

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Experiencias e interrogantes sobre lo “inter” en la interconsulta.

Vilares, Tomás.

Cita:

Vilares, Tomás (2022). *Experiencias e interrogantes sobre lo “inter” en la interconsulta. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/672>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/bUp>

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>.

EXPERIENCIAS E INTERROGANTES SOBRE LO “INTER” EN LA INTERCONSULTA

Vilares, Tomás

Municipalidad de Morón. Hospital O. B. de Lavignolle. Morón, Argentina.

RESUMEN

El trabajo se propone dar cuenta de algunas nociones centrales de la interconsulta “psi”, haciendo de lo interdisciplinario el eje principal para reflexionar al respecto del dispositivo. De esta forma, se partirá del recorrido por dos casos clínicos que se enmarcan en la experiencia recogida a través de la práctica como residente en el servicio de Salud Mental de un Hospital Municipal de la Provincia de Buenos Aires. Se ubicará a la función de la interconsulta desde un posicionamiento que tensiona el rol del agente de salud en una institución de salud pública con la ética del psicoanálisis como orientadora de la práctica clínica. Así, se desarrollará la interconsulta como una situación, en su atravesamiento clínico e institucional, que se diferencia de una consulta o evaluación por la especialidad precisamente por el trabajo interdisciplinario que requiere.

Palabras clave

Interconsulta “psi” - Interdisciplina - Psicoanálisis - Salud Pública

ABSTRACT

EXPERIENCES AND QUESTIONS ABOUT THE “INTER” IN THE INTERCONSULTATION

The work aims to account for some central notions of the “psi” interconsultation, making the interdisciplinary the main axis to reflect on the device. In this way, it will start from the tour of two clinical cases that are part of the experience gained through practice as a resident in the Mental Health service of a municipal hospital in the province of Buenos Aires. The interconsultation function will also be located from a position that stresses the role of the health agent in a public health institution with the ethics of psychoanalysis as a guide for clinical practice. Thus, the interconsultation will be developed as a situation, in its clinical and institutional traversal, that differs from a consultation or evaluation by the specialty precisely because of the interdisciplinary work that it requires.

Keywords

Interconsultation “psi” - Interdiscipline - Psychoanalysis - Public health

Introducción

El presente escrito tratará de trabajar nociones respecto del dispositivo de interconsulta a partir de mi experiencia como residente en un hospital municipal de la provincia de Buenos Aires. De esta forma, se enmarcará la función de la interconsulta “psi” en relación con la posición del *dobles agente*, designación que nombra el estar psicoanalista en las instituciones de salud pública (Mitre, 2018). Así también, se tratará de pensar el dispositivo desde la posibilidad de trabajar en lo “inter”, abriendo interrogantes acerca del trabajo interdisciplinario como lo propio del dispositivo. De este modo, no se hará hincapié en otras dimensiones posibles de la interconsulta como lo son las diferencias entre el cuerpo orgánico, objeto de estudio para la medicina, y la dimensión del cuerpo en psicoanálisis.

De este modo, la *interconsulta psi* como dispositivo se diferencia de una derivación o de una consulta entendida como pedido a que otra disciplina intervenga. En este punto, no se trataría de un pedido a otro especialista por detección de un fenómeno que es de un orden distinto a lo que una disciplina puede abarcar, sino que el mismo se da a partir de un *acto médico* que se ve impedido. Según Silvina Gamsie (2009): “Podríamos decir que, en la interconsulta está también en juego la restauración de un saber, el hecho de reinstalar al médico en su función. Llamados en los impasses del accionar médico, ahí donde algo no funciona, apuntamos a contribuir a que el médico pueda tomar las decisiones que le competen.” (pp. 12).

A continuación, se presentarán dos situaciones de interconsulta que servirán como punto de partida para desarrollar interrogantes sobre lo introducido en relación con la interconsulta.

Parir sin un padre

Solicitan intervención del servicio de Salud Mental desde el Centro Obstétrico, de parte del servicio de Tocoginecología llaman preguntando por alguien de Psicología. El pedido tiene carácter de “urgente” ya que se trata de una mujer 27 años que se encontraba en trabajo de parto. La médica comenta que la mujer llega sin acompañante con una orden derivada del consultorio de Alto Riesgo para finalizar su embarazo de 41 semanas de gestación. Nos refiere que la mujer tiene una actitud reticente al estudio de tacto: “no se deja revisar”, también comenta sobre su actitud general y con respecto al nacimiento: “está dura, no dice nada”. Sobre esto, la dificultad del equipo médico tiene que ver con que no logran que expliciten su voluntad en cuanto a la

decisión de inducir un parto o ir directamente a una cesárea. En este punto resulta interesante pensar ¿Dónde residiría la especificidad y la potencialidad de Salud Mental en esta situación? El equipo interdisciplinario que realiza el pedido claramente transmite una posición de respeto por la autonomía de la voluntad de la paciente, incluso en su accionar podría decirse que se inscribe en lo que se denomina el modelo del parto respetado y de Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Interviniendo ya allí médicas obstetras, ginecólogas, enfermeras y también “doulas” presentes para favorecer y acompañar el trabajo de parto ¿Cuál sería el aporte específico de nuestra disciplina *in situ* en una situación de trabajo de parto en medio del Centro Obstétrico?

En la conversación previa a la entrevista, la médica obstetra agrega que “parece no querer al bebé” y dice sobre esto: “lo único que dijo es que cuando salga quiere ponerse el implante”. Sin embargo, realizó durante el embarazo todos los controles necesarios. Hay dudas sobre su situación familiar, ante lo poco que refiere la paciente circulan posibles hipótesis, prejuicios podríamos decir: que pueda estar sin familia, trabajando en un taller clandestino o que esté en alguna situación de violencia. Nos presentamos con Claudia como parte del equipo de Salud Mental, nos tomamos tiempo con ella, nos ponemos cómodos: algo se genera de cierto aflojamiento en el clima de la conversación cuando para conversar con ella me siento en una pelota de ejercicios para trabajo de parto. Pienso que se produce allí el armado de una escena en la que sólo intervenimos con la palabra y eso pareciera que ya allí dispone otra cosa. Claudia cuenta que es de Bolivia, hace varios años está en Argentina, trabaja en local de ropa, tiene hermanos acá y más familia en su país de origen. Comenta que es su primer embarazo, y se angustia rápidamente hablando del “padre” de su bebé, dice que no cuenta con él, que terminaron la relación cuando quedó embarazada, y que no se va a hacer cargo, que su embarazo lo llevó sola. Le preguntamos qué es lo que la angustia ahora y refiere que la pone mal que su bebé “nazca sin un padre”. Comenta que el embarazo no fue buscado, que se asustó porque era algo no esperado, pero refiere haberlo deseado desde el primer momento. Se le devuelve que esta angustia quizás es lo que hace que se encuentre tan rígida, y también le señalamos que hay mucha familia que está esperando a Mauro, el nombre del bebé que ella le puso. Refiere además del momento que le da miedo el dolor, que quisiera despertarse y que ya esté el bebé con ella. Se le devuelve que va a haber algo de dolor pero que si logra estar más tranquila eso va a ayudar, y que todo va a ser teniendo en cuenta su preferencia y de la manera en que ella decida. Termina diciendo que ella quiere intentar el parto y si no se puede, hacer cesárea. De su familia dice que están trabajando, que quiere que la acompañen, pero después de la internación, ya que son muy nerviosos y no ayudarían a que esté más tranquila. Sobre del tacto, le decimos que puede elegir quien se lo realice pero que es en favor de ella y su bebé, dice que igual no conoce a

ninguna, le decimos que quizás es cuestión de que les charle un poco más... se ríe. Comenta que estudiaba enfermería y que dejó por la plata, que le interesa retomar, quizás cuando el bebé le permita. Dice que se quiere poner el implante, ya que antes no se cuidaba. Luego de una entrevista bastante extensa Claudia había explicitado sus decisiones.

Comentamos nuestras impresiones y la voluntad de la paciente a las médicas del Centro Obstétrico, ante lo cual deciden que en su parto no debería haber mucha gente, “que sea más íntimo” dicen. Minutos más tarde, mientras evolucionábamos una médica destaca que había comenzado a mejorar el trabajo de parto, le estaban pasando oxitocina desde hace unas horas. Como lectura a posteriori se podría hipotetizar sobre ciertos efectos en la paciente por el hecho de haber podido hablar: liberación de angustia y reconocimiento de un deseo que podría haber dispuesto al cuerpo de otro modo para recibir a su bebé.

Considero que en este caso es posible ubicar el punto de urgencia y el acto médico impedido en el equipo médico del Centro Obstétrico que, ante el silencio de la paciente, no puede avanzar en su accionar. De esta forma, podría pensarse en este caso que la aparición de la angustia y de la subjetividad en juego, restituida mediante la intervención *psi*, permite *restituir a las médicas en su función*. No sólo porque con nuestro aporte disciplinar las médicas pueden recoger el consentimiento de la paciente, sino por la toma de decisión posterior del equipo en cuanto a cómo encarar el parto. A su vez me pregunto ¿Qué fue aquello que pudo causar el decir en una paciente tan imposibilitada por el temor y la angustia? Sobre esto pienso que el valor de la intervención *psi* radica en principio en el ofrecimiento de una escucha desprejuiciada y *hospitalaria* (Derrida, 2000). Escucha vaciada y disponible, que en tanto no demanda nada a priori, posibilita cierto gesto *hospitalario* que se produce en acto. Pienso que además en el caso, se introduce en la *situación de interconsulta* algo de la dimensión de una falta que causa la tarea en el equipo médico, posibilitado esto por la posición extima, de *doble agente*, no identificada del todo a los ideales de la institución (Mitre, 2018).

Silencios que no cuidan

En un caso de un paciente internado que aun no sabía de su reciente diagnóstico de cáncer de grado avanzado y con metástasis, sus hijos, por temor a que no lo tolere, solicitan al equipo médico que él no sea informado por el momento. Esto fue tras haber escuchado en los días previos dichos de su padre que les preocuparon mucho: “si me dicen que tengo cáncer ya está...” y que el día que les causara molestias se iba a matar. Ante esto, el equipo médico decide demorar la comunicación del diagnóstico e interconsultar al equipo de Psicooncología del servicio de Salud Mental. De la entrevista con el paciente la lectura de nuestra parte es que por su nivel de angustia y por sus dichos, si bien no conoce su diagnóstico preciso, él presiente que tiene algo muy grave. Se transmite a la familia el derecho del paciente

a conocer explícitamente lo que tiene y se pregunta a los hijos por cómo ellos están “tolerando” el diagnóstico. Efectivamente algunos de sus hijos estaban muy movilizados y atemorizados por la posible reacción de su padre. Luego de algunos días, la médica clínica que lo trata nos comenta que la familia había cambiado la postura y que había preguntado si el equipo de Psicooncología podía estar presente en el momento de comunicar el diagnóstico al paciente, pedido al que se accede. De este modo, ese mismo día la médica le transmite el diagnóstico en presencia de los familiares, partiendo desde el saber del paciente, despejando sus dudas y dándole toda la información que se dispone al momento. El equipo se encuentra presente en ese momento acompañando y se realiza luego entrevista en conjunto con la médica. Se trabaja con él su motivo de angustia: “no quiere molestar a nadie”, la idea de matarse se asocia a ser una carga, y a su vez se visibiliza el dolor por la posibilidad de dejar a sus hijos solos. Como si el silencio sobre la enfermedad hubiera tenido para sus hijos el sentido de cuidar al padre, y su vez para el padre, cuidar a sus hijos del hecho de ser una molestia. A partir de despejar esto tan angustiante se produce cierto alivio, tanto en el paciente como en los familiares. Así, se pasa a conversar con él sobre la enfermedad que hay y de sus posibilidades, no de tratamiento, pero si vinculadas a la calidad de vida: del manejo del dolor, de los rescates, de la alimentación, y se permite a sí mismo pedir que lo atiendan mejor a la noche para poder descansar. A los pocos días se va de alta.

En relación con este caso, Benjamín Uzorkis (2002), sobre uno de los aspectos de la interconsulta señala:

“La cuestión es que el médico se enfrenta aquí con su propia angustia: los límites de su accionar y la muerte como tope universal. Aun así es preciso que informe cara a cara y que incluso reconozca lo difícil de esta tarea, explicando también que por eso considera necesario que intervenga otro profesional para colaborar asistiendo, en cuanto a su subjetividad, al paciente y/o a los familiares.” (pp. 140).

En este caso, es destacable que los médicos hicieron lugar al pedido de la familia, ponen en suspenso la comunicación del diagnóstico médico y realizan la interconsulta. Es interesante que el pedido no lleva consigo la demanda hacia Salud Mental para que comunique el diagnóstico, en ningún momento se desligan de este acto médico, si no que perciben que hay en juego algo de un orden distinto a su saber específico. Algo que los supera en determinado punto, suponen un saber a salud mental al respecto y en todo caso resulta en una invitación a otro saber para pensar la situación en su singularidad. En este punto, es interesante pensar a la interdisciplina como una apuesta y un posicionamiento, que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas disciplinares (Stolkiner, 2005). Tomando este aspecto en relación con la interconsulta como dispositivo, Juan Criscaut (2000) sostiene que el personal médico es el *objetivo mediato* del interconsultor *psí*, siendo el paciente el *objetivo inmediato*. De este modo, se posibilita pensar *lo inter* como cues-

tion fundamental en la interconsulta, ya que es con el equipo médico con quienes se realiza una tarea extendida en el tiempo, ósea el *objetivo mediato*. (Criscaut, 2000).

Interrogantes finales

¿Cómo pensar lo interdisciplinario en este tipo de situaciones? ¿Se trataría de capacitar al médico en cuestiones de Salud Mental? ¿Podríamos hacernos cargo de transmitir un saber cerrado sobre, por ejemplo, cómo amortiguar la angustia ante una mala noticia? ¿A quién se acompaña en esos casos? ¿De quién es la angustia? Seguramente que no se trata solo de la angustia de los pacientes y familiares. En este punto, pienso que la posibilidad de que se haga lugar a la subjetividad en juego de cierto modo, lejos de ser un obstáculo para el accionar médico opera como una potencialidad para la práctica *interdisciplinaria*. Así, podría pensarse que el médico que acuerda y solicita que Salud Mental acompañe el momento de decir determinado diagnóstico visibiliza algo del orden de la subjetividad y de la angustia, por lo general excluida del accionar de la medicina. Algo de esto da cuenta, a su vez, de lo que Criscaut expone como *transferencia de trabajo* en la interconsulta, ubica que no se trata de interpretar al médico si no de: “saber traducir nuestro conocimiento sobre la situación en palabras, gestos, sugerencias, actos... que permitan al médico resolver, favorecido por nuestra inclusión en su campo operativo, lo que trababa su acto médico.” (Criscaut, 2000).

Retomando algunos interrogantes ¿Cómo se podría pensar *lo inter* en la interconsulta? ¿De qué forma reestablecer el acto médico? ¿Cómo pensar *lo inter* sin perder especificidad disciplinar y sin caer en posición de auxiliar de la medicina? Sin dudas no se trata solo de situar el malestar o la imposibilidad en la tarea médica, ni de un aporte disciplinar que no dialogue con otra especialidad. Sino que se trataría de lo interdisciplinario como un posicionamiento que, desde el saber propio, pueda hacer lugar a otro saber y dialogue a partir de la situación problemática. En el primer caso, por ejemplo, considero importante situar que es por medio del trabajo *psí* con la paciente y con los efectos subjetivos producidos, que luego eso habilitó el encuentro *inter* y el restablecimiento del acto médico. En todo ese recorrido es posible ubicar la *situación* de interconsulta en su complejidad, poniendo el acento en su carácter interdisciplinario.

Considero que la interconsulta es un dispositivo que permite ubicar el límite propio en cada disciplina y, por tanto, reconocer en la práctica clínica que ningún saber es acabado. Lo cual implica un movimiento necesario que es cada vez y en cada caso, en favor de cierto des-disciplinamiento del saber. Lo que aportaría a la generación de lazos de trabajo y a la posibilidad de establecer contactos situacionales entre las herramientas disciplinares a partir de pensar a las problemáticas en su singularidad, en favor de promover lecturas complejas y prácticas integrales en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Criscaut, J. (2000) "Una guía básica para la interconsulta". En *Clepios, una revista para residentes de salud mental. Volumen VI. N° 4*. Buenos Aires. P. 189-192
- Derrida, A., Dufourmantelle, A. (2000) "*La hospitalidad*". Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Gamsie (2009) Capítulo I: "La interconsulta: una práctica del malestar". En *La interconsulta una práctica del malestar*. Buenos aires: Del Seminario.
- Mitre, J. (2018) "*El analista y lo social*." Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Stolkiner, A. (2005) "Interdisciplina y Salud Mental". En "*IX Jornadas Nacionales de Salud Mental; I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en La Argentina de Hoy*". Posadas. Misiones. Argentina. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/inter.pdf>
- Uzorkis, B. (2002) "*Clínica de la subjetividad en territorio médico*". Buenos Aires: Letra Viva Editorial.