

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

## **Pasajes fecundos entre medicina y psicoanálisis.**

Machado, Maria Ines, Semeñiuk, María Luz, Ledesma, Carolina, Amar Aldao, Maria Florencia, Gonzalez, Pablo Alejandro, Franco, Maria Florencia, Beroli, Carolina Noelia, Vitale, Valentina y Botto, Karina Mariana.

Cita:

Machado, Maria Ines, Semeñiuk, María Luz, Ledesma, Carolina, Amar Aldao, Maria Florencia, Gonzalez, Pablo Alejandro, Franco, Maria Florencia, Beroli, Carolina Noelia, Vitale, Valentina y Botto, Karina Mariana (2019). *Pasajes fecundos entre medicina y psicoanálisis. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/446>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/bzk>

*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>.*

# PASAJES FECUNDOS ENTRE MEDICINA Y PSICOANÁLISIS

Machado, Maria Ines; Semeñiuk, María Luz; Ledesma, Carolina; Amar Aldao, Maria Florencia; Gonzalez, Pablo Alejandro; Franco, Maria Florencia; Beroli, Carolina Noelia; Vitale, Valentina; Botto, Karina Mariana  
Hospital Zonal General de Agudos Mario Larrain. Argentina

## RESUMEN

El siguiente escrito tiene como objetivo presentar los inicios del proyecto interdisciplinario entre los servicios de Traumatología y de Psicología de un hospital general. Dicho proyecto tuvo como disparador la realización de un ateneo interservicios en el año 2017, por pedido de los médicos. La demanda giraba en torno a cómo mejorar la comunicación con los pacientes, obstaculizada principalmente en los casos de posible amputación. Se delimitan dos líneas de trabajo: a) intervención en casos de pre o pos amputación mediante el dispositivo de la interconsulta y b) entrevista semiestructurada luego de los pasajes de sala. Se presentarán algunos resultados preliminares, pero sobre todo se subrayará lo que enseña una experiencia como esta a quienes desde el psicoanálisis apostamos por incursionar en terrenos de carácter casi exclusivos médicos. En tanto, nos obliga a repensar los fundamentos mismos del psicoanálisis, lo que hace a su diferencia no sólo como terapéutica sino como praxis, ubicar sus limitaciones así como sus principales aportes a partir del entrecruzamiento discursivo que se produce. En fin, resaltar los pasajes fecundos que la clínica obliga entre ambos discursos.

## Palabras clave

Psicoanálisis - Traumatología - Medicina - Cuerpo

## ABSTRACT

FECUND PASSAGES BETWEEN MEDICINE AND PSYCHOANALYSIS  
The following work aims to present the beginnings of the interdisciplinary project between the Traumatology and Psychology services of a general hospital. This project had as beginning the realization of an inter-service athenaeum in the year 2017, at the request of the doctors. The demand revolved around how to improve communication with patients, hindered mainly in cases of possible amputation. Two lines of work are delineated: a) intervention in cases of pre or post amputation through the interconsultation device and b) semi-structured interview after the room passages. Some preliminary results will be presented, but most of all, what an experience like this teaches will be emphasized to those who, from psychoanalysis, are committed to entering areas of a nature that are almost exclusively medical. Meanwhile, it forces us to rethink the foundations of psychoanalysis, what makes its difference not only as therapeutic but as praxis, to locate its limitations as well as its main contributions from the discursive interweaving that takes place.

Finally, highlight the fecund passages that the clinic requires between both discourses.

## Key words

Psychoanalysis - Traumatology - Medicine - Body

## Introducción

El siguiente escrito tiene como propósito dar cuenta de los inicios de un proyecto interdisciplinario entre los servicios de Traumatología y Psicología del Hospital General, que se ha asentado en una sostenida tarea de interconsulta que ya lleva varios años. Dicho proyecto tuvo como punto de inicio la realización de un ateneo entre ambos servicios en el año 2017, por pedido de los médicos traumatólogos. La demanda giraba en torno a cómo mejorar la comunicación con los pacientes, obstaculizada principalmente en los casos de posible amputación.

Esta dificultad se veía reflejada en los pedidos de interconsulta, donde los residentes de dicho servicio se veían interpelados subjetivamente por el modo de comunicar las intervenciones mayormente quirúrgicas- y por las repercusiones psíquicas que podrían conllevar las mismas en los pacientes. Frente a dicha demanda se conformó un espacio de investigación en el cual hubo que especificar tanto los objetivos como la metodología de abordaje respecto de un terreno desconocido en el cual se fueron ensayando distintas apuestas hasta hallar su formato actual. De este primer encuentro se recortaron dos líneas de trabajo. La primera, se trabajaría con pacientes pre o post amputados en el marco de la interconsulta, es decir, con aquellos que estuvieran internados previo a una posible amputación o posterior a ella y que presentaran un “penar de más” respecto de la situación de internación y/o tratamiento según los médicos. La segunda forma de abordar el problema sería mediante una entrevista semiestructurada a realizar a todos los pacientes internados en las Salas de Traumatología y Ortopedia, ya que entendimos que la inquietud sobre la comunicación iba más allá de los pacientes amputados.

Ambas líneas se entrecruzaban, las posiciones al interior del equipo médico eran dispares respecto al malestar devenido del malentendido estructural que implica la comunicación y que tenía como efecto enojo, frustración, decepción. Incluso para algunos, los psicólogos deberían convencer al paciente que la amputación era la mejor opción para mejorar su calidad de vida, mientras que otros lo ponían en duda.

Nos dedicaremos inicialmente a presentar los resultados de

esta segunda línea de trabajo, para luego a partir de dos viñetas clínicas derivadas de la primera, poder arribar a algunas conclusiones preliminares sobre el imposible de la comunicación, lo fecundo de la transferencia y lo que estas experiencias nos aportan a quienes trabajamos desde el psicoanálisis.

### **PASAJE DE SALA: estrategia de comunicación.**

Desde finales del siglo XVIII el hospital es visto como un dispositivo esencial para la producción y trasmisión del conocimiento médico. En ese contexto tienen lugar “los pasajes de sala”, espacio en el que se encuentran médicos, pacientes y médicos residentes en formación y donde se pone en relieve la tensión estructurante entre la dimensión científico-racional y la dimensión humano-pasional que O. Bonet trabaja en su artículo “saber y sentir” (Bonnet, 1999). Desde la antropología, define esa tensión estructurante como una posición dividida entre lo que deben “hacer” para *saber* y lo que *sienten* al “hacer”. *Saber* y *sentir*, es una manifestación de la tensión estructurante, que los sostiene, en la que se forman y la que, muchas veces, padecen. Allí adquiere importancia el “pasaje de sala” en la transmisión no sólo de conocimientos sino también de otros saberes no transmisibles en el aula (Gianassi y Durante, 2012), tales como las habilidades comunicacionales. Tiene como objetivo también mejorar la calidad de atención con los pacientes mediante este intercambio de información (Espinosa Brito, 1986).

Información, comunicación, producción y transmisión del conocimiento médico son aspectos heterogéneos no siempre conciliables.

Es así que, en la práctica siempre hay barreras u obstáculos que impiden el alcance de esos objetivos. Ya sea por defecto, exceso, distorsión o mala interpretación de la información que circula en el PS y/o con el médico de sala surgen “dificultades en la comunicación”. Desde nuestra perspectiva muchas veces esos obstáculos están ligados a la emergencia de la subjetividad del paciente en la relación con el médico, con el tratamiento o con la internación, irrumpiendo más allá de la objetividad pretendida. Otras veces es inverso, es la subjetividad del médico la que se interpone.

Las entrevistas semiestructuradas, las realizamos semanalmente entre los meses de marzo y junio de 2018, cada vez que finalizaron los pasajes de sala del equipo de traumatología. En los mismos, participamos ocasionalmente para conocer su lógica. El objetivo fundamental fue recoger y evaluar los efectos del Pasaje de Sala en los pacientes de la Sala de Traumatología. Es decir, poder conocer el impacto en los pacientes de ese dispositivo como forma de comunicación, tomando como referencia otros estudios similares (2015). Sorpresivamente, descubrimos que el 90% de los pacientes valora positivamente el Pasaje de Sala, otorgándole «seguridad», «confianza», «sentirse protegido». Para el 45% produce alivio e interés que los médicos hablen de su cuerpo/salud. Lejos de ser intimidante la cantidad de personas, sostienen además, en su mayoría, que es un espacio

donde es posible hacer preguntas, sea allí mismo o posteriormente junto al médico residente de la sala, con quien tienen un trato cotidiano.

Lejos de definirse o sentirse objetualizados, pasivizados, los pacientes como parte del discurso médico, lo complementan, demandando al médico en su lugar y su función, como bien trabaja Clauvel en “El orden Médico”. En suma, el Pasaje de Sala continúa siendo un exponente claro de lo que implica el discurso médico con sus alcances y limitaciones. Un dispositivo propio de la clínica de la mirada, en el que debe interrogarse la función de la palabra que la comunicación supone y qué puede aportar una clínica de la escucha a la que convocan.

### **Clínica de la escucha: sus aportes.**

Es interesante señalar que el 75% de las internaciones en la Sala de Traumatología no es programada, es decir, son producto de acontecimientos disruptivos para la persona (accidentes de tránsito, caseros, laborales, etc) que la llevan a pasar en un instante a la condición de enfermo y con efectos, generalmente, prolongados en su cotidianeidad. Si por ello podríamos considerar traumáticas estas presentaciones o la amputación misma, es una pregunta que nos obligó a revisar uno de los fundamentos del psicoanálisis, el trauma, cuestión que dejaremos para otro trabajo.

La inquietud por la comunicación con los pacientes, sobre todo en aquellos que se jugaba la realización de una amputación como nos habían manifestado, se abordó a través del dispositivo de la interconsulta, cuando algo de esta complementación se resquebrajaba. “La amputación es siempre un fracaso”, dicho de los médicos que da cuenta de lo que implica y los implica en muchos casos.

### Lo insostenible

Carlos, de 23 años, llega al hospital desde su país de origen para que le “salven la pierna”. Sufrió un accidente de tránsito y desde entonces fue intervenido nueve veces en distintos efectores sanitarios sin éxito. La interconsulta es enviada por el médico residente de traumatología, quien se percibe angustiado. Es Carlos quien le manifiesta estar cansado de lidiar con esto y le solicita la amputación, pedido que se le volvía insostenible, llevándolo a pensar y realizar diferentes estrategias para impedirlo “era muy joven para estar sin una pierna”. De este modo el acto médico se veía teñido de la subjetividad del residente, originando una serie de malentendidos comunicacionales que tanto a Carlos como a él le generaban malestar.

Finalmente, tras varios intentos por evitarla, la amputación se hizo inminente y hubo que concretarla. La pérdida de parte de su pierna moviliza toda la economía libidinal de Carlos y la angustia emergente pone en evidencia la vacilación fantasmática. Tras una vida de “arreglárselas solo y no tener que pedirle nada a nadie” pasar a ser “un inválido”. La escena del accidente cobra una nueva significación marcada ahora por el enojo hacia

el hombre que lo chocó, ya que nunca se hizo cargo del daño que le hizo.

Empieza a retornarle el rechazo en la mirada del Otro, el cual se ponía a jugar en la relación con los médicos y enfermeras, quienes “no le prestaban atención” y “le daban vueltas” a la hora de intervenir. Este rechazo parecía actualizar la relación con su padre, quien nunca le dio un lugar y que ahora aparece en su discurso. Esto permite que se vaya desplegando su historia familiar y lo reconecta con su padrastro, un hombre que sí le otorgó un lugar y con quien está interesado en vincularse más a partir de ahora.

En este punto el acompañamiento en la internación apuntó a cierta elaboración de la pérdida y a dialectizar el lugar de rechazado que el paciente se dirigía a ocupar.

Finalmente, en las últimas entrevistas comienza a emerger algo más deseante y puede, a partir de la palabra, vislumbrar su vida futura ligada a reponerse y concretar proyectos: tener su propio taller de mecánica, su propia casa y la compañía de su familia que reside en Argentina.

#### Lo imposible

Andrea de 58 años de edad llega al servicio de traumatología a causa de una infección en el pie, es diabética. La interconsulta es pedida por su negativa a querer amputarse el mismo. Los médicos se muestran preocupados debido a que la infección avanza rápidamente y es necesario cuanto antes efectuar dicha intervención.

En el primer encuentro, Andrea se negó a todo tipo de intercambio con Psicología. Su esposo la describe como una persona muy negativa desde siempre, profundizándose con la muerte de su hijo, ocurrida diecisiete años atrás “ya no le importa más nada, prefiere dejarse morir”. Dicho hijo era su preferido, se ahorcó, andaba con “mala junta”. Ubica que él pudo salir adelante gracias al cristianismo. El lugar que ocupó la religión en el discurso de Andrea y su familia fue determinante durante toda la internación.

Al segundo día, la paciente se mostró más predispuesta a hablar, aunque cuando bordea la muerte de su hijo la angustia es tal que se ve impedida de continuar. “Después de eso me dije a mi misma, para que voy a seguir con esto, ya no tengo ninguna razón más para vivir”. Refiere tres intentos de suicidio e intentos fallidos de tratamientos psicológicos que siempre abandonaba como los correspondientes a la diabetes. Se recorta el lugar especial de este hijo y un duelo no elaborado.

Antes de terminar esta entrevista, irrumpe en la habitación una de sus hijas, quien nos increpa por nuestro lugar allí. Al entrevistarla, ubica que su actitud negativa se debía a que estaba enojada con los médicos traumatólogos. El día anterior le habían dicho directamente a la madre y cuando se encontraba sola, la necesidad de amputar por la gravedad del caso. Se aclara nuestro lugar ahí, no se trata de convencerla de nada sino escucharla en este proceso.

Es ahí donde nos enteramos que simultáneamente sostenían otra versión, según ellos, extraída de los médicos: la medicación podía frenar la infección como ya le había pasado en una ocasión anterior. Si bien ellos comprendían la necesidad de la amputación como terapéutica requerida en este caso, se aferraban a su creencia religiosa de que Dios iba a concederle el milagro de curarla. Fue importante intervenir en el malentendido de la información que circulaba entre Andrea, su familia y los médicos traumatólogos; ya que para ellos no sólo no existía esa posible vía de curación, sino que además el tiempo los apremiaba cada vez más para evitar que la infección se siga propagando. Además, legalmente, se requería la firma del consentimiento para la cirugía o su rechazo.

Al otro día, había cambiado su decisión respecto de la intervención, pero su cuadro se había complicado aún más, al punto de ser derivada a terapia intensiva. Los familiares se encontraban aferrados a un milagro de Dios, sin embargo, sabían que la situación era muy grave. Al lunes siguiente, nos anunciamos que la paciente había fallecido.

Las viñetas de Andrea y Carlos ponen de relieve una escena en la que el paciente no acepta la posición del médico: cuando no le permite actuar para “liberarlo” de su enfermedad, o por el contrario cuando le pide explícitamente una intervención que el médico no considera adecuada, se generan momentos de tensión porque escapan al curso cotidiano de los acontecimientos, a lo que es esperable de una relación médico-paciente.

#### **La comunicación médico-paciente no existe**

La medicina es un discurso que se denomina científico porque se supone verdadero y hace de la enfermedad su objeto borrando la enunciación del enfermo así como la del médico (Clauvrel). Es el retorno de lo anulado lo que cortocircuita aún más la comunicación médico-paciente.

Vislumbramos así que los problemas comunicacionales emergían principalmente con los residentes, quienes llevaban el día a día con los internados, y llegaban a nosotros a través de los pedidos de interconsulta. Es decir, encarnaban la mencionada “tensión estructurante”, poniendo el cuerpo literalmente al lado de la cama del enfermo y escuchándolo también, confrontándose con su demanda. En este punto nos parece interesante abordar la intersección entre el Discurso Médico y el Discurso Analítico, generando distintas resonancias subjetivas en médicos y pacientes.

El Discurso Médico se acerca es su estructura al Discurso del Amo, es decir que alguien desde el lugar de autoridad - el médico- sanciona un conjunto de signos como aquello que define una enfermedad, elidiendo en su práctica al sujeto. A su vez, su fin último es la eliminación del síntoma. Sin embargo, en varias oportunidades el médico se encuentra con la incompletud de su saber para aprehender lo real del cuerpo, con manifestaciones trasferenciales que movilizan su singularidad o con condicionantes institucionales de la práctica pública, obstaculizándose

su posición como médico vaciado de subjetividad. La demanda del enfermo y el goce del cuerpo (Lacan, 1966) ponen en jaque los puntos de apoyo estrictamente científicos que los médicos portan, lo singular objeto siempre lo universal. Es allí, en el sitio donde se conmueve la clínica médica, que tiene lugar la clínica psicoanalítica. Y donde emergen los interrogantes que se nos presentan a quienes intervenimos en la intersección entre psicoanálisis y medicina.

Si bien decimos que la demanda es lo que escapa al médico, no es sin ella que define su lugar. No se trata de esperar que los médicos se salgan de su discurso, es más los enfermos pretenden que permanezcan en él, autenticándolos así en su función. Los resultados de las entrevistas lo corroboran.

Su misma posición hace que el médico se confronte con una demanda de saber que no es más que una suposición de saber. Irrupción de la transferencia en su vertiente simbólica y también libidinal. Fenómeno universal que el psicoanálisis eleva a fundamental para su intervención. Dirección que los médicos desconocen, pero que sabemos se erige como el mayor motor y el mayor obstáculo para los efectos esperados en la relación con el enfermo.

De la misma manera, la comunicación es un fenómeno universal pero el psicoanálisis agrega un factor inexorable, la concibe como imposible. Lacan toma tempranamente el esquema de la comunicación para -a partir de algunos cambios- plantear que la verdadera comunicación no existe. Entre el emisor y el receptor se interpone un bagaje de fantasías, pensamientos, la realidad psíquica, al punto tal que el emisor recibe su propio mensaje en forma invertida (Lacan, 1966). Se rompe la ilusión de una comunicación fidedigna, sin matices, donde el mensaje decodificado, entre emisor y receptor, llegaría puro. Por lo tanto, Lacan plantea que el malentendido es estructural, que se hace más patente cuando la subjetividad que irrumpe descompleta el discurso médico produciendo distintos efectos. Efectos que los médicos denuncian así como los relacionados a la "falla epistemo-somática" (Lacan, 1966, p92).

Así, el ideal de la relación médico paciente supone el anonimato y también la anulación del sujeto en el enfermo y en el médico (Clauvel, 1979). Por lo expuesto, el Discurso Analítico apuesta a recuperar la cuestión del sujeto "la apuesta es hacer emerger la particularidad de una posición subjetiva" (Ansermet, 1996, p15) en el enfermo, pero también en el médico cuando su subjetividad irrumpe y el acto del mismo se ve impedido, donde confrontado con su propia división y la del discurso que encarna, el malentendido se hace más patente.

## Conclusiones

La riqueza del proceso de trabajo en este proyecto, tiene distintos alcances. Por un lado, repensar nuestro lugar en el trabajo interdisciplinario, con otros donde no se trata ni de supervisarlos, ni de intervenir en la subjetividad del médico, ni convencer al paciente de nada, en todo caso ocuparnos de introducir la

subjetividad rechazada en la situación a trabajar. Los aportes centrales del psicoanálisis acerca del malentendido estructural de la comunicación y la conceptualización de la transferencia iluminan estos pasajes que recorreremos junto a pacientes, familiares, médicos y otros profesionales de la salud, que muchas veces se padecen en más y contribuyen a arribar a un singular arreglo más vital, deseante.

Como ya manifestamos, estamos advertidos que el discurso médico con sus lugares y funciones inherentes se torna necesario, para los enfermos y para los médicos que requieren revestir de alguna forma el real con que trabajan.

No queremos dejar de reconocer la apertura inicial de estos médicos al ubicar un límite en su hacer. Coyuntura fecunda, seguramente posibilitada por una transferencia de trabajo previa entre Servicios, a la que no concurrimos a complementarlos ni a encarnar ninguna completud y que desemboca en nuevos interrogantes que relanzan el trabajo conjunto hoy.

Esta clínica confronta con lo imposible de soportar y nos permite revisar cuestiones centrales del psicoanálisis sobre la demanda, la transferencia, el malentendido estructural, el trauma y ubicar también los límites y alcances que, como praxis, el psicoanálisis tiene en cuanto intervención en lo real.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ansermet, F. (1996). Medicina y psicoanálisis en interface. En Revista Cuarto N° 59, Publicación de la ECF en Bélgica, págs 12-17.
- Brito Espinosa, A. (2006). Ética en el pase de visita hospitalaria. Recuperado en Revista Cubana de Salud Pública versión impresa ISSN 0864-3466 versión On-line ISSN 1561-3127.
- Bonet, O. (1999) Saber y sentir. Una etnografía del aprendizaje de la Bioeducación. Recuperado en [www.biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/anpocs/bonet.rtf](http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/anpocs/bonet.rtf)
- Clavreul, J. (1979). El orden Médico. Edit Argot.
- Efrain, Salvioli (2013). Pase de sala. Residencia de Clínica de Gonnet. En <https://es.slideshare.net/jorgeefrain/salvioli/pase-de-sala-residencia-de-clinica-del-gonnetefrain-salvioli>
- Freud, S. (1912). Dinámica de la transferencia. En Obras Completas Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giannasi, S. y Durante, E. (2012). La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala. En Rev. Hosp. Ital. B. Aires Vol 32, N° 3, Septiembre 2012.
- Lacan, J. (1964). El Seminario XI "Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis". Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966). "Psicoanálisis y medicina" en "Intervenciones y textos I". Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1966). "Variantes de la cura-tipo". En Escritos 1. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1953). "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis". En Escritos 1. México: Siglo XXI.
- Uzorquis, B. (2002). Clínica de la subjetividad en territorio médico. Buenos Aires: Letra Vlva.