

INTRODUCCION

El objetivo de esta introducción es ampliar la fundamentación de la Interconsulta médico-psicológica y situarla teóricamente. Se menciona la evolución histórica de sus antecedentes y las líneas polémicas y cuestionadoras que el tema ha suscitado en nuestro medio y en el extranjero.

La Interconsulta médico-psicológica vincula los modelos de atención de la psiquiatría y de la psicología dinámica con los modelos ofrecidos por la medicina tradicional operativizados a través de distintos sistemas de prestación médica. En trabajos anteriores señalamos la correlación entre los modelos médicos y los sistemas de atención médica (1).

Describimos extensamente cómo los modelos de atención médica (privada, hospitalaria, mutualizada, etc.) encuadran los procesos que se desarrollan en su interior y predeterminan así, en cierto modo, su destino.

Las instituciones asistenciales como parte de esos sistemas son complejos instrumentos ordenados para determinados fines y objetivos, dedicados explícitamente a la atención y los cuidados asistenciales. Son delegaciones organizadas del núcleo social, en las que se depositan las posibilidades curativas que la sociedad les fija como propósito. Estos propósitos manifiestos deben tenerse en cuenta exhaustivamente en la defensa de los encuadres institucionales, pues a menudo son desviados y subvertidos (2).

La Interconsulta médico-psicológica como instrumento teórico y clínico debe ligarse a la comprensión de los objetivos insti-

tucionales, ayudando a su explicitación y a su análisis profundo. Encuentra allí parte de su fuerza y justificación y, además, su valor pragmático. A lo largo de este proceso la Interconsulta suele condicionar los posteriores desarrollos del enfermar y del curar. Se ha señalado recientemente la relación entre el encuadre o marco de referencia y los procesos que se llevan a cabo dentro del mismo, tanto dentro del psicoanálisis y la psicología como dentro de la medicina (3). Los encuadres inmovilizan muchos componentes, entre ellos las concepciones ideológicas sobre salud y enfermedad, y señalamos que los procedimientos médicos o psiquiátricos están preconditionados en forma sustancial por los encuadres que les sirven de continente. Estos encuadres, a su vez, responden con una organización relevante o coherente al resto de la organización social de que forma parte. ¿Cuál sería entonces el espacio específico que le cabe a Interconsulta? ¿Podría suponerse que la Interconsulta debiera estar conectada con el área de decisiones que compete a la organización de los grandes sistemas de salud y enfermedad? No creemos que éste sea su lugar.

Al tener como objetivo la comprensión exhaustiva de las metas institucionales, ayudando a su explicitación y a su análisis profundo, no intenta denunciar el encuadre institucional en sus errores o falencias, sino que lo estudia, lo sitúa, lo resignifica y revela su participación en el procesamiento asistencial. Es decir que Interconsulta alerta sobre posibles divergencias a que ello daría lugar. Esta comprensión lograda por la Interconsulta puede volver a las estructuras sanitarias y a su organización para que se conozca la infraestructura subyacente a las aplicaciones técnicas. La Interconsulta no es, naturalmente, ni pretende ser un instrumento de política institucional. Es un instrumento de análisis institucional que se conecta directamente con la educación médica, con la “medicina médico”¹ y con el proceso del curar y del asistir (4).

La Interconsulta estudia el área clínica que preconditionan los encuadres y detecta en esa área las micro o macrodistorsiones.

¹ Llamamos “medicina médico” a la personalidad del médico que, puesta en acción por sí misma, tiene acción terapéutica. Seguimos con esta nomenclatura la denominación propuesta por Balint.

Dado que es un área de significado clínico, que compete al planteo del ejercicio médico, es nuestro propósito detectarla desde un punto de vista clínico. Aun cuando la determinación de los encuadres implica la influencia de factores y condicionamientos sociales, su implantación operativa está dada por las complejas interrelaciones humanas que en última instancia interpretan y fijan las normas que hacen vigentes los encuadres. Encuentra allí plena vigencia la comprensión de la importancia de la “contratransferencia médica” y del equipo de salud para fijar y entender acciones emergentes de su presencia que, aparentando ser solamente determinadas por razones técnicas, quedan pautadas tácitamente en su aplicación por la contratransferencia médica y aparecen luego fijadas y confundidas secundariamente con los mismos encuadres. Comprender, explicitar y jerarquizar la importancia de la “contratransferencia médica” y fijar luego la relación de ésta con las filosofías del trabajo médico es un importante objetivo de la Interconsulta médico-psicológica (5)(6)(7)(8)(9). Ningún programa de acción que apunte a mejorar los cuidados asistenciales puede prescindir de un análisis profundo de las acciones contratransferenciales del médico, pues su acción se detecta universalmente; la clínica y la patología de la relación médico-paciente operan en cualquier época y en todo lugar (10). Las mismas pueden operativizarse de distinta manera y con distintos contenidos y el hecho de funcionar en el área clínica hace que solamente allí puedan ser detectadas y operativamente tratadas. Por eso se justifica la presencia de la Interconsulta dentro del campo dinámico del proceso asistencial, y su legítimo lugar en el área de los hechos clínicos. No pretende el mero cuestionamiento del área o de otras áreas profesionales; pretende la reflexión y el descubrimiento de la íntima estructura institucional, la cual, aunque muchas veces pase inadvertida, pesa significativamente en la determinación de las variables clínicas y aun puede condicionar su destino.

Esta comprensión de la importancia de la “contratransferencia médica” en la determinación de los hechos clínicos ligados al proceso de las enfermedades, amplía los criterios de lo que entendemos por enfermedad y salud y muestra cómo la enfermedad biológica se convierte en un hecho de significado social que es procesado por los equipos de salud dentro de las instituciones.

Al plantear esta óptica, el hecho biológico del “estar enfermo” deja de ser el único observable de la enfermedad; es posible entonces hablar de un “ser en situación de enfermo” dentro de un proceso contextual que incluye la inserción del médico y del equipo médico y de los encuadres que condicionan su atención. La enfermedad ha pasado conceptualmente al ser humano: de lo biológico al plano de la integración psicosocial, y es ésta precisamente el objetivo de la intervención asistencial. El acto médico, simple intervención técnica, deviene un hecho de connotaciones psicológicas y sociales. De lo contrario la disyuntiva mente o cuerpo parece inevitable. Si el enfermo es sólo el objeto de la intervención técnica del médico, entonces debe ser una “cosa que se presta” a intervenciones despersonalizadas, que supuestamente garantizarían una meta no contaminada, aséptica, del ejercicio profesional médico. Entonces otro profesional, el psicólogo o el psicoanalista, suele ser llamado a hacerse cargo del “otro lado”: los llamados aspectos psicológicos del paciente. Este ideal “aséptico” (disociado) no es solamente deseado por el médico, sino buscado y aceptado también por el profesional del área psicológica (11).

Nosotros pensamos que del estudio del campo dinámico de la relación médico-paciente surge la obligación ineludible de aceptar que toda intervención médica, aun la más técnica, está inserta en un ámbito más o menos complejo, cuyas características responden a determinadas estructuras mentales del médico y del paciente, en función de las cuales tiene un determinado significado.

Es necesario mencionar, además, que dentro de la institución funciona un área no discriminada, fusional, simbiótica del paciente que lo relaciona con el médico y con la institución que lo alberga. Nuestras observaciones nos muestran que este campo mudo, fusional,² con un paciente cosificado, es la regla en las enfermedades orgánicas o más comprometidas de la economía mental (12).

² Entendemos por fusión el grado extremo de simbiosis psicosocial, donde el paciente, con absoluta indiscriminación, no puede hacer otra cosa que plegarse a lo que el médico indica, aun sin entender su significado y sin tener acceso en forma autónoma a una coparticipación responsable. Entonces

Esta simbiosis muda del paciente con su médico, que a veces responde a verdaderos autismos, psicodinámicamente diagnosticables e incluso clínicamente evidenciables, hace de la asepsia médica un mito. Por el contrario, es allí donde la contratransferencia y las filosofías o acciones médicas tienen el máximo de importancia.

La demostración de la importancia de estas simbiosis mudas en el pronóstico de la enfermedad ha sido marcada reiteradamente en el trabajo de nuestro grupo G.E.P.E.M., y uno de nosotros ha señalado explícitamente que la “historia natural de la enfermedad” incluye tanto la figura médica y la del equipo de salud como la de los sistemas de atención médica. Con esto no hacemos más que sancionar el significado social y psicológico de los recursos para la atención del paciente, pero de tal forma que los introduce como factores no ya aislados sino inextricablemente unidos al proceso biológico de la enfermedad, interviniendo como los más importantes determinantes predisposicionales o desencadenantes del proceso de la enfermedad. Enfermo y médico forman una indivisible unidad no disociable, con raíces antropológicamente demostrables (13)(14).

La medicina psicosomática contemporánea plantea la crisis de su concepción teórica y clínica, crisis que uno de nosotros destacó en su aporte al Congreso Mundial de Cardiología celebrado en Buenos Aires en 1974 y que distintos autores señalan (15). Otro aporte muy relevante en este sentido es el de Ostfeld (16) (17), cuyo estudio acerca de la concepción de la hipertensión arterial, al mostrar cómo la evolución de estos casos implica al médico y al equipo, señala un manejo de la enfermedad absolutamente novedoso. La asepsia médico-psicológica es un mito, y como tal ha sido fomentado reiteradamente, tanto por corrientes provenientes de la medicina que pone el énfasis técnico, como desde el principal escalón de abordaje psicodinámico de las enfermedades: el psicoanálisis.

Estos tecnicismos sirven a determinadas perspectivas del

sólo le resta idealizar la figura médica, someterse, y hacer de ella, psicológicamente, el determinante absoluto de todo su devenir, lo cual puede incluir eventualmente su propia muerte. Esta entonces, subliminalmente, pesa sobre el médico o la institución.

hecho médico y se relacionan con determinadas filosofías del mismo pero no responden al acto clínico ni a una supuesta necesidad disociativa intrínseca del paciente. La disociación mente-cuerpo, más que un mecanismo defensivo del paciente, suele ser una estructura que subyace en los encuadres médicos y psicoanalíticos. El trabajo del equipo plantea la posibilidad de una concepción teórico-técnica unificada y un acceso a la situación clínica tal como ha sido elaborada por la concepción de la Interconsulta médico-psicológica.

El trabajo del equipo médico está en relación directa con una concepción única y unívoca de la enfermedad; por eso es responsabilidad de quienes trabajan en la asistencia, la aplicación de recursos técnicos que flexibilicen los encuadres. La asimilación crítica —en lugar de aceptación acrítica— permite elegir el encuadre de acuerdo con el caso y no precondicionarlo para ajustarlo al encuadre.

Este abordaje no disocia de entrada al paciente y sólo respeta la disociación que viene del paciente, a la que ofrece un marco de elaboración gradual.

La inclusión de un psiquiatra dinámico y de un psicólogo formado para trabajar en estos equipos médicos es uno de los principales hallazgos de la psiquiatría moderna y de la psicología contemporánea, como lo señala Lipowsky.

La formación del psicólogo o del psiquiatra interconsultor debería ser tal que le permitiera una inserción con reconocimiento de las influencias ideológicas en juego al servicio de una apreciación situacional y no exclusivamente psicopatológica. Esto no significa que deba esterilizarse solo y aislado en la apreciación situacional de la contratransferencia médica. Si el equipo médico es coherente y está medianamente integrado, la acción del interconsultor representará un cuestionamiento responsable de la aceptación pasiva de la contratransferencia médica. Si no se le cuestiona esto puede significar el dominio absoluto de una estructura que puede ser irracional, pero que sin embargo tiene el poder del rol, dado que ancestralmente e históricamente es el médico quien detenta dentro del equipo de salud la figura más autorizada y legítima para liderar la orientación terapéutica del paciente. Este poder queda al servicio de un determinado fun-

cionamiento que está precondicionando el encuadre y por ende la evolución procesal de la enfermedad.

La participación médica incide en el pronóstico de la enfermedad, por lo cual, si el psiquiatra dinámico está convencido de estos presupuestos, debe estar en el campo institucional no para convalidar las posturas médicas que se efectivizan a través de una técnica y se racionalizan a través de una operación reduccionista y psicopatológica de los fenómenos, sino para ser un profesional a quien se presta oído, que advierta lo que está pasando en el campo y que sepa para qué y cómo está inserto en él. Esto nos parece básico. Sin ese conocimiento, su acción resulta ser la de una consulta que convalida una disociación mente-cuerpo (dispuesta por una rígida estructura y una filosofía que subyacen al encuadre médico).

Si su intervención no consiste meramente en señalar estructuras psicopatológicas (18) (19), si conoce el campo dinámico y tiene una idea de la institución que lo alberga y sabe y aprecia dinámicamente las características de su inserción o de su participación en el equipo, podrá regular sus intervenciones de una manera eficiente y efectiva. Podrá a veces transformar formalmente su intervención en una consulta siempre y cuando no pierda de vista su propia comprensión del proceso y porque la "situación" reclama operar de esta manera (consulta en vez de Interconsulta). Esta disociación operativa puede permitir en ocasiones al interconsultor psiquiátrico que utilice la dimensión tiempo porque el tiempo puede ser un elemento útil; o, por el contrario, jugarse responsablemente haciendo pesar la fuerza de su inserción si la conducta médica es tan definitoria y está tan impregnada contratransferencialmente que no cabe otra cosa que una intervención franca del interconsultor. En estas condiciones, la tarea del interconsultor se vuelve difícil y a menudo desagradable. La institución le retacea reconocimiento cuando no lo sabotea abiertamente, y se presentan obvias dificultades de inserción administrativa. Eso ocurre a pesar de que, como dice Lipowsky, el 22,1 % de los psiquiatras en los E.U.A. se encuentren en tareas de Interconsulta, que es el modelo preconizado por el autor para la futura psiquiatría.

La intervención del interconsultor que operativiza en el campo la integración psicosomática a través de una unicidad ope-

rativa médico-psicológica se va imponiendo lentamente ante el fracaso práctico de una mera consulta psiquiátrica en situaciones médicas. Esta ni siquiera alcanza a ser disociativa sino que es directamente inoperante, por una razón muy simple.

El médico es la única figura de un campo dinámico de acciones posibles para un paciente que le deposita a menudo transferencias masivas, a veces de carácter psicótico, muchas veces mudas, al servicio de una fusión o indiscriminación y que frecuentemente se simbiotiza y se dosifica él mismo como única posibilidad de sobrevida y de ajuste mental posible en condiciones de extrema gravedad y urgencia. Derivar a una entrevista psiquiátrica a un paciente canceroso o gravemente enfermo, ligado inextricablemente con su médico, un paciente que siente como única posibilidad a la figura médica con todo su aval antropológico y cultural y con recursos que parecen ser los únicos posibles, para estabilizar un contacto comunicativo que puede satisfacer expectativas profundas del paciente, es subestimar la situación total de éste y no tener una idea clara de las fuerzas del campo dinámico de la relación médico-paciente que en estas delicadas circunstancias están actuando intensamente.

No de otra manera pueden atenderse psicodinámicamente las circunstancias reales en que se mueven el enfermo implicado, el médico y la institución que lo alberga; tampoco puede ignorarse que existe una situación procesal muy significativa que es la relación médico-paciente, que no debe ser disociada porque eso la debilita, sino que debe ser reencauzada, lo cual a menudo puede hacerlo el mismo interlocutor médico, mientras que crear o abrir un nuevo campo dinámico para el paciente puede ser imposible e incluso contraproducente. Este reencauzamiento de un proceso, este abordaje técnico basado en una exacta comprensión de las fuerzas del campo dinámico de la relación médico-paciente, comprendidas y explicitadas por la Interconsulta en acciones que tienen al médico y a la institución como principales destinatarios, son los elementos a los que daremos prioridad en todo el desarrollo de este libro.

DE 1971 A LA FECHA

Con la aparición en 1971 de *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*, se introdujo en nuestro medio un instrumento de investigación para dar cuenta de dos marcos referenciales distintos: el médico y el psicológico. Lo que llamamos Interconsulta médico-psicológica significaba la convergencia de dos disciplinas que presentaban importantes y sustanciales diferencias en cuanto a: 1) criterios de salud, 2) ideologías, 3) lenguaje técnico, 4) modelos de acción, 5) objetivos, 6) encuadres. Cada uno de estos aspectos fue desarrollado exhaustivamente. La tesis fundamental que sostuvimos era que las Interconsultas aparecían en situaciones de conflicto no suficientemente explicitadas, en las que estaban implicados en mayor o menor medida tanto el paciente como su médico y la institución que los alberga. Al desarrollar esta tesis se describía la reintroducción de la psiquiatría dinámica en el hospital general para dar lugar al encuentro de dos ideologías y técnicas distintas. Evento propicio que genera la aparición de los pedidos de Interconsulta. Para dar cuenta del fenómeno teóricamente, se fundamentaba la Interconsulta cuando la relación médico-paciente se salía de cauce y se describía simultáneamente el desarrollo y la organización del "estar enfermo" dentro del vínculo de complejos fenómenos transferenciales y contratransferenciales. Luego se estudiaban los aspectos fenomenológicos de la aparición de los pedidos de Interconsulta distinguiendo los aspectos formales o manifiestos de los latentes. Por último, después de presentar la casuística clínica