

El sigma, 2010, pp. 1-5.

La interconsulta en salud mental: concepto límite entre lo psíquico y lo somático.

Emilse Pérez Arias.

Cita:

Emilse Pérez Arias (2010). *La interconsulta en salud mental: concepto límite entre lo psíquico y lo somático. El sigma,, 1-5.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/emilseperezarias/4>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/peoc/Auo>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

La interconsulta en salud mental: concepto límite entre lo psíquico y lo somático

Autora: Lic. Emilse Perez Arias

Condición: R2 de Psicología de la Colonia Nacional Dr. M. Montes de Oca

Rotación: Hospital P. Piñero, Marzo a Mayo de 2007

“El filósofo platónico verifica que en la asamblea del pueblo que toma las decisiones de Atenas, cada uno ve las cosas según el color de su propio cristal... Cada uno construye la realidad en función de sus pasiones, de sus deseos, de sus intereses, y la decisión que de allí resulta no es necesariamente verdadera.”¹

Campo heterogéneo si los hay es el de la práctica de la interconsulta en salud mental. Otorga al psicólogo en formación la oportunidad de abrir la mirada hacia otros campos, en donde todo toma otra configuración: el sujeto que demanda, la demanda, el tiempo, el contexto, etc.

Ya tenemos de entrada una vicisitud que cambia en mucho la práctica “tradicional” del psicoanálisis. El que demanda (al menos no solamente) no es el paciente sino el médico, lo que implicará que gran parte del trabajo de interconsulta será el trabajo con el profesional solicitante. Ya el sólo “papelito” en el que llegan los pedidos se vuelve objeto interesante de estudio. Gran parte del trabajo del trabajo consistirá en descifrar el pedido.

Interesante también es pensar sobre los objetivos que se plantea el equipo de interconsulta, algo así como despejar al camino de la cura médica de los obstáculos “psi”. El equipo en el que he tenido oportunidad de rotar definió su práctica como la intervención para que el médico pueda realizar su acto, el abordaje del obstáculo en la estructura del acto médico, con el fin de contribuir en la evitación de la iatrogenia. Lo “psi” será muchas veces algo a “descartar”.

¿Por qué lo “psi” es obstáculo?

El servicio de cirugía deriva a un paciente a una consulta prequirúrgica con el equipo de interconsulta, porque “no reaccionó adecuadamente cuando se le informa que tiene un tumor máxilo-facial”. ¿Cuál es la reacción adecuada? Otros pedidos de interconsulta llegarán con frecuencia para determinar si un paciente es “psiquiátrico”, para así poder ser derivado a psicopatología y que no “moleste” a otros pacientes y -sobre todo- al personal. Otros interesantes pedidos llegarán para que Interconsulta defina –sí, *defina*- si un paciente es capaz de decidir por sí mismo acerca de una intervención quirúrgica riesgosa que no puede ser más que paliativa.

Más allá de considerar que lo “psi” atañe a otra disciplina distinta de la medicina clínica, y esto podría configurar ya de por sí un motivo de interconsulta, es importante reflexionar acerca de lo que implica la emergencia de lo “psi” en el marco del tratamiento médico. Se hablará de pacientes combativos, negativistas, manipuladores. Se demandará por el equipo de interconsulta para “descartar causas psicológicas”, como si lo psíquico no fuera algo a descartar, sino a entreverar de qué modo está involucrado en el proceso de salud-enfermedad. Al parecer, la subjetividad se vuelve obstáculo para trabajar con la objetividad. Así, el sujeto se vuelve también algo a “descartar” del discurso científico médico.

¹ Chatelet, F. Una historia de la Razón. Nueva Visión, Bs. As., 1983. Pág. 26.

¿Se trata simplemente de distintos *metieres*?, ¿se trata de una simplista explicación acerca de que nosotros nos ocuparíamos del sujeto y la ciencia médica del objeto? Sin duda, se trata de distintas visiones acerca del paciente y de su tratamiento. No esperamos que el médico se sienta al borde de la cama del paciente para escucharlo, pareciera que sólo esperamos de él que ejecute su “acto médico”.

Todo toma su configuración particular en el marco de una cultura médica actual que tiene como ideal la abolición total y rápida del dolor. En contraposición quizás con una postulación psicoanalítica, que piensa a un margen de dolor –en sentido amplio- no sólo como irreductible, inherente a la existencia, sino como motor que pone en marcha al aparato psíquico.

Una Magdalena que no pudo llorar

Decidí trabajar sobre un peculiar pedido de interconsulta que derivó en un caso. El pedido dice “dolor por claudicación familiar. Mal manejo del dolor.” El pedido empieza a despejarse, seríamos llamados para dilucidar si la paciente “miente o no” acerca de su excesivo dolor. Magdalena tiene 69 años, ingresó al hospital por una recidiva de un tumor en la zona del colón de antigua data. Se le había dado de alta luego de la intervención quirúrgica con indicación de tratamiento kinesiológico para recuperar la movilidad. Reingresa con paraparesias porque su familia no pudo afrontar el hacerse cargo de la paciente y de su tratamiento kinesiológico. Se le realizó un bloqueo analgésico en la zona sacra. El equipo médico refiere que sufre un dolor incontrolable, “resistente a todo analgésico” e introduce la pregunta de si no se tratará en realidad de un “dolor neuropático”. Refieren también que cada vez que algún médico entra a su habitación, Magdalena grita de dolor.

En la primer entrevista Magdalena no hace más que referirse a sus dolores físicos. El equipo de IC intenta introducir la posibilidad de que también esté sufriendo otro dolor, un “dolor del alma”. Si bien Magdalena al principio se muestra resistente a esta idea, luego comenta que hace poco su sobrina murió de cáncer de colón. Comete un interesante fallido: “¿por qué a mí y no a ella?”. Refiere que otra sobrina no le permitió llorar por esta pérdida, “no puedo llorar por ella”, dirá. Al parecer este dolor corporal estaría en el lugar de este duelo no “abreaccionado”. El registro del dolor psíquico no se diferenciaba del físico, aglutinándose. Esto queda anotado en su dicho: “por las noches, cuando me duelen las piernas, aprovecho para llorar por mi sobrina”. El trabajo con la paciente se pondrá como objetivo empezar a diferenciar esos registros, ofertándole un espacio para poder hablar de ese otro dolor. Tiene dos hijos de dos matrimonios, esposos ambos fallecidos. “Fue un golpe muy grande”, “mi madre murió a mis 25 años, todavía no me puedo recuperar.” “Mi papá me decía: la vida te da golpes duros”. Muchos miembros de la familia han padecido cáncer. “Es un dolor de locos, no se puede vivir así”. El equipo le preguntará acerca de este dolor que siente y ella dirá muy atinadamente: “yo no miento”. “De la cadera para abajo no siento nada”, pero al mismo tiempo dirá que siente dolor en las piernas. “Quiero otro bloqueo [analgésico] porque mis hijos no me pueden llevar. Ellos no me pueden ver desnuda. Si hubiera tenido dos hijas, aunque sean atorrantas...”

Actualmente se confirmó que hay una recidiva del tumor en la zona sacra, lo que podría estar provocando la parálisis y ¿quizás el dolor?...

Con Lacan empezamos a pensar que en los síntomas histéricos hay una demanda a descifrar. Freud recomienda al médico respecto de los síntomas histéricos *guardarse de manifestar de manera demasiado nítida su interés por estos últimos, pues así los alentaría.*² Justamente, la

² Freud, S. Histeria. En *Obras Completas*, tomo I. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1996. Pág. 59.

demanda al Otro que realiza la histérica, se presta especialmente para la eficacia del efecto placebo, que también podríamos llamar sugestivo.

Es decir que hay algo del síntoma dirigido al otro, una demanda de amor que si es respondida se legitimará como recurso de ahí en más. En esta trampa es en la que cayó también el equipo de interconsulta, al preguntarle siempre “¿sintió dolor?”, favoreciendo un caldo de cultivo a una producción discursiva gozosa acerca de su dolor. *La queja somática como recurso al otro es un fenómeno... que da cuenta del sutil trasvasamiento del dolor psíquico al dolor físico por vías semejantes a las de la conversión.*³ En este sentido, considero que Magdalena encontró en el dolor una forma de demandarle al otro. Es muy fácil ante la histeria, quedar ubicado como el que da o no da -en este caso más analgésicos- como el que sacia o no la demanda. Por mi parte, mi estrategia de intervención con la paciente, disponirme a escucharla, empezar a posibilitar hablar de otra cosa. En repetidos encuentros hablará del dolor que siente en sus piernas. Intenté introducir otra cosa, desplegar otros discursos que le permitieran salirse un poco de la posición doliente, que ya tendía a ser gozosa. Se trata ante todo, de ofrecer la escucha a la singularidad, lo que hace a ese dolor propio, que no puede ser sino subjetivo.

¿Estamos realmente ante un síntoma neurótico? Encrucijada en la que no hay que quedar atrapado: mientras el psicólogo oferta su escucha y su lectura, seguramente el equipo médico seguirá tratando de constatar las fuentes del dolor, solicitando un electromiograma y una resonancia. En función de todo, se llegará a la decisión de continuar con el placebo o indicar mayores dosis de analgesia. Mientras tanto, el dolor empieza a ceder levemente. Se indica al equipo de enfermería que empiece a ensayar con los rescates de placebo. Estos resultaron efectivos.

Artificio interesante si los hay, el placebo implica algunos supuestos. Supone al mismo tiempo que algo del síntoma no es orgánico, ya que no necesita una droga “real”, y por otro lado le supone un poder a la palabra del profesional: el paciente creerá que el elixir que le da lo curará. Y esta “fe” tiene sus efectos terapéuticos. La eficacia del placebo nos delata que hay algo del cuerpo que responde a otros influjos.

Mentiras verdaderas

Se cae en una trampa al querer determinar si un dolor es “psíquico” o “verdadero” –es decir, orgánico, objetivo-, ya que al intervenir los factores psicológicos de registro e interpretación del dolor, este será siempre una experiencia psicológica. Este prejuicio sobre la histeria tiene su historia, *sus estados se consideraban mera simulación y exageraciones, y por consiguiente indignos de la observación clínica.*⁴ Se trataría entonces de correrme de este pedido de “verificación”, dejando en suspenso las posibles justificaciones orgánicas para ese dolor y empezar a escuchar a la paciente *...permitiendo procesar el dolor, es decir, pasar a un sufrimiento psíquico útil que inicie todo un proceso de historización... que le de un sostén elaborativo a la afección que le dio inicio.*⁵

No puedo evitar recordar las palabras de Freud cuando en tono de resignación confesó “mis histéricas me mienten”. Pero llegará a una sabia conclusión: *En lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con*

³ Lenarduzzi, H. El dolor en el niño. En *El dolor: un enfoque interdisciplinario*. D’Alvia R. Comp. Ed. Paidós. Bs. As. Pág. 34.

⁴ Freud, S. Histeria. En *Obras Completas*, tomo I. Ed. Amorrortu. Bs.As. 1996. Pág. 45.

⁵ D’Alvia, R. Dolor y aproximaciones terapéuticas. En *El dolor: un enfoque interdisciplinario*. D’Alvia R. Comp. Ed. Paidós. Bs. As. Pág. 62.

*afecto*⁶. Lo interesante que destacará Freud es que no por ser fantasías estas pierden su eficacia traumática. En este sentido, la escucha analítica le otorgará al decir del paciente el valor de verdad, aunque esta sea delirante. Ahora bien, no podemos cegarnos ante el hecho de que se trata de la escucha psicoanalítica en un contexto particular, el de una internación clínica, y que el acto médico necesita de nuestra dilucidación para determinar en parte la indicación de aumentar o no la medicación analgésica. Se convertirá entonces en un desafío sostener la tensión entre lo demandado por el equipo médico y la posición ética del analista.

Acerca de dolores, duelos y sus “bloqueos”

En este punto recordamos un dilema que propone Freud en su gran texto sobre la angustia. Allí dice que la angustia nace como reacción frente al peligro de la pérdida del objeto. En el caso del duelo, también se reacciona ante la pérdida del objeto, es una reacción *doliente*. Se preguntará *¿Cuándo la separación del objeto provoca angustia, cuándo duelo y cuándo quizá sólo dolor?*⁷ *No dejará de tener su sentido que el lenguaje haya creado el concepto del dolor interior, anímico, equiparando enteramente las sensaciones de la pérdida del objeto al dolor corporal.*⁸

Freud nos dice que *a raíz del dolor corporal se genera una investidura elevada, que ha de llamarse narcisista, del lugar doliente del cuerpo. [...] Pero el trabajo de duelo por una pérdida de objeto, el desinterés por todo lo que no implique al objeto perdido y su intensa investidura ¡crea las mismas condiciones económicas que la investidura de dolor del lugar lastimado del cuerpo y hace posible prescindir del condicionamiento periférico del dolor corporal!*⁹ En este punto, dolor corporal y duelo se colocan en la misma serie. Es esta justamente la coyuntura que encontramos en Magdalena, un dolor corporal intenso que ocupa el lugar de una pérdida de objeto que no se permite elaborar. En este sentido, ofertar un espacio para permitirse duelar a ese objeto, encausaría la investidura corporal al ámbito psíquico.

Otro cuerpo, otro dolor, otro método

Freud va dar cuenta de otro cuerpo, que excede al orgánico, se trata de un mapa de significantes cartografiados sobre el organismo, un trazado “caprichoso”, que no responde a las “leyes anatómicas”. Ese cuerpo puede hablar cuando hay algo que el sujeto no puede decir, se tratará entonces de si se está dispuesto a escucharlo.

Dice Freud en uno de sus primeros textos: *La histeria es una neurosis en el sentido más estricto del término; ...no se han hallado para esta enfermedad alteraciones {anatómicas} perceptibles del sistema nervioso. ...descansa por completo en modificaciones fisiológicas del sistema nervioso.*¹⁰ *Consisten en una anestesia o una hiperestesia, y en materia de extensión y grados de intensidad muestran una libertad máxima, que no se alcanza en ninguna otra enfermedad.*¹¹ Algunos de estos elementos ya nos permiten pensar en una histeria en el caso de Magdalena.

⁶ Freud, S. Carta 69 del 21-09-1897. Fragmentos de la correspondencia con Fliess, en *Obras Completas*. Tomo I. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1996. Pág. 301. Pág. 301-302. El subrayado es mío.

⁷ Freud, S. Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, tomo XX. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1996. Pág. 158.

⁸ *Ibíd.* Pág. 159.

⁹ *Ibíd.* Pág. 160. el subrayado es mío.

¹⁰ Freud, S. Histeria. En *Obras Completas*, tomo I. Ed. Amorrortu. 1996. Pág. 45.

¹¹ *Ibíd.* Pág. 48.

He aquí de lo que peca la histeria. *Los fenómenos histéricos tienen preferentemente el carácter de lo excesivo: un dolor histérico es descrito por el enfermo como doloroso en grado máximo; una anestesia y una parálisis fácilmente pueden volverse absolutas.*¹² Es la manera en que Magdalena nos describe su dolor. Es justamente este carácter el que condena a las histéricas a ser enjuiciadas como “manipuladoras”, “dramáticas”, “simuladoras”.

Freud nos coloca ante un dilema ético. *Un sistema nervioso histérico exterioriza, como regla, gran resistencia a todo influjo químico por medicación interna, y reacciona de manera directamente anómala frente a narcóticos como la morfina y el clorhidrato.*¹³ **Recetar narcóticos en una histeria aguda no es más que un grave error médico.**¹⁴ ¿Cómo proceder en este punto, cuando Magdalena no hacía más que quejarse del dolor, y los estudios médicos no podían terminar de confirmar la “veracidad” de estas dolencias?

*En la histeria el influjo de procesos psíquicos sobre los procesos físicos del organismo está acrecentado (como en todas las neurosis).*¹⁵ La histeria misma se presenta como un concepto límite entre lo orgánico y lo psíquico, conversión mediante. Respecto de esto se derivarán discusiones entre los “psi” y los médicos acerca de si un paciente es histérico u orgánico, dependiendo de si su enfermedad y respuesta al tratamiento se ajusta a lo esperado. Es en esta dialéctica donde se jugarán los vericuetos de la interconsulta.

Interesante es el lugar que Freud le deja al médico frente a la histeria. *En ninguna otra enfermedad puede el médico obtener logros tan milagrosos o quedar tan impotente.* Es en parte lo que pude observar en su equipo médico tratante, desconcierto, incertidumbre “ya no sabemos que hacer”. Magdalena era un gran enigma para el equipo médico y también para el equipo de interconsulta.

Reflexión final

Si el equipo piensa su intervención como mera “limpieza de obstáculos psi” para allanar el camino del acto médico puede caer en una encrucijada insalvable, un camino sin salida. Ya que no hay tal dicotomía entre lo psíquico y lo orgánico, la pregunta acerca de si un dolor es psíquico u orgánico nos deja ante una opción que no puede ser más que reduccionista. En este punto recordamos un interrogante de Freud: *¿Son los síntomas de la histeria de origen psíquico o somático? Esta pregunta... –dirá– no es adecuada. El estado real de cosas no está comprendido en la alternativa que ella plantea. ...todo síntoma histérico requiere de la contribución de las dos partes. No puede producirse sin cierta sollicitación... somática brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo...*¹⁶ A fin de cuentas, no se trata de una opción “histérico u orgánico”, una histeria no desdeña una afección orgánica, y una afección orgánica no desdeña que se produzca en un sujeto neurótico. Magdalena nos lo ha demostrado. Quizás esto sea indicio de que no hemos abandonado del todo el precepto dicotómico cuerpo-mente.

¹² *Ibíd.* Pág. 52.

¹³ *Ibíd.* Pág. 53.

¹⁴ *Ibíd.* Pág. 61. El subrayado es mío.

¹⁵ *Ibíd.* Págs. 54-55.

¹⁶ Freud, S. Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1996. Pág. 37.

Fuentes:

- Chatelet, F. Una historia de la Razón. Nueva Visión, Bs. As., 1983.
- D'Alvia, R. Dolor y aproximaciones terapéuticas. En *El dolor: un enfoque interdisciplinario*. D'Alvia R. Comp. Ed. Paidós. Bs. As.
- Freud, S. Histeria. En *Obras Completas*, tomo I. Ed. Amorrortu. Bs.As. 1996.
- Freud, S. Carta 69 del 21-09-1897. Fragmentos de la correspondencia con Fliess, en *Obras Completas*. Tomo I. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1996.
- Freud, S. Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1996.
- Freud, S. Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, tomo XX. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1996.
- Lenarduzzi, H. El dolor en el niño. En *El dolor: un enfoque interdisciplinario*. D'Alvia R. Comp. Ed. Paidós. Bs. As.