



Interconsulta : resultado de una intervención.

Hemos elegido este tema para intercambiar con colegas residentes, no solo por ser una de las prácticas que realizamos, sino también por ser la que más nos convoca a pensar sobre los interrogantes que nos presenta constantemente. El presente escrito lejos de agotar los problemas que esta práctica nos provoca, tiene el objetivo de seguir reflexionando acerca de la misma. El hospital en tanto institución médica por excelencia, invita al psicólogo a trabajar interdisciplinariamente, teniendo en cuenta tiempos y códigos heterogéneos.

Hablar sobre interconsulta (IC) podría llevarnos a pensar y a tratar de precisar cual es el lugar y la tarea de un psicólogo que define su práctica como analítica, en una institución hospitalaria. Sabemos que el hospital, como toda institución, funciona a partir de la observancia de reglas, normas y procedimientos. Por lo tanto, la cuestión primera a considerar es si estas convergen o entran en discrepancia con la práctica analítica; si en nuestro quehacer cotidiano, en esta institución, las cuestiones que nos problematizan, insistiendo una y otra vez, deben ser pensadas como limitaciones o como algo que más bien sería del orden de un límite. Esto, quizás, excede el tema en consideración, a saber, la IC, pero creemos que no puede ser soslayado.

Por lo tanto, puede resultar más propicio partir de las siguientes preguntas: ¿qué es una IC? ¿Cómo intervenimos nosotros en ella?

Primero. Creemos que cuando un psicólogo es convocado por un médico a participar en un determinado 'caso' hay algo de la transferencia que se pone en juego, existiendo un sujeto que ha efectuado una pre-interpretación de un malestar o sufrimiento que no ha encontrado la resolución esperada, lo cual supone el establecimiento de un sujeto supuesto al saber. Esto en el mejor de los casos. En otros el pedido de Interconsulta tiene el mismo estatuto que por ej. una orden de laboratorio (esto es el psicólogo queda en el lugar de un técnico más. Estas dos situaciones no agotan las múltiples variantes de las posiciones desde las cuales el médico solicita la IC. Se ve más claro si se tiene en cuenta que el hospital, en su funcionamiento, está dispuesto de tal manera que en él el circuito de la palabra opera más allá de los servicios



31-179

"psi". Y esto no sólo se refiere a los pacientes que, junto a los cuidados que reciben bajo la forma de cada una de las especialidades médicas, anticipan que además encontrarán una recepción de sus quejas, de su palabra. Sino que también abarca a los profesionales que trabajan en dicha institución, insertos en los distintos servicios del hospital, en el seno de los cuales reflexionan y dan cuenta de su tarea. Por eso es que decimos que el pedido de IC que llega a nuestro servicio supone que algo del saber y de los dispositivos médicos habituales no alcanza para solucionar un malestar que surge en la práctica de un médico con un paciente en particular y que allí podríamos nosotros brindar nuestro oficio, desplegar nuestros saberes.

Tratando de encontrar una respuesta a la primera pregunta de la que partimos, entendemos a la interconsulta desde una definición operacional como una conversación entre profesionales sobre alguna problemática a resolver acerca de un paciente. Esto difiere de una derivación, en donde lo buscado es una "técnica de complemento", donde el psicólogo es llamado a "poner en orden el factor psi" del que supuestamente se ocupa, así como el cuerpo es jurisdicción exclusiva del médico.

¿En qué momento el médico pide la consulta al campo psi? . Podríamos pensar que cuando la demanda del paciente se resiste e insiste, el médico al no considerar que esa demanda le es dirigida a "él" , y le concierne, apela a otro saber, y es en este punto donde renuncia a ser aquel personaje con el cual antiguamente se vestía su función.

Con relación al pedido que nos llega del médico, la intervención del psicólogo apuntará a poner en forma la demanda para que advenga un sujeto. Ilustraremos este desplazamiento con una viñeta clínica. La interconsulta llegó al servicio de psicología a pedido de una medica del servicio de clínica medica, quien refería un cuadro depresivo en un paciente internado en la sala. Lo primero que hicimos fue ponernos en contacto con la que nosotros consideramos sujeto de la demanda, la medica. En la conversación nos enteramos que el paciente a quien llamaremos R había sido internado a causa de una descompensación producida por un pico insulínico, diabético hace varios años, R desconocía en gran medida las características de esta enfermedad.

La preocupación de la medica remitía al estado de animo del paciente, desganado y con pocas ganas de colaborar para con su tratamiento; estaba deprimido y

ella nos pedía que lo entrevistáramos. Pusimos en suspenso dicho pedido y continuamos la conversación con ella. Lo que se puso de manifiesto en la misma es que el principal motivo de la interconsulta se refería a una dificultad de la medica para comunicarle al paciente la modalidad de tratamiento que debería seguir por consultorios externos, su temor a la reacción del mismo cuando le dijera que tenía que hacerse "diálisis" de por vida.

En primer lugar le pedimos que nos explicara en que consistía la diálisis, cuantos días y horas semanales conllevaba, en que cambiaba la vida de un paciente con este tratamiento, etc. con su explicación, la oscuridad del termino "diálisis" se desvanecía.

De lo considerado en la entrevista con la medica pudimos recortar algunos puntos alrededor de los cuales giraban los obstáculos de este caso.

- 1) la falta de información de R en lo que respecta a su enfermedad
- 2) La deficiente comunicación medico-paciente en lo que hace al tiempo de permanencia en el hospital (R no sabía que posiblemente saldría en menos de una semana del hospital para continuar su tratamiento por consultorios externos) y en lo que respecta al tratamiento propiamente dicho; puntos ha tener en cuenta al evaluar el llamado "estado depresivo" de R, en la medida en que este desconocimiento e incertidumbre con relación a su enfermedad podrían haber cooperado en lo referente a su estado anímico.
- 3) Los propios prejuicios de la medica en lo que hace a la "diálisis".

A partir de este material podemos pensar que lo que se constituye con nuestra intervención es la interconsulta misma. Con el llamado al profesional psi, el medico interpreta nuestra intervención en su función de complementariedad, haciendo de la interconsulta derivación, y es este malentendido el que obtura el "inter", "entre" que es donde localizamos al sujeto. El discurso analítico se introduce sosteniendo ese "entre", "inter" viene haciendo de esa falla pregunta.

La demanda de la medica apuntaba mas a una derivación que a una interconsulta propiamente dicha; velando la dimensión subjetiva, es así que el llamado al psicólogo aparece como consecuencia de los efectos de la forclusion del sujeto en el discurso

medico, poniendo en evidencia "la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo". Entonces la intervención del discurso analítico apunta a reintroducir un sujeto allí donde estaba radicalmente excluido y en este mismo movimiento instaura la dimensión de lo que llamamos interconsulta, la cual queda constituida a posteriori de nuestra intervención.

Creemos, como dijimos, que hablamos de IC toda vez que el médico da lugar a la emergencia de la subjetividad y lo que de ella lo problematizan en la atención de un paciente en particular, cuando se le da al psicólogo la oportunidad de escuchar en el discurso de ese profesional lo que se despliega del deseo (en relación a ese paciente), para poder ayudar a operar allí alguna transformación que le posibilite al médico la continuación de su labor y al paciente una mejor resolución de su malestar.

Ahora bien, a partir de lo planteado, ¿existe una separación tajante entre las situaciones de IC y las de derivación tal como las hemos presentado?. Pensamos que no o que en todo caso es una posibilidad y una responsabilidad del psicólogo el apostar a que cuando aparece algo del orden de una subjetividad imprevista, desubicada, que se escabulle mostrándose allí donde no se la espera, (se llame como se llame: IC, derivación, "te quiero hacer una consultita", etc.), pueda recibir un lugar más saludable que el silenciamiento, que como sabemos no deja de retornar y, la mayor parte de las veces, sobre los pacientes!!!.

Lo cual no implica que pensemos que llevar a cabo esto sea fácil. "No es fácil pasar del discurso médico al discurso analítico ni para el paciente ni para el médico". Tampoco para el psicólogo.

Ahora bien, lo anteriormente dicho, no se ajusta a las situaciones donde la participación del psicólogo está de alguna forma reglamentada e incluida, como una más, entre las prácticas prescriptas y llevadas a cabo cada vez que la situación se presenta. Esto es lo que ocurre con los pedidos de IC a raíz de intentos de suicidio.

Si nos detenemos sobre los intentos de suicidio, que dicho sea de paso generan un número muy grande de pedidos de interconsulta, devienen generalmente en derivaciones. El pedido que se efectúa a salud mental en estos casos, es una norma institucional, como así también lo es la denuncia policial, con lo cual a veces es difícil

delimitar hasta donde se trata de una cuestión puramente formal y hasta donde puede entrar a jugar algo de la subjetividad del médico que realiza el pedido. Por lo tanto estos casos, no se ajustarían precisamente a lo que definimos por interconsulta.

Cuando llega un pedido de esta índole, se habla en primer lugar con el médico para obtener datos acerca del caso y para tener en claro porqué se solicita la intervención de un psicólogo. Siempre se entrevista al paciente apostando a que se produzca una rectificación subjetiva en relación con el intento. Si bien es difícil generalizar y hacer de esto una técnica de trabajo, nuestras intervenciones apuntan a jerarquizar el intento, es decir, darle un lugar en el Otro. En los casos de intoxicación, tanto con el médico, como con el paciente, además de dejarlo asentado en la historia clínica, hablamos de intento de suicidio y no de intoxicación medicamentosa ó de intoxicación por ingesta de sustancias tóxicas, que es con la denominación con que suelen llegar estos pedidos. Pensamos a este tipo de intervenciones como un acto que opera a modo de sanción, apuntando a la emergencia del sujeto en cuestión.

Todo esto forma parte del seguimiento que se hace del caso para evaluar si es conveniente sugerir el alta desde salud mental. Se oferta un espacio para el despliegue de la palabra por consultorios externos, aunque dependerá de la particularidad del caso como se realice dicha oferta. Esto es consecuencia de una hipótesis que sostenemos, es decir, no toda persona que ingresa al hospital por intento de suicidio debe iniciar inmediata y necesariamente un tratamiento psicológico.

Tomaremos un caso para mostrar algunos de los obstáculos que se nos presentan con relación a los puntos mencionados. Un hombre de 30 años ingirió pastillas intentando quitarse la vida. Aparentemente para el médico, a quien se entrevista, se trata de una cuestión formal: intoxicación medicamentosa - interconsulta a Psicología. Se encuentra ansioso por darle el alta al paciente, quien estaba clínicamente bien, y manifestaba querer irse.

Luego de entrevistar al paciente y a su madre, tomamos conocimiento que se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio en forma privada. El psiquiatra había indicado en principio una internación en una clínica psiquiátrica, pero ante la negativa del paciente decidió esperar. El paciente conocía el funcionamiento de un

hospital, ya que se desempeñaba como enfermero en uno, y amenazaba con fugarse sino se lo dejaba ir, para ver a su psiquiatra.

Intentamos localizar a este psiquiatra, quien nos pidió que no lo dejáramos ir, pues su caso revestía de cierta gravedad; además se comprometió a venir al hospital para verlo ese mismo día. Esto se dejó asentado en la historia clínica, y se le informó tanto al médico como al paciente.

Sin embargo el médico igualmente procedió a darle el alta, a pesar que nuestras indicaciones fueron claras. Afortunadamente el alta no llegó a concretarse, pues tomamos conocimiento de esto en el mismo momento en el que el paciente se retiraba del hospital; se pudo retenerlo y "convencerlo" de que aguarde la llegada de su psiquiatra.

Sin ponernos a discutir sobre los motivos que tuvo el médico para tomar esa decisión, pensamos en que tal vez desatendimos al sujeto que realizó el pedido (un médico a cargo de un paciente que amenazaba con fugarse, preocupación que no pudo ser puesta en palabras y así ser trabajada) y nos limitamos a informar acerca de una decisión de la cual el médico no tuvo ninguna participación. Con esto queremos decir que entendemos que fue obviado el trabajo de interconsulta propiamente dicho, lo cual como puede observarse, tuvo sus consecuencias.

La intervención psi en la práctica de IC propiamente dicha, tal como la hemos definido, consideramos que apunta al acto médico, en tanto nuestra escucha permita localizar cierto obstáculo, cierta falla que promueve una suerte de defección por parte del médico en su función, creemos que la recomendación clínica de "no comprender" debe sostener la escucha también en esta "conversación entre profesionales".

Un caso. Recibimos un pedido de IC de parte del Dr. F por una paciente con artritis reumatoidea internada en el servicio de traumatología (el texto de la solicitud escrita era bastante escueto). Respondemos al pedido entrevistando primeramente de modo informal al médico, éste nos refiere que motivó su pedido el hecho de que la paciente manifestó "que se quería morir". Decidimos entrevistar a L, la paciente: su posición es manifiestamente querellante hacia su ex esposo, los médicos, y concretamente hay una querrela judicial contra una empresa de ómnibus respecto de un

accidente que L sufriera, sosteniendo que su artritis es una secuela. "Artritis reumatoidea" es el significante con que L se hace representar, parece ser la fuente de todos los beneficios de que GOZA; sus hijas y su ex esposo son quienes deben hacerse cargo de ella, este reclamo se sostiene en relación a la empresa de ómnibus y en relación a los médicos, de quienes L se queja: "Ni siquiera me vinieron a ver".....Esta referencia, sumada a la larga "trayectoria" de L por las guardias y salas de distintos hospitales, y tal vez todo el discurso de L, nos llevaron a volver a entrevistar al Dr. F para indagar respecto del diagnóstico-nombre de la paciente. No encontramos al Dr. F pero sí a uno de sus colegas, quien sostiene el diagnóstico de la siguiente manera: "No ven que tiene cara de luna (redondez del rostro), eso es por los corticoides que le dan por la artritis".....Esto es, a tal medicación, tal enfermedad; el acto médico por excelencia, el diagnóstico, queda eludido. Cuando encontramos al Dr. F, confirmamos que en realidad nadie había auscultado a la paciente, que ella había llegado a la guardia con sus dolores y su diagnóstico; le sugerimos al Dr. F que mire las placas que estaban en la historia clínica que en ese momento estábamos consultando, al verlas advierte que no hay indicios de artritis, y reflexiona: "A lo mejor otros médicos también le habían creído lo de la artritis, hicieron lo mismo, le dieron corticoides porque como ella dice que le duele...y sobre el dolor no se puede saber..."

Si decíamos que la IC se constituye luego de nuestra intervención y que está relacionada con la restitución de la función médica, ¿qué pasa cuando no hay médico?

Muchas veces el papel dice IC pero tenemos que "leer" *derivación* (como en el caso de los intentos de suicidio). ¿Qué sucede cuando ni siquiera sabemos quién nos deriva el paciente?

Así ocurrió en una oportunidad cuando nos dirigimos a conversar con el médico a cargo de la paciente X (tratando de ir más allá del trámite burocrático, ya que la intervención de Salud Mental es obligatoria).

X había ingerido varias pastillas de Tregretol® , se encontraba en estado confusional pues, luego nos enteramos que el lavado gástrico se había efectuado demasiado tarde y la medicación ya había actuado.

Tal es así que X no sabía el motivo por el cual se encontraba internada, no estaba ubicada en tiempo y espacio y hablaba incoherentemente.

Pero el médico no aparecía, es decir, el médico de guardia se había retirado, el médico residente nos remitió al concurrente, etc., etc.

Ante esta situación, ¿cómo intentar ver qué y quién demanda?. Se podría pensar que en este caso es la institución la que demanda nuestra intervención (ya que debemos intervenir obligatoriamente).

De todos modos nuestro accionar se pensó en función de que la paciente pudiera rectificar, antes del alta, lo que había hecho. Previamente hicimos IC con Psiquiatría para que hiciera una evaluación de la paciente y nos explicara acerca de los efectos de la medicación, que en ese momento hacían obstáculo a la entrevista.

Luego de conversar con X decidimos realizar una derivación a Trabajo Social y citarla por Consultorios Externos.

Si no hicimos IC, ¿qué fue lo que hicimos?. Podríamos llamar a esta actividad en Sala: *Consulta Interna*, diferenciándolo por un lado de la IC, que tiene más que ver con el trabajo con el médico, y por el otro de Consultorios Externos, que está más vinculado con el tratamiento posterior en sí.

**RESIDENCIA DE PSICOLOGÍA
HOSPITAL DE BERISSO 1999.**