

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R M Cursos®

Capítulo 2

REFLEXIONES ACERCA DE LA ASISTENCIA INSTITUCIONAL

Una vez analizados los tipos de instituciones asistenciales que hemos considerado en la sección anterior y algunas de sus características distintivas, debemos plantearnos a continuación cuáles son los ingredientes ponderables del proceso asistencial propiamente dicho y destacar los elementos fundamentales de la asistencia.

Ya hemos señalado que asistir es ayudar, socorrer o servir al otro en necesidad. Se entiende que esta definición pone el énfasis en el que necesita y recurre a otro para ser ayudado. En este sentido se trata de una mutua convergencia de "otro" necesitado y de lo que puede ofrecerle quien lo asiste. Para ofrecer y ofrecer bien es necesario implicarse. Lo destacamos porque lo que "otro" necesita es que se lo discrimine para poder ser asistido y la discriminación comienza en la cabeza de quien asiste. Solamente una lectura discriminada de las necesidades de un paciente puede poner en marcha el proceso asistencial en toda su riqueza y potencialidad. Por el contrario, si el universo de las necesidades del paciente se recorta en función de aquello que encaja más con la persona que asiste, entonces ésta responde a determinadas necesidades no en función de las prioridades que el paciente trae o que la situación reclama sino para calmar y alimentar las propias. En la primera circunstancia el proceso asistencial marcaría una trayectoria óptima, y la asistencia tendría características de diálogo fecundo, de intercambio emocional mutuamente significativo y de cooperación recíproca con

todas las características de una relación objetal de un vínculo único. En cambio, en la segunda de las situaciones tendría todas las características de un monólogo, de personajes que no se escuchan envueltos en un doble vínculo de características narcisistas. En esta última situación se entrecruzarían dos trayectorias que no convergen ni se tocan: una, la del paciente, que plantea sus necesidades y urge por gratificaciones inmediatas y otra, la de la persona encargada de asistirlo, que sólo toma en cuenta aquellas necesidades que son compatibles con las suyas propias. Con lo cual este último tipo de asistencia pasa a tener dos trayectorias paralelas en procesamiento que nunca se encuentran o se encuentran infrecuentemente mientras recrudece toda la patología del no encuentro: la ausencia, la deserción, la pérdida del paciente, la mutua incomprensión desarrollada hasta límites de insospechada hostilidad y desconfianza.

A partir de ese momento es necesario introducir otros factores que complican aun más, si cabe, el cuadro asistencial y que pueden llegar a desnaturalizarlo. Nos referimos en primer lugar a la introducción de elementos técnicos vertidos en el proceso asistencial como ingredientes indispensables de la tarea. Estos elementos aparecen de dos formas: a) como instrumentos o herramientas puestos al servicio de la asistencia auxiliando o coadyuvando en los procesos de diagnóstico y tratamiento, entre los que podemos mencionar las diferentes técnicas de laboratorio, refinados elementos de diagnóstico y terapéutica y toda la costosa aparatología médica introducida en principio para auxiliar el ejercicio médico; b) como elementos personales de quien asiste con las características de un técnico, es decir, de quien aplica una técnica o una tecnología, un conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia con la pericia y habilidad para usarlos. Técnico es aquel que posee una determinada formación y la pone, junto con sus conocimientos especiales, al servicio de una meta. Una de las vicisitudes anómalas del proceso asistencial consiste en introducir los elementos técnicos personales o instrumentales para ponerlos más al servicio de quien los usa que al de los planes asistenciales. De esta manera intervienen como elementos intermediarios poniendo distancia y evitando un acercamiento que puede ser temido tanto por el profesional como por el paciente que los necesita.

La asistencia propiamente dicha presupone una situación en que lo primero que se requiere de aquel que va a prestar servicios asistenciales no es que imponga sus prejuicios o su preformación en la forma de abordar el caso sino que se sienta libre de lanzarse sobre el presupuesto que el paciente le trae o que la situación le presenta, procurando ver cuáles son los recursos que podrá utilizar en esa situación y elegir entre ellos el que se adecua más a las necesidades del paciente. Dentro de los recursos a utilizar, recursos de cualquier índole centrados en las necesidades del paciente, podrá introducir prestaciones técnicas que colocará al servicio de la situación asistencial.

Si lo técnico está innecesariamente privilegiado en el campo, entonces la asistencia se transforma en pseudocientífica. Dicha asistencia se impregna fundamentalmente de aspectos contra-transferenciales porque la persona que la brinda está exageradamente dicotomizada detrás de su técnica. Esta forma de introducir lo técnico no presupone una prestación al servicio de la asistencia sino la aplicación de un preconcepto o de una óptica especial al campo donde el observador o técnico procura proyectarse o encajar sus conocimientos en la situación que el paciente le presenta. Se trata de una asistencia limitativa, estrecha, con todas las características de una prescripción.

De lo que venimos diciendo surge claramente que podemos distinguir una *asistencia propiamente dicha* (donde de hecho se incluyen prestaciones técnicas como un aspecto subordinado a la asistencia) y una asistencia técnica o tecnificada, cuyas características alienantes para médico y paciente ya se han expuesto.

Ahondando aun más en las características del proceso asistencial previamente definido, se destacan otros aspectos que es necesario pasar a analizar. Quien o quienes están a cargo del paciente deben, conforme a lo expuesto precedentemente, vincularse cuidadosamente con las necesidades del otro y para esto posponer o dejar en suspenso sus propios preconceptos (reconociéndolos como tales), sus a priori teóricos y hasta parte de su formación (que a esta altura puede funcionar como deformación) para brindarse amplia y discriminadamente al paciente y a sus urgencias.

Si el proceso marcha en esa dirección ambos pueden afrontar el riesgo de perder parte de su identidad, es decir, cada uno

puede perder en parte ser quien es. ¿Qué quiere decir esto? Lo que intentamos es que cada uno de los integrantes de esa diada sepa discriminar que él no es el otro, que sus vidas son diferentes, que sus historias, sus objetivos, sus deseos pueden tener una trama distinta; en una palabra es una ruptura de un deseo especular. El encargado de asumir inicialmente esa tarea es el profesional que llevará y orientará al paciente en esa misma dirección discriminadora. La situación de riesgo apuntada pasa a plantear un dilema: o el paciente se incluye en el mundo de las necesidades y deseos de quien lo asiste o, por el contrario, éste queda incluido en las necesidades y deseos de aquél. Lo cual plantea la producción de situaciones asistenciales que transitan por canales inadecuados. Para poder evitar que esto ocurra e impedir que el paciente se confunda con el profesional o éste con aquél, es preciso tener permanentemente presente el campo dinámico situacional con los elementos de identificación y contra-identificación en juego.

En el tipo de asistencia que se caracteriza por su fuerte contenido técnico, el riesgo es muy alto puesto que en las situaciones tecnificadas se trabaja con el presupuesto de indiscriminación y de fusión, situación que acaba por hacer desaparecer al paciente como tal y, a veces, al propio técnico. En cambio, en una situación verdaderamente asistencial se intenta trabajar sobre el campo situacional, sobre objetos discriminados o a discriminar, sobre el presupuesto de graduar las identificaciones, comprender el proceso y provocar dentro de éste las modificaciones adecuadas.

Cuando lo asistencial requiere una prestación técnica, lo técnico se incluye en un ámbito discriminado, con un médico vinculado empáticamente a un paciente que preserva sus características. El proyecto elaborado de asistencia con ese presupuesto no es un monólogo que aleja a los protagonistas sino un diálogo en el cual el médico tiene en cuenta sus ocurrencias internas que lo van vinculando con el otro, quien hace sentir así sus necesidades.

En cambio, con un presupuesto técnico desplegado y privilegiado en el campo, no se puede percibir al otro o por lo menos hay cierto desconocimiento del otro y de las cosas que éste plantea.

Como hemos mencionado en repetidas ocasiones, en esta y en otras publicaciones, una asistencia óptima no es un logro fácilmente alcanzable. Es entonces cuando un interconsultor acude en auxilio de los protagonistas de la asistencia, con objeto de enseñar y ayudar a las personas que están incluidas en el campo asistencial a leer y discriminar adecuadamente las necesidades del otro y las propias. Con lo cual el interconsultor se incluye en el campo para ayudar al *diagnóstico situacional*. Obviamente, la clínica de la situación asistencial no pasa por el diagnóstico psicopatológico del caso ni por el diagnóstico de enfermedad corporal exclusivamente. El primero constituiría un reduccionismo psicológico y el segundo un reduccionismo fisiopatológico. Se trata de un encuadre mucho más amplio que incluye lo fisiopatológico y lo psicológico dentro de un marco referencial en que la lectura se hace a través del campo, y que abarca todos los componentes incluidos e implicados. El interconsultor, en tanto cumpla con tales recaudos, asiste en la asistencia, ayuda a hacer diagnósticos situacionales y opera con la clínica de las situaciones. Por la clínica de las situaciones transitan y se operativizan todos los factores psicológicos familiares y sociales de la enfermedad. Por eso no se concibe una medicina integrada mente-cuerpo sin el manejo clínico situacional. Si el interconsultor se introduce en el campo técnico como un especialista más del fragmentado campo de la medicina aportando una posición reduccionista y realizando exclusivamente diagnósticos psicopatológicos, pasa a funcionar él también con una acción técnica, con prescripciones meramente técnicas, llamadas a convalidar determinadas situaciones, y en ese nivel duplicará la distorsión que venimos señalando como anómala para una asistencia genuina.

A esta altura cabe una digresión. Cuando asistimos en salud mental, asistimos en un área muy afín a nuestros intereses, pues es el área de procedencia del interconsultor. En algunas ocasiones se planteó también el auxilio que podría significar la utilización del esquema referencial de Interconsulta para el trabajo en psicopatología, directamente en las unidades de psicopatología o en los centros de salud. Lo cual nos llevará a preguntarnos por el uso de los distintos abordajes psicoterapéuticos en psiquiatría y sobre todo por el uso institucional de los recursos. Un

paso previo consistirá en destacar la profunda influencia del psicoanálisis en la práctica psiquiátrica y psicoterapéutica. Pero la forma en que se ha hecho sentir esta influencia ha dependido con frecuencia de aquella en que distintas corrientes psicoanalíticas tienen pensada la asistencia. ¿Qué es asistir en psicoanálisis y de qué manera asistir con presupuestos psicoanalíticos? Por ejemplo, hay tendencias en psicoanálisis que entienden que toda psicopatología, aun cuando la "situación" en que se hace presente sea diversa (por ejemplo una depresión en una internación), debe ser asistida desde un marco referencial en el cual el conflicto tiene que ser considerado desde el sujeto depresivo. Desde esta perspectiva la sala, los otros pacientes, las enfermeras con sus rutinas o la aparición del médico a cargo durante la entrevista son episodios que deben modificarse. Lo óptimo es lograr que el paciente se levante y acuda al Servicio de Psicopatología lo antes posible para que la tarea se realice dentro de una asepsia ideal, sin contaminaciones. Todos estos emergentes son considerados como elementos espurios a desalojar.

Es evidente que la clínica del ejercicio psicoanalítico reclama un abordaje con estos presupuestos para ciertas situaciones discriminadas. Además es el único posible y necesario en ciertas circunstancias. Si, por el contrario, se intenta aplicar indiscriminadamente estos elementos teóricos haciendo extrapolaciones a otros campos afines que no funcionan con los mismos presupuestos, podemos llegar a desconocer el campo y a ejercer violencia sobre sus elementos.

Hay situaciones asistenciales que plantean reclamos a los cuales, como ya vimos, es posible que no pueda dar adecuada respuesta un psicoanalista que intente establecer encuadres que se dan en situaciones especialmente previsibles donde es posible y necesario controlar el juego de las variables actuantes. Si intenta una asistencia etiopatogénica tomando como único punto de partida al paciente, desconociendo el contexto institucional productor de múltiples emergentes en el cual ambos (terapeuta y paciente) se mueven, es posible que su actividad tienda a ser estéril o ineficaz y que termine por quedar marginado en la mayor parte de las situaciones asistenciales que procure abordar. Trabajar con un presupuesto situacional es dar significación a todos los personajes que incluye la situación. Esto no significa que no

se deba trabajar con presupuestos analíticos sino que es necesario dar a los mismos un contenido y un despliegue clínico más allá del propio paciente. Es un área de análisis "dicho y aplicado" por algunos, pero cuyos hallazgos clínicos y las conceptualizaciones teóricas que se pueden extraer de él nos permiten, creemos, importantes incubaciones en el área de la teoría y técnica analíticas.

Si el psicoterapeuta trabaja en las instituciones con los presupuestos analíticos habituales y los aplica en todas las situaciones, las violenta al intentar aplicar *indiscriminadamente* variables extraídas del contexto psicoanalítico a situaciones que presentan nuevas o distintas variables.

La tarea del psicoterapeuta en instituciones puede requerir que trabaje con identificaciones fuertemente revestidas de idealizaciones (elementos, entre otros, operantes en la entrevista psiquiátrica) asumiendo criterios de cura sintomática. Y es posible también que esto forme parte de una estrategia asistencial que reclama tales tácticas para obtener un determinado objetivo terapéutico. Toda esta concepción podría ser considerada iatrogénica en un contexto con encuadre psicoanalítico, pero dada la circunstancia de una "situación" diferente este planteo significaría utilizar recursos que estarían legitimados por la índole de ese contexto distinto. Naturalmente que esto tiene sus riesgos. Un riesgo inherente es el de imponer, a través del juego del mecanismo de identificación, imágenes idealizadas suponiendo que son metas en sí mismas y no pasos o etapas para alcanzar un fin ulterior. Estos procesos identificatorios pueden dar lugar a situaciones que, si no son previstas, pueden llevar al terapeuta a intentar como única salida la marginación. Pero, como ya hemos señalado, el marginarse no constituye un procedimiento eficaz. La clave de la situación a incluirse es que se la comprenda en toda su magnitud: lo que el paciente demanda, su juego dinámico (sus deducciones y rechazos) y nuestros recursos. En este campo institucional a menudo se requieren capacidades que el psicoterapeuta puede poner en juego: como importantes elementos de la comprensión dinámica, sus propios presupuestos de lo que es la salud y de lo que es la enfermedad, de aquello que ayuda y de aquello que puede dañar, en función de ese paciente y no de otro. Y estos elementos pueden ser introducidos (al igual

que en la relación médico-paciente) no desde una imagen especular del paciente, sino desde alguien que tiene una comprensión adecuada del vínculo y de la situación. El terapeuta, en la asistencia institucional, puede asumirse cuando hace una mejor lectura de las necesidades planteadas, porque toma cierta distancia respecto de ellas y permite que el paciente se identifique con esa capacidad de mayor discriminación que ya es un paso hacia la salud.

Una vez más enfatizamos, sea en el campo médico o en el psicológico-psiquiátrico, especialmente cuando se trata de instituciones, que la respuesta debe darse sobre la base de las necesidades que el contexto reclama. Las acciones técnicas se introducen y gradúan de acuerdo con las prioridades surgidas. Habrá psicoterapias prolongadas en las que el terapeuta tolere la lenta emergencia de aspectos latentes en un *timing* adecuado y su gradual elaboración en devoluciones interpretativas. Tendrán cabida también, en otras circunstancias, acciones asistenciales en las cuales habrá que quedarse con la comprensión de la situación, donde la decodificación no podrá transmitirse directamente al paciente sino al equipo de salud para que éste trabaje con el paciente y su familia mediatizando su acción.

Tanto desde la vertiente médica como desde la psicológica, el intento asistencial debe apuntar a desarticular los elementos contratransferenciales que constituyen marcos referenciales indiscriminados subyacentes a los encuadres. Y esa desarticulación puede ser eficaz en la medida en que se haga una lectura de las necesidades y deseos en juego, que fundamentalmente pase por el análisis de la clínica de la situación y utilice los ingredientes técnicos necesarios al servicio del proceso.

Capítulo 3 ASISTENCIA Y ANTIASISTENCIA

Aunque las instituciones asistenciales se encuentran manifiestamente al servicio de objetivos reparatorios, la Interconsulta, como instrumento técnico al servicio de indagaciones latentes en el marco institucional, descubre a veces desviaciones marcadas, e incluso antagónicas, de esos objetivos. Como mostramos en la parte dedicada a la clínica, una institución puede explicitar una organización programática que incluya entre sus objetivos pautas y políticas de rehabilitación de pacientes, y a la vez procrea fuerzas que como vectores poderosos movilizan el proceso hacia la cronificación, la inmovilización y la estereotipia.

Cronificación y rehabilitación son términos aparentemente compatibles y que dependen de los grados de reversibilidad del paciente; sin embargo, se cronifica al paciente y se hace eterno e invariable su estado o se lo moviliza, en una medida compatible con sus posibilidades de readaptación físico-social, rehabilitándolo hasta un límite tolerable de acuerdo con sus limitaciones.

En algunos ejemplos clínicos ha surgido con nitidez que la rehabilitación y la readaptación pueden ser un intento forzado más o menos encubierto hacia la cronificación y la inmovilización en la patología. Hay procedimientos técnicos y terapéuticos, tanto en el área de la medicina clínica como en el de la psicopatología, en los cuales, supuestamente al servicio del tratamiento de lo que aqueja al paciente, se sella su indiscriminación, se confunden sus necesidades hasta estereotiparlas y se lo inmoviliza. Así, el paciente pasa a ser reabastecido por circuitos perso-

nales que nutren su patología y por circuitos institucionales que fomentan su destino invalidante.

Si el equipo profesional intenta rehabilitar al paciente desde el marco de su posibilidad rehabilitante, es decir, su edad, su contexto familiar, social y económico y no desde marcos referenciales personales, académicos o sectoriales, es posible que el paciente se "rehabilite" y no se "cronifique". Esta discriminación seguramente debe empezar por el staff profesional que asegure la implementación de técnicas rehabilitatorias, pero no desde marcos estereotipados sino desde discriminaciones adecuadas de su deseo rehabilitante y de las de su paciente y desde allí con un prolijo relevo de todas las posibilidades en juego. El paciente será entonces individualizado, ayudado en sus necesidades únicas y unívocas, con lo cual acaso rompa sistemas perpetuos de accionar personal patológico, alterando cronicidades, sistemas repetitivos —valga la redundancia— eternamente reiterados. En otras palabras, cortar el circuito de la compulsión a la repetición.

De lo contrario, el equipo de salud se insertará una vez más en una nueva espiral repetitiva. En el paciente, ciertas estructuras, desde el punto de vista psicológico, tienden a repetirse y el intento de modificarlas es vivido como violencia. De todos modos, existe en el paciente, a pesar de su depositación transitoria en la institución, una especie de facilitación, a la cual se suman el médico y la institución. Sutilmente se trata de presionar al equipo para que no lo discrimine y lo deje tal cual está. Necesita ambivalentemente que se le preste ayuda, pero también desea perpetuar y cronificar sus aspectos enfermos. Esto que señalamos quizá no coincida con un mito profundamente enraizado que consiste en descontar la aceptación benevolente de los esfuerzos terapéuticos por parte del paciente. Este, muchas veces sorprende al médico entorpeciendo su rehabilitación, como consecuencia de elementos patógenos de su historia, a lo cual se suman la desesperanza y el desvalimiento actual. Por lo cual el paciente puede no tener ideas claras, ni discriminación ni aceptación de la ayuda que viene desde afuera.

El intento de discriminación y movilización terapéuticos vendrá, entonces, desde el equipo, siempre que tenga una clara idea del manejo de la organización de la enfermedad para "esa" situación. Tal asistencia es con frecuencia una tarea muy ardua.

Toda asistencia que no considere la discriminación del campo del otro, no es asistencia. La asistencia implica discriminar a una persona en crisis y organizarle el campo con un encuadre que no violenta sus necesidades sino que las individualice y se haga cargo de ellas. Toda vez que se indiscrimina, se ejerce violencia, violencia simétrica a la que el paciente produce cuando se intenta movilizarlo, sobre expectativas que parten del equipo.

O sea que un equipo de salud que trabaje con una clara filosofía asistencial debe discriminar de las necesidades del equipo al otro necesitado, así como discriminar un paciente de otro y una situación de otra buscando una atención muy individualizada centrada en las necesidades concretas y reales.

Volviendo entonces al principio podemos observar cómo, si la idea de rehabilitación no se enmarca en un sistema de lecturas discriminadas e individualizadas, puede pasar a transformarse en un sistema que por el contrario perpetúe la cronicidad. Entonces, en determinadas circunstancias, una rehabilitación indiscriminada no es asistencia, es contraasistencia o directamente *antiasistencia*.

Cuando se tiene una idea a priori y prejuiciosa de las técnicas que se utilizarán en la rehabilitación (véase el ejemplo clínico del hilo sisal), se desemboca justamente en una conducta opuesta a lo que debe ser una asistencia rehabilitatoria. Cuando en el caso de un paciente grave, sólo importa que la medicación quirúrgica sea técnicamente adecuada sin considerar las posibilidades posteriores de sobrevida porque está atrapado en su circunstancia vital que lo llevó a enfermarse, no se está ejerciendo una comprensión totalizadora del paciente y por ende al servicio de una concepción rehabilitante. Y esta condición también la definimos como antiasistencia aun cuando se la ejerza en lo manifiesto como las mejores intervenciones terapéuticas. La rehabilitación presupone a la persona total y va más allá del síntoma.

Se puede pensar en curar síntomas, pero cuando se pasa a pensar en términos de programas rehabilitantes o profilácticos, sobre los postulados básicos hay que incluir al paciente concretamente.

Los esquemas médicos tradicionales vinculan terapéutica con curación, lo cual es hablar de fórmulas técnicas vinculadas con los parámetros técnicos del diagnóstico y tratamiento de las

Capítulo 8

LA INTERCONSULTA EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL. MODELO DE FUNCIONAMIENTO

Es indudable que el funcionamiento de la Interconsulta se enmarca dentro de la tarea asistencial y que su espacio es fundamentalmente institucional. No le atañe el examen de las políticas sanitarias globales ni de los programas de salud, si bien no le resultan indiferentes. Históricamente la Interconsulta se gestó como práctica y como teoría dentro del marco clínico y de allí se desplazó al análisis de las demás variables incluyendo más áreas dentro del marco institucional. Se mueve y sigue moviéndose muy cerca de la tarea asistencial en el funcionamiento institucional, en la atención de los pacientes, en el estudio del funcionamiento de los equipos de salud, en el conocimiento de las filosofías asistenciales. La clínica de la Interconsulta es entonces la clínica de la *asistencia institucional*. Propone un modelo teórico que se enriquece desde distintas vertientes (psicoanálisis, psicología institucional, psicología de los pequeños grupos) pero que aplica la teoría con elementos directos que se destacan en el propio seno de cada institución, entendiéndolos a través de su propio instrumento metodológico. O sea que la detección se hace desde la clínica, desde dentro de la asistencia al paciente, y luego se irradian las observaciones.

La línea de base representa el contacto con los pacientes, con el proceso asistencial, y de los pacientes con los equipos de salud. De ahí en más, hacia arriba, la progresiva complejización y jerarquización institucional se estrechan en un vértice que contiene los estamentos o las instancias en que se originan las polí-

ticas y decisiones institucionales. Podemos imaginarlo como un triángulo cuya cúspide corresponde a las instancias de la toma de decisiones y en cuya base se producen las situaciones que remiten a las problemáticas cotidianas que atañen a las verdades del campo clínico. Entre la base y la cúspide existe toda una serie de actividades intermedias que reflejan con mayor o menor realidad la problemática de la asistencia y responden con mayor o menor adecuación a las verdaderas necesidades asistenciales. Podemos imaginar otro triángulo, pero invertido, superpuesto al anterior. En el vértice inferior figura o se describe el paciente concreto y real con sus necesidades claras y discriminadas y en cada situación clínica inédita e irrepetible. En la base superior figurarían las consideraciones globales, poco discriminadas, y en cierto modo anónimas.

En este nivel el paciente sería más bien un ente abstracto en cuya consideración tendría vigencia una serie de factores económico-sociales, masificadores, que tienden a considerarlo a un nivel mucho más general y menos específico, implicando también una distancia entre el paciente concreto, real y en situación y el paciente masificado y anónimo.

Hemos dicho que la Interconsulta se ubica en el espacio de la clínica de las instituciones; ahora podemos precisar aun más la inserción teórica; podemos imaginarla en el medio de los triángulos superpuestos, en un punto equidistante de todas las demandas: las del paciente concreto, real y en "situación" (familia, medios económicos, inserción social), las de los profesionales, también concretos, reales y en "situación" (honorarios, grado de capacitación, carácter de su inserción institucional) y las de la institución —reiteremos— concreta y real y en "situación" (fines y objetivos, normas, carácter de inserción en la comunidad, folklore). La Interconsulta intenta facilitar la convergencia de todas ellas, lo cual no significa "conciliar" sino dar prioridad de acuerdo con un código de ponderación de los emergentes, que en cada caso quedaría explicitado.

Esta idea presupone, técnicamente, la inclusión formal de la actividad de Interconsulta dentro del organigrama de cada institución, aspecto que ya fue planteado en nuestro libro anterior sobre el tema.

Teniendo en cuenta el encuadre propuesto en el párrafo precedente, Interconsulta podría estar conectada, adscripta al Servicio de Psicopatología, en vista de la génesis de su actividad y la formación y el origen de sus integrantes, lo cual supone una coherencia y una casi identidad de sus componentes. Se puede pensar también que el funcionamiento de Interconsulta podría estar más ligado con la parte administrativa y organizativa del hospital, para conocer íntimamente todo aquello que hemos mencionado como "la institución concreta y real en situación", de modo que en cada Interconsulta tuviera lugar también la demanda institucional.

Esta idea presupone defender técnicamente la idea de la centralización y equidistancia del equipo de Interconsulta sin perder una conexión fluida con todos y cada uno de los estamentos institucionales.

En contraposición, podría pensarse en la descentralización de la tarea de Interconsulta, es decir, distintos equipos trabajando aisladamente en cada sala de cada especialidad, lo cual plantearía connotaciones que deberían tomarse en cuenta de acuerdo con el trabajo de cada equipo en forma aparentemente autónoma, aunque todos pertenezcan a un mismo estamento organigramático de la institución.

Por último es necesario mencionar la idea ya citada de Lypowsky, quien prácticamente define la tarea de Interconsulta como la meta ideal a la cual deben tender los servicios de Psicopatología en el futuro, por lo cual, de hecho, coloca a Interconsulta dentro de estos servicios, pero siempre que funcionen con un modelo que se aparte totalmente del funcionamiento actual.

Lypowsky dice que la educación, la formación y las actitudes profesionales del interconsultor representan el modelo disponible que el psiquiatra irá adoptando crecientemente en el futuro.¹ Sin embargo, en el momento actual del desarrollo científico y desenvolvimiento de las instituciones, esta posición parece más bien una expresión de deseos del autor que una posibilidad real y concreta.

En resumen, nosotros pensamos que, como Interconsulta es un instrumento de detección institucional, su espacio deberá equi-

¹ Como psiquiatra de enlace (*liaison psychiatrist*).

distar de la población que será asistida y de la cúspide de donde parten las políticas asistenciales. Veamos un caso, por ejemplo, la mayor afluencia de población enferma geriátrica. La necesidad de contar con un mayor contingente dentro del servicio social de la institución se hace imprescindible; en este caso Interconsulta puede detectar, no ya la presencia de gerontes en mayor proporción dentro de los servicios —absolutamente obvio— sino que la mayor demanda de Interconsulta al Servicio de Psicopatología es sólo aparentemente un conflicto de tipo psicopatológico (irritabilidad, depresión, llanto constante) y en realidad el geronte apremiado por conflictos socioeconómicos que no puede expresar por distintas razones, lo hace a través de síntomas, los cuales le organizan “socioeconómicamente” la vida, al permitirle prolongar su permanencia en una institución que, más que curarlo, lo ampara. En un hospital de agudos es de imaginar los inconvenientes que ocasiona la presencia reiterada y perpetuada de tales “enfermos”. De hecho es difícil el alta pues los síntomas que enmascaran el síntoma verdadero no escasean. Interconsulta puede dar a conocer este enmascaramiento del problema, pero para producir salidas adecuadas tanto para la institución como para el paciente, debe estar ligada formalmente con el servicio de Psicopatología y tener acceso al mismo tiempo a los estamentos organizativos de la institución. Todo el espacio que va de la base de la pirámide al vértice, es toda la disección clínica por estratos de lo que significa el espacio a analizar, cómo se organiza, cómo juegan las presiones y necesidades de los distintos sectores, etc. La Interconsulta es un elemento útil para detectar y analizar toda situación que tiene lugar dentro de ese espacio institucional, pero aun así no puede ser considerada como una nueva especialidad.

Dentro de cada institución hay múltiples factores que pueden tender a deformar la acción de Interconsulta y transformarla en una de las tantas especialidades. Evidentemente, no es Interconsulta una especialidad, es una óptica diferente que intenta, a través de cada Interconsulta realizada, producir en cada uno de los agentes de salud el aprendizaje de una nueva y distinta manera de ver las enfermedades al transformarlas en “situaciones clínicas”. Al pasar a ser una detectora de situaciones, va a organizar los síntomas (orgánicos o psicológicos) dentro de una lectura nueva, que posiblemente no demande infraestructuras más

sofisticadas. Intenta decodificar la demanda y otorgarle el significado dentro del contexto en que se da. Esto, a su vez, se lleva a cabo en una espiral de aprendizaje creciente para que se transforme en una ideología asistencial compartida.

Si bien en este momento quizás convenga que se la reconozca como un conocimiento especial a compartir y una nueva experiencia, es importante que por lo menos quien la practique no la piense como una especialidad más, sino como un instrumento nuevo que significa una actitud abarcativa del campo y que no puede funcionar con ninguna clase de reduccionismos, aunque la Interconsulta se mueva en el espacio clínico asistencial y ello plantee todas las peculiaridades de un campo especializado. En estos términos, consideramos que Interconsulta representa más bien una ruptura epistemológica que una nueva especialidad. Desde este enfoque la perspectiva del abordaje situacional se muestra como el verdadero instrumento metodológico para abordar esta “situación” evitando reduccionismos, sean psicopatológicos o anatomofisiológicos. La Interconsulta nos va llevando a un modelo psicopatológico distinto donde tenemos que intervenir en el campo situacional con diversas variables: puntos de urgencia, conceptos de crisis, clínica de las instituciones y finalmente “clínica de las situaciones”, operativizando el concepto de “punto de urgencia situacional”.

Es decir que la posición de este observador clínico (interconsultor) estaría ubicada en su capacidad para categorizar los puntos de urgencia. Así, es necesario aclarar qué entendemos por reduccionismo. Este no depende de la cantidad de gente implicada en la observación, sino, al contrario, del tipo y la calidad de las observaciones; es decir, puede haber un único observador o varios, puede tratarse sólo del paciente o de su espectro familiar ampliado, puede haber un número mayor o menor de personajes intervinientes: enfermería, médicos, etc. Pueden ser varios los elementos reduccionistas; y así se puede focalizar a la familia exclusivamente y reducirla dentro de un enfoque endogenista o aun dejarla, de hecho, fuera de “la situación”. “La situación” incluye a todos en el aquí y ahora de “nuestro encuentro”, con todas las historias vitales de cada uno, actualizadas, no para producir conocimientos (o datos cronológicos), sino para entender a la

luz de toda la situación por qué se dio este "detonante" ahora, y qué nos condujo a encontrarnos "aquí y ahora".

Cuando el interconsultor se propone ser un observador no delegado, que en lugar de abocarse a un único paciente quiere hacer un trabajo de reflexión sobre este peculiar encuentro en el campo en el cual él también está inscripto, su función puede llegar a ser atacada y su labor esterilizada. ¿Por qué se produce esta situación? No se trata solamente de un cambio de enfoque o de una nueva "perspectiva científica"; lo que se plantea es un movimiento espacial. Es decir que Interconsulta se mueve desde un lugar en que uno mira a todos mientras se autoobserva, y no se focaliza a priori al paciente, sino que éste va a surgir de esta nueva mirada sobre la situación. ¿Cuál puede ser el desenlace? ¿Hay que curar al paciente de su llanto? O concomitantemente, sin negar este síntoma, ¿deben producirse movimientos institucionales (permitir una visita, un cambio de cama, etc.)?

Esta actividad de la Interconsulta podemos calificarla de educativa, pues llama la atención sobre aspectos del accionar profesional que suelen pasar inadvertidos o se dejan de lado con el pretexto de "necesarias disociaciones". En esa labor educativa es importante el momento de la "devolución de los hallazgos", y nuevamente parte de la tarea del interconsultor es diagnosticar el "aquí y ahora" de "la situación", para entender qué posibilidades tiene, y en qué medida debe producir "devoluciones" por muy logradas y atinadas que éstas parezcan. Su "nueva mirada", la que él introduce, es una "mirada" no anticipada y puede llegar a constituir una "violencia" al sistema, una ruptura de la mirada tradicional, por lo cual el interconsultor debe también evaluar la pertinencia y la dosificación de su devolución como parte de su diagnóstico situacional.

En ese sentido el interconsultor generalmente se encuentra con la dificultad que le plantean los especialistas y las especialidades, porque aun cuando la especialización dentro del funcionamiento asistencial es necesaria, lo que subyace a su funcionamiento, más que una necesidad técnica, es el manejo de esa perspectiva de fragmentación del campo, la cual, si no es cuestionada, puede provocar acciones de rechazo que interfieren y neutralizan el funcionamiento de la Interconsulta. Entonces se reclama del interconsultor que funcione en forma mimética, como otro espe-

cialista. Por ejemplo, es frecuente que al hacer una larga devolución a alguno de los servicios, tenga que escuchar: ¿Pero qué hago concretamente con este paciente? ¿Qué es lo que tenemos que hacer? ¿Ustedes se van a ocupar o no de la psicoterapia? Es decir que el especialista obliga al interconsultor a realizar una actividad práctica, a fin de que éste reproduzca el mismo modelo, a hacer una actividad técnica que consulte una misma perspectiva: psicoterapia familiar, psicofármacos, etc., de modo que profesionales a cargo del caso se ocupen de distintas secciones del paciente.

Si el interconsultor no se suma al equipo (grupo que en este caso plantea una unicidad de perspectiva), si reclama un cambio de enfoque, puede ser vivido como una amenaza al sistema establecido, que intentará un desalojo. Puede también obtener la adhesión del grupo a la perspectiva sustentada. Entre estos extremos se mueve la clínica de las Interconsultas.

Nuestro objetivo es propugnar un modelo de funcionamiento que, partiendo de la Interconsulta, funcione como un ideario más abarcativo y que tenga en cuenta la siempre creciente complejidad de la estructura asistencial, evitando reduccionismos de cualquier tipo. El campo —digámoslo una vez más— debe ser considerado en toda su extensión y profundidad.

Referencias bibliográficas

Héctor Ferrari, Isaac L. Luchina y Noemí Luchina, *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.