NODVS L'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona
Dipòsit legal B-24256-2010. ISSN 2013-8539

NODVS VII
Juliol de 2003

# Práctica del psicoanálisis en una institución socio-sanitaria. ¿Qué puede aportar la presencia del psicoanalista en el ámbito de la medicina?

Trabajo presentado al Grupo de Investigación Psicoanálisis y Medicina en Barcelona el 14 de Mayo de 2003

Araceli Teixidó

**Paraules clau**

centro socio-sanitario, deseo, médicos, ciencia médica, enfermeros, psicoanalista, demanda, ética, respuesta

Qué puede aportar la presencia del psicoanalista en el ámbito de la medicina?

En el Centro Socio-Sanitario las demandas de atención psíquica a los pacientes las formulan los profesionales que se ocupan de ellos (médicos, equipos de enfermería, trabajadores sociales).

¿Qué nos piden cuando nos dicen que se trata del ámbito de lo psi? A menudo constatamos que se trata de una demanda de atender al sujeto excluido por el discurso de la ciencia, de que alguien se haga cargo de lo que no está previsto por él. Más allá de atender a las personas por las que nos consultan ¿de qué modo podemos responder para reintroducir la dimensión del deseo en la práctica médica?.

¿Cuál es la función del psicoanalista en el Hospital? Me lo pregunto en relación a las cuestiones que señalaba Lacan en el texto "Psicoanálisis y medicina"[I] es decir, respecto de la consideración de la respuesta del médico a la demanda del enfermo como única vía que puede restituir la dimensión ética (campo del deseo y el goce) en ese ámbito.

Además de preguntarme por las condiciones, límites y posibilidades del abordaje psicoanalítico a las personas que acuden a ser tratadas en una institución donde el tratamiento de lo real no se realiza desde el psicoanálisis me pregunto ¿de qué modo influye en una institución la presencia del analista?

Actualmente algunos centros se proveen de psicólogos para atender al ámbito de lo psi que

Dipòsit legal B-24256-2010. ISSN 2013-8539

resulta de la repartición en biológico-psicológico y social del enfermo. Retomaré este punto más adelante.

Primero les hablaré brevemente de la institución en la que trabajo, de como oriento mi práctica y de como ha ido variando en los años que llevo en ella.

Una Unidad Socio-Sanitaria atiende a personas con enfermedades crónicas que requieren períodos de estabilización o curas especializadas en régimen de hospitalización, ambulatoriamente y a domicilio. También disponemos de unas camas para enfermos en el fin de la vida (cuidados paliativos). En una Unidad Socio-Sanitaria se aplican tratamientos médicos, curas de enfermería y también se practican tratamientos rehabilitadores para recuperación de la capacidad funcional. Es el caso de personas que han sufrido accidentes cerebro-vasculares, lesiones medulares, amputaciones traumáticas o amputaciones por enfermedad vascular.

Gran parte de nuestros pacientes regresan a sus domicilios con discapacidad física y el tratamiento consiste en esos casos en minimizar las dificultades. Desde aprender a comer, vestirse o ducharse con una sola mano a planificar la reestructuración de su vivienda.

Pero hay también otra clase de pacientes. No hay para ellos tratamiento posible, se pueden considerar como producto del saber sin sujeto de la ciencia: en el momento en que redacto este texto un 30 % aproximadamente - la mayoría de ellos en el Servicio de Larga Estancia - de los pacientes de esta Unidad son personas que viven porque la ciencia lo permite. La mayoría dementes en fases avanzadas que debido a la buena cualidad de los cuidados vivirán aún unos cuantos años. En algunos casos personas en coma irreversible, por accidente de moto, por intento de suicidio,... recuerdo el caso especialmente duro de un joven que sufrió un paro cardíaco y estuvo cuatro años en coma hasta que murió. Entró en coma porque los intentos de reanimación se prolongaron por veinte minutos tras su muerte después del paro. Cuando consiguieron que el corazón y el resto de constantes se pusieran de nuevo en marcha no quedaba vida que preservar. Eso es lo que la ciencia puede conseguir, eso es lo que la ciencia logra. No hay nadie en un servicio de urgencias que diga que ya es suficiente.

Los ingresos pueden estar motivados por el cuadro clínico pero también por dificultades sociales que impidan a una persona ser atendida en su domicilio. Suelen tener una duración mínima de un mes. En algunos casos, los más graves funcional o socialmente están durante años.

El programa de la Generalitat “Vida als Anys” y la constitución de la unidad en “Socio-Sanitaria” al amparo de este programa representan un cambio en la concepción institucional de ese lugar. Hasta ese momento allí iban a parar los profesionales del Hospital que eran castigados. Coloquialmente, entre los profesionales, se le llamaba “galeras”.

A partir de ese momento, la contratación de médicos rehabilitadores, médicos geriatras, médicos de cuidados paliativos, fisioterapeutas, laborterapeutas, la inclusión en programas de formación continuada a los profesionales de enfermería y la contratación de un psicólogo han de permitir la consideración de equidad con el resto de unidades del Hospital.

A la psicóloga se le pide que colabore con el equipo en la atención a pacientes y familiares. Se considera que la gravedad de los casos requiere que la unidad “bio-psico-social” de las personas sea atendida y no sólo el aspecto “bio”, como sería en el Hospital de Agudos.

Es decir, nos situamos en los límites del poder de la medicina. Estamos donde la ciencia médica no tiene las soluciones. O donde las soluciones precipitan los hechos al sinsentido

Dipòsit legal B-24256-2010. ISSN 2013-8539

radical. Las unidades profesionales funcionan en régimen de equipos interdisciplinarios, el resto de unidades del hospital no funciona de este modo. Ahí donde la medicina es eficaz no precisan de psicólogos y tampoco de reuniones de equipo.

Si nos detenemos un momento en este punto veremos ese lugar ofrece dos posiciones al psicólogo. Revisar cómo tomamos la primera demanda de incorporarse a la institución tiene su importancia porque determina el marco en el cuál se escucharán todo la serie de consultas que se irán produciendo a partir de entonces.

Una opción sería la de situarse en el vector que orienta el trabajo en la institución y tomar a su cargo la vertiente de lo psíquico, lo emocional, lo que la ciencia no trata. Es la opción que sitúa al psicólogo al lado del que sufre para hacerse cargo de su queja. Puede utilizar el psicoanálisis para su tratamiento, pero en ese vector se sostiene la forclusión del sujeto para el discurso médico.

Otra opción puede ser la de contrariar un poco la trayectoria institucional e intentar reenviar a los médicos algo de la demanda que les fue dirigida a ellos, no a nosotros. Intentar producir efectos de sujeto en el médico mismo.

Entiendo ahora que la demanda que se me dirigió al pasar a formar parte de estos equipos sería en primer lugar una demanda de ser separados de la identificación a "las galeras", de lugar de castigo que sigue operando en los intentos de dignificar el lugar que llevan a cabo los profesionales. Por su situación en los confines de la medicina es un lugar que interroga la función del médico y la medicina.

Hace ya ocho años que trabajo allí y mi modo de operar ha ido variando. Son también los ocho años que llevo en relación más estrecha con el psicoanálisis.

Al principio, recogía las demandas y acudía a ver al enfermo o la familia. Al principio lo tomaba como algo que me concernía a mí.

Sin embargo, en muchas ocasiones lo que piden los enfermos es hablar con el médico – no siempre directamente - , las consultas que hacen es por el diagnóstico, por el pronóstico, por el tiempo de hospitalización...

En una ocasión, como siempre cogí una silla y me senté al lado de la cama, la mujer del paciente me dirigió una sonrisa con un hondo suspiro. Dijo: "¡menos mal! ¡Llevamos dos semanas aquí y es usted la primera persona que se sienta para hablar con nosotros!".

Los médicos pasan visita y hablan entre ellos, no con los enfermos.

Las enfermeras realizan las curas y los cuidados y hablan con el paciente siempre que este mantenga el discurso por los linderos de la normalidad.

Con las enfermeras he podido ir trabajando algunos aspectos de sus demandas. Una de ellas me consultó porque un paciente lloraba. "¿Y por qué llora?" le pregunté. Con esa pregunta se fue de nuevo a hablar con el paciente y me informó más tarde de la situación del paciente que ella misma contuvo.

En algún período incluso realizamos grupos de trabajo de casos. Y con algunas de ellas se nota el trabajo realizado. Una por una. Yo creo que la cuestión de enfermería no es la misma que la de los médicos. Al contrario, observamos la psicologización de estos equipos. Más bien parecen asumir sobre ellas mismas las carencias en la relación entre médico y paciente.

Dipòsit legal B-24256-2010. ISSN 2013-8539

Con los médicos el asunto es distinto. Ven a los pacientes una vez por semana. Son reticentes a visitarles fuera del día previsto. El resto del tiempo lo dedican a las consultas externas (donde no intervengo) y a reuniones tanto profesionales como de gestión.

Mi preocupación actual versa sobre el modo de acoger y responder a las demandas que me formulan.

Para mi la cuestión es que si bien se puede considerar estructural el hecho de que el discurso médico se ocupe de un real forcluyendo la castración, sería falaz considerar igualmente al médico. Puede ocurrir que el médico se identifique a su saber o al amo, pero en principio que de ahí se excluya la dimensión del deseo en la acogida de la demanda del paciente no es un límite infranqueable. Quizá sea susceptible de ser modificado. El hecho es que su demanda no le incluye a él mismo y que vamos a intentar maniobrar con eso. Es decir, que una cosa es la ciencia y otra los sujetos que la aplican.

Relataré algunas viñetas que puedan dar una idea del tipo de intervención que ensayo.

En la entrevista con la trabajadora social y los médicos, una mujer hipotetizó que la dificultad de su madre – nuestra paciente - para andar era debida a la tristeza que arrastraba desde el año en que sufrieron una grave crisis familiar. Los médicos no hallaban explicación ninguna a la imposibilidad de andar y la trabajadora social pensó en un posible síntoma conversivo. Así que se dirigió a mí. Pareciera tratarse de una somatización de un duelo irresuelto. Señalé que hacía pocos meses de la invalidez y cinco años de los sucesos relatados, pero acepté investigar sobre ello. Las tres entrevistas mantenidas con la paciente no revelaron nada que nos permitiera avalar la hipótesis propuesta y así lo comuniqué al equipo.

El equipo fue comentando en días sucesivos que efectivamente no se observaba que el ánimo de la paciente fuese depresivo sino más bien de tranquila aceptación.

Llamó entonces la atención la insistencia de la hija en explicar que la madre se hallaba muy deprimida. De ello me habló un médico diciéndome "voy a darle un antidepresivo a esa mujer pues su hija dice que está muy deprimida". Es decir, que diagnosticó una depresión fundamentándose en el pedido de un familiar y pensaba prescribir un fármaco como medida cautelar. Por suerte, prefirió comentarlo con la psicóloga antes de continuar. Mi propuesta fue: "¿La hija dice esto, pero tu que dices?" se quedó bien callado para decir a continuación "que no, que esa mujer no está deprimida, yo no lo he notado". Y no recetó el medicamento.

Creo que llevar al médico a separarse de la demanda que recibió es una de las intervenciones posibles.

Tras eso acepté citar a la hija para comunicarle nuestras impresiones sobre la madre. Acepté, por esta ocasión, hacerme cargo de la demanda de la hija.

En otra ocasión, el equipo de enfermería se hallaba muy angustiado ante la hipótesis de intento de auto lisis que atribuían ellos mismos a un joven ingresado después de haber sufrido un grave accidente que le causó secuelas físicas irreparables muy importantes. En la reunión de equipo se causó un gran revuelo al hablar de é. Mis intervenciones fueron dos: por un lado manifesté a las enfermeras mi extrañeza por tanta ansiedad ante ese paciente y les pregunté si é había manifestado alguna idea de suicidio a lo que respondieron que no. Añadiendo una de ellas que creían que el paciente mentía puesto que es difícil ser atropellado por un tren. Les expliqué que ante un accidente siempre podemos preguntarnos por la participación del sujeto pero que si la hay, las causas están en el inconsciente y no podemos formular "a priori" cuales son. Como mucho podemos pensar que su actitud fue de mucho riesgo pero no que deseara

Dipòsit legal B-24256-2010. ISSN 2013-8539

morir. Pregunté además ¿cómo se comporta en rehabilitación? ¿Cómo es su actitud ante el trabajo que debe hacer aquí? Efectivamente eso era correcto desde todos los puntos de vista y así lo dijeron. Esa intervención las apaciguó. Por otro lado tomé a mi cargo el realizar algunas entrevistas de valoración con él para valorar un acompañamiento considerando que había algunos índices de gravedad de la situación tanto por el accidente en si mismo, como por aspectos personales y sociales que se daban en el caso.

Realicé el acompañamiento de este paciente durante los meses en que estuvo ingresado. Esto le permitió el restablecimiento de una trama simbólica que le permitió hacer frente a algunas cuestiones importantes en la reorganización de su vida al alta de nuestra Unidad.

Respecto del paciente, creo que en este caso el psicoanálisis aplicado es una opción imprescindible para acompañar el trayecto. No así en el caso anterior en que la opción que tomé es provisional mientras no lo asuma otra instancia.

Para concluir, no creo que el médico deba ser psicoanalista, pero si creo que la función médica tiene en común algo con la del psicoanalista y es que se trata del lugar en el que los que consultan depositan la esperanza de que su demanda será acogida y dotada de sentido, porque en ambos casos hay un real para el que se pide tratamiento. Las respuestas que puede proveer la medicina no son, y no deben ser, las mismas que las del psicoanálisis.

Pero la orientación científica de la medicina ha alejado a los médicos de aquel Hipócrates que proponía escuchar al enfermo y atender bien a la respuesta que él mismo daba para así ganarse su confianza y poderle cuidar. Ahora ante el deseo, ante aquello que no es posible reducir a la demanda, el médico responde con el psicoanalista. Por tanto depende de la respuesta que el psicoanalista le dé, la posibilidad de que él mismo se dirija de otro modo a sus pacientes.

Araceli Teixidó
araceliteixido@comb.es

Grupo de Investigación de Psicoanálisis y Medicina
Sección Clínica de Barcelona
Trabajo presentado al Grupo en Barcelona el 14 de Mayo de 2003

## Notes

1. Jacques Lacan "Psicoanálisis y medicina" en *Intervenciones y textos 1* Ediciones Manantial. Buenos Aires, impresión de 2002.