

La importancia de un abordaje integral e interdisciplinario: Estudio de caso.

Med. Larisa Santa Cruz¹
Lic. Melany Medina²

Para abarcar esta temática, se hará referencia al trabajo interdisciplinario sobre el estudio de un caso clínico en la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM). Se basó en un usuario de Salud Mental (en Institución Monovalente) de la ciudad de Posadas - Misiones, que presentaba crisis episódicas de extrema agresividad y excitación psicomotriz, alucinaciones visuales y auditivas, con posterior amnesia de los episodios y diversas afectaciones psicosociales; en un contexto de diagnóstico de esquizofrenia refractaria al tratamiento.

En este sentido, se plantea un desafío en el área de Salud Mental debido a que: 1) la misma no puede pensarse de manera aislada y 2) ciertas patologías repercuten y trascienden este *campo*. Por ello se considera de gran importancia la detección precoz y diferenciación diagnóstica de cuadros de índole *psiquiátrico* y de índole orgánico para poder entregar un tratamiento adecuado y

1. Médica. Residente de 3er año de Salud Mental – RISaM. Hospital Nivel 1 de Rehabilitación en Salud Mental “Dr. Ramón Carrillo

2. Psicóloga. Residente de 3er año de Salud Mental – RISaM. Hospital Nivel 1 de Rehabilitación en Salud Mental “Dr. Ramón Carrillo”

prevenir comorbilidades, deterioro cognitivo y socioambiental. De manera específica se establecieron los siguientes lineamientos: Determinar abordajes para un adecuado diagnóstico y consiguiente esquema terapéutico, analizar tratamiento farmacológico que predisponen a reducir el umbral de epilepsia, evaluar sintomatología para diferenciar diagnósticos erróneos y sus efectos.

En el caso de la epilepsia, por sus características propias y según la localización del foco de descarga, puede dar múltiples síntomas que simulan trastornos psiquiátricos. La epilepsia podría llegar a ser la causa de la consulta en psiquiatría, tanto en la crisis, como en los períodos pre, pos e interictales, o como una comorbilidad del mismo. Este cuadro podrá modificar el curso y el pronóstico de un trastorno psiquiátrico comórbido y/o afectar la elección de los tratamientos farmacológicos. Por ende, la perspectiva de la atención brindada desde los efectores de salud debe evitar sesgos disciplinares.

Cuando la epilepsia es confundida con otro tipo de trastorno cognitivo, atencional o psicótico, se corre el riesgo de implementar un tratamiento no adecuado que lejos de mejorar la sintomatología del usuario, puede solamente dar respuestas parciales, puede no producir efecto alguno, o agravar sintomatología clínica dando como resultado una falsa conclusión de resistencia ante el tratamiento psiquiátrico, empeorando la calidad de vida de quien consulta.

Dentro del marco formativo de la RISaM encontramos la posibilidad de estudiar el registro escrito de su historia de vida y de salud como así también la evolución del cuadro a través del tiempo por medio de la Historia Clínica del usuario, en el mismo se pudo

constatar la existencia de una fragmentación de la atención dentro de la institución hospitalaria. Desde los inicios, se ha abordado el caso de manera inconexa y desarticulada, lo que repercutió en la evaluación diagnóstica e instauración de tratamiento. Entre las cuales: No se abordó el caso desde un trabajo de cooperación recurrente (Interdisciplina), lo que afectó los canales de comunicación intra e inter-institucionales y dificultó una atención integral, dejando por fuera las esferas psicosociales en la evaluación del cuadro. Tampoco se evaluaron los motivos de los múltiples reingresos por guardia, la adherencia al tratamiento y su eficacia. Los repetidos pedidos de IC con Neurología solicitados por médico tratante no tuvieron seguimiento por parte de un equipo hasta octubre del año 2022. Además, en la ciudad de Posadas, en lo que corresponde al Sistema Público de Salud, se cuentan con escasos turnos disponibles de esta especialidad sumado a que la atención está centralizada en un Hospital y existe una alta demanda de consultas.

También se advirtió sobre dificultades en la articulación interinstitucional y se evidenció la presencia e interacción entre múltiples factores de riesgo, con efecto acumulativo; cabe destacar que algunos predisponen al padecimiento y otros actúan como factores desencadenantes y de mantenimiento.

Se destacan:

- Consumo problemático de sustancias con inicio temprano
- Deserción escolar
- Dificultades en la capacidad de relación social, conflictivas en los canales de comunicación y en los procesos de convivencia,

pérdida de lazos sociales y/o redes de contención socio-afectivas

- Falta de comprensión del cuadro que lo atraviesa con tendencia a experimentar estados emocionales negativos

- Estigma social y familiar por ser usuario del servicio de salud mental,

- Acontecimientos vitales estresantes (pérdida de trabajo, falta de estabilidad económica, separación, distancia del núcleo familiar)

- Violencia + estigma institucional (etiqueta sobre paciente violento, conflictivo y peligroso con consecuente restricción de la libertad y autonomía, personal policial no capacitado en materia de salud mental lo que deriva en prácticas con perspectiva criminalizante)

- *Barreras de acceso a la salud:*

- Distancia geográfica entre el Hospital de Salud Mental y el Hospital General;

- Dificultades en la accesibilidad debido a la centralización de servicios + que el que demande sea usuario de Salud Mental (estigmatización profesional);

- Componentes técnicos, políticos y sociales;

- Alienación profesional (inherente a toda institución con lógicas manicomiales).

Ante estos factores, destacamos de gran importancia repasar:

- Bases para la desinstitucionalización³, a

entender:

- El rescate de los recursos de salud intrínsecos de las personas y de los grupos sociales es una estrategia fundamental. Es preciso identificar estos recursos, fomentar su crecimiento y conocer y fortalecer las redes sociales que hayan constituido en las comunidades. Se ha de promover el autocuidado y estimular los cuidados informales.

- El trabajo en un territorio determinado coadyuva a que los programas que se formulen no se basen de manera exclusiva en el diagnóstico individual, psiquiátrico o psicológico, sino que tenga un alcance colectivo.

- La difusión de los conocimientos y el desarrollo de programas de capacitación deben abarcar no solo a los trabajadores de la salud sino también a las familias y vecinos, policías, maestros y religiosos, amén de otros actores en la comunidad. Los profesionales de salud mental deben adquirir conocimientos y destrezas que les permitan trabajar con otras agencias e instituciones, con curanderos y con grupos culturalmente heterogéneos.

- El trabajo en equipo es indispensable para asegurar resultados exitosos. Es necesario el concurso de una diversidad de disciplinas para elaborar e implementar adecuadamente las diferentes estrategias.

- Los componentes técnicos, políticos y sociales son elementos cruciales en los programas de salud mental comunitaria. Estos requieren, además de la decisión política, el compromiso de los profesionales y actores sociales involucrados, incluyendo familiares

3. Organización Panamericana de la Salud "Salud Mental en la Comunidad, segunda edición" Washington, D.C.: OPS, © 2009.

y dirigentes comunitarios.

-Las necesidades de las personas en situaciones de crisis deben satisfacerse en sus entornos habituales mediante la adopción de prácticas y la utilización de dispositivos que hagan innecesario el hospital psiquiátrico.

-La promoción del aprendizaje de nuevas modalidades de mitigar el sufrimiento se logra involucrando a nuevos actores y reduciendo el prejuicio y temor que con frecuencia rodean a los enfermos mentales. A estos fines es importante facilitar la presencia del propio usuario en el contexto cotidiano, lo que da pie a que se gesten un proceso de aprendizaje que cambia esas actitudes; por ejemplo, se ha demostrado que actores clave, como jueces y políticos, pueden modificar sus opiniones y adquirir actitudes más favorables luego de haber convivido con usuarios en la comunidad y haber sido testigos de su evolución.

-El estímulo del aprendizaje por medio de cursos, talleres y seminarios es insuficiente para generar cambios si estos no se acompañan de prácticas concretas que consoliden la recuperación de la persona mentalmente enferma y permitan su vida en la comunidad.

-La rehabilitación sigue principios pragmáticos que capacitan a la persona como proveedora de recursos y poseedora de habilidades y destrezas.

-La garantía del ejercicio de los derechos de ciudadanía es un recurso crucial para el logro de la recuperación e integración de la persona en la sociedad. El rescate de esos derechos contribuirá efectivamente a la inclusión social.

Ligado a esto, se destaca la formación académica de perspectiva integral en el marco de las RISaM que posibilitan:

- Pensar prácticas situadas en un contexto.
- A partir de ello brindar Psicoeducación y potenciar factores protectores. (Psicoeducación al familiar responsable y al usuario, puntualizando sobre factores estresores, pautas de alarma, conformación del esquema psicofarmacológico, importancia del acompañamiento socioafectivo y de la asistencia a controles ambulatorios.)
- La conformación de un equipo fijo para el abordaje de la situación del usuario.
- Comunicación clara y concisa.
- Intervenciones que apuntan a reconstruir el lazo y la pertenencia social. Este tipo de intervenciones están ligadas a lógicas de Salud Mental y prácticas comunitarias. Dentro del marco hospitalario, esta estrategia pudo consolidarse a través del dispositivo de grupo terapéutico.
- Tramitación de Certificado Único de Discapacidad.

En el caso de la atención a este usuario podemos evidenciar lo necesario que resultan las estrategias de abordaje interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional, tal como especifica la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. A partir del diálogo en el equipo de salud surge una sospecha diagnóstica que deriva luego en nuevas intervenciones. La revisión conjunta posibilitó la producción de conocimiento y reflexión sobre los aspectos “clínicos/patológicos” del caso en discusión.

En conclusión, el debate favorece una evaluación integral, lo que permite, a su vez, la consideración de nuevos indicadores, o incluso la revisión de indicadores que no se han incluido en la construcción diagnóstica y terapéutica. A través de esta revisión se arribó a una presunción diagnóstica diferente de la inicial. Posteriormente, el enfoque consistió en la modificación de la terapéutica de dicho paciente, mejorando su calidad de vida de manera global.

“es importante -y aún imprescindible- que el psiquiatra o psicólogo no trabajen aislados, que formen por lo menos grupos de estudio y de discusión en los que se revea el trabajo que se realiza; para caer en la estereotipia no hay mejor clima que el aislamiento profesional, porque el aislamiento termina por encubrir las dificultades con la omnipotencia” (Bleger, J. 1964) ●

Bibliografía

Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. Temas de psicología (entrevista y grupos).

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. revisión. Washington, D.C. : OPS, © 1995. Recuperado de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2009) “Salud Mental en la Comunidad, segunda edición” Washington, D.C.: OPS.