

Urgencias en Salud Mental, Derecho a la Salud y Desvalimiento.

Por Mario Dupont¹

Resumen

La siguiente presentación es una versión revisada de la exposición realizada en el marco de la "19° Jornada Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento", en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) el 3 de Junio de 2023, en la mesa denominada "Desvalimientos en Tiempos Actuales: Cuestiones de Desvalimiento vinculadas al Derecho", la cual da cuenta de una de las posibles articulaciones entre el Derecho a la Salud, el desvalimiento en sus múltiples acepciones, y situaciones clínicas que suceden en el marco de atención de urgencias en Salud Mental en un Hospital General de Agudos de la CABA.

Presentación

¡Buenas tardes!, es un honor estar en esta mesa, acompañado de presentaciones de excelencia. Hoy no voy a hablar de un tema de la Materia "Abordaje psicosocial de Patologías orgánicas crónicas y terminales" de la Maestría, aunque si de mi trabajo en la guardia hospitalaria en la que estoy los domingos 24 hs.

Específicamente, el objetivo de esta presentación es poder mostrar un recorte de uno de los tantos problemas actuales que vulneran los Derechos a la Salud de las personas que ingresan con una patología psiquiátrica o con una crisis en situación de urgencia, a un dispositivo de atención de guardia de un Hospital General de Agudos.

Es dable aclarar que todos los Hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, cuentan con un equipo interdisciplinario que se ocupa de atender las urgencias en Salud Mental, el cual se compone

¹ Psicoanalista. Titular " Abordaje psicosocial Enfermedades Organicas, cronicas y terminales" en Maestria en PP Desvalimiento. UCES. Doctorando en Psicología UCES. Psicologo titular Equipo Interdisciplinario Salud mental Urgencias Hospital Durand.GCBA. Coordinador Servicio Asistencial Psicopatología UBA.Facultad de Psicología. Docente Practicas Profesionales. UBA Facultad de Psicología.

por un/a psiquiatra, trabajador/a social y psicólogo/a en el mejor de los casos cuando el equipo está designado o completo. Cada equipo pertenece a un día específico de la semana y su intervención es transversal durante ese periodo de 24 hs., siendo lo longitudinal el “pase de guardia” y las evoluciones clínicas en la Historia Integral de Salud (HIS).

Del mismo modo dicho equipo, está en articulación con un equipo ampliado de diversas disciplinas profesionales de la salud y no profesionales que intervienen de una u otra manera en la mayoría de las urgencias, entre los que se encuentran medico/as de diversas especialidades, enfermera/os, farmacéutico/as, administrativo/as, técnico/as, camilleros, agentes de seguridad y personal de fuerzas de seguridad entre otros.

Acerca del abordaje en la Urgencia

Partamos de definir qué: *“se entiende por Urgencia en salud mental a toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas y el desempeño habitual de la persona con un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital”.* (MSAL, 2018).

Asimismo, sabemos que *“la urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, por lo que debe ser asistido de manera integral en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para disminuir la posibilidad de una recurrencia”.* (MSAL, 2018). Por su parte entendemos a la crisis como *“una alteración o desequilibrio en el estado emocional de la persona que se ve incapaz de recuperarse y salir de ella con los recursos de afrontamiento que habitualmente emplea”* (Bentolila S., 2020).

Es decir que el abordaje clínico de un equipo interdisciplinario de Salud Mental, serial idealmente la intervención en la crisis, cuyo objetivo final en la urgencia es resolverla implementando las medidas que menos restrinjan las libertades del paciente, así como respetando sus derechos, dirigiendo su mirada hacia la continuidad de atención en dispositivos acordes a su problemática.

Ahora bien, ¿esto acaso es un proceso lineal y que se cumple según lo esperado y propuesto por las leyes y los protocolos? Claramente no, diversos son los aspectos que complejizan la atención.

Tras la pandemia por COVID-19, muchos han sido los cambios que se han registrado en los dispositivos de atención en Salud Mental, así como los ingresos a la guardia por urgencias. Como lo expresa la Dra. Silvia Bentolila, (2020) siguiendo a Meyers: En la etapa posterior al desastre (así considerada la pandemia), 1. *Todas las personas que presencian un Incidente Crítico no permanecen inalteradas* y 2. *Las reacciones que manifiestan son respuestas normales a una situación anormal*. Y gran parte de estos cambios son recortes del impacto psicosocial esperable y generado por los efectos de la pandemia.

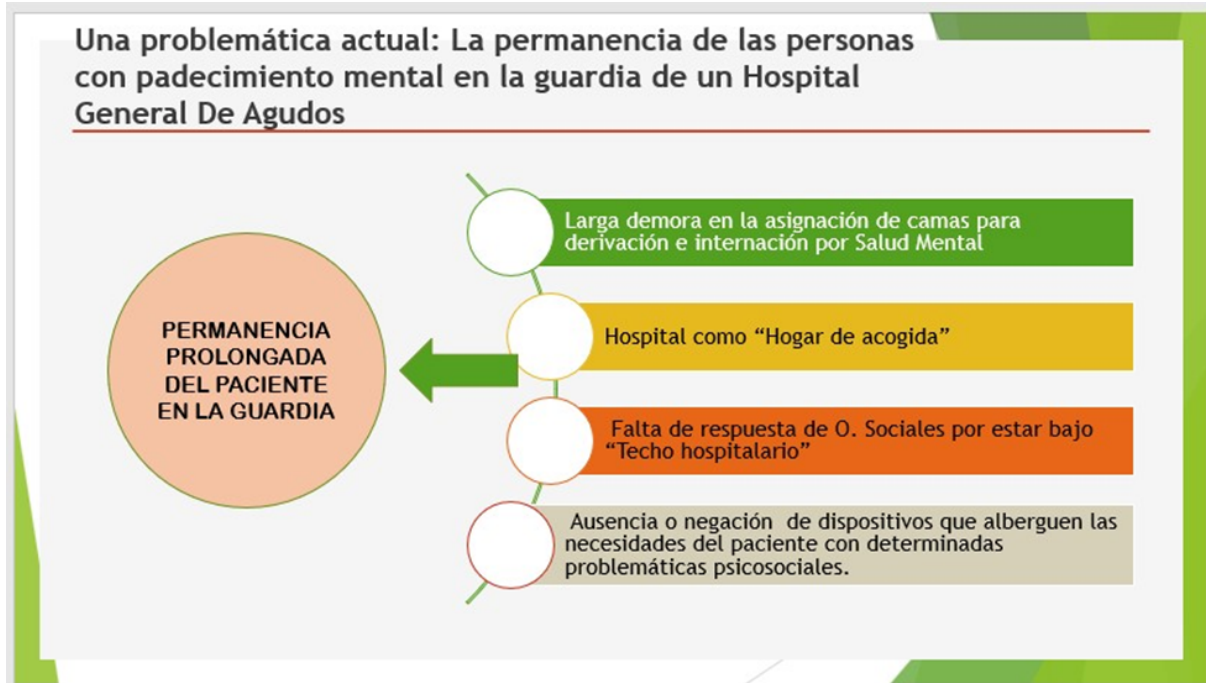
Los ingresos a la guardia por problemáticas de Salud Mental posterior a la pandemia se han duplicado o triplicado, lo que no solo impacta la salud del paciente sino también la de los equipos intervinientes. Es frecuente que la alimentación y el descanso en 24 horas de atención, se vea dificultada por la gran afluencia de ingresos, algunos de ellos simultáneos y de alta complejidad.

Casuística actual en la urgencia

Si bien es de considerarse que cada efector y cada día de atención tiene sus propias características - en mi caso hablo de una guardia de día domingo-, los ingresos por intentos de suicidio o autolíticos, así como cuadros de excitación psicomotriz posterior a consumo de sustancias psicoactivas o cuadros de descompensación psicótica por abandono de tratamiento o escasa adherencia entre otros, son los de mayor prevalencia actualmente en la urgencia. Otros también forman parte preponderante, tales como las violencias y la crisis de angustia. Asimismo, hay un elevado número de personas que concurren a la guardia en búsqueda de medicación frente a la imposibilidad o dificultad de acceder a tratamientos ambulatorios- motivado por dispositivos colapsados-, así como personas en situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas, las cuales no se ven alojadas por las instituciones y migran de hospital en hospital en búsqueda de respuesta.



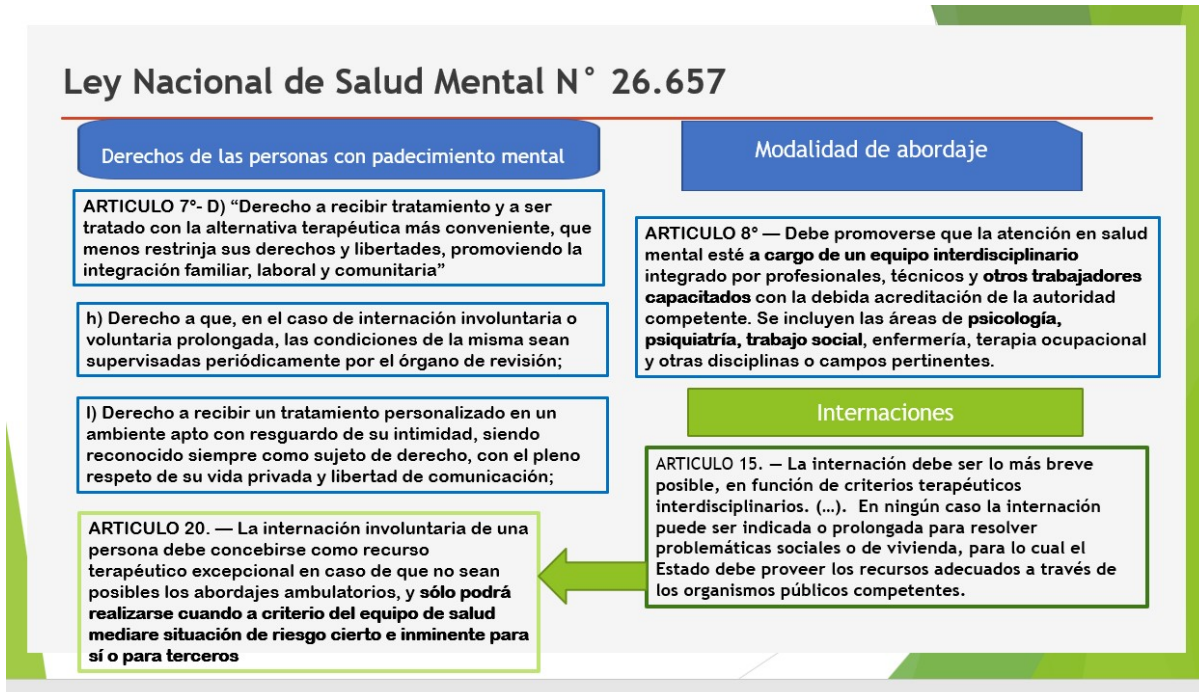
Una problemática actual: La permanencia prolongada de personas con padecimiento mental en la guardia de un Hospital General de Agudos.



¿Ustedes se preguntarán cuál es puntualmente el recorte que principalmente quiero visibilizar en esta presentación?

Se trata del tiempo y la gran cantidad de pacientes que permanecen con criterio de internación por salud mental en una guardia de un hospital general, en el que se verían vulnerados derechos contemplados por la Ley 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, así como otros marcos legales vigentes e indicaciones que proponen los protocolos de atención en la urgencia.

Tal como lo indica la Ley Nacional de Salud Mental, "la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros" (Art.20, Ley 26.657).



Claramente esto se cumple a rajatabla, ya que frente a una evaluación donde medie una situación que implique riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros, indicamos dicha internación, a pesar de que siempre se cumplen las pautas sanitarias esperables para una internación por salud mental.

Con esto nos referimos a pacientes que, por imposibilidad de acceder a una cama de internación en un efector frente a la falta de recursos institucionales, permanecen por periodos prolongados en la guardia sin las condiciones sanitarias necesarias para su tratamiento.

Nos encontramos con que al desvalimiento que trae aparejada la propia historia del paciente, se suma el desvalimiento que generan las instituciones.

¿A qué desvalimiento nos estamos refiriendo? Podemos plantear diversos aspectos en los que una internación prolongada en una guardia de un hospital general puede generar.

Hablamos de pacientes que permanecen por periodos de un mes o más en los que no reciben la atención integral que requeriría una internación por salud mental: Equipos interdisciplinarios intervinientes diferentes cada día, ausencia de determinadas actividades terapéuticas que deberían contemplarse para su atención, ausencia de un espacio de privacidad del paciente que comparte

habitación o box con otros, así como cuando el hospital se transforma en un “hogar de acogida” entre otros.

El Artículo 7, inciso I) (Ley 26.657), habla del *“Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación”*

¿Se cumplen estos derechos ante dichas situaciones? Sin duda que podemos afirmar que no.

Asimismo, es dable citar el Artículo 15, el que propone que *“La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. (...). En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.”*

Justamente podemos dar cuenta de diversos casos, entre los que la guardia resulta cubrir el rol de un “hogar de acogida”. Dichos casos presentan durante ese transcurso características de familiaridad que se da entre los pacientes y por ejemplo el personal de consigna policial, como con los equipos profesionales. Si bien esto suele contener emocionalmente a esos pacientes, las instituciones estarían fallando en la oferta de dispositivos y “recursos adecuados” tal lo presenta la Ley.

Tengamos en cuenta que, en la actualidad de esta guardia, alrededor del 50 a 60% de las camas están siendo ocupadas por pacientes con problemáticas de salud mental, algunos a la espera de derivación, y otros a la espera de dispositivos que nunca llegan ni logran cumplir con las necesidades terapéuticas de algunos pacientes. Del mismo modo, algunas obras sociales, al estar el paciente “bajo techo hospitalario”, se despreocupan de cumplir con sus compromisos sanitarios.

No pocas veces pacientes internados por causas clínicas, comparten espacios con pacientes con problemáticas por salud mental, situaciones que generan diversos estímulos nocivos que afectan aún más al cuadro, así como que exponen su salud física por diversas patologías.

El malestar en los equipos multidisciplinarios

Al no ser una institución monovalente de salud mental, nos encontramos con equipos ampliados que no están preparados para el abordaje de estas problemáticas, lo que trae aparejado gran malestar en el equipo médico, así como en el equipo interdisciplinario, donde se visibiliza en no pocos casos el rechazo de los “locos de la guardia “. Y ni que hablar de las poblaciones trans ante la ausencia del respeto por su identidad de género. Frases ante un varón transgénero, como: *“es una mujer, se quiere parecer un varón, pero es una mujer. ¡¡Que se deje de joder!!”* son algunas de las tantas escuchadas en dicho ámbito. Favorablemente no todos los profesionales asumen esta postura, pero la falta de sensibilización se hace notar.

La intervención de profesionales médicos, es necesaria en la mayoría de los casos, dado que deben hacerse diagnósticos diferenciales como parte del abordaje del paciente: Intentos de suicidio, intoxicaciones, crisis de ansiedad o síndromes confusionales entre otros cuadros que requieren de dicha intervención.

Según el Art. 8° de la citada Ley, refiere que *“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.”*

La promoción de la atención en Salud Mental de guardia a cargo de *“un equipo interdisciplinario capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”*, se cumple, tratándose en este caso de un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social. Ahora bien, ¿Ustedes consideran que el equipo de enfermería interviniente ha sido capacitado y sensibilizado debidamente para acompañar y atender a un paciente en situación de vulnerabilidad por su salud mental en la guardia de un hospital general?

No, en absoluto y en el mejor de los casos esto depende de la empatía y humanidad de dichos profesionales. Tampoco podemos responsabilizar, ni hacer crítica de esto, ya que se les pide más de

lo que han sido preparados en su función y de lo que han elegido para su práctica. Pero también ocurren situaciones donde esa falta de sensibilización y trabajo con estos equipos, lleva a reacciones violentas o de malos tratos hacia el “loco”.

¿Acaso esto no es desvalimiento? ¿Acaso esto no es vulneración de derechos?

Tres casos emblemáticos de la guardia

Casos clínicos de prolongada permanencia y retorno a la guardia

<p>Caso B: 20 años DX: Déficit cognitivo y trastorno psiquiátrico Abandono infantil /Separación de sus hermanos/Múltiples intentos de adopción sin éxito/ autolesiones/ situación de calle/ingreso a dos hogares/consumo problemático de sustancias(Estupefacientes, sustancias y alcohol)</p>	<p>Ingres a la guardia a los 15 años al hospital, retornado por diversos motivos clínicos y sociales, permaneciendo en la guardia por largos periodos. (Suspendido solo en Pandemia)</p>
<p>Caso M : 29 años DX: TLP/Epilepsia/TEPT ASI/flashbacks y reexperimentación de situaciones traumáticas vividas/Violencia de genero (Física-sexual-psicológica). Situaciones de desvinculación de sus 2 hijos- Consumo problemático de sustancias desde los 14 (6 años sin consumo)-Múltiples intentos suicidas- Crisis de Excitación psicomotriz-Internacion por SM previa.</p>	<p>Ingres a la guardia reiteradas veces ultimo ingreso por intento autolítico 03/23 permanece en la guardia hasta abril 23. Se instaura tratamiento por SM. Niegan vacante en Hogar para su egreso. Egres a con su pareja actual. Ingres a guardia en corto lapso por Intento Autolítico.</p>
<p>Caso G:37 años DX: Epilepsia/Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas Situación de calle y delictiva/Descompensación psicótica en contexto de consumo/afecciones físicas producto del consumo problemático.</p>	<p>Ingres a la guardia para evaluación interdisciplinaria. Ingresos con politraumatismos por consumos en situación de calle. En guardia 05/22 06/22-01/23 a 04/23 con pedido de derivación a Inst. especializada en consumo sin respuesta. Crisis con Excitación psicomotriz en guardia por conflicto con su madre. Angustia por episodios con otros pacientes internados.</p>

Voy a recorrer rápidamente tres casos emblemáticos de la guardia en los que la intención no es hacer un desarrollo clínico de los mismos, sino mostrar el múltiple desvalimiento al que han estado expuestos y dar cuenta del lugar de sus Derechos en Salud.

Ni que hablar del propio desvalimiento de los equipos interdisciplinarios de salud, los que nos hemos visto superados por el elevado requerimiento de intervenciones contando con los mismos recursos para la atención.

Caso B: 20 años, una mujer, con déficit cognitivo y trastorno psiquiátrico. Ingresó por primera vez a los 15 años de edad, y con ingresos y egresos hoy tiene 20 años. Ella ha vivido en situación de calle, ha sido abandonada por sus padres, ha intentado ser adoptada, pero lo ha rechazado y en el hospital las consignas policiales, se han transformado en sus “madrinas”.

Tiene historia de consumo de sustancias psicoactivas, autolesiones. Situaciones en las que se la ha encontrado queriendo cortarse con un cuchillo de plástico en el baño.

Posterior a esa escena, al preguntarle a B que cuente qué le sucedía y escucharla, dice: “no doy más, yo no sirvo para nada no encajo en ningún lugar, no sirvo para nada, soy una psiquiátrica”, momento de elevada angustia y un llanto desbordado.

Caso M: 29 años, ella tiene epilepsia desde niña. Ha sido diagnosticada con trastorno límite de la personalidad “la loquita de la guardia, la kilombero”. Mas amorosamente podríamos poner foco en aspectos compatibles con un trastorno por estrés postraumático; abuso sexual infantil por su padre, actualmente con flashbacks y alucinaciones cenestésicas, con reexperimentación de situaciones traumáticas vividas en el cuerpo; violencia de género, física, sexual, psicológica; situación de desvinculación momentánea de sus dos hijos, consumo de sustancias desde los 14; múltiples intentos suicidas; crisis de excitación psicomotriz en la guardia a reiteración; e internación por Salud Mental previa. Ha ingresado a distintas guardias del Gobierno de la Ciudad, ha estado ingresando y ha salido de nuestras guardias.

¿Podemos decir que ha sido cuidada y realmente alojada en una institución acorde a su múltiple desvalimiento?

Si bien tiene un seguimiento por Salud Mental desde el equipo de Violencia de género, durante los fines de semana no dispone de un dispositivo de contención, y más aun cuando por algún motivo institucional queda sin consigna policial para su cuidado, entra en crisis de angustia frente al temor de no tener quien contenga sus ideas autolesivas.

Aquí se hace necesario resumir situaciones diversas en nuestro trabajo para también mostrar nuestras propias limitaciones en el seguimiento de estos pacientes : seguimiento de pacientes internados a la espera de derivación , intervención en situaciones de crisis o demandas espontánea de los mismos, su seguimiento psicofarmacológico y las entrevistas con sus redes socioafectivas; pacientes recibidos por demanda espontánea, reitero de pedidos de cama diarios para ser derivados, respuesta a pedidos de evaluación interdisciplinaria de salud mental desde ámbitos de justicia y generación de informes, abordaje de pacientes traídos desde su domicilio o la vía pública descompensados o en situación de riesgo, interconsultas de pacientes internados por motivos clínicos en crisis por salud mental , sin dejar de tomar en consideración el abordaje de NNA que se ven más reflejados en los días hábiles, ya que son traídos desde las escuelas. Todos abordajes complejos que muchas veces no dejan lugar ni tiempo al seguimiento sanitario necesario para cada paciente.

Una internación en la guardia si bien es un proceso momentáneo a la espera de una solución acorde a la necesidad del paciente, no son pocos los casos que van compensando su cuadro durante este proceso.

Surge una reflexión que quiero exponer rápidamente: La guardia tiene todos los días un equipo profesional distinto; todos los días un criterio de evaluación distinto; todos los días al paciente le pasan cosas distintas. ¿Hay alguien que longitudinalmente se ocupe del paciente? ¿Hay alguien que se ocupe de una Terapia Ocupacional? ¿Hay alguien que realmente se ocupe de abordar de una manera continua lo que le sucede al paciente dentro de esta internación? Excepto algunas intervenciones individuales, es la excepción y no la regla. Los tiempos y las exigencias, no juegan a favor.

Caso V: 37 años, varón. En situación de calle, con procesos delictivos. Ha estado en la guardia por ingresos clínicos o para evaluaciones de “peligrosidad para si o terceros” a pesar que nuestra evaluación es de “Situación de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros”. ¿Peligrosos? Si, aun los pedidos de evaluación siguen reflejando ese concepto. Una de las ultimas veces que lo vi, llorando me dijo: “prefiero estar la calle o prefiero estar en un calabozo. Porque tener el policía mirándome y que no me deje ni siquiera salir a fumar, esto no es vida”. (SIC). Estas son algunas y escuetas experiencias de la problemática que aquí presento.

Los múltiples entrecruzamientos del desvalimiento



Por último, con esta Slide, quiero mostrar en este “pivote”, los múltiples aspectos que “sostienen” los pacientes en la guardia cuando se encuentran atravesando una internación por largos periodos, y todas las situaciones que viven a diario.

El agotamiento físico y psíquico debido a los períodos prolongados dentro de un lugar donde permanentemente sienten y reciben estímulos: el cadáver que pasa tapado; la persona que está en un deterioro de final de vida; la elevada exposición a patologías contagiosas; la falta de tratamientos y dispositivos terapéuticos longitudinales acordes a un periodo prolongado de internación; la falta de preparación en el acompañamiento policial; tratos inadecuados de otras especialidades; la falta de vínculos afectivos y familiares, tal es la situación de los casos referidos.

Todo esto nos lleva a pensar que los desvalimientos en una guardia de Salud Mental de un Hospital general, serían múltiplemente dimensionados y se retroalimentarían en forma permanente. Diversas preguntas se abren ante lo aquí expresado: ¿De qué modo impacta el desvalimiento del paciente en el equipo profesional? ¿Se ocupa alguien del impacto emocional en los equipos que atienden urgencia? ¿Cómo conciliar lo legal y lo legítimo en la atención de las personas con padecimientos psíquicos? Y por último, ¿las organizaciones y las instituciones de Salud, acaso no reproducen y aportan al desvalimiento y la vulneración al derecho de la Salud de los pa(de)cientes? La respuesta queda en cada uno de Uds.



Algunas reflexiones finales

Esta presentación nos lleva a repensarnos en el abordaje de nuestra práctica, en el que múltiples fallas e ineficaces atravesamientos organizacionales e institucionales, nos dejan inermes llevándonos al agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución en el desempeño personal y laboral. Paradójicamente advertidos de los cambios sociales, económicos y políticos que se vienen produciendo en las organizaciones de un tiempo a esta parte, nos requiere para pensar en el sufrimiento psíquico, poder ubicar las características generales que asumen las organizaciones en la actualidad, sobre todo en los ámbitos sanitarios. Al decir de Kaës (2004), toda institución es una organización compleja en la que intervienen diversos órdenes de realidad, entre los cuales se encuentra la realidad psíquica. De modo que, así como existe una realidad psíquica, existe una fuente de placer y de sufrimiento para los miembros que están ligados a las dimensiones organizacionales de la institución. El placer estará ligado a la posibilidad de cumplimiento de la tarea primaria y el sufrimiento al incumplimiento del encuadre o al no reconocimiento de la capacidad de

los sujetos, entre otras cosas. Nuestra práctica está atravesada por múltiples fallas para cumplir nuestra tarea primaria, y por sobre todo teniendo en consideración que existe en la institución una relación recíproca y necesaria entre ambos. Reforzar el cuidado de los equipos de salud, es un gran desafío de la institución hospitalaria. Como habitualmente digo: “No podemos cuidar a otro si primero no nos sentimos cuidados”. Gracias!

Bibliografía

Bentolila Silvia y Equipo (2020) “Las emergencias y desastres desde la perspectiva de la salud mental: impacto psicosocial en las poblaciones afectadas” ISALUD.

Kaës, R. (1989): “Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones”, en Kaës et al. (comps.) La Institución y las Instituciones. Buenos Aires: Paidós.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 /2010. Promulgada 2013

Ministerio de Salud Argentina (2018) “Crisis y Urgencias en Salud Mental” Módulo 4 Curso: Salud Mental en el Primer Nivel de Atención: uso apropiado de psicofármacos.