

INTERCONSULTA. INTERVENCIONES EN UN HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS.

Adriana Bucahi, Marcelo Marsilla adribu76@hotmail.com

Unidad Docente: Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar Garcia

Resumen

Se trabajará sobre aquellos campos heterogéneos a “enlazar” con la ahora llamada psiquiatría de enlace: Diferentes especialidades médicas-Psiquiatría, Medicina-psicoanálisis, Médico-paciente.

La interconsulta se demanda cuando se le presenta al equipo médico algo del orden del límite, de la imposibilidad, frente a lo cual puede responder con hospitalidad u hostilidad. ¿Cuáles son las condiciones y efectos de cada una?

La escucha como una intervención que da lugar a la subjetividad del paciente y del médico, restituyéndolo en su función. Particularidad de esta escucha.

Frente al mal-estar en la institución, una experiencia de creación y nuevos lazos.

Se presentan viñetas clínicas trabajadas con los alumnos en la facultad de medicina.

Palabras clave: Interconsulta – Intervención – Subjetividad - Escucha

Interconsulta

“La interconsulta supone una consulta que reúne a algún profesional del área de la salud mental con otro del área de la salud a pedido de éste, para abordar ‘conjuntamente’ una problemática originada en la atención de un paciente.

Posibilidad del psicoterapeuta de ampliar su intervención a todo el ámbito de internación, con todos los factores que confluyen en ella, dado que las dificultades del paciente pueden ser reveladoras de fallas en este contexto.

La interconsulta se constituye cuando el que recibe el pedido puede constituir y sostener un campo de mediación o articulación entre el paciente y el ambiente en el que transcurre su internación. Se trata de una articulación que debe garantizar la heterogeneidad, no perder la especificidad del discurso médico”.⁽¹⁾

“La práctica de la interconsulta es frecuente en la institución hospitalaria, como recurso habitual entre especialidades médicas respecto de las dudas que se van presentando en el manejo de un paciente y de su enfermedad. La diferenciación entre lo que

consideramos como característico de nuestro accionar y lo que sería una interconsulta a la especialidad de psiquiatría, radica no tanto en el pedido que se nos dirige sino en cómo nos ubicamos en relación a ese pedido y en el tipo de respuestas que ofertamos, proponiendo como finalidad, lejos de agotarse en la realización de un diagnóstico diferencial, se centra fundamentalmente en la posibilidades de operar sobre la demanda de los equipos médicos, abriendo paso a la interrogación de su malestar. Entendemos que el terreno de la interconsulta sigue constituyendo el campo más propicio a la interlocución entre la medicina y el psicoanálisis. Ya que el llamado mismo supone un sujeto, el médico, que se ha interrogado por ese paciente que no responde de la manera esperada (...) Llamados en los impases del accionar médico, ahí donde algo no funciona, apuntamos a contribuir a que el médico pueda tomar las decisiones que le competen".⁽²⁾

Hospital, hospitalidad/hostilidad

La palabra "hospital" deviene etimológicamente tanto de la palabra "huésped" como de la palabra "hostil". Tomamos el concepto de hospitalidad como manera de posicionarse en el encuentro con un otro, potenciando el devenir singular del sujeto que consulta. Pero también en relación a la otredad dentro del mismo sujeto, en el encuentro con su inconsciente.

Muchas veces el hospital, con una lógica de lo privado en lo público, "se reserva el derecho de admisión". De la hospitalidad a la hostilidad hay a veces poca distancia, Hospitalidad implica alojar lo extranjero, extraño a uno/Uno. Hostilidad podría ser pensar al otro desde mí suponiéndome uno y conocido ¿Cómo hacer lugar a lo que viene desalojado, rechazado? En el hospital, frente a la llegada de familias migrantes, hasta chicos en situación de calle traídos esposados, escuchamos de parte de los profesionales: "esto no es un hogar". "Situaciones de extrema vulneración e indefensión vividas durante la infancia y la juventud, dan cuenta de desamparos brutales. Lo feroz, lo cruel, lo violento ingresa a los consultorios, de la mano de muchas intervenciones y durante la atención, irrumpe, en ocasiones, fijeza de sentidos y miradas mortíferas que dificultan una acogida hospitalaria de aquel que se (nos) presenta como extraño".⁽³⁾

El hospital muchas veces es muy poco hospitalario tanto con los niños y sus familias como con quienes los recibimos.

Alojamiento implica un lugar, entonces nos proponemos, cada vez, el desafío de la creación de un lugar posible y no necesariamente la inclusión a lugares preestablecidos.

Pensamos que algunas de las condiciones de la hospitalidad tienen que ver con poder revisar nuestra posición, sentirnos alojados por la institución y ser parte de la creación de un lugar que no sea del rechazo. En ese sentido hubo una experiencia desde el equipo de guardia de Salud mental: inventamos “Infancias, Ficciones, Hospitalidad”⁽⁴⁾. Fueron encuentros donde poner en cuestión el adentro y el afuera de la institución, nuestro lugar y el de los pacientes, las infancias, las ficciones.

Es así que vinieron al hospital poetas, travestis, psiquiatras, adolescentes, psicoanalistas, editores de libros infantiles, Trabajadores sociales, maestras, escritores teatrales.

Propusimos invitarlos para dialogar, proponer lazos a lugares heterogéneos, otros discursos y prácticas que las habituales en el hospital.

Otra parte de la experiencia consistió en hacer entrar al hospital, a sus pasillos, salas de espera, salas de internación “otra cosa” que la que circula diariamente entre los chicos, sus familias y quienes trabajamos allí: música, danza, clown, fotografía, en la experiencia de habilitar “lo que no”, lo que al ingresar a la institución queda en general puertas afuera. Otros cuerpos que los enfermos, dolidos, abusados o reducidos a la tarea profesional, otras imágenes y miradas, otros movimientos que las maniobras médicas, otros sonidos y silencios que llantos, gritos y monitores irrumpieron e interrumpieron por momentos, la escena del hospital y el sufrimiento y relanzaron la de la infancia que a veces el hospital interrumpe.

Subjetividad

El supuesto institucional dice que las instituciones cuidan. En las situaciones concretas, en cambio, se puede observar que los agentes institucionales muchas veces sienten que se tienen que cuidar... de quien consulta (por ej. chicos en situaciones de calle, familiares “violentos”, juicios de mala praxis, etc.) ¿Ante un desencuentro así, qué respuestas prevalecen? Cuando se presenta ese abismo separándonos de quien consulta, se prefigura un otro incomprensible, peligroso.

Encontramos efectos desubjetivantes debido a la tecnología, la hiperespecialización donde cada vez menos hay un médico de cabecera, referente, que organice las consultas, la información y ayude al paciente a asumir un criterio en relación al tratamiento, reconociéndolo como sujeto que pueda tomar posición en relación a su malestar. Entonces muchas veces estalla la escena que habrá que ayudar a reconfigurar en la interconsulta. Por ejemplo: distintos especialistas dando diagnósticos y tratamientos diferentes a un adolescente recién llegado de otro país, llaman al equipo de interconsulta

para que atendamos al paciente con un “estado confusional” al que cuando vamos a buscar le dieron el “alta para continuar tratamiento en forma ambulatoria y derivación a salud mental”.

Función clínica de la interconsulta sería devolver estatuto de subjetividad tanto a pacientes como a los profesionales intervinientes y así reposicionar al médico en su función, aliviando algo de lo que se presenta muchas veces haciendo síntoma de su lado o del equipo con distintos niveles de malestar y/o actuaciones.⁽⁵⁾

Medicina-Psicoanálisis

Escribió Jorge Semprun, al salir de Auschwitz: “el verdadero problema no estriba en contar... sino en escuchar”⁽⁶⁾. Cómo escuchar, hacer audible algo del dolor, la muerte, el horror (enfermedad, incesto, maltratos) sin la respuesta que empuje al diagnóstico rápido, a la técnica, al rechazo. La escucha puede ser un lugar de alojamiento en la lengua.

Nos convocan ante diferentes presentaciones de la angustia tanto de pacientes, familiares, o profesionales del equipo de salud; que algo de otro orden pueda escucharse en ese llamado, y re-presentarse, articularse de otro modo, pensamos que es condición para poder hacer con “eso” que se presenta como dificultado o imposible. A modo de ejemplo de estos llamados: “Hagan algo porque si esos padres siguen así ningún tratamiento va a funcionar para este chico” o “Los llamamos porque no se deja sondar”

Sostener la escucha de “otra escena” en esa que se presenta, salir de alternativas dicotómicas (médico-paciente, psi-médico, salud-enfermedad, etc.) nos da la posibilidad de habilitar versiones e intervenciones posibles a lo que se presenta como insondable.⁽⁷⁾

Una cuestión es ubicarse desde la posición del Bien... bien decir... bendecir, pero ¿podremos permitir (y permitirnos) maldecir?, ¿podremos escuchar los pre-textos de cada uno?

En cada pedido de interconsulta ¿cómo escuchar o qué escuchar? Nos orienta aquello que se presenta como sinsentido o con un sentido pleno para poder ubicar allí un interrogante, hacia la producción de nuevos sentidos posibles.

Balínt⁽⁸⁾ había insistido fuertemente en que si se pregunta se obtendrán respuestas pero nada más, no se sabrá nunca la verdad, entonces la operación es escuchar los síntomas sin aplicar ningún referente conocido para introducirlos en el campo médico o psicológico.

Recordemos la situación que relata Dolto: “-Me duele la cabeza- decía un niño de 3 años. Le pregunté -¿Dónde? Muéstrame; ¿dónde te duele la cabeza? Pregunta que nunca se le

había formulado. -Aquí (y señaló el muslo cerca de la ingle) -Y ahí, ¿está la cabeza de quién? -De mamá".⁽⁹⁾

"La posición que puede ocupar el psicoanalista (...) es la única desde donde el médico puede mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquel que tiene que responder a una demanda de saber, aunque sólo se pueda hacerlo llevando al sujeto hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda (...) Lo inesperado, es que el sujeto confiese él mismo su verdad y que la confiese sin saberlo".⁽¹⁰⁾

Consultan de la sala de neurocirugía por un chiquito al que le tienen que hacer el cambio de válvula por hidrocefalia. Los médicos no entienden "por qué él esta tan asustado y no puede dormir hace días (así no lo pueden operar) si "ya fue operado otras veces" y "el cuadro que tiene viene respondiendo muy bien al tratamiento", también hay cierto reproche hacia la madre en relación a que "no colabora".

Cuentan con horror que dibujó zombies con la cabeza cortada y la madre relata angustiada, que hace poco falleció el abuelo paterno.

Me quedo con él y le digo que me muestre el cuadro que hizo y le propongo hacerle el marco y la firma del artista.

Enseguida se pone a trabajar y realizamos el marco del dibujo con materiales de la sala: gasas, tela adhesiva. También mantengo en otro espacio entrevistas con la madre en las que habla de sus miedos.

La disposición a escuchar y dejar entrar lo que era horroroso para los adultos haciéndole un lugar en el juego, enmarcado, delimitado, tiene efectos: algo del sufrimiento en el cuerpo se apacigua y le permite dormir y soñar en este caso con ser un pintor.

Conclusiones

Cuando lo "otro" se rechaza la disciplina se cierra sobre sí misma, se vuelve narcisista, autorreferencial, endogámica.

Puede pensarse en este sentido una resolución que votó el consejo directivo de la facultad en la que dice que solo médicos podrán ser docentes de medicina.⁽¹¹⁾ ¿Qué lugar para el intercambio con otros saberes, el enriquecimiento mutuo, la posibilidad de complejizar el análisis y las respuestas a fenómenos cada vez más complejos? ¿Qué lugar para la interdisciplina y la formación al trabajo en equipo de los futuros profesionales?

El cambio de nombre, que sabemos no es sin efectos, de “interconsulta médico-psicológica” a “psiquiatría de enlace” ¿qué implicará? ¿La psiquiatría enlazara con qué? Un lazo sobre sí misma podría ser suicidio...

La propuesta de este trabajo es invitar a pensar qué prácticas se sostienen frente al padecimiento de los pacientes y al del propio equipo de salud. Re-pensarnos permitiría imaginar, crear otras prácticas posibles.

Notas y Bibliografía

(1) Mauricio CHEVNIK, La interconsulta médico psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible, 1983.

(2) Silvina GAMSIE, La interconsulta. Una práctica del malestar Ediciones del Seminario, 2009.

(3) Debora CHEVNIK, Presentación de Infancia, ficciones, hospitalidad, 2017.

(4) Infancias, ficciones, hospitalidad. Exploraciones académicas, intervenciones estéticas. Htal. de Niños Ricardo Gutiérrez año 2017 Coordinadora Dra. Debora Chevnik.

(5) Ver “Síndrome de Burn Out”

(6) Jorge SEMPRUN, La escritura o la vida, Editorial Tusquets, 1995

(7) Según DRAE “Insondable” (adjetivo): 1. Que es tan profundo, que no se puede alcanzar su fondo./ 2. Que no puede ser conocido o comprendido por ser misterioso, difícil o impenetrable.

(8) Michel BALINT, El médico, su paciente y la enfermedad, 1961 editorial Libros Básicos de Buenos Aires.

(9) Françoise DOLTO, prefacio a La primera entrevista con el psicoanalista, Maud Mannoni, Buenos Aires, Granica, 1973.

(10) Jacques LACAN, Psicoanálisis y Medicina, en Intervenciones y Textos, Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1985.

(11) Resolución Consejo Directivo de la Facultad de Medicina UBA N°2221/18.