

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.

Una lectura psicoanalítica en el dispositivo de interconsulta.

Santiago Luis, Raimondi.

Cita:

Santiago Luis, Raimondi (2022). *Una lectura psicoanalítica en el dispositivo de 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/000-084/546>

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

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>.

UNA LECTURA PSICOANALÍTICA EN EL DISPOSITIVO DE INTERCONSULTA

Santiago Luis, Raimondi

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El trabajo se enmarca en la problemática general del psicoanálisis en las instituciones públicas de salud. En este marco se desarrolla una lectura psicoanalítica en el dispositivo de interconsulta. En torno a una viñeta clínica se concibe la interconsulta como una clínica particular de entrecruzamiento de al menos tres discursos: discurso médico, discurso jurídico y discurso analítico.

Palabras clave

Interconsulta - Psicoanálisis - Discurso médico - Discurso jurídico

ABSTRACT

A PSYCHOANALYTIC READING IN THE INTERCONSULTATION DISPOSITIVES

The work is part of the general problem of psychoanalysis in public health institutions. In this framework, a psychoanalytic reading is developed in the interconsultation dis-positive. Around a clinical vignette, interconsultation is conceived as a particular clinic of intersections of at least three discourses: medical discourse, legal discourse and an-alytical discourse.

Keywords

Interconsultation - Psychoanalyses - Medical discourse - Legal discours

Una lectura psicoanalítica en el dispositivo de interconsulta.

Con *dispositivo de interconsulta* designamos los procedimientos implementados en el ámbito hospitalario, específicamente en los servicios de salud mental, a través de los cuales se recibe y se responde a las demandas que se le dirigen desde los demás servicios, fundamentalmente de los médicos en su relación con el paciente internado. Desde una *perspectiva psicoanalítica*, la interconsulta puede concebirse como una clínica particular que surge en la articulación y el cruce^[1] de al menos tres discursos: el discurso médico, el discurso jurídico y el discurso analítico. La viñeta clínica que a continuación se presenta se constituye, cobra relevancia y enseña en estos puntos de cruce.

Se recibe interconsulta en el Servicio de Salud Mental del HIAEP “Sup. Sor María Ludovica” de La Plata, de una médica de sala de nefrología (trasplante renal) por un joven M. de 13 años. M. había sido internado excepcionalmente en dicha sala tras ingresar por guardia el día anterior con hemorragia y desgarramiento anal y haber sido intervenido quirúrgicamente de urgencia. La

médica residente concurre conmovida el mismo día del pasaje a la sala. Manifiesta que el joven había referido en la guardia que la lesión se la había provocado “jugando a la pelota” pero señala que los hechos o signos clínicos detectados en la evaluación médica inicial eran incompatibles o incongruentes con dicha explicación. Por lo que, desde la institución, al momento del ingreso, se había realizado la denuncia de sospecha de abuso sexual infantil. Solicita nuestra presencia por protocolo -para evaluación de ASI^[2]- pero además y más allá del marco normativo, por encontrarse con dificultades en la atención del paciente, fundamentalmente por las preguntas que le hacen los padres que lo acompañan.

Al momento de recibir la interconsulta discurso médico y discurso jurídico ya habían encontrado un modo de articulación. Las lesiones físicas se interpretaron desde el discurso médico^[3] como abuso sexual. La sospecha de abuso sexual había dado lugar a la denuncia correspondiente y, en tanto delito, un fiscal iniciaba una investigación con la finalidad de reconstruir la verdad objetiva de los hechos. En el hospital, la médica convocaba al interconsultor como especialista, para recibir el complemento especializado, el saber de la especialidad que pudiera a través de las entrevistas con el joven recopilar los indicadores clínicos necesarios para confirmar el abuso sexual. Pero en la formulación de la demanda se escuchaba un decir, el de una conmoción, un encuentro en su práctica clínica que llamaba con urgencia a un Otro que estuviera advertido del malentendido^[4].

Al concurrir a la sala advierto que el padre, que acompaña a M., se encuentra desconcertado. Respecto a las circunstancias que antecedieron a la internación relata que M. al llegar de la escuela se había ido a bañar y luego le había solicitado que lo llevara al médico debido a la hemorragia. M. le había expresado que estaba con “diarrea” por lo que no podía entender la denuncia y la sospecha de ASI. Al respecto, refiere desconocer qué pudo haberle sucedido y un eventual agresor. Describe al joven señalando que “es introvertido”, y manifiesta dificultades para dialogar con él. La madre, que pude entrevistar posteriormente, agrega que en las últimas semanas habían sido convocados desde la escuela técnica a la que asiste, por peleas de M. con compañeros que derivaron en actas disciplinarias. Refiere antecedentes en este sentido y una consulta con una psicóloga en la zona de residencia que no prosperó.

Ese día M. se encuentra dormido. Al día siguiente le propongo conversar en una habitación contigua a la que está internado en

la que pudiéramos tener privacidad^[5]. Acepta, pero se mantiene ensimismado durante la entrevista, con actitud pasiva. Sin alzar su mirada, responde brevemente a las preguntas. Refiere no querer hablar sobre lo que motivó la internación hospitalaria. Le propongo entonces un espacio dentro de la institución para hablar de lo que él quiera^[6]. Luego de comenzar hablando de su escuela, de las bromas e insultos que se dicen entre “compañeros” me pregunta la razón por la cual está aún internado^[7]. Le explico el diagnóstico de ingreso. Dice que la lesión en la región anal no se la provocó otra persona, sino “me la hice solo”. Refiere vergüenza de seguir hablando al respecto, y pide que lo expresado no le sea dicho a sus padres, pero sí a los médicos de la sala que lo atienden.

En entrevistas siguientes aborda la relación con sus padres. Se queja de que no le “prestan atención”, lo “culpan de los conflictos” que tiene con sus hermanos y refiere situaciones de violencia física: relata diversas escenas en las que sus padres ante conflictos y peleas que tiene con sus hermanos terminan pegándole a él. Esto le ha llevado a pensar en tirarse debajo de un tren o arrojarse desde un edificio. Al preguntarle al respecto responde que es un modo de terminar con el sufrimiento que vincula a las escenas anteriormente mencionadas. No ve posibilidad de que la relación con sus padres sea distinta. Le propongo abordar ese sufrimiento, señalándole que el modo de respuesta acentúa los golpes, pero esta vez en soledad.

Desde la recepción de la interconsulta, diariamente asistía al estar médico de la sala a escribir y registrar en la historia clínica. Me interesaba encontrarme con la médica y el equipo tratante para propiciar un espacio de intercambio o conversación más allá de las cuestiones normativas de la tarea de interconsulta. En esas conversaciones una médica me pudo decir que las lesiones no implicaban necesariamente la participación de un agresor y podían también explicarse por la utilización de un objeto externo al cuerpo. Si bien el discurso médico, desde el inicio, rechazaba la dimensión pulsional del cuerpo en su abordaje^[8], noté que una médica, o mejor dicho aquella que encarna esa función, puede, más allá del discurso de la que es agente, hacerle un lugar. Asimismo, un día, en estos encuentros diarios una médica residente que participaba en la atención de M. pidió conversar conmigo en privado. Quería decirme que ella había sufrido un abuso sexual cuando era joven y que necesitó mucho tiempo para poder decirlo. En ese sentido comprendía a M., que según ella no hablaba. Su identificación^[9] con M. la llevaba a acercarse durante las tardes para proponerle alguna actividad recreativa.

Dado que el equipo médico había solicitado también interconsulta con Servicio Social, mantuve conversaciones con los profesionales de dicho servicio. Los derechos del joven y su vulneración estuvieron en primer plano. En las conversaciones consideramos^[10] conveniente solicitar la intervención del Servicio Local de PPDNYA^[11] dadas las situaciones de violencia física referidas por M. y a fin de propiciar un abordaje territorial que

incluyera al joven y a sus referentes parentales. Dicha solicitud implicó la elaboración de un informe que se envió con el correspondiente de Servicio Social.

Finalmente, mientras M. se encontraba internado, irrumpió en el hospital la policía de delitos contra la integridad sexual (DDI) a realizar el allanamiento de la historia clínica y tomar declaraciones testimoniales. Tenían orden del fiscal de solicitar declaración de M., ambos padres, la médica de guardia del hospital y el “psi” que lo estaba atendiendo. Una médica especializada estaba al mando de la investigación y buscaba reconstruir los hechos con las declaraciones y las muestras obtenidas. A las preguntas que surgieron del discurso jurídico, como, por ejemplo: ¿Usted cree que M. está amenazado? ¿M. tiene un trastorno psicopatológico?, las respuestas que podía dar implicaban una torsión a las demandas del juez^[12]. Era importante recordar una vez más que mi función no era pericial. Días previos a la irrupción de la DDI, en vista de la elaboración del informe al Local, había acordado con M. los puntos a informar a las autoridades intervinientes. Fue un modo de resguardar los principios éticos del dispositivo.

La interconsulta finalizó^[13] cuando M. fue dado de alta. Dicho acto médico no hubiese podido realizarse sin el trabajo de interconsulta que incluyó las devoluciones de la evaluación en las conversaciones con los médicos^[14]. En ellas, como se mencionó previamente, se le hizo un lugar al cuerpo erógeno, y se despejó aquella identificación que hubiese implicado prolongar la internación indefinidamente. Además, el alta como acto médico no fue sin acordar con los padres y el joven las condiciones del egreso. Con la firma del alta los intercambios y conversaciones con los médicos tratantes sobre “M.” finalizaron. Quedaron preguntas inevitables, que tal vez habiliten nuevas interconsultas. M. continuó siendo atendido por consultorios externos de salud mental. Si en el comienzo de la interconsulta la transferencia central se constituía en el eje de la relación médico - paciente y el interconsultor intervenía allí lateralmente, en la finalización de la interconsulta^[15] y el pasaje a otro dispositivo de atención - los consultorios externos- la transferencia adoptaba una nueva configuración. La transferencia central ya no era al médico, sino la transferencia a un saber no sabido, que iba creando las condiciones para un tratamiento analítico.

Para concluir, el interconsultor fue llamado desde el discurso médico y desde el discurso jurídico. En ambos casos fue convocado como especialista a complementar aportando el saber de la especialidad. Pero en el primer llamado hay un real que interfiere, un encuentro que es el verdadero motor de la interconsulta y que en el cuadro inicial^[16] emerge como la angustia de la residente. Dicho real no puede tratarse sino a través de un cruce, un viraje, un pasaje hacia el discurso analítico^[17]. Con él se abre un espacio para hacer hablar, donde lo real es tratado volviendo a poner en funcionamiento al sujeto, en una clínica que tiene como finalidad el pasaje de la impotencia a la imposibilidad, en tanto el real en juego no es reductible a lo simbólico.

NOTAS

- [1] Se entiende por cruce el paso, pasaje o viraje de un discurso a otro.
- [2] Abuso sexual infantil.
- [3] El discurso médico no tiene en cuenta la subjetividad, ni el discurso del paciente. Como señala J. Clavreul (1978, p. 93) “al eliminar cualquier otro discurso, incluido el del enfermo mismo, el discurso médico deja de lado una cantidad de elementos no exentos en sí mismos de interés. Es propio del carácter totalitario del discurso médico (y de todo discurso) el hecho de no querer ni poder saber nada respecto de lo que no le pertenece, porque es inarticulable en su sistema conceptual y no puede desembocar en ninguna práctica que fuese médica. Estos elementos extraños al discurso médico, y singularmente insistentes, sin embargo, puesto que los enfermos los transmiten constantemente a los médicos, son verdaderos ‘no hechos’ desde el punto de vista de la medicina”.
- [4] Según Silvina Gamskie (1998, p. 51) la diferencia entre la interconsulta a Salud Mental de las otras interconsultas que se realizan en un hospital, radica en el modo de lectura de la demanda del médico.
- [5] En la praxis de la interconsulta, el espacio donde se realiza la asistencia lo constituye el lugar donde se encuentra el sujeto que queremos entrevistar. Puede ser un pasillo, la sala de internación, la sala de médicos o el bar del hospital. El viejo concepto de “encuadre” desaparece en cuanto a lo formal.
- [6] La propuesta se basa en el planteo que realiza J. A. Miller (2007): “los efectos psicoanalíticos no dependen del encuadre sino del discurso, es decir de la instalación de coordenadas simbólicas por parte de alguien que es analista y cuya cualidad de analista no depende del emplazamiento de la consulta, ni de la naturaleza de la clientela, sino más bien de la experiencia en la que él se ha comprometido (...) Hay un lugar analítico posible en la institución”.
- [7] Es frecuente que los médicos no expliciten el diagnóstico de ingreso a los niños y/o jóvenes pacientes.
- [8] Lacan dice (1967, p. 92): “lo que está excluido de la relación epistemo somática es justamente lo que propondrá a la medicina el cuerpo en su registro purificado (...) la cual elimina completamente de su aprensión todo lo tocante, no al cuerpo que imagina, sino al cuerpo en su verdadera naturaleza. Este cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. *La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamé la relación epistemo somática*”. [Las cursivas son nuestras]
- [9] La identificación del médico con el paciente es señalada por Ferrari, H. et al (1971, pág. 38) como un factor que interfiere en la tarea del médico.
- [10] Eric Laurent (1996, p. 115) señala: “los analistas han de entender que hay una comunidad de intereses entre el discurso analítico y la democracia [y derechos humanos], pero entenderlo de verdad! Hay que pasar del analista encerrado en su reserva, crítico, a un analista que participa, un analista sensible a las formas de segregación, un analista capaz de entender cuál fue su función y cuál le corresponde ahora”. (el agregado entre corchetes es nuestro).
- [11] Promoción y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- [12] Así como entre la demanda del médico y la respuesta hay una

hiancia y un malentendido, lo mismo entre la demanda del juez, y lo que le podía responder desde mí función.

[13] ¿Cuándo y cómo finaliza una interconsulta? Criscaut, J.(2000, p.189) ensaya una respuesta: “el tiempo que le dedicamos está delimitado por el periodo que va desde el llamado hasta que termina el acto médico que motivó el pedido”. Sin embargo, dicha delimitación no profundiza en las coordenadas conceptuales del asunto.

[14] Algunos autores plantean que la interconsulta tiene como finalidad destrabar el acto médico que estaba obturado o impedido.

[15] Ensayo una respuesta a la pregunta sobre la finalización de la interconsulta. Entiendo que tiene valor para este caso en particular.

[16] Roland Barthes (1980, p. 57-59), tomando referencias lacanianas, distingue el *studium* y el *punctum* de una fotografía. El primero es lo que se percibe en la fotografía en función del saber, de la cultura y llega como información. El segundo divide el campo anterior. “No soy yo quien va a buscarlo ... es él quien sale de la escena como una flecha y viene a punzarme”. Haciendo una analogía con estas distinciones, cuando se toma un caso de interconsulta, inevitablemente porque el sujeto está allí, hay un *punctum*, una flecha que sale del marco y abre a otra dimensión.

[17] Lacan (1975, p. 75-76), dice: “el análisis es una función todavía más imposible que las otras. No sé si usted está al corriente, éste se ocupa muy especialmente de lo que no anda bien. Por eso se ocupa de esa cosa que conviene llamar por su nombre ...: lo real”

BIBLIOGRAFÍA

- Barthes, R. (1980) *La chambre claire. Note sur la photographie*. Cahiers du Cinema. Gallimard. Seuil. Paris (tr. al castellano, *La cámara lucida: nota sobre la fotografía*. 1ª ed. 7ª reimp.-Buenos Aires. Paidós, 2012).
- Clavreul, J. (1978) *L'ordre médical*. Editions du Seuil. Paris (tr. al castellano, *El Orden Médico*. 1ª ed. Barcelona. Argot, 1983).
- Criscaut, J. (2000) “Una guía básica para la interconsulta” en *Clepios, una revista para residentes de salud mental*. Vol. VI. Diciembre- Febrero. Nº 4: 189-192. Buenos Aires.
- Ferrari, Hector; Luchina Noemi e Isaac (1971) *La interconsulta médico psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires. Ediciones Nueva visión.
- Gamskie, S. (1998) “Responsabilidad e interconsulta” en *Revista Psicoanálisis y el Hospital* Nº 14: “Psicoanálisis y medicina”. Ed. del Seminario, Buenos Aires, p. 66-70. Versión utilizada en *La interconsulta: una práctica del malestar*. 1ª ed. Buenos Aires. Ed del Seminario. 2009.p 51-58.
- Lacan, J. (1967) “Psychanalyse et médecine”, *Lettres de l'École freudienne* Nº 1. p. 34-77. Paris. (tr. al castellano “Psicoanálisis y medicina” en *Intervenciones y textos I*. 1ª ed. Buenos Aires. Manantial, 2002 p. 86-99).
- Lacan, J. (1975) “Le triomphe de la religion”, *Lettres de l'École freudienne* Nº 16. p. 6-26. Paris (tr. al castellano Italo Manzi, *Actas de la Escuela Freudiana de Paris*. VII Congreso, Roma, 1974, Barcelona, Petrel, 1980. Versión utilizada, *El triunfo de la religión. Precedido del discurso a los católicos*. 1ª ed. 3ª reimp.-Buenos Aires. Paidós, 2005, p.67-100)..



Laurent, E. (1996) "El analista ciudadano" (texto establecido por Enric Berenguer publicado en *Notas Freudianas* N° 2. Barcelona. Versión utilizada en *Psicoanálisis y salud mental*. Ed. Tres Haches. Buenos Aires. 2000, p. 113-121).

Miller, J.-A. (2007) Intervención de J.A. Miller en las Jornadas PIPOL 3, celebradas en París, los días 31 de junio y 1 de julio de 2007, sobre el tema "Psicoanálisis en contacto directo con lo social". Disponible en internet en: http://ea.eol.org.ar/04/es/template.asp?lecturas_online/textos/miller_hacia_pipol4.html