

DE LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE AL CONCEPTO DE COMPLEJIDAD: LA EXPERIENCIA EN LA U.D.H. PIÑERO.

Marcelo Ferraro (licferraro@hotmail.com), Edgardo Knopoff (dotor_k@yahoo.com.ar), Ana Palatnik (anapalatnik@yahoo.com.ar)

Unidad Académica: Hospital Piñero

Abstract: Consideraciones históricas sobre la Psiquiatría de enlace. Reconocimiento a docentes y psiquiatras referentes. Desarrollo en las últimas décadas, particularmente en la Ciudad de Buenos Aires. De la noción de simplicidad al paradigma de la complejidad. El campo de la Salud mental, de la psiquiatría de enlace al Equipo de articulación de casos complejos. De la Psiquiatría hospitalaria a la Red local de Salud mental con inserción comunitaria en el Hospital Piñero. La Atención Primaria en Salud Mental.

Palabras claves: Psiquiatría de enlace/ Hospital general/ Complejidad/ Salud Mental/ Red de Salud

La psiquiatría de enlace ha sido, el área de la psiquiatría que incluye las actividades diagnósticas, terapéuticas, pedagógicas y de investigación en los servicios no psiquiátricos de un hospital general, nos referimos a la inserción de los profesionales de la salud mental en otros Servicios hospitalarios, en sus salas de internación, al modo muchas veces de la interconsulta. Esta inserción en áreas exteriores al propio servicio del hospital tiene profundas implicancias en cuanto a:

- Una concepción distintiva de la triada salud/enfermedad/cuidados.
- Un fuerte cambio, en términos históricos del paradigma psiquiátrico clásico: la presencia de la psiquiatría en hospitales generales, expresión de nuevas prácticas y nuevos saberes.

En la Ciudad de Buenos Aires se reflejó en el pleno ejercicio de la psiquiatría en sus hospitales generales, más allá de los dos hospitales psiquiátricos que tenía la Ciudad de Buenos Aires (el Hospicio de las Mercedes y el Hospital de Mujeres dementes).

Empieza a asomar una psiquiatría que no solo es guardiana de lo ruidoso y disruptivo que proviene de la locura.

Recordemos: fines del siglo 19, principios del siglo 20, el Dr. Ramos Mejía crea la Cátedra de Enfermedades Nerviosas en esta Facultad y la sala de Enfermedades Nerviosas en el hospital San Roque. Su médico asociado, el socialista José Ingenieros, practicaba la hipnosis en combinación con otras técnicas. Una técnica que hace su aparición ya en nuestros hospitales, el psicoanálisis. Se comienzan a tratar cuadros de neurastenia, histeria y otras enfermedades mentales que no requerían internación específica aunque pudieran ser pacientes que estaban internados por padecimientos orgánicos.

Otros hospitales se van sumando, década del 20/30, el Vélez Sarsfield, el Durand y el centenario **Hospital Parmenio Piñero**, éste con una nota diferencial, tiene la primera sala de internación psiquiátrica en un hospital general, fundada en 1936 por el Dr. Arditi Rocha, cuyo nombre preside el actual Servicio de Psicopatología.

Hasta ese momento el Estado se ocupaba, en sentido clásico, de aquello que representa un problema para la población: la enfermedad. El padecimiento psíquico en tanto subjetivo era un campo exterior a las incumbencias del Hospital general.

La psiquiatría y psicología en hospitales generales encuentran un nuevo impulso, primero con Carrillo como Ministro de Salud, quien introduce en términos políticos la función de la prevención en la medicina, incluyendo de manera explícita la prevención de los trastornos mentales y la necesidad de acercar la atención a la población, de territorializarla, a través de “Centros Psiquiátricos Preventivos” y luego en la década del 60/70 con Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús, el Hospital Italiano y el Instituto de Salud Mental. Para esa época encontramos ya en nuestro país conceptualizaciones acerca de la Interconsulta, como en *La psiquiatría en el Hospital General* (en “*La Semana Médica*” de 1966, firmado conjuntamente por Valentín Barenblit, Octavio Fernández Mouján, Vicente Galli, H. Kesselman, A. Muller, A. Pérez, Lía Ricón, C. Sluzki, G. Stein), o en el 62 cuando se presenta en la X Conferencia de Salud Mental (Mar del Plata) de la Federación Argentina de Psiquiatras, “*La función Consulta*”, que firman Valentín Barenblit – como Encargado del Departamento Consultor -, Juan J. Criscaut, L. Damigella, O. Davidovich, M. Fefer, S. Karol, I. McDonell, A. Schere y Fernando Ulloa.

El desarrollo del área de interconsulta continuó en nuestro país, al son de los vaivenes políticos y científicos. Importantes profesores de nuestro Departamento, psiquiatras y psicoanalistas, se destacaron en su conceptualización, a través del tiempo: Héctor Ferrari, Pedro Boschan, Jorge Carpinacci, Lucchina, Juancho Criscaut, y Camilo Verruno (este último particularmente en relación con el abuso de alcohol). Consideramos necesario el reconocimiento a estos maestros que desarrollaron esta y muchas de las áreas de nuestro

campo disciplinar, tanto en la teoría como en la práctica con pacientes y en el desarrollo institucional, que muchas veces parece más “natural” y “fluido” de lo que en realidad es.

Este recorrido que comienza en la década del 20/30 perfila una Psiquiatría que va dejando atrás la explicación monocausal de la enfermedad y se hace lugar a los diversos determinantes que la provocan y la condicionan, se comienza a salir de un pensamiento binario hacia un **Paradigma de la Complejidad**. Un corrimiento del Paradigma de la Simplicidad, al decir de Edgar Morin, que necesita ejercerse en forma permanente, continua, que no está ya dado y para siempre. Paradigma que reúne un conjunto de principios propios de la científicidad clásica (como el orden, la separabilidad, el reduccionismo), y que producen una atomización y fragmentación del objeto de estudio.

La noción de complejidad nos propone no disolver lo individual en lo general. Nos recuerda que si solo hay ciencia de lo general, queda por fuera lo singular.

Se trata de considerar a las personas que sufren padecimientos psíquicos y/u orgánicos en toda su complejidad: sus afectos, deseos, habilidades, historia, genealogía, derechos, etc., y no simplemente como un conjunto de síntomas, déficit o problemas. Y entendemos que el modo de operativizar esta concepción, de transformarla en una verdadera práctica clínica es trabajando en promover una clínica ente varios, el trabajo interdisciplinario en equipos interdisciplinarios. Así extendemos el concepto de Psiquiatría de Enlace a una situación más compleja, que contempla además de la singularidad del paciente en la casuística, la necesidad de generar dispositivos que “enlacen”/comuniquen, las distintas instancias de abordaje, acompañamiento, cuidado de los sujetos que consultan, desde el campo de la salud mental. Intentamos superar la vieja dicotomía acerca del objeto de estudio de la Psiquiatría de enlace, acerca de dónde establecemos la demanda, en el paciente o en el médico; para proponer dispositivos que acompañen tanto a los y las pacientes, cuanto a los y las profesionales que nos desempeñamos en la institución. Las enseñanzas de la salud mental y en particular del psicoanálisis demostraron que debemos dar lugar a la clínica del fragmento en el camino de la producción de subjetividad, en el marco más amplio de una clínica de cuidados, de una cultura entramada con la comunidad tanto intrahospitalaria, sin dejar de incluir a los sujetos situados, en cuanto a la comunidad y la cultura que habita.

Pensamos nuestras prácticas y su reformulación dialéctica en pos de generar modelos de abordajes más inclusivos y eficaces, entendiendo que el encuentro de la psiquiatría, de la salud mental con otras prácticas médicas ya no alcanza con que suceda en un hospital

general, en un segundo nivel de atención, sino que debe atravesar todos los niveles del sistema, para optimizar el carácter del proceder crítico, propio de toda clínica.

Han transcurrido ya más de 40 años de la Declaración de Alma – Ata, constituyéndose allí un nuevo modelo de salud, la APS, cuestionado, recortado pero vigente. En los últimos 20 años se han sancionado en nuestro país leyes de salud mental que establecen parámetros de prácticas centradas en los derechos, la diversidad y la comunidad y que propenden a cambiar la mirada hospitalocéntrica de la atención de la salud por una atención centrada en el espacio comunitario, en el espacio social.

Es preciso retomar estas nociones, estos principios: no es lo mismo que exista un primer nivel de atención a que se aplique un modelo de **Atención primaria de la salud**, esta última propone un modelo sanitario donde el acento, el empoderamiento este puesto en ese primer nivel, allí donde viven las personas, en sus comunidades, donde reside el sujeto situado, en su territorio, en su medio con sus problemáticas individuales, colectivas y sociales, pero con dispositivos que atraviesen todos los niveles de complejidad, centrándose en los cuidados necesarios para los individuos y las comunidades.

La psiquiatría comunitaria, los dispositivos de salud mental deben encontrarse con las personas, con la prevención y la asistencia en el primer nivel de atención, donde los padecimientos se presentan, dando verdadera accesibilidad a un encuentro temprano con los servicios de salud que de no ocurrir, muchas veces ya es tarde. No olvidemos que el 80 o 90 % de las enfermedades prevalentes existentes pueden ser atendidas en un primer nivel de atención.

Desde el Área Programática del Hospital Piñero con sus 12 CeSAC y la Otra Base de Encuentro (dispositivo que atiende el consumo problemático de sustancias), con un Área de responsabilidad que cubre el 13% de la ciudad y en ella a la población más vulnerable de la Capital venimos generando en los últimos años otro modelo de gestión sanitaria: con la inclusión de psiquiatras en todos los Centros, integrando Equipos de salud mental, conformando con ellos y en articulación con la guardia, el equipo de Interconsulta, la sala de internación y el Servicio de salud mental de hospital, una Red local de salud mental. Una red viva, es una red de personas y no protocolar, tampoco solo una red de WhatsApp, para eso realizamos encuentros mensuales, cursos unificados, jornadas donde el trabajo en ese primer nivel de atención cobra especificidad, visibilidad y jerarquía.

Una Red para compartir experiencias, pero principalmente para intentar alojar el padecimiento de las personas que allí viven (y también por qué no decirlo, la preocupación

y la angustia, muchas veces de los profesionales que intervienen) y no ser meros canales de derivación que luego se rompen en medio de una demanda que es incesante. La red es el intento constante de producir espacios donde la clínica salga de la inercia institucional, burocrática, por donde se suelen caer los pacientes, verificando el malestar en la cultura.

En el marco de la **Red Local de Salud Mental**, y atendiendo el espíritu de la Ley N° 448 que convoca a la implementación de dispositivos alternativos a la atención centrada en el hospital, generamos un dispositivo que llamamos **Equipo de articulación de casos complejos**, una manera más de gestionar la clínica, superando la derivación, con sus mecanismos de referencia y contra referencia, hacia la comprensión de los casos complejos por parte del sistema y la generación de caminos de cuidados en función de las necesidades de cada paciente. Es muy difícil estratificar la complejidad en el campo de la Salud Mental, a diferencia de la Salud en general, ya que todos vamos a acordar que una Resonancia Magnética (que muchas veces necesitamos) corresponde a un segundo o hasta un tercer nivel de atención, sin embargo la articulación intersectorial, por ejemplo, con el Poder Judicial, fuerzas de seguridad, los distintos niveles de la Educación (pública o privada) u otra área gubernamental, o con alguna iglesia como uno de los tantos actores comunitarios, también constituyen niveles de complejidad importantes, sin que eso suceda dentro de las paredes del hospital. Trabajamos los casos complejos, incluyendo todos los niveles de atención del sector salud, atendiendo a que algunas de las complejidades superan las definiciones clásicas de la organización sanitaria, y en muchos casos también superan las nociones clásicas de derivación y/o interconsulta, resultando en mayor cuidado, la integración de equipos para su abordaje.

La Iniciativa Piñero nos precede, desde el Dr. Arditi Rocha y tantos más, y nos convoca a nosotros y a tantos otros a poner en valor lo subjetivo, lo comunitario y una práctica de cuidados sostenidos en un hacer responsable.

Referencias bibliográficas

1. Barenblit, V.; Criscaut, J.J.; Damigella, L.; Davidovich, O.; Fefer, M.; Karol, S.; Mac Donnell, I.; Schere, A.; Ulloa, F. (1966) *Integración de la Asistencia Psiquiátrica en los Servicios de un Hospital General: La función Consulta* (inédito). X Conferencia de Salud Mental, FAP, Mar del Plata,

2. Boschan, P. (1981) *Aspectos contratransferenciales de la interconsulta psiquiátrica*. Psicoanálisis (Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires), Vol. III No. 1, p. 253-265
3. Carpinacci, J. (1975) *Consideraciones generales sobre la interconsulta psiquiátrica*. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, Vol. 21, 64-70
4. Ned H. Cassem (1994) *Psiquiatría de enlace en un Hospital General*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid España. ISBN 847978119X, 9788479781194
5. Criscaut, J.J. (1983) *La Interconsulta: una práctica para seguir pensando desde el psicoanálisis*. II Congreso Metropolitano de Psicología, Octubre 1983, p. 149-153
6. Erazo Reyes, R. (2017) *Psiquiatría de enlace, interconsulta y medicina psicosomática: un sutil equilibrio*. Revista Médica Clínica Las Condes. 28. 826-829. 10.1016/j.rmclc.2017.11.002. Chile
7. Ferrari, H.; Luchina, I.; Luchina, N. (1971) *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Nueva Visión, Buenos Aires,
8. Goldemberg, M.; Barenblit, V.; Fernández Mouján, O.; Galli, V.; Kesselman, H.; Müller, A.; Pérez, A.; Ricón, L.; Sluzki, C.; Stein, G. (1966) *La Psiquiatría en el Hospital General*. La Semana Médica, Año LXXIII, No. 4015, Tomo 118 No. 1, Enero de 1966, p. 80-102
9. Morin, E. (1998) *Introducción al Pensamiento Complejo*, Ed. Gedisa Barcelona, España, ISBN 8474325188, 9788474325188
10. Neuburger R. *Pequeña (pre)historia de la Interconsulta psicoanalítica (2a.Parte): De este lado del océano* en <https://robertoneuburger.wordpress.com/pequena-prehistoria-de-la-interconsulta-psicoanalitica-2a-parte-de-este-lado-del-oceano/> consultado 2019
11. Neuburger, R. (1995) *Formación del equipo de interconsulta psicoanalítica en el hospital* en *Psicoanálisis y el Hospital*, Año 4 No. 7, Buenos Aires, E. del Seminario,
12. Paz, J. G. ; Galende, E. (1975) *Psiquiatría y Sociedad*, Hacia una Psiquiatría materialista, Bs. As., Argentina, Ed. Granica.
13. Ulloa, F. (2012) *Salud elemental, con toda la mar detrás*, Bs. As, Ed. Libros del zorzal.
14. Vainer A. (2003) *"Lanús, paredón y después"* en Clepios, Revista de residentes de Salud Mental, Número 31, Junio 2003. CABA. Argentina