hay algo ahí que no está garantizado, entre cuerpo e imagen no hay coincidencia, el cuerpo ciertamente no es su imagen; hay en la operación de construcción del cuerpo como propio algo caído de la imagen por operatoria del decir sobre el cuerpo. No hay adecuación de la imagen al cuerpo, sin embargo, hay ilusoria unidad a partir de la función de desconocimiento del yo. La introducción plena del objeto a en el seminario sobre la angustia es lo que permite pensar el cuerpo como superficie agujereada, hay lo que hay que perder para construir un cuerpo. El cuerpo del psicoanálisis es un cuerpo afectado por el decir. Las consecuencias de la introducción del anudamiento borramiento de los registros exceden ampliamente las intenciones de este escrito, no por ello queremos dejar de poner el acento en el hecho de que a partir de la modificación de los registros y su relación “el cuerpo, en tanto imaginario, aparece vinculado a la consistencia, pero por estar anudado participa del agujero (muerte en lo simbólico) y de la ex-sistencia (vida en lo real), quedando anudado y anudando la vida y la muerte” (Leibson, 2013, p. 367). Para que esa consistencia sea eficaz como cuerpo tiene que fundarse en una ausencia, “evoco acá lo que solemos plantear como borramiento de goce del cuerpo” (Leibson, 2005), si el goce es fuera de cuerpo, no hay allí equivalencia, hay más bien intervalo u holofrase. Ginette Raimbault, desde una lectura más cercana al campo de prácticas del cual nuestro caso es parte, plantea que “lo que es excluido del conocimiento del cuerpo por parte de la ciencia se refiere al ser vivo en tanto éste no es reducible a lo biológico. El cuerpo vivo es el de un ser que habita un lenguaje, en relación con una imagen del cuerpo específica (...)” (Raimbault, 1985, p. 27). Si retomamos el caso presentado brevemente, saltan a la vista algunas cuestiones, en primer lugar no hay en la presentación de la paciente fenómenos de lenguaje. No se evalúa, por otro lado, sintomatología psicótica en lo que a la semiología psiquiátrica respecta,

no hay allí alucinaciones ni delirios de ningún tipo, sin embargo hay algo que insiste, hay un cuerpo dejado de lado, un tanto suelto, caído de la investidura significativa, hay un cuerpo sin otros, despojado del lazo. Si planteamos que para el psicoanálisis el cuerpo en ninguna medida se lo es, tampoco se puede sostener sin más que sea algo que se tenga, la ficción de la propiedad del cuerpo no va de suyo, es un hecho del decir, hay allí un trabajo a ser realizado cada vez. Si es cierto que la dialéctica imaginaria y la función de desconocimiento estructural del yo nos llevan a pensar en una unidad corporal (Leibson, 2014), también lo es que esa función y esa apropiación ficticia del cuerpo no va de suyo. Ese es el punto crucial, si podemos decirlo así, del planteo presente. La relación del sujeto con el cuerpo conlleva un valor indicial inestimable a nivel del diagnóstico, y si bien esto es cierto en todos los casos, lo que intentamos rescatar es como frente a la ausencia de una fenomenología clásica en el sentido de la semiología psiquiátrica, o incluso de las nociones introducidas por Lacan en los años 50, el cuerpo - sobre todo a partir de la complejización que suponen la introducción del objeto a y el anudamiento de los registros - nos permite realizar alguna formalización del caso. La hipótesis diagnóstica que este recorrido nos permite pensar ubica entonces que en el caso de L. el cuerpo y el goce se holofrasean, no hay decir metafórico del goce, la ilusión de unidad corporal no se produce cabalmente, lo que trae dificultades en la apropiación del cuerpo, hay una potencia que no se efectúa.

#### *Algunas consideraciones de la interconsulta*

El caso presentado, siendo este siempre un breve recorte del mismo, refleja la complejidad que el dispositivo de interconsulta supone. Las múltiples variables y diferentes actores que se encuentran involucrados en la situación, remarcan la importancia del trabajo interdisciplinario del equipo interconsultor y del diálogo con otras especialidades. Este dispositivo es único en cuanto a la función del equipo de salud mental y a las estrategias e intervenciones que tiene que implementar para el abordaje del caso, diferente a la función desempeñada habitualmente tanto en consultorios externos como en la guardia.

En la clínica de la interconsulta, siguiendo a Pujó, nos encontramos cotidianamente con el descubrimiento de un cuerpo que desborda la noción de organismo: podemos pensar que toda enfermedad, por más orgánica que sea, confronta al sujeto con el dolor, el sufrimiento, la decadencia corporal, la eventualidad de la muerte. Podría pensarse que por nuestra parte, se trataría de intervenir tomando todas las variables del caso, ubicándonos en una posición de bisagra entre las distintas especialidades, teniendo en cuenta que más allá de la hiperespecialización y la fragmentación disciplinaria, el paciente es uno solo. Como plantea Uzorskys: “La subjetividad es un factor potencialmente decisivo que puede marcar el rumbo o definir la forma de cursar un proceso patológico en el organismo. Poder escuchar adecuadamente lo que sucede en la subjetividad es fundamental porque es el factor que decide sobre la manera que tiene cada sujeto de tomar a la enfermedad y de aceptar o no las indicaciones médicas” (2002. Pág. 99). No obstante, existe una abundante historia de intentos, encuentros y desencuentros en esta zona de borde conflictivo denominada interdisciplinaria.

Así, podríamos pensar que en la interconsulta no se trata sólo del paciente, sino que la misma se realiza en función de todos los actores intervinientes: médicos, familiares, trabajadores sociales, enfermeros, tomando en cuenta en cada caso qué fractura puede estar motivando el pedido, intentado reiniciar el diálogo cuando el mismo se ve interrumpido, facilitando el ejercicio de la función que cada actor desempeña.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Freud, S. (1888-93), "Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas". Tomo I (1873-1905). Madrid, España. Luis Lopez Ballesteros y De Torres. Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (1957-1958) "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", en *Escritos 2, Siglo XXI editores*, Bs. As. 1989.
- Lacan, J. (1966b) "Psicoanálisis y medicina", en *Intervenciones y textos*, Buenos Aires, Manantial, 1985.
- Leibson, L. (2005) *Pérdida del cuerpo en neurosis y psicosis*, Versión web: <http://www.acheronta.org/acheronta23/leibson.htm>
- Leibson, L. (2014). PARA UNA DIALÉCTICA DEL GOCE Y DEL CUERPO. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Leibson, L. (2013). EL CUERPO DEL PSICOANÁLISIS Y SU IMPROPIA LIBERTAD. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Leibson, L. (2016). LA PSICOSIS EN SU NUDO. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Miller, J.A. (2010) *El Caldero de la Escuela*, Nueva Serie, Número 14, Buenos Aires.
- Raimbault, G. (1985) *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*, Editorial Ariel, Barcelona.
- Uzorskis, B. (2002) "Clínica de la subjetividad en territorio médico", *Letra viva*, Buenos Aires.