

La Interdisciplina en el tratamiento de pacientes ambulatorios

Autores:

Leandro Sebastián Oural. Médico Psiquiatra y Psicoanalista formado en la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados. Título de Honor U. B.A. Realizó su especialización en la residencia en Salud Mental, Hospital general T. Alvarez . Miembro activo A.P.S.A. Capítulo psiquiatras en formación. Contacto: leandro.oural@gmail.com

Paula Noemí Figuepron. Médica Psiquiatra. Médica Legista. Egresada UBA. Realizó su especialización en el marco de la residencia en Salud Mental en el Hospital José T. Borda donde también se desempeñó como Jefa de Residentes. Perito psiquiatra oficial, Ministerio Público Fiscal de la Provincia de Buenos Aires. Realiza tratamientos de tipo ambulatorio en consultorio. Contacto: paulafiquepron@yahoo.com.ar

La tarea cotidiana del Psiquiatra y el encuentro con el paciente resultan complejos. El entramado incluye factores que se entretajan en diversos niveles. El presente escrito refleja una mirada de nuestro recorrido.

No es nuestro objetivo presentar una respuesta cerrada del tema, lo cual sería

imposible y pretencioso, sino más bien referirnos a nuestra experiencia y a partir de un eje central abrir el interrogante y reflexionar sobre la práctica.

La licenciada Alicia Stolkiner refiere que la interdisciplina o el abordaje interdisciplinario suponen una construcción conjunta donde deben estar con-

ceptualmente delimitados los campos de acción de cada especialidad. La interdisciplina no es la simple yuxtaposición o un encuentro casual. Debe existir una construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario. Para que lo “interdisciplinario” se concrete resulta fundamental la inclusión programada de actividades como ser ateneos o presentación de casos, reuniones, confección de historia clínica, etc.

En un grupo de estudio al cual asistimos se presentó el siguiente interrogante o mejor dicho, la presentadora de un caso clínico enunció que ante la presencia de un síntoma, específicamente angustia y pensamientos obsesivos, brindaba la elección al paciente de seguir trabajándolos en el dispositivo psicológico o realizar una derivación a psiquiatría.

Este es un pequeño recorte pues el caso y la intervención de la colega contaban con un encuadre y una postura de saber específica, el psicoanálisis lacaniano.

Es ahí donde surgieron opiniones y preguntas. Las dos más citadas fueron: ¿Que pacientes derivar a Psiquiatría? La derivación a Psiquiatría ¿Incluye la indicación de un tratamiento farmacológico?

Los problemas se presentan como demandas complejas y difusas. La tarea es propiciar un orden práctico tendiente a la simplificación.

Se piensa como pacientes derivables a psiquiatría aquellos que presentan sintomatología florida, moderada a severa y pasibles de ser tratados con psicofármacos. En estos casos, no hay demasiadas dudas. La pregunta sería: ¿Qué ocurre en aquellos sujetos que realizan tratamiento psicológico y presentan sintomatología a predominio ansiosa, con un trabajo que denota recursos psíquicos? ¿En qué momento derivarlos a un psiquiatra? ¿Qué criterios deberían tomarse en cuenta para tomar la decisión? Esto del lado del psicólogo. Pero nos planteamos preguntas similares del lado del psiquiatra. ¿Cuándo medicar a este tipo de pacientes, qué elementos sopesamos para decidir? Trataremos de contestar estas preguntas, teniendo en claro que no hay respuestas universales o protocolos aplicables a algo tan subjetivo.

En ningún caso creemos que la derivación es un simple acto de pase de paciente, o una cooperación ocasional. La interdisciplina requiere de un contexto de integración, de diálogo permanente donde pueden existir interferencias suscitadas tanto por lo teórico y por la mercantilización del sistema de salud (Stolkiner)

Como psiquiatras, también estas preguntas generan una resonancia.

Encontrarnos frente a estos pacientes nos desafía, pues en general estamos formados para tratar patologías graves o de riesgo. Aquí tenemos que apelar a otros criterios y evaluar cualitativa y cuantitativamente la naturaleza de esta sintomatología claramente ambulatoria. Ahora bien, esta frase ilustra el sesgo que tenemos los psiquiatras quienes pensamos primero en la patología severa, además de nuestro trabajo como exclusivamente de indicación farmacológica.

Siguiendo con los interrogantes, qué hace el psiquiatra en el espectro opuesto, es decir frente a un caso leve y sin criterios de medicación. En primer lugar el psiquiatra diagnostica. Es decir que hace, no sólo el trabajo de investigación categorial psiquiátrico, sino que evalúa factores que quedan por fuera de lo nosográfico puro y duro (la magnitud de la angustia, el recorrido de esta, el diagnóstico del nicho ecológico, incluyendo su origen, ocupaciones, familia e historial clínico). Luego de una evaluación exhaustiva se decidirá el paso a tomar. El gran dilema se produce cuando se concluye que esta persona en cuestión no requiere medicación al momento de la evaluación. ¿Qué puede aportar entonces un psiquiatra, sin cabalgar sobre la disciplina del psicólogo? Pensamos que, en primer lugar, el espacio médico (ya no solo psiquiátrico) abre un

saber específico que puede funcionar de ordenador en algún punto.

Una tradición lamentablemente perdida en la medicina, por el avance de tratamientos químicos específicos, es el higienismo. Existen pautas tendientes a organizar aspectos biopsicosociales que se transmiten en el espacio médico, que son fundamentales en recuperar la salud. Y estos también son, por supuesto, indicaciones. Asimismo, la apertura de un espacio psiquiátrico introduce al paciente en un dispositivo de control sintomático. La conducta expectante, con visitas regulares para seguir de cerca alguna situación patógena no solamente permitiría abordar a ésta rápidamente, luego de dar pautas de alarma al paciente, sino que se puede responder con celeridad ante la aparición de una urgencia.

Esta especificidad disciplinaria permite al psicólogo acomodarse más fuertemente en su propia disciplina, y por supuesto sin dejar de participar en toda circunstancia de desestabilización en el tratamiento, favorece que haya un puente directo a tratar una emergencia.

La interdisciplina es clave en el tratamiento del paciente psiquiátrico. Los diálogos son fundamentales, y las coincidencias y el acuerdo en relación a la dirección de un tratamiento son parte de este diálogo, pero marcamos que la especificidad disciplinaria

es lo que permite que exista la interdisciplina, pues las diferencias, y también los consensos permiten una sinergia en los tratamientos para que, dejando de lado las luchas por el poder y las tensiones teóricas impacten positivamente sobre la salud de los pacientes. En definitiva, esto es lo que más importa.

Bibliografía

Morin Edgar:

“Sobre la Interdisciplinareidad”. Boletín N°2
CIRET, 1º Congreso Internacional de
Transdisciplina, Marzo 2005

Stolkiner Alicia : “La Interdisciplina: entre la
epistemología y las prácticas”. Revista
Campo Psi-Revista de Información
especializada” Año 3 , No 10 , Abril de 1999,
Rosario.

Stolkiner Alicia: “Interdisciplina y Salud
Mental”. IX Jornadas nacionales de Salud
Mental, Posadas Misiones, Octubre 2005.