

# **PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN EL HOSPITAL DE DÍA DEL SERVICIO DE DESÓRDENES DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DEL HOSPITAL PSICOASISTENCIAL JOSÉ T. BORDA.**

Humberto L. Persano, Adrián Daniel Ventura, David Gutnisky, Carlos Daniel Kremer.

Carlos\_daniel6@hotmail.com

**Departamento de Salud Mental Hospital Psicoasistencial José T. Borda**

## **RESUMEN**

La psiquiatría de enlace es una forma de ejercer la psiquiatría que se ocupa de los trastornos psiquiátricos presentes, articulándose con otras áreas de la salud e intentando trascender el modelo de la interconsulta y de la multidisciplina tradicional. Dada la complejidad creciente de las problemáticas de consulta, posibilita el abordaje terapéutico de un modo interdisciplinario, privilegiando aspectos biopsicosociales así como la subjetividad del paciente y de su familia.

Los profesionales deben trabajar coordinadamente en la evaluación y en el plan de manejo de cada paciente, en el diseño de nuevas estrategias de intervención y en la investigación.

En el Hospital de día de Desórdenes del Comportamiento Alimentario del Hospital Psicoasistencial José T. Borda trabajamos conjuntamente médicos psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, conformando un verdadero equipo de trabajo en donde el saber de cada uno enriquece la actividad asistencial y profesional.

Del mismo modo, el servicio se constituye en referencia de derivación en la red, reproduciéndose a escala hospitalaria la esencia y dinámica de la psiquiatría de enlace.

**Palabras claves:** Enlace, interdisciplina, complejidad ,TCA

## **Desarrollo**

La psiquiatría de enlace es una forma de ejercer la psiquiatría que se ocupa de los trastornos psiquiátricos articulándose con otras áreas de la salud. Intenta trascender el modelo de la interconsulta y de la multidisciplina tradicional. Posibilita el abordaje terapéutico de un modo interdisciplinario, dada la complejidad creciente de las problemáticas de consulta, privilegiando aspectos biopsicosociales y la subjetividad del paciente y de su familia, ponderando y defendiendo su derecho de acceder a la mejor atención posible.

La psiquiatría de enlace se ocupa de los padecimientos psiquiátricos presentes en pacientes que requieren atención por otras áreas de la medicina, ya sea tanto por comorbilidades previas, concomitantes o posteriores, como por las alteraciones emocionales que surgen en relación a los diagnósticos y tratamientos médicos. También aborda aquellos aspectos de la relación entre los equipos tratantes que son relevantes para la atención del paciente y su entorno. Implica el trabajo conjunto de las distintas especialidades médicas en el abordaje global de las problemáticas que los pacientes puedan presentar, dejando de funcionar como compartimientos estancos que coinciden en la asistencia al paciente. De lo contrario se trabaja de forma aislada, sin comunicación, derivando al paciente cuando es necesario recurrir al saber de otra especialidad médica en el que el paciente es atendido en forma “seccionada”.

Se hace imposible estructurar tratamientos sustentables y verdaderamente terapéuticos sin una consideración conjunta y articulada de los profesionales, a partir de la cual se enriquezcan los aportes que cada uno puede hacer, reforzándose de este modo la posibilidad de contención y cuidado de los motivos de consulta.

La psiquiatría de enlace surgió como un derivado del movimiento de la medicina psicosomática, coincidiendo con el cambio que experimenta la atención psiquiátrica.

La creciente aceptación del modelo biopsicosocial para la medicina ha enfatizado el reconocimiento de un número en ascenso de enfermedades causadas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Surge entonces la necesidad de contar con la atención psiquiátrica para el manejo de un número

creciente de pacientes en donde se impone la necesidad de la articulación del trabajo conjunto de la psiquiatría con las otras áreas de especialización médica. Actualmente, hay dos modelos vigentes de atención que no se excluyen mutuamente (1). Uno de ellos es el modelo clásico de interconsultas en la medicina en este caso, al psiquiatra. En éste, un médico solicita a otro su opinión sobre el diagnóstico y tratamiento de un paciente. El otro modelo pretende mejorar la calidad de la atención de los pacientes hospitalizados y atendidos en forma ambulatoria al expandir el contacto de los psiquiatras con los otros médicos, con los profesionales de otras disciplinas y con las familias de los pacientes. Cualquiera sea el modelo con el cual se trabaja, la principal responsabilidad del psiquiatra es diagnosticar y recomendar tratamiento para las enfermedades psiquiátricas presentes en el enfermo observándose una mejoría en el pronóstico de éstos cuando se trabaja con el modelo de enlace.

En la práctica diaria en el abordaje de los padecimientos que presentan los pacientes con desórdenes del comportamiento alimentario nos enfrentamos al desafío de la complejidad multidimensional de estas problemáticas.

Tenemos que tener en cuenta las características diagnósticas que presentan.

La anorexia nerviosa se distingue por presentar: restricción del consumo energético relativo a los requerimientos, que conlleva un peso corporal marcadamente bajo, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, distorsión de la imagen corporal, alteración en la percepción de la imagen del cuerpo.

La bulimia nerviosa se caracteriza por presentar atracones recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas, autoevaluación exageradamente influida por el peso y siluetas corporales. Un atracón se define por: 1) ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias; 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).

La atención integral de las personas con anorexia y bulimia nerviosa debe incluir una evaluación de la ideación y de los comportamientos relacionados con el suicidio, gestos y conductas parasuicidas así como grado de impulsividad y posibilidad de auto y heteroagresiones y automutilaciones, ya que es frecuente encontrarlos en estos pacientes.

En el aspecto clínico, debemos contemplar frecuentes asociaciones de complicaciones por su condición nutricional. Habitualmente encontramos leucopenia, trombocitopenia, deshidratación, hipercolesterolemia, elevación de las enzimas hepáticas, hipocalcemia, asociado a osteopenia y osteoporosis, hipopotasemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hiperamilasemia, alcalosis metabólica, hipocloremia, alteraciones endocrinológicas como hipotiroidismo y amenorrea. Es asidua la bradicardia sinusal y en ocasiones se observan arritmias que pueden llevar a la muerte al paciente. Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición y en la bulimia, a los vómitos autoinducidos.

Es indispensable tener consideración sobre los criterios de internación clínicos que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes: peso menor al 75% del esperado, frecuencia cardíaca menor a 40 latidos por minuto, presión arterial menor a 90/60 mm hg, glucemia menor a 60 mg/dl, potasio menor a 3 mEq/l, desbalance electrolítico, temperatura menor a 36°, deshidratación, compromiso hepático, renal o cardiovascular que requiera tratamiento inmediato (2).

Criterios de internación psiquiátricos: intento y plan suicida, baja preocupación por recuperarse, pensamientos egosintónicos constantes, falta de cooperación en el tratamiento, cualquier trastorno psiquiátrico que requiera internación, necesidad de supervisión en todas las comidas, psicosis descompensada, bipolaridad descompensada, trastorno depresivo mayor con riesgo de pasaje al acto e impulsividad que ponga en riesgo al paciente o a terceros.

Se hace necesario y determinante trabajar en equipo psiquiatras junto a médicos especialistas de otras áreas como ser clínicos, hebiatras, cardiólogos, ginecólogos, nefrólogos, endocrinólogos, gastroenterólogos, traumatólogos, hematólogos, neurólogos y todos aquellos que deban atender las comorbilidades que frecuentemente se asocian a estas cuestiones.

## **Abordaje terapéutico**

Por lo expuesto hasta este momento queda de manifiesto la necesidad de abordaje con una filosofía de enlace entre las distintas especialidades médicas, así como interdisciplinaria con otras especialidades no médicas.

En el servicio de Desórdenes del Comportamiento Alimentario (antes Salud Mental en Adolescencia y Juventud) que funciona en el Hospital Psicoasistencial José T. Borda desde el año 2000, atendemos siguiendo ese modelo.

Funciona un Hospital de Día para jóvenes (pacientes de entre 18 y 30 años de edad) y otro para adolescentes (pacientes entre 14 y 18 años de edad), además de brindarse atención en la modalidad de consultorios externos según la problemática de cada paciente. Bajo la supervisión y dirección del Dr. Humberto L. Persano, Jefe del Servicio y el Dr. Adrián Ventura, Jefe de Sección.

En el dispositivo trabajamos conjuntamente médicos psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, conformando un verdadero equipo de trabajo en donde el saber de cada uno enriquece la actividad asistencial y profesional.

Se realizan entrevistas de admisión para identificar y diagnosticar las problemáticas de los pacientes que concurren, siendo el psiquiatra quien cumple la función de “administrador” organizando las admisiones que realizan cada uno de los integrantes del equipo: enfermería, nutrición, clínica, psicología individual y familiar, terapia ocupacional. También se realizan estudios clínicos de screening al inicio de la admisión, laboratorio general, electrocardiograma, electroencefalograma, radiografía de tórax.

Una vez concretadas todas las admisiones se presentan en reunión de equipo y se decide conjuntamente cuál es la adecuada estrategia terapéutica según cada paciente.

Se realizan semanalmente reuniones de equipo en las que participa cada uno de los profesionales, quienes aportan desde su formación y saber perspectivas particulares sobre los espacios terapéuticos y evolución del tratamiento de cada

paciente, haciéndose posible en la práctica asistencial una verdadera integración desde cada una de las áreas de formación.

Los pacientes que cumplen tratamiento en la modalidad de consultorios externos realizan controles psiquiátricos, tratamiento psicológico, controles nutricionales y controles clínicos semanales.

Aquellos que ingresan al dispositivo de hospital de día, presentan monitoreo constante por personal de enfermería, control psiquiátrico y clínico, psicoterapia individual, atención nutricional, psicoterapia grupal y talleres. Los talleres son: convivencia, dos veces por semana, terapia ocupacional, vínculos familiares, arte, sexualidad, fotografía, expresión corporal, taller multifamiliar, talleres ocupacionales, taller de nutrición y cine. También se instrumenta el almuerzo como un ámbito terapéutico, en el que se comparte el lugar sin obligar a los pacientes a ingerir alimentos pero sí a participar del espacio de comensalidad.

Los trastornos de la conducta alimentaria en su carácter de entidades complejas imponen un desafío al terapeuta que se embarca con la intención de ayudar a pacientes profundamente perturbados.

Estos pacientes presentan dificultades para reconocer sus estados emocionales negativos y transitarlos.

Se trabaja con dos marcos teóricos, fundamentalmente el de mentalización y el de terapia focalizada en la transferencia.

La mentalización es la capacidad de comprender a los otros y a uno mismo en términos de estados mentales. Los seres humanos usamos señales internas y externas (expresiones faciales) para reconocer los estados mentales. La alteración de la capacidad de mentalizar es un aspecto clave de los trastornos borderline de la personalidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Desarrollar la capacidad de mentalización es uno de los objetivos fundamentales, tanto en los espacios individuales como grupales.

La psicoterapia focalizada en la transferencia (Clarkin J; Yeomans F, Kernberg O; 1999), tal como su nombre lo indica, privilegia la interpretación de la transferencia

como mecanismo fundamental para integrar el mundo representacional escindido y resolver las carencias en la integración de la identidad.

Es determinante para poder sostener la psicoterapia:

- El manejo de la ideación, gestos o intentos suicidas
- Atención a las sesiones.
- Abuso de sustancias
- Situaciones de cualquier tipo que amenacen el tratamiento.
- En trastornos de la conducta alimentaria, mantenimiento de un peso que posibilite la atención sin riesgo de vida. Manejo de los atracones.

### **Estrategias del tratamiento.**

Persigue la meta de aliviar el sufrimiento psíquico, resolver las actuaciones, promover el desarrollo de la función reflexiva, la mentalización, lograr la modulación afectiva y de ser posible, resolver la difusión de identidad. (3)(4)(5).

Recuperación de un peso saludable: en mujeres, menstruaciones regulares y ovulación; en varones: conducta sexual con niveles hormonales normales y en niños y adolescentes: recuperación del ritmo de crecimiento y del desarrollo sexual.

-Tratamiento de las complicaciones médicas.

-Estimular la motivación del paciente a mantener patrones de alimentación saludable y a participar del tratamiento.

-Promover la educación respecto de patrones de alimentación y comidas saludables.

-Tratar las condiciones psiquiátricas asociadas.

-Asegurar el apoyo familiar e indicar psicoterapia familiar cuando sea procedente, de acuerdo a los patrones y dinámica familiar.

-Prevenir las recaídas.

El abordaje de las problemáticas ocupacionales se realiza desde diferentes modalidades de intervención, tanto grupales como individuales, todas estas orientadas a acompañar a los pacientes en la identificación de sus dificultades ocupacionales, el análisis de las posibles razones que lo han originado, identificar sus debilidades en el desempeño y la necesidad o no de apoyo para poder revertir algo de lo que les ocurre.

Se trabaja acompañando en organización de rutina diaria lo más saludable posible, diferenciando las elecciones o propuestas más nocivas de las saludables, a partir de los intereses significativos manifestados por cada persona.

Las intervenciones están orientadas a rescatar y reconocer las fortalezas que cada integrante tiene, facilitando la vivencia de diferentes experiencias de actividades, permitiendo explorar nuevos modos de vincularse con una tarea y con otros, con el fin de brindar un espacio que posibilite la adquisición de nuevas representaciones mentales.

### **Participación del servicio en la red Hospitalaria.**

Del mismo modo el servicio se constituye como referencia de derivación en la red, reproduciéndose a escala hospitalaria la esencia y dinámica de la psiquiatría de enlace.

Los pedidos de consulta con otras especialidades médicas surgen a partir de inquietudes o interrogantes de los profesionales acerca de la salud mental de un paciente, de los aspectos emocionales que surgen en relación a los diagnósticos y cómo la salud mental de ese paciente incide en su cuidado y tratamiento, realizándose el aporte desde el campo de la salud mental.

### **Referencias**

1.vínculo:<http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



2. Harrison, (1998), "Principios de Medicina Interna", volumen I, Ed. Mc Graw Hill, España.

3. Fonagy. P; Luyten. P; Bateman. A; Gergely.G; Strathearn. L; Target. M; Allison. E (2010.): "Attachment and Personality Pathology" en Clarkin. J, Fonagy. P; Gabbard. G "Psychodynamic Psychotherapy For Personality Disorders. A Clinical Handbook" págs. 37-88. American Psychiatric Publishing. Washington. DC. London. England

4. Bateman. A; Fonagy. P (2004): "Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Mentalization-Based Treatment". Oxford University Press. Inglaterra.

5. Kernberg O (1987): Trastornos Graves de Personalidad. Ed. El Manual Moderno México.