

Repela

4



lo hubiera sabido antes...

# LA PRIMERA ENTREVISTA DE INTERCONSULTA MEDICO-PSICOLOGICA EN EL HOSPITAL GENERAL

Nora Taubenslag de Grigera\*



El siguiente trabajo es el resultado de diez años de experiencia como miembro primero y a cargo después, del Programa de Interconsulta de la División Psiquiatría de Enlace del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas.

La Psiquiatría de Enlace es una de las subespecialidades médicas que más nos acerca -valga la paradoja- a lo que entendemos por Medicina, en tanto implica el abordaje del paciente como totalidad biopsicosocial, como persona que enferma, en determinado ambiente, en determinada circunstancia.

Es así que, enfocando la interconsulta psiquiátrica en el hospital general dentro de este marco, el acto médico comienza con:

1- La recepción del pedido de interconsulta, que conviene sea hecho por escrito. ¿Por qué? Pues porque es una forma de lograr que el solicitante se dé tiempo para pensar en los motivos que lo llevan a pedir la interconsulta.

Qué debería constar: el nombre, apellido y edad del paciente, servicio y cama en que está internado, motivo de internación y del pedido de interconsulta. Fecha, firma y sello del médico solicitante (datos que nos permiten localizarlo).

Se suele aconsejar la confección de hojas preimpresas de pedidos de interconsulta. Su utilidad radica en que promueve la formulación correcta de los pedidos y en ese sentido nos permite ejercer un efecto docente sobre los médicos generales.

Aquí vale la pena mencionar una de nuestras reglas de oro: la flexibilidad en la tarea. Aunque hayamos implementado el sistema de formularios, jamás rechazaremos un pedido que no esté hecho en ellos. Lo que haremos en ese caso será, como parte del contacto con este médico, mostrarle cómo hacer los pedidos en el futuro. A la vez, los pedidos manuscritos tienen la riqueza de ser indicadores semiológicos en sí mismos.

Las características del pedido nos permiten tener una primera impresión al respecto del paciente y de la relación médico-paciente. Impresión que se confirmará o no en el siguiente paso.

2- Entrevista con el médico solicitante. Esta debe mantener el carácter de una conversación entre colegas. El interconsultor no interroga al consultante como si se tratara de un examen en el que se evalúa el nivel de conocimientos que éste tiene sobre su paciente. Lo que hace, en cambio, es pedirle al médico que le presente al mismo. Primero, en lo que se refiere a la persona del paciente: nombre, edad, estado civil, hijos, escolaridad, zona de residencia, visitas que recibe.

Lo que con cierta frecuencia sucede es que esta parte es la menos conocida por el médico a cargo. Es útil que se tome conciencia de ello, pues apunta a que el paciente es más que el caso de la cama número... y de paso nos permite empezar a hacernos una idea de la relación médico-paciente.

\* Médica psiquiatra. Jefa de Interconsulta. División Psiquiatría de Enlace. Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas "J. de San Martín". Buenos Aires.

FOTOCOPIADO

CUNICA ADULTOS

Foto 77

D/F-2

lo hubiera sabido antes...

Se pregunta luego por antecedentes psiquiátricos, motivo de internación, estado actual, medicación que recibe. Se pide al médico que explicité el motivo del pedido de interconsulta y que diga qué sabe el paciente sobre su situación actual y motivo de internación, adaptación del paciente a la enfermedad, cuánto hace que está internado y cómo se adapta a la internación, cuál es el pronóstico y qué sabe el paciente del mismo. Finalmente se pregunta qué espera el médico de la intervención del interlocutor y qué, de todo lo dicho, sabe el paciente.

A esta altura tenemos ya una impresión formada sobre la situación biológica y psicológica del paciente, sobre la situación social (familiar e institucional) y sobre la relación médico-paciente. Toda esta información nos indica por qué carriles deberá marchar el paso siguiente.

**3- Entrevista con el paciente.** Esta no difiere sustancialmente de una primera entrevista ambulatoria, si bien hay algunos puntos diferentes a tener en cuenta:

a)- frecuentemente el paciente no pidió ser visto por el psiquiatra. Si lo hizo, de todos modos el pedido fue vehiculado a través del médico a cargo. Este hecho nos es de gran utilidad en el manejo de la entrevista, pues una de las funciones del psiquiatra de enlace como consultor es la promoción de una adecuada relación paciente-médico a cargo, privilegiando a éste como médico de cabecera, el referente del paciente, a quien aquél recurre ante un nuevo síntoma, duda o preocupación.

Es así como nuestro ingreso al vínculo con el paciente se iniciará con la presentación que del psiquiatra haga el médico de cabecera.

b)- la enfermedad somática es un elemento permanente, que suele surgir en más de un momento durante la entrevista. Hace falta, por tanto, incluirla. Como solemos decir - y con particular vigencia cuando el paciente no pidió la consulta- resulta conveniente iniciar la entrevista con el enfermo internado hablando sobre algunos aspectos "concretos" de la enfermedad física. Al instalar al paciente sobre el terreno conocido, se logra reducir la ansiedad ante la interconsulta dado que, a lo que el paciente está habituado, es a que el médico lo interrogue sobre los aspectos somáticos. A partir de esto se puede ir pasando a lo relacionado con la situación de enfermar:

- reacción emocional propia (incluyendo la caracterización de la enfermedad particular que está siendo padecida);
- respuesta del medio familiar, social y laboral ante la enfermedad;
- repercusión de la enfermedad sobre el proyecto vital del paciente;
- relación establecida entre paciente/familia y médico/institución.

La entrevista se completa con todos aquellos elementos necesarios para configurar el diagnóstico psiquiátrico en la forma habitual, incluyendo los que sean producto de posible comorbilidad psiquiátrico-clínica.

Hacia el final de la entrevista es importante dar al paciente:

- una impresión diagnóstica, por lo menos en lo que se refiere al impacto emocional de la enfermedad y,
- un esquema terapéutico posible, incluyendo información sobre los pasos que el interlocutor seguirá y los objetivos de los mismos (conversación con la familia, conversación con el médico a cargo, por ejemplo).

Es de hacer notar que a esta altura de la interconsulta podemos tener en claro cuál es la modalidad de funcionamiento de la personalidad y cuáles son los recursos defensivos que están siendo implementados. Se debe ser extremadamente respetuoso de la modalidad operativa de cada paciente y no intentar modificar defensas, salvo que esté muy seguro de poder instalarlo en un nivel de funcionamiento más adaptado. Conviene continuar el acto médico con una entrevista familiar.

**4- Entrevista con la familia, si ésta está presente en ese momento.** Sin no lo está, puede dejarse una citación. La extensión y profundidad de la entrevista dependerán de la impresión diagnóstica obtenida. Debe consistir en:

- esclarecimiento de aquellos elementos de funcionamiento del paciente, modulados por la enfermedad, que estén interfiriendo en la relación con la familia y de aquellos elementos del funcionamiento que influyan en la adaptación del paciente a la enfermedad.
- esclarecimiento de aquellos elementos psicopatológicos en el paciente o los miembros del grupo familiar que interfieran en la relación;
- orientación sobre el manejo de las relaciones familiares.
- orientación sobre la relación con el equipo médico.

**5- Información al médico solicitante,** que conviene dar en forma escrita cuanto oral. En la historia clínica de la Sala se deja un informe breve y claro en el que debe constar:

- examen mental,
- características generales de personalidad,
- modalidad de adaptación a la situación actual,
- características de la relación médico-paciente,
- impresión diagnóstica,
- sugerencias terapéuticas.

Para que la interconsulta sea de utilidad, conviene incluir en el informe la respuesta al motivo del pedido, empleando un lenguaje médico que facilite la comunicación.

También es útil mantener una nueva entrevista con el médico a cargo para intercambiar con él información

sobre el paciente. Qué opina el interconsultor de la situación y qué orientación sugiere para el manejo de la misma. Según lo detectado durante la entrevista, se pide información en particular sobre aspectos mencionados por el paciente o familia, buscando clarificar actitudes a fin de reestablecer la relación médico-paciente más adecuada posible.

Concluye así el primer acto de la interconsulta médico-psicológica en el hospital general. Se puede dar allí por finalizada la intervención con el paciente en aquellos pedidos en que se detectó alteración de la relación médico-paciente, dado que la actividad del interconsultor se centrará a partir de ese momento en orientar al médico a cargo, cumpliendo una vez más así con la función docente de la interconsulta en Psiquiatría de Enlace.

Cuando en este primer acto se detecte patología específica que requiera tratamiento especializado, éste se llevará adelante sin dejar de lado al resto del equipo médico, ya que el interconsultor debe ser vivido (y sentirse) como un miembro más del equipo tratante de cada paciente y debe promover el trabajo interdisciplinario. A la vez, no puede perderse de vista la promoción de la figura del médico a cargo como médico de cabecera, referente imprescindible para el paciente y la familia.

A modo de ilustración, comentaré breves viñetas clínicas referidas a algunos de los momentos de la primera entrevista en Interconsulta.

1- "Paciente de 18 años. Seminoma (tumor de testículo). Se solicita interconsulta".

Pedidos de esta naturaleza son lamentablemente habituales. La patología oncológica, en particular en jóvenes, es ansiogénica tanto para paciente y familia cuanto para el médico encargado de asistirlos.

Una redacción tan escueta como la presentada nos prepara para encontrarnos ante un médico probablemente angustiado, con cierto registro de la repercusión afectiva de la enfermedad, donde habrá que evaluar hasta qué punto él proyecta su propia emocionalidad en la situación y cuáles de las defensas que él implementa le impiden un adecuado manejo de la consulta.

"Paciente derivado de instituto neuropsiquiátrico. Medicado con psicofármacos. Se solicita interconsulta."

Otro pedido escueto y habitual que denota la falta de costumbre del médico ante el manejo del enfermo psiquiátrico y la desconfianza que sus posibles descompensaciones generan. Ante ello, pide ayuda y es con este sentido con el que se acude a la interconsulta.

2- Puede suceder que en el curso de la entrevista, el médico a cargo nos dé información del tipo: "este paciente es un EPOC. Tiene valores alterados de FIV y de FIO..." Dar y recibir información a través de siglas es

algo a lo que los médicos podemos estar más o menos acostumbrados. Sin embargo, emplear lenguaje específico con profesionales de otras especialidades puede ser una manera de evitar comunicarse con ellos. Mucho más puede serlo usar este lenguaje con los pacientes. Por ello, si este tipo de descripción es el que surge en la conversación con el médico a cargo, debemos investigar cuál es el estilo de comunicación que está modulando la relación médico-paciente.

"El motivo de la interconsulta es que esta paciente perdió al marido en un accidente de auto a causa del cual ella está internada en este piso y la hijita en Pediatría. Y la madre de ella no nos quiere dejar a solas con la paciente porque no acepta que le comuniquemos lo sucedido. Y nosotros pensamos que debe saberlo".

Cuando se plantea un conflicto de esta naturaleza; comunicación de un diagnóstico o situación a un paciente y oposición de la familia a ello, resulta fundamental la evaluación tanto del paciente como de la familia, a fin de establecer el grado de nocividad que sobre aquél pueden tener tanto la recepción cuanto el ocultamiento temporario o parcial. Al mismo tiempo es imprescindible determinar en qué medida la conflictiva propia del médico puede estar influyendo en el manejo de la información.

Hemos presentado apenas angostas secciones extraídas de interconsultas completas. La realidad es que las primeras entrevistas en Interconsulta son largas y laboriosas. No puede ser de otra manera, puede de ellas depende la precisión con la que cada intervención total se lleve a cabo.

#### Bibliografía general sugerida:

- Blumenfeld, M (1988); Subspecialization of Psychiatry is a necessity, *Psychosomatics* 29: 153-154
- Fahrer, R; Magaz, A. (1986); *Temas de Psicología Médica*, Buenos Aires, CTM Servicios Bibliográficos S.A.
- Hackett, T. (1993); Some advantages of Consultation Liaison (Medical Surgical), *Review of Psychiatry*, vol 34.4
- Insúa, J (1974); *Psicosemiología y Psicopatología*, Buenos Aires, Editorial Columba
- Lipowsky, Z.J. (1981); Consultation - Liaison Psychiatry at century's end, *Psychosomatics* 22: 806-809
- Lipowsky, Z.J. (1981); New prospects for Liaison - Psychiatry, *Psychosomatics* 22: 810-811
- Pasnan, R.O. (1988); Consultation - Liaison Psychiatry: progress, problems and prospects, *Psychosomatics*; 29: 4-15
- Pasnan, R.O. (1987); The Remedialization of Psychiatry, *Hospital Community Psychiatry* 38: 145-151
- Van Dyke, C.; Goldberg, R. (1984); *Consultation Liaison Psychiatry in the General Hospital* en: Goldman, H. (1984) *Review of General Psychiatry*, Los Altos, California, Langue Medical Publication

Sección a cargo de Silvína Mazaira