

Formación del Equipo de Interconsulta en el Hospital

*Arriba: Casa de Valentín Alsina – Museo Líbero Badí, Belgrano, Buenos Aires
(La experiencia en el Hospital General de Agudos, “Dr. Ignacio Pirovano”, Buenos Aires)*

El equipo de Interconsulta – algunas veces denominada “médico-psicológica” – en un Hospital General, que habitualmente depende del Servicio de Psicopatología, es el punto de articulación entre ambos (es decir, entre el Servicio y el resto del Hospital). Numerosos testimonios de la experiencia en diferentes hospitales públicos dan cuenta de ello. Tal vez cada uno de ellos puede precisar los rasgos característicos y singulares del contexto en que se han llevado a cabo.

En marzo de 1994, en el Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”, de la Ciudad de Buenos Aires, se puso en marcha la organización de un Equipo con dedicación exclusiva a la tarea de Interconsulta. Previamente, la misma había sido desempeñada por médicos que alternaban con otras funciones: urgencias psiquiátricas, control psico-farmacológico de pacientes ambulatorios (en análisis o psicoterapia conducidos por otros profesionales del Servicio de Psicopatología), etc. Sin embargo, la diferencia más significativa con la tarea de aquéllos no sólo era la restricción al campo de la Interconsulta. En efecto, la actividad anterior carecía de la referencia psicoanalítica en su práctica, y con ello se colocaba en una imposibilidad de entender dicho campo como acto psicoanalítico y efecto de discurso.

Recorriendo la bibliografía, se observa un similar estado de cosas en los trabajos en que se concibe la Interconsulta desde un ángulo puramente psiquiátrico, como los del conocido especialista canadiense Zbigniew Lipowski (quien ha propuesto que la Interconsulta, o Psiquiatría de Enlace, como suele conocerse en dicho medio la actividad que comentamos, sea considerada una subespecialidad de la Psiquiatría). En ellos encontramos todo el peso de la exposición en la mostración – que no necesariamente es una *demonstración* – estadística (qué Salas de Internación son las que demandan la Interconsulta y con qué *frecuencia*, qué tipo de “patología” que motiva la demanda es la más *frecuente*, cuáles los psicofármacos más *frecuentemente* utilizados, etc.). En ellos no hay lugar para el caso clínico singular, lo que formaliza la anulación de la subjetividad y de sus condiciones de producción.

El establecimiento de Servicios de Psicopatología en los Hospitales Generales genera el dispositivo de la Interconsulta, que pronto puede conocerse a través de diferentes publicaciones. Tras la creación, por parte de Mauricio Goldenberg, del Servicio de

Psicopatología del Policlínico de Lanús, se dan a conocer los trabajos sobre interconsulta de Valentín Barenblit y Juan J. Criscaut. Otro tanto sucederá con los de Ferrari y Luchina, que reflejan la experiencia casi simultánea desarrollada en el Hospital Ferroviario. El horizonte clínico de la interconsulta es interpretado pues, desde el comienzo, con el método psicoanalítico, y la experiencia se transmite según el desarrollo postfreudiano del momento. En algún trabajo ulterior (el de Mauricio Chevnik), se intenta describir su campo apelando al “espacio transicional” de Winnicott.

Tras la entrada del pensamiento de Lacan en Argentina, que introduce Masotta y que publicaciones en número creciente documentan y prolongan, aparece el libro de Jean Clavreul, “El orden médico”, cuya edición francesa es de 1978, y su traducción al español de 1983. Uno de los primeros testimonios que utiliza sus conceptos, el de Silvia Chiarvetti y Eduardo Gandolfo, comenta la dificultad de generar el lugar *psi* en la institución médica, poniendo en evidencia el desencuentro entre el *orden médico* – al cual se le asigna el *discurso del Amo* -, y el discurso analítico. El primero, tributario de la Ciencia, realiza – como señalamos antes – la elisión del sujeto; por el contrario, el segundo tiene por finalidad producirlo. Lacan propone una “*escritura algebraica*” en la que los diferentes discursos se definen por la *diferente posición* de los mismos cuatro elementos.

Por supuesto que se trata de estructuras y no de individuos: un médico puede (de modo deliberado o no) virar desde una posición a la otra: escuchar a su paciente sin referir inmediatamente lo que éste dice al *signo* que utiliza en su práctica. En algún momento, sin embargo, la operatividad de la situación le exigirá esta actitud, es decir, deberá volver al *orden médico*.

Durante su tarea este discurso, que apunta a una ilusoria totalidad, puede sufrir una fisura por la proximidad de lo real de la angustia. Es este momento en el que precipita su demanda al interconsultor *psi*; J. J. Criscaut lo ha descrito como el inicio de una “*secuencia consultiva*”.

Sin embargo, del mismo modo que la transferencia es “un engaño útil, ya que llena el vacío de un punto muerto”, como señala Lacan, aún cuando la demanda sea eliminar el hueco en el orden médico, no es el propósito del interconsultor llevar a cabo tal sutura. Sin embargo es precisamente éste, quizás, el objetivo de la *psicología*, -tanto más, cuanto más *científica* se propone – es decir, realizar una totalidad enciclopédica (acaso el objetivo del programa *multi-* o *interdisciplinario*); mientras que el psicoanálisis, por su parte, descubre una *falta* no eliminable, una *incompletud* irreductible.

Por otra parte, diferentes transferencias se entrecruzan para plantearle al psicoanalista interconsultor el problema de su conducción: debe escuchar al médico, al paciente que éste le indica – que, por lo tanto, no es el que ha demandado la intervención – y reconocer, aún, el peso de la “*transferencia institucional*”, es decir, los significantes que han conducido al segundo a demandar la asistencia del primero.

No se trata precisamente, como vemos, de una situación “*armónica*”; ni siquiera de una armonía perdida que debe restablecerse. Es más: algunos (como Rubén Marín) la han descrito como “*no-relación*”, o desencuentro básico u originario.

Por eso la posición del analista puede poner de manifiesto e iluminar, con gran frecuencia, las fisuras de la institución. Sin embargo, no se excluye la posibilidad de un efecto en lo real: volver a poner en movimiento un acto médico que se encontraba momentáneamente impedido u obturado.

A los dos diferentes discursos también corresponden dos diferentes concepciones del cuerpo: objetivable y mensurable para la Ciencia, almacén signifiante para el psicoanálisis. Es aquí donde puede naufragar – o progresar – la “*psicosomática*”.

Otro punto de cruce discursivo ha sido el esfuerzo de Balint – el heredero de Ferenczi – que intentó una de las primeras incursiones del psicoanálisis en el territorio médico, con sus grupos en que lo *psi* (o bien, como hemos denominado, la irrupción de la brecha subjetiva en el orden médico) es traído a la luz e investigado a partir de los significantes que los médicos producen.

I. TRAYECTORIA

La puesta en marcha del Equipo se organizó según distintos ejes:

1) el vencimiento de algunas de las resistencias operantes dentro del mismo Servicio: desarticular el feudo psiquiátrico, atravesar las dificultades del *psi* de ingresar en un terreno no familiar (*unheimlich*) – el del padecimiento físico, la afección o desgarramiento del cuerpo, la proximidad real de la muerte -,etc.

2) el inicio de la experiencia, tomando el relevo en la respuesta a los pedidos formales y escritos;

3) propiciando la búsqueda y lectura de los testimonios disponibles – por ejemplo, las referencias señaladas a lo largo de la Introducción –, y obteniendo nuevos aún, por la comunicación personal de todo el Equipo con profesionales que se han desempeñado – o lo continúan haciendo – en análogo terreno;

4) creando un espacio de supervisión semanal (coordinado durante el año inicial por Juan J. Criscaut), cuyo alcance no se limitó a los casos presentados, sino que pudo extenderse a considerar el campo de la Interconsulta mismo, para intentar su definición y sus límites,

5) y uno de reflexión sobre el mismo Equipo en tanto tal (organizado, durante el mismo período, por Fernando Ulloa y Beatriz Taber), ya que en todo grupo pueden producirse, tarde o temprano, equivalentes de los fenómenos imaginarios que Freud describe en “*Psicología de las Masas*“, y que perturban o impiden la tarea; al menos, con el espacio propuesto puede intentar limitárselos.

6) un momento esencial: la participación del Equipo en los Pases y/o Revistas de Sala, junto al plantel médico, de enfermería, etc.: comienzo titubeante, pero entusiasta, de una posible presencia en la misma.

Dichas “ceremonias” se llevan a cabo del siguiente modo: el *pase de sala* consiste en la lectura, en un cuarto reservado a los médicos, de las historias clínicas, privilegiando los casos nuevos, o añadiendo la evolución de los ya conocidos. En cuanto a la *revista de sala*, se desarrolla al modo de una procesión (del grupo de los médicos de planta, residentes, enfermeros, auxiliares) a lo largo de las camas, y los comentarios se realizan frente a cada paciente.

Nuestra frecuentación pudo afirmar el compromiso, de modo que la demanda de interconsulta se producía ya de modo espontáneo durante tales procedimientos, y *a posteriori*, ya de modo personal, y no (solamente) a través del escrito enviado al Servicio: este último, al ser entregado por personal administrativo, con frecuencia llega demasiado tarde, es decir, cuando el margen de operatividad se ha reducido notablemente.

De modo que la mencionada demanda fue creciendo en proporción geométrica, al mismo tiempo que variaba la índole de los padecimientos por los que se requería nuestra asistencia: de casos de apariencia puramente psiquiátrica, en los que anteriormente sólo se buscaba la santificación pseudo-científica de una medicación sedante ya administrada hace días, pudo

solicitar la asistencia de pacientes cuya subjetividad podía ser advertida y mencionada primero, y delegada en el Equipo por consiguiente.

Al encontrarnos con miembros de Equipos de Interconsulta de otros hospitales, la narración de las peripecias de éstos arrojaba una génesis y desenvolvimiento similar; finalmente, la participación en los Pases y Revistas – que incluyen un caudal de información médica que, si bien no es innecesaria, es a veces poco relevante para nuestra tarea – pudo dejarse de lado, al ganar terreno la identificación de los miembros de nuestro Equipo, por parte de los médicos de las Salas, como Otros, o Unos-en-más a quienes se supone o atribuye un determinado Saber.

7) la participación, asimismo, en las reuniones del Area Adultos del Servicio, que permitió articular el quehacer de Interconsulta con aquél. Por ejemplo, el destino de los externados podía comentarse, y agilizarse su seguimiento; se tomaba parte, además, en el Seminario de Formación del Area.

Toca ahora relatar algunos ejemplos de nuestra experiencia.

II. “LA INQUILINA”



Andrea del Sarto, Sala de Hospital de Mujeres

Durante uno de los Pases mencionados, un médico profiere el desafío: atender y resolver una patética situación a la que se le pone el rótulo de “*hospitalismo*”.

Se trata de una mujer diabética a la que una pierna le ha sido amputada, y que ha permanecido desde entonces en su cama, sin salir del Hospital, durante una año entero, situación insólita si se tiene en cuenta que se trata de un Hospital de Agudos.

Un miembro del Equipo es destinado a enfrentarse con el enigma. Pero recibe de parte de la paciente un rechazo digno de una esfinge de piedra incommovible: jamás ha aceptado a una psicóloga, y no piensa hacerlo en el futuro, próximo ni remoto.

El plantel de la Sala, con su silencio o con su equivalente, el tecnicismo del lenguaje médico, acompaña la categórica negativa de la mujer con la atmósfera de un impávido y gélido glaciar.

Porfía la interconsultora, desplegando frente a la Medusa que le ha tocado en suerte todos los artificios que su intuición clínica le dicta. Y, créase o no, lo consigue: logra transformarla... en una Adepta. Así como antes la mujer la había rechazado, furibunda, ahora demanda y anhela su presencia; la reclama cuando se demora, o cuando razones de fuerza mayor la sustraen un día al Hospital.

Asimismo obtiene el reconocimiento de los profesionales de la Sala.

Sin embargo, entre las muestras de aprobación o admiración que recibe, también es capaz de percibir un muy bien disimulado escepticismo.

Además, comprueba que los familiares de la paciente son indiferentes a su llamado cuando los cita para evaluar su situación.

Otra vez debe desarrollar esfuerzos insistentes para conseguir su nuevo objetivo. Y nuevamente lo logra: finalmente, los familiares acuden a la sala.

A regañadientes describen su inhóspito lugar de vivienda, que carece hasta de piso. No en vano la mujer desea, según parece, permanecer internada.

La interconsultora realiza, aún, un nuevo descubrimiento. La paciente lleva a cabo riesgosas trasgresiones con respecto a la severa dieta que, por su trastorno metabólico, tiene indicada.

Resulta extraña la tolerancia del plantel con respecto a aquéllas, en el momento en que la analista los interroga.

Es así que acierta en descifrar la clave, que no es otra que la *psicologización*; es decir que el plantel le atribuye a la paciente la *intención* de autoagredirse en el momento en que alguien le comunica su alta próxima. Por mera *acción psicológica* sería capaz, según ellos, de modificar algún parámetro de su estado metabólico, impidiendo así su egreso, y perpetuando su beneficioso inquilinato.

Aquí realiza su *primera intervención*, intentando operar sobre tal extrapolación del Saber, inadvertida hasta entonces, su *inversión dialéctica*. Les demuestra que las posibilidades de dicha *motivación*, que suponen en la mujer, son, con mucho, limitadas.

Con la paciente misma, el trabajo se realiza procurando desmistificar su situación de internada: lejos de la ilusión de tener, mediante la misma, un lugar de privilegio, procede a descubrir su reverso: se ha convertido en un objeto de desecho, y el precio de la quimera ha sido, entretanto, una nueva amputación; en efecto, ha debido perder su otro pie.

La *segunda intervención* de la interconsultora, efectuada nuevamente sobre el plantel, tiene un ejercicio retroactivo con respecto a la primera. Apunta esta vez a que reaparezca la categoría de paciente, y, con ella, el acto médico prácticamente suspendido hasta ese momento. Durante la revista de sala, por ejemplo, casi no se mencionaban datos acerca de su evolución, y sólo se comentaba que allí se encontraba *la inquilina*.

III. "EL AMBO"



A veces, la presencia y el desempeño del Equipo de Interconsulta logran una modificación en la práctica institucional o en sus disfunciones.

Es muy frecuente que una paciente a punto de ser operada, y ya en el quirófano, sea devuelta a su cama sin modificación, ya que una crisis de hipertensión arterial vuelve imposible el acto quirúrgico. No es cuestión de rotular de “*psico-profilaxis prequirúrgica*” la tarea que llevamos a cabo; sin embargo, la eficacia de la liberación del peso del significativo que sucesivas entrevistas al pie de la cama pueden tener no es desdeñable, ya que permiten a los pacientes afrontar la prueba sin que se presenten, en muchos casos, los sobresaltos mencionados.

En una sala quirúrgica, una interconsultora había llevado dicha labor con empeño, que resultó frustrado a último momento: habiendo asegurado a la paciente que la iba a acompañar al quirófano, donde permanecería junto a ella hasta la inducción anestésica, no pudo cumplir su compromiso, ya que el Jefe de la Unidad decidió adelantar la intervención sin avisarle. Llegó, pues, tarde.

Frente a las puertas del quirófano, que encontró herméticamente cerradas, la analista no podía hacer llegar a la paciente su mensaje; quería comunicarle, al menos, que la aguardaba afuera. Pero al no tener “*ambo de cirugía*” le era imposible penetrar en el recinto sacrificial. A posteriori, hubo de sostener con dicho Jefe encendidas y amargas discusiones frente a tan poco feliz desconocimiento de su faena.

Aún así, el siguiente pedido similar (también correspondiente a una paciente con un intento frustrado de ser operada) enunciaba que el momento de la intervención quirúrgica habría de depender de la evaluación del interconsultor.

Por cierto, era un paso adelante.

Al encontrarnos con el mismo Jefe, sin embargo, pudo comprobarse – un paso atrás – que el plazo que nos daba ya había sido fijado, anticipadamente, por él. Y no era muy extenso: no nos otorgaba más de dos días.

Decidimos proponerle cedernos la determinación del lapso de trabajo, o bien no intervenir.

Tras la nueva (y exitosa) negociación, el interconsultor a cargo no encuentra dificultades en su tarea con la paciente, quien lo reconoce de inmediato (sin mediar un conocimiento previo) como “su psicólogo”, acaso primer significativo de la transferencia.

Por su parte, el analista repara la insistencia, en el discurso de la mujer, de los significantes “carga y castigo” con los que se identifica, y que se figura como su función con respecto a los que la rodean. Su enfermedad constituye de ese modo un emplazamiento de ennoblecimiento masoquista en su relación imaginaria con el Otro.

A través de la elaboración con el interconsultor, algún aspecto de esta posición es sacudido. La paciente se vuelve capaz de reclamar determinados aspectos que la favorecen: por ejemplo, cuando se le propone ser operada en ausencia de su cirujano habitual y de confianza, se niega.

Finalmente, el día en que la intervención se realiza, y en marcado contraste con respecto al episodio anterior, los médicos de la Sala han preparado puntualmente para el interconsultor – que ha de acompañar a la paciente al quirófano, hasta la inducción –, un “*ambo de cirugía*”...

IV. “LA LIMA ”



¡Enfermedad Mental! Un grito atronador, proferido desde las aterradas gargantas de los médicos de otra Sala quirúrgica – aún cuando sus hercúleos brazos de cirujanos

seguramente jamás retroceden frente a ninguna otra amenaza – , recorre los pasillos del Hospital cuyas paredes tiemblan y parecen desmoronarse frente a tamaño escándalo, ominoso, indescifrable, opaco.

Muchas veces, gran parte de la resolución de aspectos de una de las direcciones de la transferencia que comentábamos antes, pasa por la des-mistificación de peligros imaginarios. En efecto, los mitos que la Sala construye con frecuencia dan la impresión de crecer – y ser tan efímeros – como una bola de nieve. Por ejemplo, una historia previa de un intento de suicidio exitoso, llevado a cabo en una sala de internación, arroja sus sombras “mito-poiéticas” mucho tiempo después. Acontecimientos posteriores, sin relación directa con dicho evento, se cargan de un denso ropaje imaginario.

En el caso de la joven por la que somos convocados esta vez, se nos dice, por toda referencia, que proviene de una institución manicomial. Allí ha protagonizado un episodio de evasión, – no se sabe si la intención era salir del hospicio, o de la misma existencia – arrojándose desde lo alto de los muros de aquélla.

Ahora se halla inmovilizada por yesos, férulas y tracciones. Pero no se resguarda tras los aparatos ortopédicos, sino bajo el parapeto de un mutismo inaccesible, quebrado solamente por escasos monosílabos.

Otro fragmento de la leyenda que se le atribuye es haber agredido, a zapatazos, a una compañera de sala de Maternidad. Embarazada a término, había sido trasladada desde el Hospicio a otro hospital para el parto. ¿Tal vez el nacimiento de su hijo había desencadenado un agravamiento de su precaria salud mental?

El niño, suponíamos, había pasado inmediatamente a estar a disposición de algún juez de menores. Como tantos otros datos acerca de la paciente, se ignoraba su destino o ubicación. Llegó a saberse tan sólo que la joven madre provenía de una provincia muy distante, y no tenía en la gran ciudad más techo que la intemperie.

De modo que la Interconsultora del Equipo que se hizo cargo, esta vez, del problema, tuvo que partir de un terreno oscuro y misterioso. En efecto, tuvo que soportar arduas y extensas sesiones de completo y prolongado silencio, antes de que la fuente de la verdad pudiera abrirse. Lo que allí le aguardaba no era precisamente propiciatorio: antes bien se trataba de un verdadero laberinto del horror.

Una familia que reside en una región selvática e inaccesible (no la alcanzan cartas ni telegramas) en permanente violencia extrema (su supuesto padre es uno de los personajes más temidos) de la cual ha debido escapar y a la que no puede regresar sin poner su vida en peligro: su deambular, prostituyéndose para sobrevivir apenas, que culmina en su internación forzada a cargo de agentes policiales; su comparecencia ante juzgados en los que la insensibilidad burocrática es moneda corriente. El dolor físico resultante de su salto por encima de los muros es poco comparado con el que ha podido provocarle la falta de respuesta del medio profesional y social.

La analista decidirá prolongar su escucha oficiando provisoriamente de retazo suplente que cubrirá los huecos de las instituciones que, hasta el momento, sólo han puesto de manifiesto un enmudecimiento casi mortífero. Se comunicará personalmente con los que la han visto en el asilo del cual provenía, con los jueces que la han interrogado, intentará – en vano – hacer llegar mensajes a los familiares distantes e inaccesibles, trabajará junto al Servicio Social del Hospital a fin de localizar el paradero de la criatura.

Todo este despliegue, que no le ocasiona en absoluto el tan temido *burn-out*, no deja de producir, como efecto, el surgimiento subjetivo: la paciente llega a manifestar su deseo de recuperar al hijo perdido. Sólo que se halla en un sitio poco propicio para lograrlo.

En un determinado momento, la interconsultora es llamada con toda urgencia; se la conmina a acudir de inmediato y sin dilación a la sala. Alguien – ¿una enfermera? – ha visto a la paciente – ¡horror! – con un cuchillo en la mano. Se sospecha y anticipa las peores consecuencias, que habrán de enlutar al hospital entero, y cuya responsabilidad habrá de ser un indeleble gravamen.

Asiste la profesional, a la que la paciente – con toda tranquilidad – explica que sólo intentaba cortar la banda elástica que sujetaba la tracción, que le ocasionaba un dolor sencillamente insoportable, situación no advertida ni reconocida por el médico que se hallaba a cargo... Otro médico – solicitado por la propia paciente y por la interconsultora – examina el dispositivo y encuentra, en efecto, que hacía tiempo debía habersele quitado (¿acaso sólo cumplía la función de mantener a la paciente atada a la cama?).

De un punto de partida aparentemente cerrado, luego de un trabajoso recorrido, la analista puede hasta asistir al advenimiento de una de las formaciones del inconsciente: el chiste. Le ha llevado a la paciente, a su pedido, una lima de uñas. Ella puede ahora mover su pie, y se

queja de que un dedillo “*malo*” (señalándolo, personificándolo, lo reprende de tal modo) le ha rasgado su media.

Ya es capaz de deambular: al verla por los pasillos del hospital, ensayando un ida-y-vuelta desde la sala, la interconsultora sospecha ya el desenlace inevitable: la fuga, ya que el peligro de ser regresada, por las fuerzas del orden, a su internación, no la logrará hacer ceder en el intento de su femenina búsqueda.

—————.....—————

Para concluir, ¿qué tareas le aguardan a nuestro Equipo de Interconsulta, y cuál puede ser el interés del intento de relatar su experiencia?

En su trabajo “La interconsulta: una práctica del malestar”, Silvina Gamsie puntualiza con devastadora precisión los *impasses* de la práctica de los analistas en el medio hospitalario. Por supuesto, es posible, asimismo, localizar gran parte de los que menciona en los casos que hemos presentado en esta exposición. Pero ¿no son, al mismo tiempo, razones para perseverar, para intentar sostener la extensión del psicoanálisis en la Interconsulta y, tal vez, proporcionar una de sus posibilidades de sobrevivir – en su propuesta de una ética diferente de la de la Ciencia oficial – a una tecnologización cada vez más abrumadora?

Publicado originalmente en *Psicoanálisis y el Hospital*, (Ed. Lic. Mario Pujó), Año 4 No. 7, Buenos Aires, Ediciones del Seminario, 1995 (versión revisada)