

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

La posición del analista en el dispositivo de interconsulta: psicoanálisis en el hospital.

Ortiz, Roxana Yanina.

Cita:

Ortiz, Roxana Yanina (2024). *La posición del analista en el dispositivo de interconsulta: psicoanálisis en el hospital*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/385>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/6QC>

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>.

LA POSICIÓN DEL ANALISTA EN EL DISPOSITIVO DE INTERCONSULTA: PSICOANÁLISIS EN EL HOSPITAL

Ortiz, Roxana Yanina

GCBA. Hospital General de Agudos "P. Piñero". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La idea de este trabajo es presentar y compartir una viñeta de mi práctica clínica, que transcurre en el programa de concurrencias de un Hospital General de CABA. Esta viñeta corresponde a un tratamiento que transcurrió durante mi tercer y cuarto año de concurrencia en el que rote por el dispositivo de interconsulta de un hospital general de Agudos. Durante este tiempo, la pregunta que guió mi escucha y lectura fue: ¿Qué lugar para los analistas en el dispositivo de Interconsulta de un hospital general?

Palabras clave

Interconsulta - Posición del analista - Hospital - Psicoanálisis

ABSTRACT

THE POSITION OF THE ANALYST IN THE INTERCONSULTATION DEVICE: PSYCHOANALYSIS IN THE HOSPITAL

The idea of this work is to present and share a vignette of my clinical practice, which takes place in the attendance program of a General Hospital in CABA. This vignette corresponds to a treatment that took place during my third and fourth year of attendance in which I rotated through the interconsultation device of a general acute care hospital. During this time, the question that guided my listening and reading was: What place for analysts in the Interconsultation device of a general hospital?

Keywords

Interconsultation - Analyst position - Hospital - Psychoanalysis

"Hormas: No se halla en ninguna parte. No se puede acomodar en un rincón de la vida. No se encuentra lugar en el bote repleto de historias naufragadas. No hay donde ir"

Percia, Marcelo." Derechos (después de los manicomios)".

Introducción

En el siguiente trabajo, intentaré dar cuenta de una experiencia en la rotación de Interconsulta en un Hospital General de CABA, como psicóloga concurrente y practicante del psicoanálisis. Esbozare algunas preguntas, obstáculos y desafíos que surgieron en este recorrido. Propongo la escritura de una viñeta clínica, que acompañará los siguientes interrogantes:

Situando a la Interconsulta, cómo la define Silvina Gamsie, una práctica del malestar:

¿Cómo leeremos los pedidos y/o demandas de los diferentes

servicios del hospital general?

¿Qué lugar para los analistas en el dispositivo de Interconsulta?

¿Psicopatólogos, psicoanalistas? ¿Habría una tercera posibilidad?

Viñeta

Mariana tiene 50 años, ingresó al hospital a fines del mes de junio del 2023 por insuficiencia cardíaca. Permaneció un mes en unidad de terapia intensiva (UTI) en unidad cerrada, 6 días intubada por un shock cardiogénico. Luego la trasladaron a clínica médica por control post shock y polineuropatía crónica del paciente crítico, que es una degeneración axonal primaria de fibras motrices y sensitivas que se acompaña de degeneración de las fibras musculares como resultado de la denervación aguda que sufren dichas fibras del músculo estriado. La paciente presenta sensibilidad en los pies, debilidad a nivel de miembros inferiores, hipoacusia, y por la neuropatía diabética poca visión. Al mes de su ingreso al hospital llega el pedido de Interconsulta al equipo de salud mental, el mensaje dice: "se solicita seguimiento por Salud Mental. Paciente Angustiada por enfermedad *actual*"

El equipo que concurre a evaluarla refiere que la paciente se encuentra muy angustiada, presenta síntomas de depresión e insomnio. Se indica clonazepam 0.5. Al leer la historia clínica, se observa: "Múltiples factores de riesgo: Hipertensión, tabaquismo, cardiopatía isquémica, diabetes tipo II, sin tratamiento". Durante cinco meses la paciente permanecerá internada en clínica médica.

Interconsulta: Obstáculos, desafíos y la propuesta de Doble agente Al comenzar a transitar la rotación en el dispositivo de interconsulta me preguntaba ¿Puede un practicante del psicoanálisis ejercer la interconsulta? ¿Cuál será su lugar allí?

Retomo a algunos autores que me ayudaron a ensayar posibles respuestas para pensar mi posición en el dispositivo.

Silvina Gamsie, define a la interconsulta como una práctica del malestar. Plantea que se presentan allí ciertas dificultades a los psicoanalistas, una de estas es que no nos desempeñamos en un dispositivo estrictamente psicoanalítico, sino que el pedido médico tendrá que ver con que podamos ayudar a precisar si un fenómeno es de orden conversivo u orgánico, si el sujeto tiene un diagnóstico de salud mental, entre otros. Por esto Gamsie propondrá, que, en tanto analistas, lo primero que hacemos es: "escuchar quién, qué, a quién y para quién demanda" (Gamsie; 2009, p.11) Propone interrogar el malestar que motiva la de-

manda de la interconsulta.

La autora plantea, otra cuestión en juego en el dispositivo de interconsulta, que tendrá que ver con restaurar un saber, reinstalar al médico en su función, allí donde algo no funciona, apuntaremos a contribuir a que el médico pueda tomar las decisiones que le competen.

Por otro lado, Flora Salem, dice que las interconsultas dirigidas a profesionales psi, muchas veces tienen por objeto profundizar en el diagnóstico de alguna dolencia, completar un diagnóstico, "Encauzar" Inhibiciones, síntomas y angustias que suelen aparecer en el paciente, familiares o en el equipo tratante, cuando éstas dificultan el tratamiento o recuperación del enfermo.

Para pensar el concepto de Interconsulta, la autora dirá leyendo a Lacan: "El psicoanálisis va más allá de la conceptualización de lo "inter" apelando a la banda de Moebius. A partir de este modelo J. Lacan da cuenta de que no hay un afuera y un adentro, sino que se trata de un continuo en el cual no podemos separar interior y exterior." (Salem; 2005, p.1). A partir de esto propone redefinir a la interconsulta, como posibilitadora de "hacer un continuo" entre las diferentes demandas, que se presentan a partir de un enfermo, las que provienen de él, del equipo médico, familiares y del sistema de salud. Plantea que la posición del analista tendrá que ver con acoger cada una de estas demandas con igual atención flotante.

Ante la propuesta de Salem, me preguntaba si acudiríamos al servicio como psicopatólogos, que según Gamsie es como somos llamados, o como psicoanalistas. En este dispositivo aprendí que, ante la respuesta binaria, será importante pensar en una tercera opción, en este caso, orientada por la lectura de Juan Mitre, en su libro " Los analistas y lo social ", en el que trata el tema de los analistas en el ámbito público, me servirá del concepto de "Doble agente" para pensar una tercera posibilidad. Dice el autor sobre el analista: " Por un lado, es un "agente de salud" (...) Y, por otro lado, agente del discurso analítico. Hay que tratar de llevar ese desdoblamiento, esa división." (Mitre; 2018, p. 29).

Será importante no desconocer que podemos ser demandados a responder desde nuestro rol de agentes de salud al que nos llaman, dentro de un marco institucional, por lo que deberemos realizar diagnósticos orientados por manuales de psiquiatría, informes, llenar formularios, etc. Y que, a la vez, trabajamos como agentes del discurso analítico, practicantes del psicoanálisis.

Dice Salem Flora respecto de cómo operamos en la interconsulta: "los analistas para operar nos serviremos de las entrevistas, en las que pondremos a funcionar nuestro saber, y nuestro saber hacer con las nociones psicoanalíticas. Ya que lo fundamental, es la puesta en funcionamiento del dispositivo, la asociación libre para el paciente, y la atención flotante para el analista" (Salem; 2005, p.1). Y agregaría, como mecanismo fundamental para la operación analítica, el deseo del analista. Dice Bruno Bonoris al respecto: "(...) el deseo del analista es la posición ética que habilita la función del entre, único lugar posible para el sur-

gimimiento del inconsciente, la pulsión y el deseo, como discurso del Otro, demanda del Otro, y deseo del Otro" (Bonoris;2016, p. 51). Por lo que el deseo del analista tendrá que ver con que, no hay ser del analista, sino que el analista es falta- en ser, ocupará un lugar vacío que permita la aparición del más allá de los efectos de sentido. Será fundamental que el analista, en principio, "no comprenda". Con esta premisa será secundario donde se realice la entrevista, sea un consultorio de un hospital público o privado, sea al lado de la cama del paciente en un centro de salud o en su casa.

En el caso de Mariana, fue importante leer la demanda de los médicos que no podían atender a esta paciente que presentaba un gran montón de angustia, no podían escucharla, por lo que solicitan la intervención de salud mental. Y, por otro lado, fue importante la apuesta de poner en forma la demanda de la paciente.

Internación, entrevistas preliminares y la construcción del motivo de interconsulta

Entendemos que una internación es un proceso de pausa en la vida de un sujeto y su red de contención socio familiar (si contara con ella). De por sí, algo de la detención de la vida cotidiana acontece en una internación, por lo que sería esperable que un paciente se angustie. La pregunta que nos hacemos como integrantes de un equipo de interconsulta es, si de por sí los pacientes internados en su mayoría, se angustian ¿Por qué podría pensarse que sería necesario un seguimiento por salud mental? Ante esta pregunta, en el caso de Mariana, decidimos tomarnos un tiempo de entrevistas para evaluar si algo del motivo de sostener un seguimiento por salud mental podría construirse, alguna interrogación sobre ese malestar, de la paciente, sus familiares y, en este caso, del equipo de clínica médica del hospital, que es quien realiza el pedido.

En las entrevistas que realizamos con el equipo interdisciplinario, dos psicólogos y una psiquiatra, le preguntamos a la paciente a qué podía asociar esta angustia que sentía y que por momentos casi no le permitía hablar, refiere que cada vez veía menos, escuchaba menos y nadie le decía hasta cuando estaría allí internada. Le preguntamos si le gustaría que vayamos nuevamente y acepta. Luego de algunos encuentros nos cuenta que hace 25 años falleció su hijo, su primer hijo con su pareja con la que está en una relación hace 30 años. Nos cuenta que al momento del parto el bebé tragó meconio y falleció a las 12 horas de haber nacido. En este embarazo le diagnosticaron Diabetes gestacional, y desde entonces sabe del diagnóstico, pero no realiza tratamiento. Relata esta pérdida como un hecho desgarrador y con una afectación que podría pensarse "actual". Respecto a esto dirá "me despedí, le pedí perdón, fue mi culpa, lo tendría que haber cuidado"(sic). Luego de esa pérdida por años le escribió cartas a Santino, su hijo fallecido, cartas que guardaba en una caja y leía una y otra vez. Cinco años después de buscar otro hijo queda embarazada nuevamente, a este

niño lo llamará “Tomás”, cuando preguntamos cómo eligieron el nombre dirá: “Con mi marido leímos que Tomás significa el que reemplaza al hermano. Uno quiere llenar vacíos”(sic). Intervenigo marcando que hay vacíos que no son posibles de llenar, y que quizás, esos vacíos dejen una huella, una cicatriz, una marca, y que con eso haremos alguna otra cosa. Mariana asiente, nos despedimos y dice que nos espera la próxima.

Angustia y duelo: Una lectura posible del caso

Podemos pensar en la angustia como huella de afecto que siempre remite a un acontecimiento anterior. Dice Mitre sobre la angustia: “ Señala el camino hacia eso que hizo agujero y que dejó su huella de afecto en el cuerpo” (Mitre; 2018, p. 76)

En el caso de Mariana, podemos pensar a partir de su relato, que la falta de implicación en los cuidados personales ha tenido que ver con la pérdida de su hijo, a partir del que ella toma una postura de “no cuidado” hacia sí misma.

Entendemos que hay un encuentro con lo real en toda pérdida, y que dicho encuentro con lo real, produce una huella de afecto que es el surgimiento de la angustia. El duelo será el trabajo necesario para elaborar esa ruptura, esa pérdida, como así también ese desasimiento libidinal de ese objeto perdido.

Aquí podría pensarse que este gran monto de angustia que presenta la paciente, tendría que ver con la internación actual, pero se puede pensar como hipótesis que esto también remite a algo anterior, a la pérdida de este bebé que “no cuidó” y como consiguiente, ella se descuida. No trata su diabetes, ni sus cuestiones de salud.

Además, luego de conversar en los espacios de pase con el equipo, construimos la hipótesis de que Marina se encuentra identificada a su madre, podría pensarse que, cuando se encuentra parecida a su madre, postrada en una cama en la internación, se angustia.

En la entrevista, al indagar sobre sus primeros años de vida, refiere que ella y su hermana estuvieron sobre todo al cuidado de su abuela materna, ya que su mamá: “era muy “light” y todo en su vida era paz y amor”(sic). Describe a su madre como una mujer tranquila, siempre estaba acostada descansando, y solía estar triste. mientras su abuela las llevaba a actividades recreativas, era “más chispita” como Mariana. También refiere que su mamá tomaba medicación por psiquiatría, esto lo dice luego de varias entrevistas a pesar de que habíamos preguntado sobre antecedentes familiares por salud mental y no lo había contado. Al indagar sobre su vida previo a la internación, cuenta que ella hace 4 años que no salía de su casa, trabajaba en un almacén que tienen con su familia y que estaba ubicado delante de la misma.

Se piensa con el equipo interdisciplinario, médica psiquiatra y psicólogos, si sería pertinente indicar un antidepresivo. Debido al gran monto de angustia que presentaba la paciente, que en ocasiones dificulta llevar a cabo las entrevistas, el dato clínico de estos últimos 4 años en los que no sale de su casa, y los

antecedentes familiares se decide introducir un antidepresivo.

En algunas entrevistas se trabaja sobre el dolor por la pérdida de Santino. Se le propone a la paciente poner palabras, mediante canciones, poemas, leemos algunos en las entrevistas, en las que llora y al finalizar la lectura dice: “me gusto, gracias por venir, los espero la próxima” (sic). Con cada entrevista, se construye un lugar, donde surge el decir de la paciente. Mariana ubica que, aunque habla con su marido de la pérdida de su hijo y otros temas: “Hay cosas que son muy mías, íntimas” (sic).

Algo del lazo transferencial se construye, ella espera que pasemos, recuerda nuestros nombres. También, se debate y se piensa en el equipo con qué frecuencia entrevistar a la paciente ya que cada vez que la paciente se quejaba el equipo de clínica médica reiteraba el pedido de que pasemos. Se acuerda que en ese momento requería más frecuencia, por lo que se concurre a entrevistarla dos e incluso tres veces por semana, también se interviene trabajando con el equipo de clínica médica. A las dos semanas de concurrir con mayor frecuencia y que se comienza con el antidepresivo, la paciente refiere sentirse aliviada. Su semblante cambia, en las últimas entrevistas no llora como antes. Cuando le comentamos que el equipo médico nos dijo que pronto se iría de alta, le decimos que evaluamos que sería importante que continuará con un tratamiento de psicoterapia y psiquiatría, le preguntamos qué le parece a ella, y dice: “Si, yo no quiero volver a sentirme tan triste, cambiaron las ganas, los pensamientos, mi estado de ánimo es mejor por momentos” (sic).

Poner en forma la demanda

En este caso, fue importante escuchar y leer allí, por un lado la demanda del equipo médico que solicita la Interconsulta porque no podía escuchar a la paciente con el gran monto de angustia que presentaba en el primer tiempo de la internación, y por otro lado la puesta en forma de la demanda de la paciente, que tenía que ver con su malestar y sufrimiento psíquico respecto de este duelo por su hijo fallecido hace 25 años, como así también sobre la internación actual, que ponía a la paciente en un lugar de cuerpo echado en una cama, similar a la posición de su madre y que creemos, también la angustiaba.

Algunas reflexiones finales

Retomando las preguntas planteadas al principio del trabajo, entiendo que no hay esquemas u hormas pre-fijadas de cómo leeremos los pedidos de interconsulta de los diferentes servicios del hospital general. Pero sí será importante preguntarnos cada vez que nos presentamos a una interconsulta: quién, qué, a quién para quién demanda. Por otro lado, en relación a la pregunta de qué lugar para los analistas en este dispositivo, la propuesta es no acudir a las entrevistas desde la posición de psicopatólogos, sino que retomo y propongo el concepto de “doble agente” que plantea Juan Mitre al pensar al analista en el ámbito público, por un lado, agente de salud y por otro lado agente del discurso analítico, sin ser uno excluyente del otro. Lo fundamental, más

allá de donde se realicen las entrevistas, sea en un consultorio o en una habitación de clínica médica de un hospital general como es en este caso, será la puesta en juego del dispositivo, la asociación libre para el paciente, la atención flotante para el analista, la posición ética que habilita la función del entre, para el surgimiento del inconsciente, la pulsión y el deseo, como discurso del Otro, demanda del Otro, y deseo del Otro.

Por último, algo particular del dispositivo de interconsulta es que el paciente está siendo atendido por otra especialidad como clínica médica, cardiología, ginecología, etc. y es allí que nos consultan como equipo, no se encuentra internado por motivo de salud mental por lo tanto no sabemos cuándo será la última vez que lo atendamos, ya que el alta depende de otra especialidad en la mayoría de los casos. Creo que lo particular de este dispositivo es que nos lleva a indagar y profundizar, teniendo en cuenta por supuesto los tiempos subjetivos del paciente, pero sobre todo teniendo en cuenta los tiempos institucionales. Para concluir, a partir de lo trabajado queda pendiente el interrogante sobre hasta qué punto debería un analista indagar en el marco de una interconsulta, y cómo maniobrar entre los tiempos institucionales y los subjetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Agüero Pozzo, J. y Aquino Cabral, M. (2017). El Lugar en la Interconsulta. II Congreso internacional de psicología.
- Bonoris, B. (2016). "El deseo del analista en la obra de Jacques Lacan". *Revista de filosofía y Psicoanálisis, 2016- volumen 1: 31-54*.
- Elichiry, N. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. *El Niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Comp. De Nora Elichiry. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.*
- Gamsie, S. (2009). La interconsulta - una práctica del malestar. Buenos Aires, Del seminario.
- Mitre, J. (2018). El analista y lo social. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Salem, F. (2005). ¿Pueden los analistas ejercer la interconsulta?. Escuela Freudiana de Buenos Aires.