

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.

La práctica hospitalaria del dispositivo de interconsulta como experiencia de la residencia de psicología.

Dieguez, María Belén.

Cita:

Dieguez, María Belén (2022). *La práctica hospitalaria del dispositivo de interconsulta como experiencia de la residencia de psicología*. 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/000-084/422>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/61f>

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 PRÁCTICA HOSPITALARIA DEL DISPOSITIVO DE INTERCONSULTA COMO EXPERIENCIA DE LA RESIDENCIA DE PSICOLOGÍA

Dieguez, María Belén

Hospital Central de San Isidro “Dr. Melchor Angel Posse”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el presente trabajo nos proponemos reflexionar acerca de la práctica del dispositivo de interconsulta en un hospital público desde la experiencia de una residencia de psicología. Este dispositivo ha tomado diferentes formas a lo largo del tiempo, y actualmente invita a re-pensarse en el caso a caso. En su práctica surgen dudas, desafíos, políticas institucionales... Así como angustias, dolores, la insistencia del trauma... no sólo de parte de los pacientes, sino de los médicos que solicitan la interconsulta también. Ilustraremos, entonces, el ejercicio del dispositivo con diferentes casos clínicos, y los enlazaremos con la teoría psicoanalítica que orienta la práctica.

Palabras clave

Interconsulta - Hospital - Residencia - Psicología

ABSTRACT

THE HOSPITAL PRACTICE OF THE INTERCONSULTATION DEVICE AS AN EXPERIENCE OF THE PSYCHOLOGY RESIDENCE

In the present work we intend to reflect on the practice of the interconsultation device in a public hospital from the experience of a psychology residence. This device has taken different forms over time, and currently invites re-thinking on a case-by-case basis. In his practice, doubts, challenges, institutional policies arise... As well as anguish, pain, the insistence of trauma... not only from the patients, but also from the doctors who request the interconsultation. We will illustrate, then, the exercise of the device with different clinical cases, and we will link them with the psychoanalytic theory that guides the practice.

Keywords

Interconsultation - Hospital - Residence - Psychology

La Residencia de Psicología brinda una experiencia práctica invaluable para quienes nos interesa la atención clínica. En su extensión de cuatro años, los residentes transitamos por diferentes dispositivos de atención supervisada (además de distintos espacios formativos académicos). En el Hospital Central de San Isidro, la actividad asistencial del segundo año de Residencia se centra en la guardia, los consultorios externos y la interconsulta. Podríamos también nombrar la internación, ya

que si bien es un dispositivo que concierne primordialmente a primer año, en segundo no nos desentendemos del mismo: los días que estamos de guardia, atendemos tanto la externa como la interna; además, acompañamos a los residentes de primero en la atención, y si a un paciente que seguimos por consultorio externo se le indica internación, formamos parte de su equipo de seguimiento mientras dure la misma (y luego retomamos su atención ambulatoria).

Nos parece importante aclarar que, en nuestro Hospital, el equipo de psicología forma parte del Servicio de Salud Mental, donde trabajamos inter-disciplinariamente residentes, concurrentes, plantas y jefatura tanto de psicología como de psiquiatría. Seguimos una lógica de trabajo colectiva (Belaga, 2015), orientada por el psicoanálisis lacaniano.

La interconsulta se presenta, entonces, como una de las modalidades de trabajo del Hospital que permite la relación entre el discurso del psicoanálisis y el discurso médico. Desde su surgimiento en 1956, este dispositivo fue tomando diferentes formas a lo largo del tiempo y de su práctica (Criscaut, 2000). Como resalta Coronel (2015), desde hace unos años que ya no se encuentra ligado al síntoma “médico”, sino que aparece como una apuesta a la palabra. Una apuesta, podemos decir, que intenta reestablecer la subjetividad del paciente borrada por el empuje científico que hace que la medicina pase de ocuparse del enfermo a la enfermedad (Nepomiachi, s.f.).

El avance científico y tecnológico le exige a la medicina una respuesta para todo. Pero, como nos tiene advertidos el psicoanálisis, no existe disciplina que todo-lo-pueda. Siguiendo a la autora, así es cómo esa ilusión de totalidad, ese rechazo de la medicina a lo imposible, a menudo tropieza con preguntas para las que no tiene respuesta, se encuentra con el fracaso de los protocolos... y surge la angustia, y con ella la demanda de interconsulta.

En esa fisura institucional de la medicina (Coronel, 2015), en esa fractura del acto médico (Criscaut, 2000), los practicantes del psicoanálisis recibimos de los médicos un pedido de interconsulta en papel que se termina de formalizar con una transmisión oral del caso. Lo primero que hacemos es tratar de diferenciar de quién viene la demanda (del paciente, de su familia, de los médicos), y si realmente concierne a la persona internada o si tiene que ver con otra cosa (sobre esto volveremos más adelante).

Una vez que decidimos que el caso amerita valoración por psicología, llevamos a cabo la primera entrevista. En ella buscamos dar lugar a la subjetividad y la palabra del paciente. Coronel (2015) dice al respecto: “[se] recorta a un paciente diferente al de la medicina. En la consulta alguien se enuncia, y será la tarea del practicante ubicar la enunciación.” (p.186) Destaca, además, que no necesariamente coincide lo que el médico solicita/transmite con lo que logra ponerse en juego luego durante las entrevistas. Esto sucedió con J.

El Servicio de Traumatología solicita interconsulta por J, un hombre de mediana edad a quien deben amputarle un miembro inferior. El pedido es por angustia ante la inminente intervención, angustia que se hace presente en la primera entrevista, pero frente a este primer enunciado, damos tiempo y lugar a la enunciación. Pasadas las entrevistas (y la operación), surge algo en relación a la posición del sujeto: cuando tiene 20 años fallece su padre, pasando a ubicarse J como “el cacique” de la familia, quien “todo lo puede, lo ordena, lo soluciona”. Ese arreglo sintomático, que le funciona durante mucho tiempo para relacionarse con familiares y amigos y para sostener su trabajo de campo, no puede sostenerse más al encontrarse con la castración en lo real. Durante las entrevistas J comienza a cuestionar su propia posición, y surge una angustia en relación a algo diferente, ya no al cuerpo de la medicina sino al cuerpo libidinal, al cuerpo atravesado por el lenguaje. Se trabaja, entonces, sobre lo que significa ser “el cacique”, la amputación/castración, el encuentro con la falta y una nueva y posible modalidad de arreglo sintomático. Con el cese de la angustia y una pregunta formulada, se da por finalizado el seguimiento por psicología.

Nos resulta interesante cómo el caso de J se vuelve ejemplo de la relación entre el cuerpo y el lenguaje, “cuestión central, que hace pasar de la medicina al psicoanálisis”, afirma Ansermet (1996), y agrega: “si hay un punto de interfase entre medicina y psicoanálisis, es justamente el sujeto del inconsciente” (p.12). Podemos ver cómo la angustia del paciente se encuentra relacionada a algo diferente al cuerpo orgánico: aparece la inscripción simbólica del cuerpo, el cuerpo de “un cacique”, un cuerpo imaginariamente completo y unificado, que le permitía hacer y deshacer... hasta su encuentro con la intervención en lo real.

La internación traumatólogica prolongada de J permitió poder sostener el espacio de interconsulta durante el tiempo necesario para poder trabajar sobre lo mencionado, trabajo que dio lugar a la aparición de algo relacionado con su posición como sujeto. Al respecto, el autor comenta:

Ya sea que una patología esté ligada o no a una causalidad orgánica, es la cuestión del sujeto la que está en juego para el psicoanálisis. Aún cuando una patología orgánica priva de ciertos medios, se trata de estar atentos a lo que se manifiesta del lado del sujeto, la elección que puede operar el sujeto más allá de los impasses del organismo. (Ansermet, 1996, p.13)

Sin embargo, no siempre se mantienen varias entrevistas por más que el caso amerite seguimiento por psicología: lo institu-

cional y la medicina se hacen presentes a través de altas, derivaciones, traslados... poniendo fin (anticipado) a la interconsulta. Pero más allá de la cantidad de encuentros, lo importante es que en cada uno se apuesta a la escucha de la singularidad del paciente, a otorgarle a la palabra su eficacia, a darle lugar a ese sujeto que algo tiene para decir, apostando a que no sea una comunicación sin efectos (Coronel, 2015).

Así, a veces se trata de un encuentro único, como el caso de S: un adolescente diabético internado por haberse auto-administrado durante una semana menos insulina de la que su tratamiento requería. Durante la entrevista, esto lo ubica como un acto de “rebeldía”, en contraste con lo “tranquilo y silencioso” que es con los otros. Se interviene destacando lo peligroso de que esa “rebeldía” fuera contra él mismo, en pos de sostener “silencio” frente a esos otros. Decidimos dejarlo en seguimiento pero al día siguiente Clínica Médica le otorga el alta. Desconocemos si la entrevista tuvo efectos en S, pero esa fue la apuesta ante un joven que desde hacía años callaba lo que le pasaba, callaba incluso ante los médicos: en la entrevista pudo *rev(b)elar* algo diferente.

Otras veces el encuentro es único porque el paciente no requiere seguimiento, ya sea porque no hay angustia o por reticencia del paciente a la interconsulta (en este caso se respeta la decisión y se deja abierta la posibilidad a que solicite que volvamos en caso de que cambie de opinión).

Muchas veces, el pedido de interconsulta viene junto a una demanda médica. Como explicamos al principio, al encontrarse con algo para lo que no tienen respuesta, los médicos nos solicitan a nosotros que se la demos lo antes posible. Suele pasar que al terminar la primera entrevista con un paciente, los médicos nos pregunten qué era lo que pasaba y cómo se resuelve. A veces respondemos con alguna coordenada que haya surgido en el encuentro, pero principalmente tratamos de dar lugar a un tiempo, de abrir un paréntesis tanto entre el paciente y su urgencia, como entre la medicina y su apuro. “Vamos viendo -les decimos- vamos a seguir pasando”; esto suele tener un efecto de alivio.

En esta línea de transmisión, a veces realizamos alguna urgencia a los médicos a modo de intervención. Ejemplo de ello es el caso de L, un hombre de edad avanzada internado por dos Servicios médicos diferentes. El primer Servicio nos solicita la interconsulta por reticencia al tratamiento y “depresión” del paciente; al evaluarlo no hay signos de ello. En su discurso L tiene una actitud querellante hacia los médicos, y aclara que él no tiene ningún problema en cumplir con el tratamiento, pero que necesita que el segundo Servicio pase con más frecuencia (el primero pasaba a diario) ya que tiene preguntas sobre su enfermedad. Finalmente aparece la angustia en relación a que ciertas coordenadas de la internación le remiten a una mala experiencia hospitalaria pasada. Por un lado, entonces, le marcamos al paciente que él puede pedir hablar con cierta especialidad, que quedarse callado cuando los médicos lo evalúan lo lleva a la

angustia. Y por otro, hablamos con el primer Servicio (que hizo el pedido) y les sugerimos que pasen en conjunto con el segundo a ver al paciente, ya que más que querella había angustia respecto a la internación.

Ahora bien, algo que suele pasar seguido es que el pedido de interconsulta tenga que ver sólo con una demanda médica, y no con algo que concierne al paciente. Muchas veces nos llegan solicitudes, por ejemplo, para que evaluemos a pacientes que serán amputados. Al hablar con los médicos, nos refieren que los pacientes no se encuentran angustiados ni con otro síntoma, pero que “es lógico que se van a traumar luego de una operación así”. Algo similar sucedió con un paciente joven que, durante su internación, los médicos (jóvenes como él) descubrieron que era HIV+. Nos solicitan, entonces, interconsulta *antes* de transmitirle el diagnóstico al paciente. A ello respondemos que primero le expliquen la situación clínica y que luego, a partir de ver qué efectos tiene eso en el paciente, se realizará (o no) la evaluación por psicología.

¿Hay algo de estas situaciones que les concierne en lo íntimo a los médicos? ¿Algo de ello los atraviesa, les resuena, les angustia? Nos preguntamos. “No es nuestra función interpretar al médico, aún cuando podamos haber descubierto aspectos personales en sus dificultades en el ejercicio profesional, que pudieran justificar algún señalamiento” afirma Criscaut (2000, p.191) respecto de la interconsulta. Pero creemos que abrir ciertos interrogantes nos permiten pensar esta arista particular del dispositivo: cuando la angustia viene de parte de los médicos, y no del paciente.

¿Y si en el paciente con HIV el diagnóstico tenía un efecto de alivio y no de angustia como suponían los médicos? No todas las intervenciones tienen los mismos efectos en todos los sujetos. El psicoanálisis nos lo enseña desde sus comienzos: escuchar caso a caso las particularidades de cada subjetividad. Dice Ansermet (1996): “El sujeto es por definición la excepción a lo Universal. Fundamentalmente, no es universalizable.” (p.14). Como explica el psicoanalista, de esta situación resulta un inevitable malentendido entre la medicina y el psicoanálisis, ya que la primera promueve lo universal y el funcionamiento completo del organismo, mientras que el segundo apuesta al sujeto como excepción de lo universal, apuesta a lo particular que objeta lo universal.

En esta línea, y en estos casos, les explicamos a los médicos que la angustia y lo traumático no se pueden evitar, anticipar, frenar antes de que ocurran (Sotelo, 2015). Que si aparecen, ahí vamos a estar para responder a la interconsulta, pero que en ningún caso podemos prevenir efectos que aún no acontecieron. Aquí aparece nuevamente el empuje a la medicina a controlar todo, y para lograrlo, nos convocan en busca de ayuda. “El médico parece presa del vértigo de frente a los efectos de sus actos. Choca con la imposibilidad de pensar lo que él mismo produce. Este tope deviene impasse, y el psicoanálisis se encuentra convocado como en urgencia.” (Ansermet, 1996, p.17).

Por esto es importante distinguir de dónde viene la demanda: si tiene que ver con algo que le sucede al paciente o al médico solicitante (o a ambos). De una u otra forma, nosotros damos lugar a aquello que no tiene respuesta, a la falta, y cuando respondemos una interconsulta no vamos con una respuesta en el bolsillo, con un protocolo pre-armado, sino que vamos a escuchar y no a obtener.

Queremos destacar la importancia de que el Hospital cuente con un dispositivo de interconsulta de Salud Mental, no solo para las urgencias subjetivas que puedan surgir durante una internación, sino como acercamiento de la Salud Mental a las personas. En la mayoría de las ocasiones, esa entrevista como respuesta a la interconsulta es el primer contacto del sujeto con un profesional de la Salud Mental. Y muchas veces, la sugerencia es que comience tratamiento psicológico una vez que sea externado, ya sea en esta Institución, en un CAPS cercano a su domicilio... pero siempre quedando el Hospital como referencia, formando una red para la comunidad ante cualquier nueva urgencia.

También es importante el acercamiento de la Salud Mental a los otros Servicios, lo que permite el armado de lazos institucionales. Recorrer los pasillos, las salas, la transmisión del caso en el pedido, etc., son acciones que tejen un entramado para una asistencia al paciente más integrada. Pasar de la multidisciplinaria a la inter-disciplina, es una tarea que necesita de ejercicio diario.

BIBLIOGRAFÍA

- Ansermet, F. (1996) Medicina y psicoanálisis en interfase. La clínica, es decir, lo real en tanto que imposible de soportar. *Quarto*, (59), pp. 12-17.
- Belaga, G. (Ed.) (2015) *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Grama Ediciones.
- Coronel, M. (2015) Dispositivo de interconsulta en el hospital. La práctica de la interconsulta en salud mental. En G. Belaga (Ed.), *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (1ra. Ed., pp.177-198). Grama Ediciones.
- Criscaut, J. (2000) Una guía básica para la interconsulta. *Clepios, una revista para residentes de salud mental*, VI (4), 189-192.
- Nepomiachi, R. (s.f.) *El médico, las tecnociencias y el psicoanálisis*. Revista Virtualia N°1. <http://virtualia.eol.org.ar/001/notas/pdf/rnepomiachi.pdf>
- Sotelo, I. (2015) *DATUS: dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Grama Ediciones.