

## Eje N° 7: Primeras entrevistas en diferentes dispositivos de atención

### Orientarse por lo real desde las primeras entrevistas

**Coordinadores:** Mariana Isasi (EOL Sección La Plata) / Nicolás Mascialino (EOL)

**Integrantes:** Noelia Baffoni (Río Negro), Daiana Ballesteros (La Plata), Darío Galante (Bs. As.), Emiliano Gato (Tucumán), Delfina Lima Quintana (Bs. As.), Laura Mercadal (Córdoba), Marisa Moretto (Bs. As.), Micaela Parici (Bs. As.), Jorge Pontet Scolari (Bahía Blanca), Pablo Requena (Mendoza), Ana Paula Ribeiro (La Plata), Juan Sist (Bs. As.), Gustavo Sobel (Bs. As.), Tomás Verger (Rosario)

El equipo que formamos para este trabajo incluye a colegas que participan de diversos dispositivos de atención. A la hora de diagramar los encuentros, nos propusimos la posición del incauto y así fue que el trabajo giró alrededor de la experiencia de la práctica que cada uno aportó.

Interpelados por el reflexivo en la conjugación del verbo que lleva el título del XI ENAPOL “Empezar a analizarse”, nos vimos llevados a hacer foco en la siguiente pregunta: ¿qué formas toma en el material clínico de nuestros colegas la “orientación por lo real presente desde las primeras entrevistas” del argumento<sup>1</sup>? Y también: ¿qué hizo las veces de “condición desfavorable para el discurso analítico”<sup>2</sup>?

A la práctica analítica “no la justifica su ética sola, sino esa ética coordinada con un real”<sup>3</sup>. La reflexión ética subyace a la propuesta “comenzar a analizar-se”, analizar la propia práctica conduce a interrogar lo que orienta la intervención.

No se puede armar el todo de las “primeras entrevistas”, incluso para el mismo tipo de dispositivo. ¿Primeras entrevistas de la mano del tiempo secuencial y contable de *Cronos*? ¿Cuántas son, en qué dispositivo y para quién? ¿O primeras entrevistas en el lapso indeterminado y ocasional de *Kairós*? Hemos escuchado hablar del analista versátil<sup>4</sup> y oportunista que puede usar el tiempo como instante o estirarlo como chicle, siempre y cuando la dimensión libidinal del sujeto lo habilite. A partir de lo conversado,

---

<sup>1</sup>Argumento del XI ENAPOL “Empezar a analizarse”. Recuperado en:  
<https://enapol.com/xi/argumento-y-ejes/>

<sup>2</sup>*Ibidem*.

<sup>3</sup>Miller, J.-A., (1987-1988), *Causa y consentimiento*, Buenos Aires, Paidós, 2019, p.252.

<sup>4</sup>Miller, J.-A., (1997) “Contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico” en *El Caldero*, n° 69, 1999, p. 10.

hemos leído lo que se experimenta como “primero” con el tono de cierta apertura respecto de una línea de continuidad previa.

En medio de variaciones institucionales, trabajo con otras disciplinas, atravesamientos legales y objetivos apremiantes, se han demostrado intervenciones posibles. ¿De qué modo puede afectar la presencia de un analista a un dispositivo sostenido en el marco “interdisciplinario”; y viceversa: cómo ese marco afecta al practicante? ¿Cómo trabajamos con los ideales de la institución sin que nuestra intervención quede capturada allí? Evocamos el “¿qué hago acá?” que a veces aparece en estos contextos: el desafío sería pasar de mal-decir ese malestar, al esfuerzo de bien-decir, para ubicar allí una posición desde la cual posibilitar la operación analítica.

¿Por qué la ética? Desde que Lacan tomó las primeras referencias, la vinculó a “una orientación de la ubicación del hombre en relación con lo real”<sup>5</sup>. Se trataba de la exploración de aquella dimensión situada por fuera de la maquinaria simbólica. La clínica es ética porque no se rige desde el mecanicismo significante ni de la técnica. En esa línea, nociones como las de acto analítico y deseo del analista –en tanto respuesta más allá del deseo de curar<sup>6</sup>-, son relativas a la ética.

No hay clínica sin implicación del analista, que está en el cuadro y lo pinta a la vez. Esa fue la clave de lectura explicitada en las viñetas trabajadas. En ellas se subrayan los obstáculos y algún efecto de impotencia que surge, cuando cuesta sostener hacerse agente de lo imposible<sup>7</sup>: propuesta de Lacan en tanto posición a tomar frente a lo que *chirría* en otros discursos.

### **La decisión imposible**

La inclusión de los practicantes del psicoanálisis en las “Consejerías de interrupción voluntaria y legal del embarazo”, apunta a la producción de un sujeto que dé su consentimiento o no al procedimiento que solicita. Son casos en los que el tiempo en su cara real se impone: ¿cómo instalar una pausa en lugar de caer en la urgencia?

Paula, preadolescente, asiste traída por su madre quien demanda la interrupción de un embarazo. Casi no habla y cuando lo hace es sin afectación. Afirma “lo quiero tener”, pero no puede expresar nada más sobre esa frase que no se articula a nada. Su embarazo

---

<sup>5</sup>Lacan, J., (1959-1960) *El seminario, libro 7, La ética del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1997, p. 21.

<sup>6</sup>*Ibid.*, p. 264.

<sup>7</sup>Lacan, J., (1969-1970) *El seminario, libro 17, El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1996, p. 196.

es producto de una violación que ella no registra como tal, debido a la posición de objeto en la que se encuentra respecto del Otro. El tiempo apremia y la colega se encuentra dividida. Dividida entre los dichos de Paula y la desesperación de su madre. Siente que el equipo demanda que ella decida. “*Una decisión imposible*, dice mi analista, en una intervención que me saca de la urgencia y me restituye en mi función”. A partir de la introducción de la figura de un familiar que la ha cuidado y de su “las niñas no tienen que ser madres”, la púber solicita el procedimiento. Algo se interrumpe y no es solo el embarazo. Se interrumpe la relación de continuidad entre una hija y una madre que la tomaba por “mujer”. Del lado del analista, podemos decir que se interrumpió el empuje a completar el lugar vacío de la decisión, allí donde el sujeto no llega a emerger.

### **Eufemismos del No**

Las entrevistas de admisión en el dispositivo de “Diversidad y Género” son realizadas por un equipo interdisciplinario. Los profesionales de “salud mental” saben que su presencia podría verse interrumpida. La ley de identidad de género considera que su participación conlleva el riesgo de “patologizar”. Algo de esto se revela en tanto “condición desfavorable”<sup>8</sup> fundamentalmente en casos en que se demandan mastectomías sin un período previo de hormonización. Proceso en el que la modificación corporal es progresiva, reversible y, por ende, da tiempo a que decante o no la subjetivación de la decisión de “transicionar”.

Eso fue lo que el equipo le explicó a Rodo, quien cuestiona tal sugerencia de seguimiento endocrinológico apoyándose en el argumento de otra profesional del Hospital: la cirujana. En ese instante el equipo se da cuenta de que el orden de las consultas se había invertido. Rodo había ido al grano y la cirujana respondió afirmativamente su pregunta de si podría haber cirugía de mamas sin necesidad de hormonizarse. ¿Cómo decir que no al sujeto del derecho, sin desalojar al sujeto que nos interesa? Se optó por responder desde el semblante de un Otro del hospital barrado, no desde el dominio sino “de costado”. Se le contó que el hospital es una comunidad que sostiene su funcionamiento más a partir de usos y costumbres, miedos y rituales, que a partir de protocolos o de la letra dura de una ley. Se apeló también a la palabra del Comité de bioética, quien se expediría a condición de que antes se cumpla un tiempo

---

<sup>8</sup>Argumento del XI ENAPOL “Empezar a analizarse”, *op. cit.*

“para conocernos”. Rodo aceptó el proceso y hoy mantiene entrevistas con nuestra colega.

### **Lo imposible de decir**

“Cuidados Paliativos” es un Servicio de atención interdisciplinario cuando una enfermedad está al límite del tratamiento curativo. El caso es de una adolescente en quien un tumor maligno hace avanzar muy rápido la enfermedad. La medicina actúa con celeridad pero no se logran frenar las recidivas. La joven lo vivía de otro modo: ella no preguntaba. Esto llevó a nuestra colega a preguntarse: ¿hasta dónde insistir frente al no querer saber? Sin embargo, el amoldarse al vaivén escurridizo de la posición de la joven permitió torcer la negación. La identificación con otra joven que testimonia de su cáncer, la lleva a querer hacer algo similar como modo de decir. Publica una foto suya, con su top favorito, aunque deje ver la cicatriz de la cirugía. La acompaña de un texto en el que habla del cáncer, el suyo... Un período libre de síntomas la incentiva a vivir: viaja, retoma la escuela, las juntas, la danza, coquetea con un chico, se embellece. Mientras tanto, en el carril de los médicos aparece un “ya no hay nada más para hacer”, eso genera una transmisión ambigua del mal pronóstico y, del lado de la familia, la esperanza del milagro. El momento más complicado del caso: trabajar el “manejo de la información” frente a una puesta en acto radical del malentendido, maniobrar con lo que no se puede decir. El jaque para el practicante pasó por hacer allí con la imposibilidad del lenguaje para decir lo que ni la palabra “muerte” ni la palabra “cáncer” pueden atrapar. Cuando el mal-decir presente tanto en el “no querer saber” del lado de la joven, como la negación en la espera del milagro en la familia y la ambigüedad en los médicos, se abrazan como defensa, ¿desde qué ética eso se perturbaría?

### **La ética sin Bien**

Una colega recibe a una paciente en el servicio de salud mental de un hospital general. En la entrevista, una joven derivada por la nutricionista de la institución, dice no comer nada, pero no considera necesario un tratamiento psicológico. La practicante no considera conveniente la admisión, no solo por no encontrar el consentimiento en la paciente. En cambio le indica la manera de encontrarla cuando la joven lo considere. Los colegas del equipo cuestionan el acto, entronizando la demanda médica que con su urgencia intenta forzar la palabra que la paciente solo soltaría a condición de que no se lo pidan.

La estrategia, apuntalada en la orientación lacaniana de la clínica de la anorexia, choca contra el *furor sanandis* del discurso médico, que llegó a penetrar en el servicio de salud mental del hospital.

### **Decisión bajo riesgo**

En un dispositivo en el que se trata de evaluar la admisión de pacientes con patologías duales (psicosis y alcoholismo, por ejemplo) es necesario poder ubicar la función del tóxico para evitar un desencadenamiento cuando éste tiene una función de suplencia o de estabilización. En este dispositivo, la admisión supone un cese del consumo como condición, ya que se trata de una internación. Muchas perspectivas, en pos de la salud del paciente, no evalúan la función del tóxico con el prejuicio de que el consumo de estupefacientes o alcohol son perjudiciales para la salud. ¿Para qué internar a un paciente si no se puede sostener la hipótesis de que el sujeto puede arribar a una solución más eficaz? ¿Qué plus aportaría la oferta? El interrogante para el colega consistió en decidir entre dos tipos de riesgos posibles. Por un lado, el riesgo de que al suspender el consumo se produzca una desestabilización psicótica y por otro el riesgo de vida que corría el paciente a raíz de su errancia y su intoxicación.

En un dispositivo similar, pero con otras posibilidades de atención, la decisión de una colega se inclinó hacia una admisión sin internación entendiendo la gravedad del caso y calculando también que eso haría estallar el único armado de su existir. Se decide extender las entrevistas de admisión sin internar, esto es, sin contar con el factor abstinencia. ¿Cómo generar bajo estas condiciones una operación que module esa boca gigante que iba aspirando todo? En las entrevistas se empezó a frenar la verbosidad, embargando con preguntas sobre ella. “La acorralo un poco, intentando no ejercer un bloqueo”. Se van extendiendo las entrevistas de admisión de a una. También fueron a cuentagotas los cambios que denotaban que algo empezaba a ceder: luego de una sesión la consultante dice “siento que bajé 10 kilos”. Surge la demanda específica de tratar lo que no puede frenar frente a su madre.

En ambas viñetas las consecuencias hablan de lo que sucede cuando la ética del psicoanálisis se pone en juego. La decisión de internar o no, exige una precisión tal en el cálculo del acto, que está lejos de la ética de las intenciones o de la prevención para todos.

## **Los principios**

Hemos enfocado nuestro trabajo en las dificultades que nos encontramos en cada dispositivo en el que nos desempeñamos. Encrucijadas donde se anudan lo clínico y lo político, lo individual y lo colectivo, así como el acto y sus consecuencias. Cada viñeta cierra la condición desfavorable o el real con el que se han topado nuestros colegas. Esto puede ser nombrado de diversas maneras: lo indecible, lo indecible, la cara real del tiempo, lo imposible de analizar, el salto al vacío que implican las decisiones bajo riesgo, el sin garantías del acto analítico cuando no se detiene a pensar en las reglas. Es decir, varias formas de encontrarse con el S (A/) y cómo ha respondido cada practicante cuando se orienta por lo real a pesar del discurso del amo y toma partido a favor de los principios del psicoanálisis.