

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Interconsulta: zona de entrecruzamiento, dificultad y posibilidad.

Mosqueira, Rocio Yamila, Vicente, Sara y Olano, María.

Cita:

Mosqueira, Rocio Yamila, Vicente, Sara y Olano, María (2024). *Interconsulta: zona de entrecruzamiento, dificultad y posibilidad. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/536>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/HWb>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

INTERCONSULTA: ZONA DE ENTRECruzAMIENTO, DIFICULTAD Y POSIBILIDAD

Mosqueira, Rocio Yamila; Vicente, Sara; Olano, María
GCBA. Hospital General de Agudos “Dr. I. Pirovano”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el presente trabajo se aborda la complejidad de las interconsultas en los servicios hospitalarios, donde se enfrentan diversos desafíos, como la comunicación inadecuada y la impotencia médica ante la resistencia del paciente a curarse o la proximidad de la muerte. A través de viñetas clínicas, se evidencian situaciones donde la escucha activa y la comprensión de la subjetividad del paciente son fundamentales para mejorar la atención. Se destaca la importancia de restituir la función médica en la comunicación de malas noticias y la necesidad de reconocer las emociones que surgen al enfrentarse al sufrimiento ajeno. Además, se reflexiona sobre la temporalidad de las intervenciones y los espacios hospitalarios como contextos donde se encuentran cuerpos vulnerables. El trabajo invita a repensar el rol del interconsultor de salud mental y la necesidad de abordar integralmente la atención hospitalaria, considerando tanto la dimensión física como la emocional de los pacientes y profesionales de la salud.

Palabras clave

Interconsulta - Salud mental - Muerte

ABSTRACT

INTERCONSULTATION: CROSSING AREA, DIFFICULTY AND POSSIBILITY

This work addresses the complexity of interconsultations in hospital services, where various challenges are faced, such as inadequate communication and medical helplessness in the face of the patient's resistance to cure or the proximity of death. Through clinical vignettes, situations are evident where active listening and understanding of the patient's subjectivity are essential to improve care. The importance of restoring the medical function in the communication of bad news and the need to recognize the emotions that arise when facing the suffering of others is highlighted. Furthermore, we reflect on the temporality of interventions and hospital spaces as contexts where vulnerable bodies are found. The work invites us to rethink the role of the mental health interconsultant and the need to comprehensively address hospital care, considering both the physical and emotional dimensions of patients and health professionals.

Keywords

Consultation - Mental health - Death

Introducción

El presente ateneo surge a partir de la rotación en el dispositivo de interconsulta (IC) del Servicio de Salud Mental del Hospital Pirovano, la cual forma parte de la formación del cuarto año de residencia que nos encontramos transitando.

En primera instancia, nos encontramos con el desafío de ser llamadas a intervenir en otros servicios del hospital, donde el cuerpo sufriente de los pacientes está expuesto e intervenido de múltiples formas, el respeto a la intimidad se dificulta por los espacios compartidos, rigen diferentes normas (por ejemplo, en cuanto a visitas), impera el lenguaje médico y la lógica biológica. Desafío acrecentado por el hecho de que, generalmente, somos llamadas en calidad de “psicopatólogas”, es decir, como “especialistas”, capaces de responder ahí donde hay algo que escapa al saber médico y tambalean las categorías de la medicina (Gamsie, 2009).

Son variados los pedidos que se nos dirigen, desde evaluar y tratar cuadros de insomnio, síndromes confusionales o posible sintomatología depresiva; hasta evaluar “peligrosidad”, “negacionismo a las intervenciones”, “capacidad de maternaje”, “si comprende las pautas del tratamiento”, “si puede tomar decisiones”, la presencia de un “cuadro conversivo”... la lista puede seguir. Algunos de estos pedidos dan cuenta de que la solicitud de IC a salud mental suele ocurrir cuando entre la demanda de curación del paciente, “el deseo de curar del médico y la vuelta de esa demanda sobre el propio sujeto bajo la forma de un “déjate curar”” (Gamsie, 2009, p. 23), aparece una fractura en la estructura del acto médico que puede tomar distintas formas (Fabrissin, 2011).

Seguidamente, presentamos una serie de viñetas extraídas de nuestra experiencia como rotantes, las cuales dan cuenta de distintas formas de esta fractura, para luego reflexionar acerca de nuestro rol como interconsultores de salud mental.

Viñetas clínicas

Viñeta 1: V. (75 años)

El servicio de clínica médica (CM) solicita IC para un paciente oriundo de Venezuela que se encuentra internado por presentar lesión medular a nivel cervical tras caída de propia altura, a consecuencia de la cual se halla cuadripléjico. El mismo había cursado internación en el Servicio de Neurología y fue trasladado a CM por presentar cuadro infeccioso. Según refirieron los

médicos, el paciente presentaba “negación ante su diagnóstico y pronóstico neurológico”, motivo por el cual solicitaron la IC. Esto fue inferido ante la insistente solicitud del paciente de que se interconsultara a kinesiología “para poder recuperarse”. Al evaluar al paciente, se tomó conocimiento de que el mismo no sabía su diagnóstico y mucho menos su pronóstico, dado que los médicos se dirigieron a él en términos profesionales que él no comprendió. Se trabajó con el personal médico esta problemática y la misma cedió a partir de que le transmitieron adecuadamente la información.

Pasado el tiempo, volvieron a solicitar IC por el mismo paciente, quien se encuentra a la espera de ser derivado a IREP (centro de rehabilitación). Dicha IC fue debido a que el paciente presentaba “terrores nocturnos”: gritos por la noche al despertarse tras pesadillas, pidiendo por su madre fallecida (“que me lleve”). Al conversar con el paciente, expresó ambivalencia en relación a su situación, por un lado, manifestó deseos de mejorar y poder regresar a Venezuela con su familia, por el otro, expresó no querer vivir en las condiciones en las que está, motivo por el cual le ruega a dios y a su madre que “lo dejen morir, que lo lleven”. Luego de escuchar al paciente, se decidió abordar farmacológicamente sus terrores nocturnos y se le propuso un espacio psicológico semanal para trabajar acerca de la ambivalencia mencionada. La intervención conjugada derivó en una notable mejoría en su descanso y permitió ir trabajando paulatinamente la aceptación de su situación, proceso que sigue vigente.

Viñeta 2: S. (46 años)

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) solicitó interconsulta por una paciente que había ingresado a dicho servicio por dolor abdominal de 2 meses de evolución y tumoración secundaria a eventración de magnitud. El pedido se debía a que intentaban desvincularla del respirador y no podían por el nivel de angustia que tenía. Cuando acudimos a evaluarla, la paciente no se podía comunicar oralmente debido a que estaba traqueostomizada, por lo cual, debimos recurrir al lenguaje escrito y a la lectura de labios.

Al entrevistar a la paciente, quedó muy claro que su angustia estaba asociada a que extrañaba a su hija de 7 años, a quien no veía desde hacía 2 meses, momento en que ingresó a UTI. El motivo por el cual no veía a su hija, era doble: por un lado, en este servicio están restringidas las visitas a menores de edad, por el otro, la paciente se encontraba en aislamiento de contacto. Una vez que como equipo de salud mental pudimos escuchar el origen del padecimiento de la paciente, se transmitió esta información a su equipo tratante, quienes muy sorprendidos refirieron no tener la más mínima noción de que la angustia de la paciente era reactiva a extrañar a su hija.

A partir de tomar conocimiento de esto, se desarrollaron dos estrategias concomitantes: se instaló un antidepresivo y se coordinó, tanto con el equipo médico como con la familia de la paciente, la realización de videollamadas diarias entre la pa-

ciente y su hija. Ambas estrategias estuvieron destinadas a mejorar el ánimo de la paciente para que pudiera tolerar el proceso de desvinculación del respirador. Desde que se implementaron las mismas, especialmente las videollamadas, el cambio fue notorio. A los pocos días había logrado atravesar los primeros pasos del proceso de desvinculación, logramos escucharle la voz y ser testigos de su mejoría. Lamentablemente, pese a que su pronóstico era favorable y se esperaba que pudiera recuperarse totalmente, la paciente murió repentinamente debido a una sepsis.

Viñeta 3: A. (18 años)

El Servicio de Otorrinolaringología solicitó IC para una paciente que ingresó por insuficiencia ventilatoria nasal y congestión de 4 meses de evolución, asociado a sangrado nasal, cefalea frontal y maxilar, la cual se agregó en el último mes y aumentó su intensidad con el correr de las semanas. La paciente presentaba edema en hemicara derecha, párpado superior e inferior derecho, hematoma en párpado y mejilla inferior, dolor a la movilidad ocular y adenopatías locorreregionales cervicales. Los estudios complementarios evidenciaban una imagen tumoral de características expansivas que erosionaban la pared medial de órbita y de base de cráneo, comprometiendo el globo ocular. Al momento de la interconsulta, se encontraba pendiente el resultado de anatomía patológica. Debido al mal pronóstico del cuadro que presentaba la paciente, el servicio de Otorrinolaringología pedía que el equipo de salud mental realizara una “evaluación del contexto familiar y de la paciente para comunicar la enfermedad”.

Previo a evaluar a la paciente, se decidió conversar con la médica que había solicitado la interconsulta para comprender un poco más el cuadro clínico de la paciente y el objetivo de la interconsulta. Su discurso dejaba entrever angustia y preocupación por no tener tiempo para resolver el cuadro dada la velocidad con la que avanzaba el tumor.

Pronunciaba frases tales como: “nunca vi una cosa así”, “este tipo de tumor es muy agresivo”, “se va a morir”, “tiene 18 años”. Dicha profesional solicitaba al equipo de salud mental que transmitiera la información sobre el diagnóstico y pronóstico a la paciente “por estar más capacitados para dar malas noticias”. Ante esta situación, se apuntó a alojar la angustia de la profesional, para luego explicarle que era el equipo médico que llevaba adelante el tratamiento de la persona enferma el que debía transmitir dicha información.

La profesional añadió que había solicitado interconsulta al equipo de Cuidados Paliativos, mayormente para tratamiento del intenso dolor que experimentaba la paciente. Se reforzó positivamente la interconsulta mencionada dada la especificidad de dicho equipo para acompañar procesos de enfermedades gravemente amenazantes para la vida, y se aclaró el campo de intervención tanto de dicha área como de la nuestra.

Finalmente, en pos de administrar recursos adecuadamente, se

contactó a Cuidados Paliativos para organizar el abordaje. Se decidió conjuntamente que desde Salud Mental se interviniera únicamente desde el área de psiquiatría puesto que ellos contaban con una psicóloga a cargo del caso.

Acerca de la interconsulta de salud mental

La interconsulta es un sistema de relación habitual entre los servicios que forman parte del hospital, teniendo como fin ayudar a las distintas especialidades a decidir cuestiones atinentes al diagnóstico y al abordaje terapéutico de los pacientes internados (Montero-Ruiz y López-Álvarez, 2011).

Una vez que ingresan y deben permanecer en el hospital, muchos pacientes comienzan a experimentar estrés a raíz del alejamiento de sus hogares y/o la reducción de los apoyos sociales y ambientales habituales, la pérdida de su intimidad e individualidad, así como del control sobre las actividades cotidianas (Groves y Muskin, 2006). El estrés, la ansiedad y la angustia son las condiciones psíquicas de mayor interrelación con los diversos sistemas del organismo (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019), afectando la respuesta inmunológica y dificultando el proceso de recuperación (Ader, Cohen y Felten, 1991). Tal como se aprecia en la **Viñeta 2**, la angustia de la paciente obturaba su proceso de desvinculación del respirador. Desde el momento en que se pudo escuchar el origen de dicha angustia y orientar estratégicamente su abordaje, la paciente pudo encarar el proceso mencionado con buenos resultados terapéuticos.

La consideración de que los acontecimientos en cualquier nivel de organización, desde el molecular al simbólico (Lipowsky, 1967), pueden incidir y expresarse en los demás niveles obliga a un acercamiento distinto al paciente (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019). Así, la escucha se introduce como una vía necesaria para la comprensión de la subjetividad del paciente, lo cual impacta en el curso de la enfermedad y la eficacia del tratamiento (González de Rivera, 1999). De la consideración mencionada, se desprende la necesidad de contar con la intervención de salud mental (psiquiatría y psicología) para propiciar una escucha que permita detectar y tratar dichas condiciones psíquicas y facilitar la mejora de la salud del paciente en su conjunto. De forma complementaria, cuando se habla de condiciones psíquicas, no solo se tienen en cuenta la de los pacientes, sino también las de los profesionales, quienes pueden verse necesitados de asesoramiento sobre cómo abordar y manejar situaciones en las que sus propios procesos psicoemocionales desempeñan un papel central y para las cuales se encuentran desprovistos de herramientas (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019).

En función de lo antedicho, se puede extraer que la práctica psicopatológica en el ámbito hospitalario abarca situaciones que van más allá de la patología psiquiátrica propiamente dicha, entre ellas, las reacciones adaptativas de los pacientes a la enfermedad somática, al acto quirúrgico y/o a la hospitalización; la afectación del médico debido a las implicancias de su trabajo;

los conflictos en la relación médico-paciente que influyen en el tratamiento (Fabrissin, 2011). El interconsultor deberá determinar si las circunstancias implican un abordaje eminentemente técnico-asistencial (tratamiento de un cuadro de insomnio, un síndrome confusional, un episodio psicótico, etc) o si implican actuar en relación a una trama subyacente que se despliega detrás de ese pedido concreto. En tales circunstancias, interconsulta implica estar entre diferentes actores (médicos, enfermeros, familia, pacientes, etc.), procurando realizar un diagnóstico situacional y distinguiendo la posible presencia de una demanda latente (Fabrissin, 2011).

Si bien es cada vez más reconocida en el ámbito hospitalario la necesidad de la intervención de salud mental cuando se padece una enfermedad somática (Costa-Requena, Rodríguez Urrutia, Calvo y Parramon, 2015), dicha intervención no está exenta de dificultades producto de ciertos supuestos subyacentes acerca de nuestra disciplina en el resto de los profesionales que forman parte del hospital, así como del modo en el cual se nos dirigen las demandas. Dado que, como se dijo al principio, somos convocados cuando se produce una fractura en la estructura del acto médico (Fabrissin, 2011), tendemos a caer en el lugar de aquellos capaces de zanjar situaciones complejas (Gamsie, 2009): completar un diagnóstico donde el diagnóstico médico no cierra, erradicar la angustia que genera la enfermedad y/o la muerte, determinar la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su salud y su vida, transmitir información difícil (por ejemplo, un pronóstico ominoso), entre otras. Tal como sostiene Gamsie (2009):

Puesto que es en el punto donde el médico no puede sostener la transferencia que como agente de una ancestral sabiduría sobre la vida y la muerte suscita en sus pacientes, que suele dirigirnos su pedido, pretendiendo de algún modo que tomemos su relevo. La atribución de saber es a veces tan confortable que, si la aceptamos, corremos el riesgo de transmutarla en una franca transferencia de responsabilidad: “Háganse cargo de lo insoportable, ustedes que deben saber qué hacer y qué decir ante el dolor, la muerte, la miseria (...)” (p.15).

A continuación, a raíz de las viñetas descritas, daremos cuenta de las dificultades mencionadas en relación a las funciones que se nos suponen y de nuestro posicionamiento de cara a las mismas con la intención de propiciar la reflexión acerca de nuestro rol como interconsultores de salud mental.

Problemas de comunicación: intentando restituir al médico en su función

La comunicación entre los profesionales y sus pacientes es un tema central que impacta en la relación entre ambas partes, mejora significativamente los resultados, genera una mayor adherencia al tratamiento y una mayor satisfacción del paciente (Vega-Hurtado, 2020). Sin ir más lejos, la Ley de Derechos del Paciente (26.529) obliga a los profesionales a emitir informa-

ción clara, precisa y adecuada con respecto a: el estado de salud del paciente en cuestión, el procedimiento propuesto y sus objetivos, los beneficios, riesgos, molestias y efectos adversos posibles, la existencia de tratamientos alternativos junto con sus beneficios y perjuicios en relación al procedimiento propuesto, así como las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Si compartir información resulta complicado, los procesos de comunicación se pueden dificultar aún más cuando los pacientes por su situación de enfermedad no pueden entender, hablar o escuchar, o también por la presencia de diferencias culturales (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019). Aún compartiendo el mismo idioma, la jerga médica puede producir incompreensión e incomunicación en el paciente, de la misma forma que la cultura o perspectiva del paciente, o su bloqueo ante las malas noticias, puede producir dificultades en la comprensión del profesional (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019).

Además de los obstáculos mencionados, se observa que la poca formación para dar noticias (especialmente, si estas son malas) y el impacto emocional que produce en los profesionales la situación clínica de sus pacientes, también pueden generar trabas en la comunicación (Gomez Esteban, 1989). De allí la insistencia de algunos autores en la necesidad de poder contar con espacios para elaborar las ansiedades y angustias que produce la práctica médica, lo cual repercutiría favorablemente en la relación médico-paciente (Gomez Esteban, 2019).

Si tomamos la **Viñeta 1**, se aprecia la deficiencia en la comunicación entre los profesionales y el paciente, tanto de los que le dieron el diagnóstico en terminología médica, como de los que supusieron que se negaba al mismo, sin consultar si había comprendido o no a los primeros. Allí fuimos convocadas para trabajar sobre este supuesto “negacionismo” del paciente a aceptar su enfermedad. La apertura a la escucha nos permitió darnos cuenta de que el problema estaba en la comunicación de la información atinente al cuadro clínico del paciente, acto que es fundamentalmente médico. A partir de de esto, se apuntó en dos sentidos: 1) trabajar con el equipo médico tratante a los fines de restituirlos en su función de dar información, enfatizando como parte inherente de la misma la escucha activa del paciente, y 2) empoderar al paciente respecto a su derecho a preguntar y a recibir respuesta sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento de manera clara y completa.

En relación a esta temática, consideramos pertinente mencionar lo acontecido en la **Viñeta 3**, donde fuimos llamadas a transmitir un diagnóstico y pronóstico sumamente desalentadores, con el supuesto de fondo de que, al ser agentes de salud mental, sabíamos hacer algo con lo insoportable de una enfermedad que amenazaba la vida de una adolescente. En este caso, fue necesario despejar de quién era esa demanda ¿tal como advierte Gamsie (2009)? es decir, ubicar que la misma provenía de la médica tratante, en quién las características del cuadro de su

paciente produjeron una angustia desbordante.

Hubo que alojar dicha angustia, para luego favorecer el proceso de restituir a la profesional en la función que como médica debía afrontar: dar información sobre el cuadro clínico de su paciente de forma adecuada.

Podríamos concluir este apartado diciendo que ahí donde algo falló en la comunicación, produciéndose un impasse en el accionar médico, se trató de contribuir a que el profesional pudiera afrontar las funciones que le competían (Gamsie, 2009).

La impotencia de los médicos: cuando el paciente se resiste a curarse y la muerte empieza a rondar

A la hora de recibir un pedido de IC, nos solemos encontrar con dos situaciones bastante marcadas: una cuando el médico mediatiza un pedido que parte del paciente, quien solicita acompañamiento por salud mental. Otra, más frecuente y que se ve reflejada en las viñetas, cuando la interconsulta parte de una demanda del médico que se ve interpelado por un no-saber que la mayor de las veces le produce angustia y/o impotencia.

Si tomamos la **Viñeta 2**, a los ojos de los profesionales, la paciente “se resistía” mediante su angustia a desvincularse del respirador, es decir, al proceso de curación. La demanda de los médicos dejaba entrever su impotencia y se podía traducir en algo más o menos así: “sáquenle la angustia así la podemos desvincular”. Demandas de este tipo son ejemplo de la objetalización que, como maniobra, los médicos muchas veces utilizan para poder intervenir sobre el cuerpo que sufre, maniobra que encuentra un límite cuando obtura la escucha de lo que hay detrás de ese cuerpo, es decir, un sujeto con sus propios atravesamientos.

Al dialogar con la paciente, se pudo recortar algo distinto a la demanda de los médicos: su deseo de ver a su hija a quien extrañaba tanto que no podía más que sentir una intensa angustia, la cual obstaculizaba su proceso de recuperación. En este caso, nuestra función implicó escuchar a ese sujeto, apostando a la puesta en juego de algo más que la mera dimensión del cuerpo. Dicha escucha no fue sin efectos. Por un lado, los profesionales lograron comprender el origen de la angustia de la paciente y aceptaron nuestra indicación de que realizara videollamadas con la hija como estrategia central para el logro de su mejoría anímica. Por el otro, la paciente se sintió escuchada en su malestar, lo cual de por sí produjo cierto alivio al sentirse tenida en cuenta en su deseo. La confluencia del trabajo conjunto derivó en la tan ansiada mejoría clínica por parte de todos los actores intervinientes.

Si la resistencia a las intervenciones se convierte en un motivo de impotencia para los médicos, más aún lo hace la inminencia de la muerte. En la **Viñeta 3**, se puede observar la demanda de una médica que se enfrenta a la proximidad de la muerte de una paciente, lo cual no constituye otra cosa más que un límite a su saber (y al de todos). El encuentro con este límite que implica enfrentarse la idea de la finitud del ser, trae como corolario la emergencia de angustia en esta profesional.

En este punto, consideramos que los filósofos nos pueden ayudar a entender el vínculo del ser humano con la muerte. Más precisamente, Heidegger, filósofo alemán del siglo XX, profundiza sobre el tema de “el ser (Dasein) para la muerte”. El autor hace referencia al “uno” (das Man) como el comportamiento cotidiano de la gente, el comportamiento social por antonomasia. Según Rivara (2010), Heidegger explica:

El “uno” no nos enseña a ver la muerte como una posibilidad “propia”, sino que más bien oculta que cada uno es un “ser para la muerte”; nos hace huir ante ella y concebirla impropriamente. El “uno” sólo comprende impropriamente la muerte, como algo que les sucede a los otros y que por lo pronto a “mí” no me toca; la desplaza, nos dice que efectivamente moriremos, pero nos oculta lo fundamental: que somos relativamente a nuestra muerte (p. 66).

En la cotidianeidad realizamos actividades socialmente aceptadas con el fin de negar (de manera inconsciente) que en cada posibilidad se encuentra la posibilidad de morir. Es por esto que la muerte de otro nos angustia al revelar nuestra propia muerte. Tal como lo explica Ruhle (2009):

La existencia de los otros, que constituye mi mismidad y la modifica, me hace experimentar mi propia finitud. Pero si el límite entre mismo y otro no se puede trazar inequívocamente (...) entonces una experiencia de la muerte que me concierne (...) me viene al encuentro primeramente en el morir de otros” (p. 18).

La médica tratante de A se mostraba angustiada no solo por el límite a su saber que implicaba la posibilidad de una muerte que no daba tiempo a intervenir generando una gran impotencia, sino también por la edad de la paciente. Socialmente nos cuesta comprender que la vida termine “tan pronto”. Sin embargo, adjudicarle temporalidad a la muerte es un hecho totalmente arbitrario que deviene nuevamente de negar la llegada de la misma. Rivara (2010) explica sobre la muerte:

Tampoco es algo que pertenece a un futuro que aún no llega y que, como lo enseña el “uno”, “algún día llegará”. En este sentido, no hay algo así como el final o el fin de la vida de “el ser” (...) puesto que la finitud no se cumple. Por el contrario, “el ser”, desde que es, es finito, es “relativamente a su fin” (p. 66). En este contexto, podemos señalar que el médico es entrenado para curar, para “salvar vidas”, tomando como verdadera una realidad que postula un ciclo de vida “normal” que va desde la concepción hasta la vejez en un promedio de 80 años, con ciertas enfermedades o patologías aceptables en determinados periodos de la vida, no así en otros. Dentro de esta narrativa, la muerte es medianamente aceptable hacia el final de este ciclo, donde es asumida como inevitable y “normal”. Esta ilusión de longevidad es lo que nos permite velar el hecho de que, efectivamente, no hay edad para el fallecimiento y nuestras vidas pueden finalizar sin previo aviso, en cualquier momento. El poder velar este hecho y convencernos ilusoriamente de que “hay tiempo” no sólo es algo necesario, sino también aquello que nos permite desempeñarnos en una sociedad (trabajar, dedicar

tiempo a estudiar, a hacer tareas cotidianas o desagradables, en pos de “un futuro”). Asimismo, nos permite distanciarnos de la angustia que nos produce este saber. Angustia que aparece cuando esta ficción es alterada, cuando la muerte aparece en un niño u adolescente, tal como señalaba la médica en la **Viñeta 3**: “se va a morir, tiene 18 años”.

Como ya se dijo, permitirle a la profesional poner en palabras la angustia que esta situación le generaba, favoreció cierta tramitación de la misma, lo cual dio lugar a que algo de su función pudiera ser restituido. Consideramos que se dificulta enormemente afrontar los desafíos que implica el trabajo en un hospital si no se admiten las emociones que éste suscita. Habrá que pensar que otros recursos (además de los interconsultores de salud mental) podrían permitir la tramitación y elaboración de estas emociones.

Nuestra dificultad: el encuentro con el cuerpo que sufre, la diferencia en la temporalidad de las intervenciones y en los espacios

Un aspecto que no resulta de menor importancia cuando somos llamados a realizar una interconsulta, es el horror que a veces nos produce el encuentro con un cuerpo que sufre (Gamsie, 2009). Cuerpos enfermos, dañados, mutilados, envejecidos, desnudos o conectados a vías, respiradores y diferentes máquinas de soporte (López Fuentetaja e Iriundo Villaverde, 2019), constituyen moneda corriente. Por supuesto, residentes de psiquiatría y psicología lo viven de manera distinta producto de su formación. Si bien los primeros no están exentos de esa sensación de horror, para los segundos, enfrentarse a la dimensión expuesta del dolor que se materializa en un cuerpo desprovisto de velos y sometido a maniobras médicas que en ocasiones son cruentas, puede resultar impactante (Gamsie, 2009). Contando con preparación para operar con el malestar y con lo que no funciona en el plano discursivo, incluso para escuchar las historias más terribles, no contamos con herramientas para asistir a la escena de lo que implica el padecimiento orgánico (Gamsie, 2009).

En ocasiones, “el paciente hospitalizado siente la necesidad de mostrar su cuerpo y que esa necesidad sea tolerada y acogida, al sentirlo como objeto prioritario de fragilidad y desvalimiento” (López Fuentetaja e Iriundo Villaverde, 2019, p.5). No resulta sencillo, alojar esta necesidad y acotarla al mismo tiempo. Eludirlo no es posible puesto que es sumamente difícil que el paciente pueda sentirse cómodo con nosotros y con nuestro discurso, sin vivirlo como extraño o invasivo, si no nos percibe a la vez como alguien que capta su sufrimiento físico (López Fuentetaja e Iriundo Villaverde, 2019).

En las viñetas descriptas, el mero encuentro con el padecimiento físico y sus implicancias, trajo aparejado resonancias personales y desafíos. En la **Viñeta 2**, el hecho de que la paciente estuviera traqueostomizada, implicó un primer obstáculo a franquear.

Acostumbradas a poder dialogar sin inconvenientes con nues-

tros pacientes, hubo que encontrar otras estrategias de comunicación tales como el lenguaje escrito y la lectura de labios, a los fines de poder evaluarla e intervenir. En el caso de la **Viñeta 3**, fuimos testigos del avance acelerado y desmedido de un tumor que generando protrusión del globo ocular, deformaba el rostro de una paciente de 18 años, lo cual resultaba una imagen impresionante de ver. En cuanto a la **Viñeta 1**, la historia trágica por la cual una caída de lo más mundana había derivado en una cuadriplejía, nos colocó ante esa posibilidad de perder capacidades físicas de un minuto a otro, posibilidad de la cual nadie está exento.

La intervención por salud mental en el marco de la interconsulta, se realiza en tiempo real con el acontecimiento traumático, la urgencia, el fracaso terapéutico o el mal pronóstico vital. Siguiendo a López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2019):

El relato del paciente es muy diferente al que ocurre en el marco de una consulta ambulatoria, en la que el paciente narra lo ocurrido y el hecho es traído y representado, pudiendo trabajar con mayor facilidad con elementos simbólicos. En el ámbito del paciente ingresado, de alguna forma, se viven las circunstancias con el paciente a la vez que se están produciendo (p. 5).

De este modo, nuestro trabajo en interconsulta está atravesado por la temporalidad de lo que acontece en el tiempo presente y muchas veces no contamos con las posibilidades elaborativas que nos brinda el porvenir. La diferencia en la temporalidad deriva en cambios notorios en las intervenciones, las cuales deben ser calculadas teniendo en cuenta la posibilidad de un “no tener tiempo” ya sea porque el paciente se va de alta (en el mejor de los casos), ya sea porque fallece. La **Viñeta 2** da cuenta de esta dificultad. Una de nuestras primeras preguntas a sus profesionales tratantes cuando escuchamos que la angustia de la paciente tenía que ver con que extrañaba a su hija fue cuál era su pronóstico. No era lo mismo contar con información que avalara la idea de que la paciente estuviera al borde de la muerte a contar con información que señalara lo contrario. Probablemente, si el pronóstico de la paciente hubiera sido que iba a morir, sopesando los pros y los contras ya descriptos, se hubiera apuntado a que su hija ingrese a la sala a verla personalmente. Dado que el pronóstico era favorable y que era más riesgoso para su evolución que la hija ingrese, se optó por las videollamadas. Grande fue la sorpresa al enterarnos del fallecimiento repentino de la paciente, lo cual nos colocó frente al abismo que implica ese límite insondable que es para nosotros la muerte. La realidad se impuso con todo su peso y nos sentimos verdaderamente impotentes al no contar con un después, al no ver cumplidas las expectativas de esa recuperación fantaseada, de ver a esa madre reunirse con su hija.

Además de la temporalidad de las intervenciones, se modifican los espacios. La interconsulta implica adentrarse en la extraterritorialidad que representan para nosotros los demás servicios del hospital. Generalmente, los pacientes se encuentran compartiendo el espacio con otros, exponiendo así su intimidad. Re-

sulta interesante pensar que, a la hora de ejercer nuestra función como interconsultores, no solo queda expuesta la intimidad del paciente, sino también la nuestra, puesto que debemos intervenir delante de otros (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019). Asimismo, debemos lidiar con interrupciones de todo tipo, situación que requiere de un acercamiento cuidadoso a las cuestiones personales del paciente, intentando establecer cuál es el momento idóneo para realizar ciertas preguntas que puedan exponer los aspectos más íntimos del paciente, así como estando atentos a pedir a otros profesionales o a los acompañantes que salgan (siempre que sea posible), bajar el tono de voz, etc. (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019).

En suma, son múltiples los factores que debemos tener en cuenta a la hora de intervenir en el dispositivo de interconsulta. Sorteando las dificultades de lidiar tanto con los avatares del cuerpo que sufre, como con otros tiempos y espacios, estando atentos a nuestra función de escuchar al sujeto ahí donde suele ser objeto, se abren posibilidades muchas veces insospechadas.

Palabras finales

Si bien estamos acostumbrados a trabajar con “lo que no funciona”, para poder operar sobre ello debe haber algún interrogante sobre ese malestar que parta del paciente (Gamsie, 2009). Tal como hemos desarrollado a lo largo de este trabajo, si bien esta situación puede darse cuando el médico mediatiza un pedido que parte del paciente, no es lo más habitual. La dificultad suele surgir ante la imposibilidad del médico de garantizar el acto de curación, motivado por un abanico de situaciones que hemos ido desplegando. Más aún, en gran parte de los pedidos esta dificultad no es reconocida ni asumida por el profesional, el obstáculo suele ponerse en el paciente, sobre quienes se solicita la intervención.

Es por ello que, para finalizar, consideramos relevante señalar la importancia de estar prevenidos de la necesidad de interrogar el malestar que motiva la demanda a interconsulta, previo a la elaboración de una estrategia o intervención. De otra forma, tal como señala Gamsie (2009): “si aceptamos pasivamente su transferencia, el no poder darle una respuesta mínimamente satisfactoria nos hará pasibles de una probable acusación de ineficacia. Ya que al pretender hacernos cargo de la imposibilidad, correremos el riesgo de quedar identificados a la impotencia” (p.18).

BIBLIOGRAFÍA

- Costa-Requena, G., Rodríguez Urrutia, A., Calvo, E., y Parramon, G. (2015). Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de psicología (115)*, 11-15.
- Fabrissin, J. (2011). La interconsulta y las actividades de enlace en el Hospital General: estrategias para su efectividad. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, 22, 356-367.

- Gamsie, S. (2009). *La Interconsulta: una práctica del malestar*. Ediciones del Seminario.
- Gomez Esteban, R. (1989). Reflexiones sobre la relación médico-paciente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 181-190.
- Gomez Esteban, R. (2019). Los afectos del médico y sus efectos sobre la salud. En: *Manual de la relación médico paciente* (pp. 79-87). Foro de la Profesión Médica de España.
- González de Rivera, J. L. (1999). El desarrollo histórico de la Consulta Psiquiátrica en el Hospital General: De la Medicina Psicósomática a la Psiquiatría de Enlace. *Psiquis*, 21(1), 1-16.
- Groves, M. S. y Muskin, P. R. (2006). *Tratado de Medicina Psicósomática (Tomo I)*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Ley N° 26.529/2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Modificatorias: Ley 26.742/12 y Ley 26812/13. Sancionada el 21 de octubre de 2009. Promulgada 19 de noviembre de 2009. Poder legislativo nacional. Buenos Aires, 19/11/2009. Disponibles en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/textact.htm>
- Lipowsky, Z. J. (1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: clinical aspects. *Psychosomatic Medicine*, 29, 201-224. <https://doi.org/10.1097/00006842-196705000-00001>
- López Fuentetaja, A. e Iriondo Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. Número monográfico: psicología y salud. *Rev. Clín Contemp*, 10(1), 1-19.
- Montero Ruiz, E. y López Alvarez, J. (2011). La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med. clín (Ed. impr.)*, 488-490.
- Rivara, G. (2010). Apropiación de la finitud: Heidegger y el ser para la muerte. *En-claves del pensamiento*, 4(8), 61-74.
- Rühle, V. (2009). La insistencia de la muerte en la vida: Hegel después de Heidegger. *Bajo palabra. Revista de filosofía*, (4), 11-20.
- Vega-Hurtado, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 197-201.