

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.

# Intervenciones y posición del analista en la interconsulta.

Fabbro Fregona, Rocío, Couchet, Lucia y López Da Silva, Lucía.

Cita:

Fabbro Fregona, Rocío, Couchet, Lucia y López Da Silva, Lucía (2022). *Intervenciones y posición del analista 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/000-084/657>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/HW0>

*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>.*

# INTERVENCIONES Y POSICIÓN DEL ANALISTA EN LA INTERCONSULTA

Fabbro Fregona, Rocío; Couchet, Lucia; López Da Silva, Lucía  
Hospital J. M. Penna. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo pensar la posición del psicoanalista en la práctica de la Interconsulta Psicológica en un Hospital General. El mismo pretende dar cuenta, desde el marco teórico del psicoanálisis lacaniano, de los efectos de sus intervenciones cuando es convocado desde el ámbito médico. Para ello se abordarán dos viñetas clínicas donde la pregunta “¿de quién es la angustia?” tiene distintas respuestas. Nos serviremos de los aportes teóricos sobre interconsulta propuestos por Gamsie y Neuburguer, entre otros autores, así como también se hará uso de las conceptualizaciones que postula Lacan acerca de los cuatro discursos en el Seminario XVII para diferenciar la práctica médica de la psicoanalítica. Entendemos así, al quehacer médico ubicado desde el discurso del amo, en el cual la división subjetiva está velada, y en contraposición a esto, nuestra praxis, sostenida desde el discurso psicoanalítico, tendrá por objetivo rescatar al sujeto del inconsciente.

## Palabras clave

Psicoanálisis - Interconsulta - Discursos - Intervenciones

## ABSTRACT

### INTERVENTIONS AND POSITION OF PSYCHOANALYST IN INTERCONSULTATION

This paper aims to consider the position of psychoanalyst in the practice of Psychological Interconsultation in a General Hospital. It intends to demonstrate, from the theoretical framework of Lacanian psychoanalysis, the consequential effects of the interventions when it is summoned from the medical field. Brief clinical cases will be used to make a possible articulation between theory and practice. Theoretical contributions on interconsultation proposed by Gamsie and Neuburguer, among other authors, will be used, in addition with Lacan's conceptualizations regarding four discourses in the XVII Seminar, to tell apart medical practice from psychoanalytic practice. Medical labor is considered from the discourse of the master, in which the subjective division is veiled, in contrast to this, our praxis's objective, sustained from the analytic discourse, will be to rescue the subject of the unconscious.

## Keywords

Psychoanalysis - Interconsultation - Discourses - Interventions

## Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo pensar la posición del psicoanalista en la práctica de la Interconsulta Psicológica en un Hospital General. El mismo pretende dar cuenta, desde el marco teórico del psicoanálisis lacaniano, de los efectos de sus intervenciones cuando es convocado desde el ámbito médico. Para ello se abordarán dos viñetas clínicas donde la pregunta “¿de quién es la angustia?” tiene distintas respuestas.

Nos serviremos de los aportes teóricos sobre interconsulta propuestos por Gamsie y Neuburguer, entre otros autores, así como también se hará uso de las conceptualizaciones que postula Lacan acerca de los cuatro discursos en el Seminario XVII para diferenciar la práctica médica de la psicoanalítica. Entendemos así, al quehacer médico ubicado desde el discurso del amo, en el cual la división subjetiva está velada, y en contraposición a esto, nuestra praxis, sostenida desde el discurso psicoanalítico, tendrá por objetivo rescatar al sujeto del inconsciente.

## La interconsulta

El dispositivo de interconsulta en un hospital general tiene sus particularidades, comenzando por el hecho de que es el psicólogo quien se acerca a la sala de internación, desde donde es convocado. Muchas veces la consulta se tiene en habitaciones en las que hay más de un paciente internado, o en un pasillo si se trata de una intervención con el equipo tratante, corriendo al analista de su consultorio y llevándolo a un territorio médico. Teniendo en cuenta esto, Lacan (1996) sostiene que el psicoanalista como interconsultor debe tomar un lugar que es marginal y extra-territorial. A pesar de este encuadre diferente, se producen efectos analíticos, confirmando así que no sólo es posible sino crucial la presencia del analista en el ámbito de la interconsulta.

Siguiendo los aportes de Gamsie (2009), en la interconsulta al equipo de Salud Mental siempre hay un pedido, en el cual es fundamental poder escuchar de quién es la demanda, qué se demanda y a quién se demanda. Esto quiere decir, poder escuchar de dónde viene realmente la misma para pensar hacia dónde se dirigirá la intervención. Normalmente el pedido llega de parte de los médicos que se acercan al Servicio, allí es necesario una escucha analítica para poder pesquisar quién es el sujeto de la angustia. Es decir, si se trata de una situación donde hay un paciente angustiado o si es el médico quien manifiesta un malestar que obstaculiza de cierta forma su función. En el

último caso, se buscará contribuir a que el mismo se “reposicione ante su pedido, dando paso a su pregunta comprometida. Lo que no implica, desde luego, desentendernos de su angustia” (Gamsie, 2009, p. 17).

El psicoanalista en el campo de la interconsulta trabaja justamente con lo que el discurso médico descarta: la subjetividad, por lo que se escuchará la singularidad de cada paciente. Es una praxis en la cual el analista pone su cuerpo, entra en campo médico buscando nuevos caminos y armando soluciones posibles. También surgen las dificultades que la tarea implica, aparecen los dilemas difíciles de resolver. Es por esto que se espera que la intervención, ya sea con el paciente, con su familia o con los médicos, pueda instaurar una diferencia, que produzca un antes y un después.

### Discursos

Para la lectura de las viñetas clínicas nos serviremos también de lo propuesto por Lacan acerca de los cuatro discursos, entendidos como lazo social, es decir, como modalidades de respuesta ante lo real. Estos se definen por la posición de los mismos cuatro elementos (\$ - a - s1 - s2) que se mueven por cuatro lugares invariables (agente, otro, verdad y producción). Nos serviremos de ellos como un dispositivo de formalización clínica.

Con respecto al discurso del amo, Lacan dice “(...) la base donde se apoya lo que se sabe, lo que se articula tranquilamente como un pequeño amo, como yo, como quien sabe un montón, está en esta relación, y precisamente en la medida que no se sabe” (1969-70, p. 30). El equipo médico, con una modalidad asistencial, convierte al *paciente* justamente en un objeto tratable, pasivizándolo, a partir de su saber dirigido a un cuerpo-objeto. Ese “no se sabe” al que hace referencia el autor puede pensarse relacionado con la subjetividad, ya que desde este discurso, de eso no se sabe, la división subjetiva queda debajo de la barra, está velada. El médico “es un sujeto tomado, como todos los sujetos, en un discurso inconsciente, que determina su respuesta al sujeto enfermo, es decir, su conducta en la terapéutica” (Lacan, 1966, p. 24). Su rol dentro de la institución médica exige, en algún punto, que se pueda ubicar desde este discurso para llevar a cabo su función de manera satisfactoria. Generalmente, las instituciones médicas funcionan bajo el lema dominante de “Salud para todos”, quedando ubicadas desde la lógica del discurso del amo, en el sentido en que Lacan lo define: “...lo que desea un verdadero amo es que la cosa marche...” (Lacan, 1969-70, p.22). Cuando la premisa de *bienestar para todos* falla, cuando la cosa no marcha, aparece el pedido de interconsulta. Neuburguer (1995) sostiene que “durante su tarea este discurso, que apunta a una ilusoria totalidad, puede sufrir una fisura por la proximidad de lo real de la angustia” (p.2). De nuestro lado, como analistas, el trabajo tratará de posibilitar “un efecto en lo real: volver a poner en movimiento un acto médico que se encontraba momentáneamente impedido u obturado” (p.3). Por otro lado, Lacan formaliza el discurso del analista, en el cual

se hace trabajar al sujeto para que se pongan en juego los significantes que lo determinan. Este queda ubicado en el lugar del saber y el analista, en tanto semblante de a, ubicado en el lugar del agente (a ? \$).

“Para el analizante que está ahí, en el \$, el contenido es su saber. Estamos ahí para conseguir que sepa todo lo que no sabe sabiéndolo. Esto es el inconsciente. Para el psicoanalista, el contenido latente está del otro lado, en S1. Para él el contenido latente es la interpretación que va a hacer, en tanto es, no ese saber que descubrimos en el sujeto, sino lo que se añade para darle un sentido.” (Lacan, 1969-70, p. 119)

Entonces, teniendo en cuenta lo planteado previamente, “incluso cuando el pedido, la demanda sea eliminar el hueco en el orden médico, no es el propósito del interconsultor llevar a cabo tal sutura. (...) El psicoanálisis descubre una falta no eliminable, una incompletud irreductible” (Neuburguer, 1995, p.2). En relación a esto, Lacan (1996) nos recuerda que no debemos dejar pasar “la significación de la demanda, dimensión en la que se ejerce, hablando propiamente, la función médica, (...), a saber la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo” (p.13). En el mismo texto, Rimbault en Lacan (1966) sostiene que “las dificultades encontradas por los médicos se sostienen en parte del hecho de que ellos no escuchan más que la demanda explícita: “cure esta crisis”, y no la demanda implícita: “vea nuestro drama” (p. 23). Si bien todos los discursos tienen un imposible, un resto no eliminable o no alcanzable, el discurso del analista “se encuentra ligado a la verdad que estructura todo discurso: lo imposible como modalidad lógica, la «no relación sexual». Esto supone otra lógica que la de lo universal «para todos»; se trata, por el contrario, de lo real para cada quien” (Rojas 2014, p. 508). A cada uno de los discursos aquí desarrollados, también corresponden dos concepciones del cuerpo diferentes. Para el discurso médico, será objetivable, medible y cuantificable para la ciencia, un cuerpo meramente orgánico, (y la enfermedad como entidad en sí misma). Mientras que desde el discurso psicoanalítico se trata de una armazón significativa, una superficie de zonas erógenas. El objeto de estudio de la medicina es el cuerpo enfermo, desde su saber, actúa reduciendo la subjetividad e integrando a un orden biológico. Estamos frente a la clínica de la mirada. Su contraparte será la clínica de la escucha, siendo la que pretende, desde una perspectiva ética, rescatar al sujeto. Acrich y Siniscalchi (2000) afirman que:

“Para el psicoanálisis, el saber está en el sujeto en tanto enfermo, y en el analista, sólo la posibilidad de ayudar a descubrirlo en su discurso, escuchando al sujeto que sufre por no poder expresar sus conflictos, fantasías y deseos inconscientes, sino bajo la forma de síntoma”. (p.25)

Es importante no dejar de considerar que el entrecruzamiento del médico y del psicoanalista también está atravesado por el discurso institucional y las distintas transferencias que existen entre ellos. Tejiéndose así un complejo entramado que enriquece el trabajo interdisciplinario.

### Viñeta Clínica “C”

El siguiente recorte clínico presenta la particularidad de que el médico, al solicitar la interconsulta aclara, que el paciente fue quien pidió hablar con un psicólogo, es decir, que fue el médico quien mediatizó la consulta del paciente. Por lo cual, se trabajó, a lo largo de varias entrevistas, principalmente con el paciente. C es un paciente de 80 años que se encontraba internado en el hospital luego haber sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) isquémico.

En los primeros encuentros con el paciente se priorizó que se sintiera alojado, para dar lugar a que pudiera poner en palabras sus miedos y angustia. Se puede pensar al analista, ubicado en el lugar del agente, como semblante de a, dirigiéndose al sujeto desde una escucha activa lo que habilitó a que el paciente se sintiera contenido y que se apropiara de su espacio. Insua (2013) plantea como fundamental que el analista “no retroceda ante lo estremecedor, y que no pierda de vista el sujeto. Ya que lo traumático habla si hay alguien que quiere escuchar” (p.13.), entendiendo así que el saber que cuenta aquí, el saber inconsciente, está del lado del sujeto.

C empieza a hablar acerca de su ACV. Refiere que dicho acontecimiento cambió por completo su vida, ya que ejercía su profesión, a pesar de ya estar jubilado. Luego del accidente tuvo que dejar de trabajar, situación que refiere como inesperada ya que toda su vida trabajó. Acerca de cómo era su vida antes del accidente, refiere: *“Era muy frenética, trabajando soy un descontrolado, siempre trabajé mucho sin importar el descanso. Mis hijos no quieren que trabaje. No quieren que haga nada. De hacer todo, pase a no hacer nada. Mi vida está al revés, es difícil aceptar que me digan qué tengo que hacer. Antes, yo mandaba”*. Se interviene señalándole a C que lo más difícil del accidente ya pasó y que ya se encuentra en un momento distinto, que es la rehabilitación, que requiere su tiempo y es singular en cada persona. Se hace hincapié en que estar acompañado por otros profesionales capacitados para dicha tarea va a marcar una diferencia, ya que se mostraba reticente a ello.

Luego de algunas entrevistas y como resultado del trabajo analítico, refiere que le alivia saber sobre lo que le pasa, comenta que habló con otros profesionales sobre su rehabilitación, por lo que empieza a pensar en la rehabilitación como un proceso. Cierta cambio de posición se puede inferir en C, ya que, pasa de negarse a que el otro haga todo por él, a aceptar que el otro está para ayudar y auxiliar. Dice: *“Que me cuide me molesta, pero que me ayude está bien”*. Se podría pensar como un intento de elaboración, cuando comenta lo siguiente: *“me he dado cuenta que soy un apurado ... nunca paré ni para escuchar el canto de los pajaritos, que tanto me gustaba, ahora les presto atención”*. El accidente que sufrió C causó un fuerte impacto en su vida y en la de su familia. Dicho accidente, de irrupción inesperada, produjo una pausa obligada en su vida *frenética*, era un sujeto que podía con todo solo, que en primer lugar estaba su trabajo, y cumplir con los tiempos de entrega. Pero ahora C se enfrenta

con la necesidad de ser ayudado. La relación con sus hijos toma un giro imprevisto, pasan a estar presentes en su rehabilitación y ocuparse de todo lo relacionado a él.

En la última entrevista, a días de su alta, refiere que sabe que no va a poder trabajar como antes, pero que tiene el proyecto de hacer un vivero acompañado por su jardinero. Lo que los encuentros propiciaron fue causar una significación distinta en C ya que comenta que era una idea latente y que de ahora en más hará sus proyectos: *“sin prisa, pero sin pausa”*.

### Viñeta clínica “F”

El pedido de interconsulta llega al Servicio de Salud Mental traído por un médico clínico de la sala de internación. Al presentarnos el caso refiere que la paciente F de 19 años tiene una enfermedad renal de larga data en un estado actual muy grave, con riesgo de vida, del cual pareciera que no hay conciencia de enfermedad. El pedido explícito del médico fue: *“tenemos que evitar que se vuelva a fugar para poder realizar un tratamiento agresivo que la pueda salvar, quizás hablando con ustedes esta vez sí se quede a hacer el tratamiento”*. Al conversar un poco más con él nos comenta que la paciente fue diagnosticada en su infancia pero que hubo poca adherencia al tratamiento debido a una situación familiar compleja. En la actualidad se encontraba en situación de calle. Ha acudido a la institución en otras ocasiones para que le realicen intervenciones puntuales que alivien su sintomatología pero al notar mejoría, se fugaba.

Cuando subimos a la sala a entrevistar a la paciente, nos encontramos con una niña chiquita, que para nada aparenta su edad. Entre tímida y reticente, conversamos un poco acerca del motivo de su internación, el cual comprende. Lo más notorio era su cansancio por estar internada, manifestando su intención de irse pronto. Al preguntarle sobre algún familiar o amigo que la venga a visitar, se cierra completamente y no quiere continuar la entrevista.

Como analistas, siguiendo a Gamsie (2009), no debemos precipitarnos a responder sin más a la demanda del médico. Si operaremos sobre el pedido de los médicos, entendiendo que se han hecho una pregunta comprometida acerca de porqué la paciente no responde de la manera esperada. No habrá que desentenderse de su angustia y se contribuirá a reposicionarlos en su pedido, interrogando el malestar que motiva la demanda. Luego, volvimos a conversar con varios médicos del equipo tratante, quienes al comentarle cómo concluyó la entrevista, nos amplía más sobre la situación familiar de F: un padre privado de su libertad y una madre que comercializa droga y como condición de permanecer en la vivienda familiar sus hijos deben dedicarse a ello o a la prostitución, motivo por el cual F, al negarse, queda en la calle. Refieren que se le notaba la falta de cuidados básicos en la infancia, tales como: desnutrición y cicatrices de sarna. Fue traída al hospital por una hermana que no volvió ni dejó un número de contacto, por lo que la paciente se encontraba sola desde hacía una semana. Los médicos cuentan esto

sumamente conmovidos, les preocupaba mucho la falta de atención familiar que tenía F y la 'contradictoria' intención, según ellos, de irse lo antes posible del hospital.

Respondiendo a la pregunta por la angustia, es claro que en este caso procede de los médicos. Nuestra lectura acerca de la situación es que ellos no podían comprender por qué F querría fugarse del hospital si era un lugar de cuidado, donde por fin alguien se ocupaba de su salud. En palabras de Gamsie (2009) "es frecuente transponer imperceptiblemente ese límite impreciso de lo imposible al que somos convocados, a través de la solicitud de hacernos cargo de algunas de las formas del horror: la extrema pobreza, el abandono (...)" (p. 17).

Siguiendo a Gamsie (2012) entendemos que se produjo una "brecha entre la demanda de curación del paciente, el deseo de curar del médico y la vuelta sobre el paciente de su demanda, bajo la forma de un 'déjate curar'" (s/p). Por lo tanto, la intervención con los médicos tuvo que ver con plantearles la posibilidad de que F tuviese tantas reticencias en recibir la atención médica debido a la vida terrible que tuvo. Siendo por eso que el cuidado brindado por ellos y el lugar seguro y contenedor que era el hospital, se le volvió algo totalmente ajeno. También se les señaló que era válido el malestar que les producía que la paciente no respondía de la manera esperada, pero que en las decisiones de un paciente se pone en juego su historia y que no siempre están enmarcadas en su misma lógica del curar.

En esta línea, podemos leer que la demanda explícita de los médicos sobre la duda acerca de la conciencia de enfermedad de F, tenía que ver con la angustia que despertaba en ellos su negativa a recibir los tratamientos que podrían salvarle la vida. Es por este gran malestar que les producía la situación, que se les dio a los médicos el lugar para que pudieran desplegar esa demanda implícita, siguiendo a Rimbault en Lacan (1966), de que veamos su drama.

En la lógica del discurso médico, la reticencia de F a recibir ese tratamiento que le podría salvar la vida es lo disruptivo, ya que hace frente a su lema por excelencia de buscar el bienestar para todos, hace agujero en su saber. Se podría pensar que lo horroroso de la situación de F, corre el velo al sujeto dividido que hace su aparición agujereando ese saber totalizador. Cuando esta vertiente subjetiva se hace presente del lado de los médicos, y ven en F una niña desamparada, dejan de ver ese cuerpo orgánico sobre el cual tienen un saber y no pueden operar por la angustia que produce lo real del sufrimiento (no solo el físico, sino el de su vivenciar). No se trataba de un cuerpo que no responde a los fármacos, sino un sujeto que se niega a ser objeto de cuidados.

Algo de lo real, del encuentro con el desvalimiento y la muerte se hizo presente, tomando protagonismo en la escena esa falta que es imposible de ser abarcada por el discurso del amo. El médico, para poder ubicarse desde el lugar de amo debe estar identificado a su saber, hay una "ilusión fantasmática de un saber total" (Gamsie, 2009, p.15) pero al aparecer algo del orden

de lo real, que queda por fuera de toda explicación posible, se generan estas trabas en el orden médico.

Por lo tanto, la tarea del analista como interconsultor será re-instalar un saber, restituyendo así al médico en su función para que logre volver a ubicarse desde el discurso del amo. Desde este lugar, logra la operatividad de su función, ubicándose nuevamente en el lugar del agente del saber para dirigirse a un cuerpo objeto de intervenciones, velando la subjetividad. Las subjetividades, la propia y la del paciente.

### Conclusión

A lo largo de este trabajo se intentó mostrar la tarea del interconsultor de pesquisar quién es el sujeto que amerita nuestra intervención. Una apuesta por mirar más allá de la demanda explícita, a partir de la exposición de dos casos clínicos en los que las intervenciones fueron dirigidas al equipo tratante en un caso y en otro al paciente. El analista, a partir de ese tiempo de reflexión y de pausa a dar una respuesta inmediata a la demanda de manera asistencial, pudo dilucidar dónde estaba ubicada la angustia en cada situación.

En ambos escenarios posibles, el analista cumple un rol preponderante cuando se hace un pedido de interconsulta a Salud Mental, ya que su quehacer impacta en el paciente y en los otros profesionales tratantes, por lo que podríamos decir, que dicho rol funciona como bisagra entre los pacientes y el equipo médico.

Destacamos el hecho de que, aun estando por fuera de las cuatro paredes del consultorio, se ha podido poner en marcha el discurso psicoanalítico, logrando movimientos y efectos analíticos a partir de sostener sus coordenadas simbólicas, incluso operando desde la extraterritorialidad propia de la interconsulta.

### BIBLIOGRAFÍA

- Acrich L. y Siniscalchi A. (2000) El quehacer del psicoanalista en el trabajo interdisciplinario en *Psicoanálisis y Medicina del monólogo al diálogo*. Tomo I. Asociación psicoanalítica de Buenos Aires, Editorial APdeBA.
- Gamsie, S. (2009) *La interconsulta: una práctica del malestar*. Ed. Del Seminario.
- Gamsie, S. (2012) *Clínica psicoanalítica con niños e interconsulta*. El Psitio. <http://www.elpsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=2295>
- Insua, G. (2013) *Lo Indecible. Clínica De Lo Traumático*. Editorial: Letra Viva.
- Lacan, J. (1966) *Psicoanálisis y medicina. En Intervenciones y textos I*. Ed. Manantial.
- Lacan, J. (1969-70) *El Seminario, Libro 17: "El reverso del psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- Neuburguer, R. (1995) Formación del Equipo de Interconsulta en el Hospital en Pujó, M. (Ed.) *Psicoanálisis y el Hospital* (4 año, No.7). Ediciones del Seminario.



- Rojas, M. A., Miari, A., Paturlanne, E., & Rodríguez, L. (2014) Psicoanálisis y Salud Mental: Un Lugar Extraterritorial en *Actas de VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-035/711.pdf>
- Sotelo, M. I. (2012) *“Aportes del Psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas”* Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Uzorskis, B. (2002) *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Editorial: Letra Viva.