

Silvina Gamsie

33

La interconsulta
Una práctica del malestar

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos
del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de
Psicología 2016 de S R M Cursos®

Ediciones del Seminario

Col. Filigrana / 2009

H6

I - La interconsulta: una práctica del malestar *

Habitualmente la interconsulta presenta ciertas dificultades a los psicoanalistas que nos desempeñamos en un Servicio de Psicopatología. Me refiero a los obstáculos que se nos plantean al participar en dispositivos no estrictamente psicoanalíticos, es decir, no basados específicamente en la asociación libre y la interpretación. En la interconsulta no somos llamados como analistas sino en tanto *psicopatólogos*, es decir como representantes de una de las tantas especialidades del hospital polivalente. Se nos considera "*especialistas*" capaces de resolver situaciones complejas, como por ejemplo hacer un diagnóstico diferencial o ayudar a constituir y/o completar un diagnóstico ahí donde el diagnóstico médico no cierra, es dudoso o falta.

El pedido médico es el de que ayudemos a precisar si un fenómeno es de orden conversivo u orgánico, si pertenece a su competencia, o si, de lo contrario, debe abandonar el caso y remitirnoslo a nosotros. La consulta a psicopatología suele estar formulada en esos términos.

Ahora bien, en tanto psicoanalistas, lo que primero hacemos es escuchar quién, qué, a quién y para quién demanda. Porque si es verdad que estamos habituados a trabajar con lo que no funciona, es también cierto que lo que no funciona exige ciertas condiciones para que podamos

* Extracto de una charla dada en la *Pasantía clínica por el Hospital de Niños*, cuyo titular era la Lic. Marta Aynsztein, organizada por la Facultad de Psicología de la UBA. Texto Publicado en *Psicoanalistas y el Hospital N° 5: «Dispositivos Institucionales»*. Ediciones del Seminario, Buenos Aires, Junio 1994, pp. 58-63.

operar sobre ello. Debe ser formulado de manera tal que implique, de parte de quien se dirige a nosotros, cierta interrogación sobre ese malestar. Quiero decir que no cualquier cosa deviene síntoma interrogando al sujeto, y que, para que lo haga, es necesario una determinada puesta en forma del síntoma y de la demanda que lo vehiculiza.

En el plano de la interconsulta el camino parece allanarse cuando percibimos desde el inicio que el médico mediatiza en realidad un pedido de los pacientes. Es decir, un pedido de los padres o de los niños que frente a la irrupción de la enfermedad, la proximidad de una muerte imprevisible, la inminencia de una intervención traumática, ven conmovida su rutina, se confrontan con algo que deja de funcionar, y ante su angustia, piden hablar con alguien que los pueda escuchar. Son los casos menos frecuentes, en los que se trata más de una consulta que de una interconsulta.

Los analistas de niños estamos habituados a esta dimensión de la transferencia en la clínica en la que alguien pide por y para otro, en nombre de otro, transferencia que no atañe sólo a los niños sino justamente a los padres de esos niños por los que nos consultan. Y en esos tratamientos, como parte de los mismos, tratamos de resituar a los padres en su función, intentando que algo del lugar del saber que ellos encarnan en la infancia se restablezca, y que, en caso de que vuelva a surgir alguna pregunta, ésta no tome ya al hijo como causa de esa misma interrogación.

Podríamos decir que, en la interconsulta, está también en juego la restauración de un saber, el hecho de reinstalar al médico en su función. Llamados en los impasses del accionar médico, ahí donde algo no funciona, apuntamos a contribuir a que el médico pueda tomar las decisiones que le competen.

Lo que nos lleva a tener que situar algunos aspectos de la transferencia, tanto del lado de los pacientes como del lado de los médicos. Sería necesario poder precisar los al-

cances de la misma cuando se trata de una institución multifacética, como lo es un hospital general. ¿Cuáles son las modalidades de esta transferencia? ¿Cómo nos es dable operar sobre ella para producir efectos de orden analítico, cuando no se trata de una situación propiamente analítica?

Para empezar, los pacientes que llegan al hospital aquejados de una afección tienen algún tipo de transferencia con la institución, a la que le atribuyen presumiblemente un saber sobre su enfermedad. Uno podría agregar, en relación a nuestro hospital, el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, que se trata de un significativo vinculado a los nombres de los padres de la pediatría latinoamericana de otrora.

Esta transferencia es masiva e indiferenciada, a causa de los efectos desubjetivizantes inherentes a la propia institución; cualquiera que lleve un delantal blanco o se diga perteneciente a determinado servicio es pasible de representarla, y podrá eventualmente responder desde esa suposición de saber que el paciente transfiere a la medicina y al cuerpo médico en su conjunto.

Es habitual que, ante sus preguntas, los pacientes reciban respuestas de distintos profesionales sin inmutarse por ello; algo que se ve facilitado por la progresiva desaparición de las figuras que en los hospitales encarnaban el saber. El desarrollo tecnológico entraña la desaparición del médico de cabecera y esto acarrea a su vez, en la interconsulta, la dificultad adicional de no poder ubicar habitualmente un interlocutor capaz de dar cuenta de la historia clínica de un determinado paciente. Así, es frecuente que el que pide la interconsulta no sea el que responde por el paciente, o que el médico que lo hace, lo haga como representante del grupo de los médicos de la sala. Los pedidos pueden estar firmados sin su correspondiente aclaración, lo que complejiza la identificación de un médico que pueda responder responsablemente por las maniobras que el tra-

tamiento requiere. Todo lo cual tiende a diluir en un especie de anonimato consentido la responsabilidad sobre el caso, la suerte del paciente, las dificultades que ofrece su tratamiento.

Tenemos por otro lado a los médicos —a quienes el espíritu de cuerpo tiende a homologar y a fusionar— en una posición de transferencia en primer lugar con el discurso médico y con el saber que éste supone. En segundo lugar es evidente una transferencia con nuestro hospital, al que eligen entre otros para realizar su formación; esto lo instituye como soporte de un ideal y garantía del propio accionar, capaz de brindarles los conocimientos y los medios adecuados para ejercer aquello para lo que fueron preparados, curar a sus pacientes, salvarles la vida, vencer la enfermedad. Los años van estableciendo fuertes diferencias en la relación que evidencian mantener los residentes y los médicos de planta con el propio hospital, en razón de sus distintos momentos de formación, las expectativas futuras, las ilusiones y desilusiones transcurridas.

Cuando hablamos de transferencia, no lo hacemos por supuesto en sentido estricto, ya que ésta supone un sujeto a un saber, mientras que por efecto de grupo la institución tiende no a individualizarlo sino a anonimizarlo. Pero si concebimos la relación médico-paciente y las relaciones entre servicios en términos transferenciales en un sentido deliberadamente amplio, podríamos decir que existe una clara distinción entre aquellos servicios reconocidos como brindando una medicina de alto nivel, y aquellos otros que son, por el contrario, visiblemente menos valorados. Aspectos todos que están presentes cuando respondemos a ese pedido que se nos transmite a través de una hojita de recetario afichada en las paredes del servicio de psicopatología. Es imprescindible que prestemos atención a los términos que están expresados en ese "papelito", las palabras con que se lo ha redactado, del mismo modo que la clínica nos

enseña a atender las primeras palabras con las que se inicia una consulta.

En relación a la "transferencia interservicios", se podría afirmar que un equipo de interconsulta es siempre pasible de críticas por una razón estructural, ligada al tipo de demandas que se nos dirigen. Algo generalizable a la mayoría de los hospitales. Porque, ¿qué se espera de nosotros —qué se espera más anónimamente del psicoanálisis, de la psicología o de la psicopatología—, más allá de los prejuicios que dentro de las instituciones hospitalarias pueden tener los médicos en relación a aquéllos de sus colegas que se ocupan de lo que no funciona en el campo de la locura?

Hace poco, en tono confidencial, un funcionario médico me decía: «Ustedes los psiquiatras y psicólogos nunca se entienden; tendrían que ser los que comprendieran todo y están siempre haciendo lío...». Decepción que expresa con claridad la ilusión fantasmática de un saber total, respecto del cual se pretende deberíamos estar a la altura de desempeñarnos. Como lo experimentamos habitualmente, la desilusión es directamente proporcional al monto de las expectativas que la provocan.

Puesto que es en el punto donde el médico no puede sostener la transferencia que como agente de una ancestral sabiduría sobre la vida y la muerte suscita en sus pacientes, que suele dirigirnos su pedido, pretendiendo de algún modo que tomemos su relevo. La atribución de saber es a veces tan confortable que, si la aceptamos, corremos el riesgo de transmutarla en una franca transferencia de responsabilidad: «Háganse cargo de lo insoportable, ustedes que deben saber qué hacer y qué decir ante el dolor, la muerte, la miseria, el incesto...».

Desde luego, no podemos exigir a los médicos, como no se lo exigimos a los pacientes, que sepan recortar aquello que es dable o plausible esperar. Aceptar o no cierto tipo de demanda, admitir, más allá de nuestras reales posibilidades, que aquello que se nos pide es de nuestra compe-

tencia simplemente por nuestra ubicación en la interconsulta, no hace más que alentar la ilusión de que no sólo existen tales soluciones, sino que además podríamos disponer de ellas. Lo que se acentúa en la actualidad, cuando las crecientes condiciones de pobreza tienden a incrementar las demandas dirigidas a psicopatología.

El estado de las instituciones hospitalarias es tal que, el año pasado, en un seminario sobre "Asistencia médica", el Dr. René Favalaro afirmaba que habría que cerrar el 80 % de las instituciones de la salud pública y privada, y que «ningún plan de salud funcionaría en Argentina si no se tenían en cuenta la calidad del profesional y de las instituciones».

Aún cuando los pacientes siguen concurriendo a los hospitales —en procura de soluciones no siempre accesibles a la medicina—, del lado de los médicos es palpable una suerte de descreimiento respecto de la propia práctica institucional y, más ampliamente, de la salud pública en general. Impactados por las consecuencias de la creciente pauperización de la sociedad, y conminados más inmediatamente a administrarla que a combatirla —según la triste función a la que se han visto reducidos los estamentos del antiguo estado de bienestar—, suelen intentar transponer la inquietud que inevitablemente les suscita lo que irrumpe como real. Lejos de implicarse en su malestar para interrogarse sobre el sentido de su propia función, tienden a recurrir a otro servicio "especializado", y *psicopatología* constituye en esas situaciones una referencia siempre al alcance de la mano.

Esto se torna más evidente en los llamados *casos sociales*: maltratos, violencia familiar, familias de "alto riesgo" o de profunda miseria que angustian al médico al punto de impedirle sostenerse mínimamente en su posición.

Muchos de ellos, al tener que prescribir tratamientos cuyo costo excesivo no podría ser afrontado por sus pacientes (un ejemplo, entre otros, los trasplantes de órga-

nos) nos llaman para ayudarlos a tomar la intolerable decisión de no intervenir allí donde, en sentido estricto, los recursos de la medicina eficazmente lo permitirían.

Más allá de lo que evidentemente esperan de nosotros y no podemos absolutamente proporcionar, ¿cuál debería ser nuestra posición frente a este tipo de demandas?

Aún a riesgo de generalizar excesivamente, me parece que en principio es necesario partir de la negativa a resolver aquellas situaciones que escapan a nuestras posibilidades, y reconocer que aceptarlas llevaría necesariamente al fracaso y a la frustración. No podemos, por ello, hacernos cargo inmediatamente del pedido médico, ni automáticamente y sin mediaciones de los problemas del paciente. Y esto, porque no intervenimos allí de un modo puramente asistencial; habiendo aceptado como función intentar operar sobre el pedido que los médicos nos formulan, contribuimos a reposicionarlos ante su pedido, dando paso a su pregunta comprometida. Lo que no implica, desde luego, desentendernos de su angustia.

Es importante entender que interrogar lo que no funciona no significa identificarse a ello. Y que 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, los niños golpeados, los niños abusados, la mala praxis, etc.

Es llamativo que, en la mayoría de nuestros hospitales, los servicios de psicopatología sean sospechados de cierta desidia, cuando no de una franca inoperancia. Más sorprendente aún para quienes conocemos esos servicios atiborrados de pacientes y de terapeutas comprometidos con su trabajo y con su formación, que dejan muchas veces lo mejor de sí a cambio de una remuneración baja o inexistente.

Los que nos desempeñamos en la interconsulta sabemos que nuestra tarea juega un papel importante en lo que

atañe a la reputación de la psicopatología, el psicoanálisis, la psicología clínica. Representa en cierto sentido al servicio de psicopatología, constituyendo la cara visible que se ofrece a la demanda interna de la institución, siendo, al mismo tiempo, testigos inevitables de lo que en ella no funciona. En ambos casos, nuestro desempeño interrelaciona al servicio de psicopatología con los demás servicios del hospital.

Si en lugar de interrogar el malestar que motiva la demanda a interconsulta, aceptamos pasivamente su transferencia, el no poder darle una respuesta mínimamente satisfactoria nos hará pasibles de una probable acusación de ineficacia. Ya que al pretender hacernos cargo de la imposibilidad, correremos el riesgo de quedar identificados a la impotencia.

II - La demanda del enfermo y la medicalización *

Muchos años de intervención desde el psicoanálisis en el hospital en el terreno de la interconsulta no han contribuido, sin embargo, a desmedicalizar la posición del médico en relación a su acto. ¿Podríamos pensar que la impresión de empezar de cero que se renueva ante cada pedido, es inherente a la estructura del dispositivo de interconsulta y al devenir mismo de la medicina? Me refiero a la transferencia que un equipo hace a otro de un paciente, en el sentido de un «háganse cargo ustedes, no es de nuestra competencia», y a los pedidos concomitantes de acallarlos. El avance tecnológico y la hiperespecialización, el eficientismo en la aplicación de procedimientos cada vez más sofisticados y una farmacología más afinada se inscriben en un proceso de este orden.

Pero esta forma que adopta la solicitud de interconsulta, ¿es sólo atribuible a los médicos? ¿O hay en el tipo de respuestas que ofrecemos a sus demandas en el plano asistencial, algo que agrava la brecha entre el equipo de psicopatología y los distintos servicios de un hospital?

Una manera de abordar esta dificultad -que nos lleva

* Trabajo presentado en el panel: "De la Consulta a la Interconsulta". Primeras Jornadas Municipales de Admisión y Consulta: "La demanda en Salud Mental: la ética de la respuesta", organizadas por el Hospital Carolina Tobar García el 5-5-95. Texto publicado en *Psicoanálisis y el Hospital* N° 7 - «La salud Mental». Ediciones del Seminario, Buenos Aires, Junio 1995, pp. 69-74.

necesariamente a revisar nuestra propia posición-, se hace posible al recordar las afirmaciones de Jacques Lacan en su intervención *Psicoanálisis y medicina*, en una mesa redonda organizada por el Colegio de Medicina y realizada en 1966 en el Hospital de la Salpêtrière. Lacan sostiene entonces que la medicina como tal sólo podrá sobrevivir siempre y cuando el médico esté informado, tanto como pudiera estarlo, de aquello que denomina la "topología del sujeto"¹. Topología que alude en buena medida a la distancia que separa la demanda del deseo.

En lo que nos compete, la demanda al médico, esta distancia se refiere a aquello que habitualmente obstaculiza su accionar, el tratamiento de la enfermedad. Y es que muchas veces el médico confunde la demanda explícita de curación con lo que esta demanda vehiculiza. Confunde -lo que provoca su malestar en relación al paciente- esta demanda de curación con la curación misma, olvidando que puede estar en juego, por ejemplo, un desafío al saber propio de la medicina, la búsqueda de una confirmación del enfermo en su condición de tal, o la constatación de la gravedad de una situación que no sería más que el punto de llegada de un destino.

Advertir al médico sobre la fractura estructural que existe entre demanda y deseo no significa, sin embargo, esperar que sea capaz de realizar su lectura. Ni mucho menos pretender convertirlo en psicoanalista. Este es uno de los espejismos habituales que suelen afectar a los equipos de interconsulta, en una manera equívoca de entender la idea de "restituir al médico en su función" que solemos invocar como finalidad de nuestro accionar. No debería extrañarnos que, paradójicamente, este tipo de intervenciones lleve a muchos médicos a parapetarse detrás de una

¹ Jacques Lacan. "Psychanalyse et médecine". Lettres de L'École N° 1. Bulletin Intérieur de l'École Freudienne de Paris. Paris, 1967.

proliferación de procedimientos tecnológicos de avanzada o en una farmacología más compleja, rehuendo cualquier implicación personal y conduciendo, por ende, a un fortalecimiento de la medicalización de su relación con el paciente.

Tal como lo propone Michel Foucault, entiendo por medicalización «el hecho de que la existencia, la organización social, el comportamiento, el cuerpo humano, se ven englobados a partir del siglo XVIII en una red de procedimientos técnicos, farmacológicos, sanitarios, cada vez más densa y más amplia que, cuanto más funciona, menos escapa a la medicina»². Proceso que se impone a partir de la Segunda Guerra Mundial y se extiende progresivamente como modelo de organización, e implica que tanto la salud como el "derecho" a la misma, se convierten en una cuestión de Estado. De ser una preocupación individual atinente a la relación que cada sujeto establece con el cuidado de su propio cuerpo, el *derecho* de cada ciudadano a mantenerlo en estado saludable pasa a ser un *deber* para con la sociedad.

Foucault indica que, como efecto de esa medicalización, la medicina desborda su campo tradicional, circunscripto por la demanda del enfermo y su sufrimiento que restringían su accionar al terreno de aquellos "objetos" que denominamos enfermedades. La medicina, respondiendo a las exigencias de un Estado más atento a las condiciones sanitarias de la población en su conjunto que a la demanda privada de los ciudadanos, «se impone al individuo, esté o no enfermo como obligatoriedad»³.

Ejemplos de ello, los exámenes requeridos por los empleadores, incluido el de HIV -que puede realizarse sin el

² Michel Foucault. "Historia de la medicalización". *La vida de los hombres infames*. Altamira, Montevideo 1993.

³ Ibid.

consentimiento e, inclusive, sin el conocimiento de los postulantes-, los exámenes prenupciales obligatorios, o las pericias psiquiátricas estipuladas por un juez para determinar la imputabilidad de alguno de los intervinientes en una causa judicial.

La creciente medicalización de la organización social encuentra su apoyo y adquiere su pleno desarrollo en y gracias a la estructura que ofrece la red de servicios de salud. Como interconsultores alcanzados por sus requerimientos expresados en las demandas de sus agentes privilegiados, los médicos de cada hospital, no podemos desconocer sus efectos ni su magnitud.

Como una de sus manifestaciones, el avance de la informática en el campo de la medicina permite calcular la dimensión a la que tiende a quedar reducida la relación del médico con su paciente. Es interesante observar, al respecto, cómo el autor de un artículo periodístico reciente se maravilla por el desarrollo de la *telemedicina* (transmisión informática de datos e imágenes médicas a distancia), tecnología que brinda la posibilidad de diagnosticar y aún prescribir un tratamiento adecuado a un paciente alejado a miles de kilómetros del profesional.⁴ Este complejo mecanismo de medicina remota -a control remoto- cumplirá también su papel en la formación de los médicos en las universidades, en donde unos *simuladores de paciente* permitirán a los alumnos conversar con una computadora que no sólo les informa sobre sus más extraños males, sino que puede, al mismo tiempo, discutir un diagnóstico, aceptarlo o corregirlo, cuando los estudiantes indiquen un tratamiento incorrecto. El artículo alaba las ventajas de un avance tecnológico que, en caso de guerra, posibilitaría la atención a distancia de miles de soldados por un reducido equipo de médicos instalado fuera de la zona de combate, y

capaz de indicar los procedimientos a seguir. Asimismo, la *observación telequirúrgica* permitirá a un cirujano ser asistido por otros colegas que observarán su desempeño a través de un monitor. Pero el colmo, sin duda, lo constituye la *cirugía con telepresencia* que faculta al especialista a intervenir directamente en la operación, manejando desde una pantalla el instrumental robotizado instalado en el quirófano.

Esta intrusión de la *realidad virtual* creada por las computadoras, como en las famosas *fatalities* de los videogames, ¿no contribuye a ahondar aún más la brecha entre el deseo y la demanda, al conducir a esta última no hacia el deseo que vehiculiza sino, por el contrario, a replegarla sobre el plano de la necesidad? Se ve efectivamente que aquí lo que se pide es decodificado, descarnadamente, desde la óptica de una pura intervención sobre un cuerpo distante.

Todos estos procedimientos contribuyen, en todo caso, a acentuar la tendencia a privar al paciente de la palabra del médico, en la ilusoria suposición de que ella es prescindible. Y precipitan la fusión de aquél, "su figura y su autoridad", en el magma de una medicina anonimizante. La que si en alguna medida se revela capaz de facilitar cierto tipo de transferencia a la máquina, obstaculiza al mismo tiempo toda posibilidad de transferencia analítica, en sentido estricto; una que pudiera favorecer el despliegue de la interrogación del sujeto sobre su enfermedad y sobre el deseo que en ella compromete.

Porque lo que promueve el pedido a interconsulta se produce cuando entre la demanda de curación del paciente, el deseo de curar del médico y la vuelta de esa demanda sobre el propio sujeto bajo la forma de un "déjate curar", aparece una fractura. Fractura que suele poner de manifiesto la resistencia por parte de los pacientes a esto que denominábamos "su" medicalización, y expresa una reivindicación del derecho a vivir, enfermarse o morir, según su propia decisión. Es decir, una tentativa de escapar a la

⁴ Diario "Clarín", Buenos Aires 25-4-95.

obligatoriedad de los cuidados curativos como exigencia social, instalando a los médicos en una dimensión ética; la que, por situarse ante el plano de la demanda, no podría ser sino una ética de la respuesta.

En los últimos tiempos se habla mucho de la conveniencia de constituir comités de ética en cada hospital, como instancias a ser convocadas cuando una de las decisiones médicas a tomar sería justamente la de no intervenir. Y es que los equipos tratantes se ven afectados en su desempeño por el entrecruzamiento y la coexistencia de distintas instituciones. La propia institución hospitalaria por un lado, los colegios de medicina que rigen el accionar de los médicos por otro, las instituciones judiciales que supervisan eventualmente ese accionar —aún más presentes cuando se trata de instituciones públicas— y, por último, pero no por ello de menor peso, la familia como institución, en particular cuando los pacientes que nos ocupan son niños.

Surge entonces una pregunta que no puede pasar inadvertida a quienes trabajamos con ellos, y que formularíamos de la manera siguiente: ¿de quién son esos niños? ¿Quiénes son sus más adecuados cuidadores? ¿A quiénes incumbe en los casos límites la última decisión?

Un ejemplo. Uno de los médicos que atendían a un adolescente terminal, ante la negativa de sus padres a someterlo a una nueva intervención quirúrgica (que no podía evitar su sufrimiento ni su muerte), realiza por su cuenta y en desacuerdo con la opinión de otros colegas, una presentación judicial cuya prosecución priva a los padres de la patria potestad. El juez ordena entonces la intervención desoyendo el deseo de los padres de dar a su hijo, ya que no nuevamente la vida, al menos una muerte digna. Este médico no supo o no pudo interpretar el pedido de esos padres, renunciando a su vez al lugar que ellos le habían conferido en la toma de una decisión médica, al dejar esa decisión en manos de un juez.

Otro caso. El diagnóstico de HIV en un bebé, en los albores de la creación del equipo que se ocupa de esos casos, descubre que los padres también son portadores. La interconsulta se produce ante la negativa de la madre a tomar la medicación retroviral, negativa que efectiviza una aparente contradicción entre la demanda de curación y el deseo que se pone en juego. ¿Debería ser realizada esa curación a cualquier precio? Es evidente la reacción desfavorable del paciente ante los efectos adversos del único remedio propuesto por la ciencia hasta ese momento como capaz de retrasar los avances de una enfermedad que, inexorablemente, conduce a la muerte. Pero lo es también el descreimiento de los médicos en la eficacia de su propia actividad, cuando la medicina se reduce a desempeñar un papel meramente paliativo. Si para los profesionales que intervienen en el caso, la suerte de este chiquito está jugada en lo inmediato, y la de sus padres en un futuro no muy mediato, es inevitable que se produzca el descrédito del paciente en los beneficios de dicha medicación. Lo que no implica un no deseo de vivir, sino una toma de decisión respecto de cómo hacerlo.

Casualmente, en ese momento se hace público el interrogante que suscita la curación completa de un niño de cinco años, portador del virus desde su nacimiento. Misterio que aumenta la sensación de incertidumbre y, con ella, la dificultad de los pacientes y los médicos para encarnar y sostener la suposición de un saber sobre la enfermedad.⁵

El enojo despertado por quien pone en evidencia las propias dudas sobre la eficacia de los procedimientos, no hace más que revelar este aspecto a menudo descuidado, y que

⁵ En los últimos 14 años ha habido un gran avance en el tratamiento del HIV. No obstante, la reflexión permanece válida ante las limitaciones siempre renovadas que enfrenta la clínica médica.

provoca una inquietud respecto del estado actual de la formación de la carrera de medicina: la cada vez más manifiesta dificultad de los médicos, y los pediatras en la ocasión, de tomar en cuenta la particularidad de cada niño y la de sus padres. Como si pretendieran desentenderse de que el médico se entrega él mismo en el objeto médico que prescribe, sea éste un estudio, un remedio o una simple indicación de cuidados.

Una crónica periodística comentaba recientemente la desazón de los profesionales de un hospital de Ciudadela que atiende a la población de esa tierra de nadie que se conoce bajo el nombre de Fuerte Apache⁶. Ante la presión a la que se encuentran sometidos como testigos de la miseria, el maltrato y la violencia cotidiana, los médicos se sienten compelidos a reducir su función a lo estrictamente curativo. Impactados por el horror de saber que muchas veces la niña violada es llevada al hospital por el propio violador —generalmente su propio padre—, que un niño es maltratado por el mismo familiar que lo trae a consulta, o que los heridos que curan durante el fin de semana volverán a requerirlos el fin de semana siguiente, se refugian en los límites estrictos de una maniobra sobre el cuerpo.

Proceso que se puede constatar también en muchas salas de cuidados intensivos, cuyos encargados, aún reconociendo que los padres de esos niños graves necesitan la figura estable de un médico que los acompañe a lo largo de la internación, han ideado, sin embargo, un dispositivo de rotación permanente. Dispositivo que atiende a su propia intolerancia ante un dolor —el de los padres— que les impide, después, ocuparse del pequeño con la "cabeza fría".

Hace uno años, una propuesta de trabajo grupal con los padres de los niños internados surgida en una sala de cuidados intensivos en un hospital general, puso de relieve

esa dificultad. La tarea, tal como fue concebida, apuntaba a crear un ámbito donde conocer el modo en que la información era recibida por los padres. Aún cuando eran los propios médicos quienes lo solicitaban, manifestaban claramente su reticencia a participar y sólo imaginaban su presencia en el grupo en calidad de observadores silenciosos. Aparentemente, la propuesta se encaminaba a mejorar la fluidez del diálogo y la calidad de la atención. Pero aceptarla linealmente, suponía avalar el implícito rechazo a que el intercambio con los padres interfiriera en el desempeño "técnico-profesional" de cada médico, rechazo puesto en evidencia por esa pretendida presencia silente. La que, finalmente, no haría más que privar a los padres de la palabra de aquellos en cuyas manos han puesto la vida de sus hijos.

Estos servicios implementan mecanismos como la rotación de los profesionales, que asegura que los pacientes sean al mismo tiempo de todos y de ninguno, o que los residentes a cargo del seguimiento de los niños tengan vedado dar información alguna sobre su evolución a los familiares; información que sólo puede ser proporcionada por el médico interno quien rota, a su vez, de sector. Este mecanismo hace desvanecer la figura del médico de cabecera, y está concebido para evitar el malestar del médico, descuidando así ese otro aspecto para el que un pediatra es también solicitado, el de contribuir a mitigar el dolor de los padres de un niño gravemente enfermo.

Se produce de este modo un corrimiento del acento que, de centrarse en el sufrimiento del paciente, pasa a privilegiar el sufrimiento del médico. ¿No se avanza así hacia la ilusión de una medicina cada vez más aséptica, afectada también ella por el discurso minimalista posmoderno que describe sin tomar partido, y sin hacerse cargo de los efectos que ese mismo discurso es capaz de producir?

No podemos desconocer esta realidad, pero no estando a nuestro alcance incidir directamente en los programas de

⁶ Diario Clarín. Buenos Aires, marzo de 1995.

formación de los futuros pediatras, el desafío se nos presenta en cada lugar y de acuerdo con las particularidades de cada equipo médico, de cada servicio y de cada hospital que nos llama a intervenir: poder escuchar ese «háganse cargo ustedes de lo insoportable», sin forzar a los médicos a tolerar algo para lo que se sienten cada vez menos preparados. Como en el cuento de Caperucita tendremos que tomar por el momento el camino más largo, para lograr lo que nos proponemos en interconsulta y que resumimos en ese "reinstalar al médico en su función". Lo que, de acuerdo con lo que veníamos exponiendo, significa que pueda soportar la transferencia que suscita su figura en sus pacientes, más allá y a pesar del desarrollo tecnológico y de las carencias contrastantes de la atención pública de la salud. Y aceptar entonces nosotros, sin pretender hacer de ellos analistas ni aliviarlos de su responsabilidad, ubicarnos en una posición de bisagra que, entre el médico y el paciente, sepa dar lugar al deseo.

III - "¿Qué hay de nuevo, viejo?"

El auge de una psiquiatría infantil al servicio de la adaptación *

La tendencia actual, riesgosa por cierto, de acompañar ciertas consultas habituales y frecuentes en la infancia con una medicación de moda (fluoxetina, para los casos de la "vieja" angustia fóbica tildados de "ataque de pánico", asociados o no a un "TOC" [DSM IV], o Ritalina y sus equivalentes para los casos de "distracción" en la escuela, que suelen ser incluidos dentro de la extensa clasificación que agrupa los "trastornos por déficit de atención y comportamientos perturbados con hiperactividad" [DSM IV] -los antiguos hiperkinéticos de los servicios de neurología- me llevaron a algunas reflexiones sobre la medicación y sus efectos cuando el sujeto a medicar es un niño.¹

En primer lugar, es necesario recordar la importancia de situar la función del síntoma en la infancia. Si para Lacan, en las dos notas a Jenny Aubry², lo que aparece denotado como síntoma del niño y señalado como lo más accesible a nuestras intervenciones, es aquello que está en posición de

* Texto publicado en *Psicoanálisis y el Hospital N° 9*: «Psiquiatría y psicoanálisis», Ediciones del Seminario, Buenos Aires, junio de 1996, pp. 62-65.

¹ Este texto ha sido retomado y ampliado en el artículo "El DSM y la responsabilidad parental", publicado en *Psicoanálisis y el Hospital N° 34*: «El psicoanálisis ante el DSM», Ediciones del Seminario, Buenos Aires, Noviembre de 2008, pp. 109-114.

² Jacques Lacan. "Dos notas a Jenny Aubry". *Intervenciones y textos*. Manantial, Buenos Aires.

SRM Cursos®