MODALIDAD DE INTERVENCION EN PACIENTES SOBREVIVIENTES A INTENTOS DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD PREVIO AL ALTA CLINICA

María Victoria Paris, Daniela Evers
mariavictoria.paris@gmail.com
Unidad Académica: Hospital General "Carlos G. Durand".

Resumen

En el presente trabajo describiremos una modalidad de abordaje ilustrada con recortes de casos clínicos. Esta modalidad de intervención está implementada por el equipo de interconsulta de Salud Mental en un hospital general. Sistematizamos brevemente la modalidad de intervención y presentamos luego las dificultades principales en la implementación en distintos recortes de casos clínicos. La intervención tiene cuatro momentos: 1°) Se determina la supervivencia del paciente, 2°) El paciente está euproséxico; 3°) Alta clínica; 4°) Continuidad de la intervención.

Palabras clave: Intento, suicidio, letal, intervención.

Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general.[i]

Para delimitar con precisión el abordaje que vamos a describir, enumeraremos la secuencia de hechos en los que se abre la posibilidad de dicha intervención.

El paciente ingresa en coma al departamento de emergencia. (Guardia, terapia intensiva, terapia intermedia). Cuando el paciente despierta se plantea como mejor abordaje el del equipo de interconsulta de Salud Mental y no el de emergencia que funciona con equipos que rotan cada 24 hs. El equipo de interconsulta da mejor continuidad y lógica a las intervenciones prolongadas, ya que en los contextos de emergencia es fácil que se produzcan interferencias en la comunicación que repercutan en las estrategias terapéuticas y falta de consenso entre los distintos profesionales intervinientes. Sin embargo los equipos de interconsulta no funcionan las 24 hs, por lo que se requiere un trabajo acordado conjunto y complementario entre los distintos equipos de trabajo: guardia, terapia intensiva, terapia intermedia, equipo de interconsulta.

Desde que el suicida despierta hasta su alta clínica se abre la posibilidad de distintas intervenciones.Para sistematizarlas, las ordenamos temporalmente en cuatro momentos:

1°) Se determina la supervivencia del paciente

Clínicamente se determina la posibilidad de supervivencia. Se convoca al servicio de Salud Mental. Salud Mental interviene desde el momento de vigilia del paciente, aún en estado confusional.

Se da intervención a Trabajo Social. Se recaban datos de: modo de ingreso, entorno social, juzgado o comisaría interviniente, datos sobre el contexto y hechos previos al ingreso.

2°) El paciente está euproséxico

Paciente vigil orientado y euproséxico: Intervenciones del equipo de Salud Mental en la modalidad propia de una internación psiquiátrica restringida, ya que sólo se habilita el abordaje individual y entrevistas con familiares de los espacios

psiquiátrico, psicológico y de Trabajo Social. Evaluación de riesgo. Decisión de instauración de plan farmacológico específico.

Intervenciones conjuntas con trabajo social en entorno social del paciente.

3°) Alta clínica

En relación a lo evaluado en el transcurso de la internación se evalúa riesgo y se determina derivación a dispositivo adecuado según el caso. (Internación psiquiátrica breve en sala de clínica médica, derivación a internación psiquiátrica en dispositivo de internación psiquiátrica, derivación a hospital de día, derivación a consultorios externos).

4°) Continuidad de la intervención

Derivación asistida y comunicación con dispositivo que recibe al paciente.

Describiremos recortes de casos clínicos que ilustran las dificultades de esta modalidad de intervención.

1°) Se determina la supervivencia del paciente

El paciente despierta y en estado confusional refiere información contradictoria pero vinculada al hecho que provocó la internación. Refiere estos datos a distintos efectores de salud, no exclusivamente al equipo de Salud Mental. Se procura recabar información entre el personal de todos los equipos intervinientes. Inicialmente, previo a recabar los datos del ingreso, no siempre se concluye que sea un intento de suicidio. Por lo tanto, en esta instancia se asume como posibilidad.

Caso A: Paciente mujer de 34 años que ingresa por caída de cuarto piso. Se convoca a familiares. Se recaba la siguiente información: la paciente tenía tratamiento psiquiátrico previo por “episodios de falta de aire” con escitalopram. El día de la caída por la mañana desde su domicilio hubo una llamada al 911. Al concurrir los efectivos, se desestimó el pedido. La paciente convivía con su pareja, quien no concurrió a visitarla.

La familia tenía escaso contacto con la paciente, previo al hecho.

La intención autolítica no está clara, pudiendo ser un hecho violento. En este caso se decide proceder como si fuera con intención autolítica quedando la paciente internada en sala de cuidados intensivos con supervisión permanente.

Por las lesiones que tiene debe permanecer más de dos meses en el hospital. En el transcurso del abordaje, la paciente pasa a terapia intermedia y luego a piso. Siempre se muestra reticente en relación a describir el hecho, presentando en el inicio una reacción maniforme por lo que se instaura Ac valproico 1000 mg/d. Ya en piso la paciente refiere sentirse mejor, puede percibir el dolor, acuerda con continuar el tratamiento farmacológico. En el transcurso de la intervención se convoca a familiares quienes disponen los medios para recibir a la paciente en el domicilio al alta.

2°) El paciente está euproséxico

Se interviene desde interconsulta con espacios individuales psiquiátrico psicológico y de trabajo social en contexto de sala de internación de hospital general. Este dispositivo no equivale ni sustituye eficientemente una internación psiquiátrica. Habitualmente las intervenciones son en duplas de profesionales. (Ej: un médico y un psicólogo)

Caso B

Paciente mujer de 18 años en terapia intensiva con múltiples fracturas, cráneo intacto, por caída con intención autolítica.

Se recaba la información: En contexto de discusión en su domicilio, teniendo indicado acompañamiento permanente por su psiquiatra particular, se escapa y se tira de un puente. Escasa continencia familiar. Reciente nacimiento de un sobrino. Antecedente de abuso de sustancias. Sin juzgado Civil interviniente.

Se solicita asignación de Juzgado Civil y se indica internación psiquiátrica involuntaria conjunta con la internación clínica. Se informa a Órgano de Revisión.

Paciente angustiada establece vínculo con equipo tratante quien detecta que la modalidad de intervención más pertinente es la que se usa con adolescentes. Se detecta sensación de desamparo, estado depresivo, probable antecedente de abuso sexual y probable trastorno de personalidad de base.

En las entrevistas con familiares se detecta escasa contención e inestabilidad vincular. Como la composición familiar es muy heterogénea y todos los domicilios están a más de una hora de viaje del hospital, concertar estos encuentros implica un esfuerzo importante del equipo y del contexto familiar. Toda la información recabada en dichas entrevistas se pierde al momento de la derivación. Si bien al tener la paciente tratamiento psiquiátrico previo, su psiquiatra queda como referente, la información actual del modo de reacción de las personas del entorno frente al hecho y la posibilidad de que acompañen a la paciente se pierde: luego del alta clínica, se solicita derivación a sala de internación psiquiátrica, el traslado se efectúa durante el fin de semana por SAME.

3°) Alta clínica

En la lógica de funcionamiento del hospital general, el paciente se va del hospital al alta clínica. Cuando durante la internación clínica no se determina la internación psiquiátrica éste es el último momento para hacerlo. Cuando la internación que se requiere es breve, la derivación a hospital psiquiátrico puede demorar más que lo que la internación psiquiátrica requiere. Por lo que se intenta adaptar el hospital general al funcionamiento habitual de una internación psiquiátrica. Por citar un ejemplo, un “permiso de salida” en un hospital general, en un paciente con alta clínica, es inconcebible.

Caso C

Paciente mujer de 19 años ingresa con fractura de rápida recuperación, por caída de altura con intención autolítica. Se evalúa contexto de violencia familiar. Coincide el intento con la finalización del secundario y la no comunicación de haber dejado materias pendientes. Conflicto de pareja. Se realizan intervenciones familiares.

Diagnóstico: Trastorno de Personalidad

Se decide internación breve en clínica médica con acompañamiento familiar y progresivos permisos de salida. Seguimiento al alta por consultorios externos. Tiempo de la intervención: del 5 al 28 de diciembre (23 días)

Caso D

Paciente varón de 55 años. Ingresa en coma con intoxicación por warfarínicos. Paciente amable y reticente. Niega intención de suicidio. Se deriva a internación psiquiátrica.

El paciente y su madre rechazan la internación. El paciente se da a la fuga. Se presenta al día siguiente en consultorios externos.

Se hace una entrevista de admisión en que se explica la necesidad de un dispositivo de mayor complejidad y se lo rechaza de consultorios externos.

El paciente presenta una queja y reclama ser atendido por consultorios externos.

Se le hace una admisión en la que el paciente admite por primera vez que compró y tomó veneno para ratas varios días consecutivos, “porque no pasaba nada”. Se indica nuevamente ingreso a dispositivo de mayor complejidad. El paciente y su madre solicitan continuar en el servicio, ya que deben concurrir al hospital por rehabilitación kinesiológica tres veces por semana y esto le dificulta la inserción en un hospital de día.

Al día de la fecha el paciente concurre a seguimiento por consultorio externo.

Caso E

Paciente varón de 27 años ingresa por intoxicación con metadona. Paciente con antecedente de tratamiento psiquiátrico con diagnóstico de esquizofrenia. Madre muy comprometida con el acompañamiento pero no avala el sostén de los tratamientos por consultorios externos. Paciente niega intención autolítica. El paciente queda internado en terapia intermedia (intervención desde 27/4 al 16/5: 20 días) todo el personal establece un buen vínculo con él y con su madre. En el transcurso de la intervención el paciente refiere presencia de alucinaciones auditivas previas a la ingesta de opiáceos. Se deriva a internación psiquiátrica. El paciente y su madre rechazan la indicación. Después de un año, se presenta el paciente y su madre a tratamiento por consultorios externos convocados por un encuentro casual con un miembro del equipo tratante.

En conclusión, presentamos una posible modalidad de abordaje y a la vez las dificultades concretas que se presentan en la clínica. Creemos que con los recortes presentados se exponen algunas aristas de la complejidad del hecho que se aborda. Cada intento de suicidio está enmarcado en coordenadas específicas que requieren intervenciones personalizadas. Para poder adecuar el funcionamiento de las instituciones a cada paciente se requiere cierta flexibilidad. Esta capacidad de flexibilidad depende de la capacidad de acuerdo y comunicación entre distintos equipos que involucran gran cantidad de profesionales de la salud y de otros sectores que regulan el contexto de trabajo. Todos ellos influyen y determinan la posibilidad de implementar las intervenciones efectivas y su continuidad que estos pacientes requieren.

---

[i] http://www.who.int/mental_health/suicide- revention/exe_summary_spanish.pdf?ua=