

Emergencias y Urgencias en psiquiatría y salud mental

Abordaje multidisciplinario

Autores pertenecientes al

Servicio de Urgencias del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear

Acebedo, M - Acevedo, L - Alvarez Dengra, A - Alvarez, S - Aruj, L - Barreto, S
Batsios, R - Bea, G - Benavidez Rodriguez, D - Bendersky, T - Bermudez, R
Butkus, W - Califano, F - Campeni, G - Canci, G - Castro, A - Ciencia, C - Ciruzzi, F
Cohen Duek, M - Colombo, P - Fernandez Carloni, D - Fernandez, D - Feu, F
Fuks, L - Fullone, L - Galarregui, M - Gimenez, P - Gomez, G - Keimel, L - Lanza, J
Leidi Terren, E - Leikis, C - Lezcano, K - Lopez, B - Manzi, M - Martinez
Didolich, L - Mazzoglio Y Nabar, M - Mosca, Daniel - Mucciacciaro, J - Nieva, Z
Nobile, D - Olivera, L - Orsini, P - Pace, F - Pellacani, A - Perez De Vargas, S
Renessi, G - Rosenzvaig, N - Silva, J - Sörenson, I - Sposito, K - Surt, L - Vidales
Rachini, J - Villagra, M - Worff, I - Yeme, F

**Emergencias y Urgencias
en Psiquiatría y Salud Mental
Abordaje multidisciplinar**

Compilador

Mazzoglio y Nabar, Martín J. Médico Especialista en Psiquiatría, en Neuropsiquiatría y en Medicina Legal. Magister en Neurociencia, en Neuropsicofarmacología y en Docencia Universitaria. Profesor Regular Adjunto, Facultad de Medicina UBA. Jefe Servicio de Urgencias, Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear", GCABA.

Autores Coordinadores

Álvarez, Sandra Celina - médica psiquiatra titular de guardia del Hospital de Emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear

Batsios, María Raquel. Médica Especialista en Psiquiatría. Magíster en Psiconeurofarmacología. Docente Autorizado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Jefa a cargo Sección Guardia de Día (sábado), Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear.

Califano, María Florencia. Lic. En Psicología. Profesora en Psicología de Enseñanza media y Superior. Especialista en Psicología Clínica de Adultos según Resolución MS N° 2282/2022. Titular de Unidad de Urgencia - Servicio de guardia 2015 a la fecha.florcalifan@gmail.com

Camperi, Gustavo. Psiquiatra titular de guardia HEPTA. Médico psiquiatra del Ministerio Público de la Defensa de CABA. Médico Especialista en Medicina Legal. Presidente del Capítulo de Docencia e Investigación de APSA.

Castro, Andrea Graciela. Licenciada en Enfermería (UMAI). Enfermera Jefe del Servicio de Guardia, HEPTA

Feu, Fabiana. Médica Especialista en Psiquiatría. Titular de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear". Especialista en Medicina Laboral. fabiana.fe@gmail.com

Lanza, Juliana. Licenciada en Psicología. Estrés Traumático y Ansiedad, HEPTA. Equipo Factores Humanos SAME.

Manzi, Mónica Noemí. Farmacéutica (UBA). Especialista en Farmacia Hospitalaria, en Esterilización (UBA) y en Farmacia y Bioquímica Legal. Auxiliar de Justicia. Licenciada en Higiene y Seguridad laboral (UM). Diplomada en Docencia. Diplomatura Universitaria en Evaluación de calidad de las Organizaciones de salud (ITAES UCASAL). Jefa de Unidad Farmacia, HEPTA. Farmacéutica Hospitalaria, Hospital Nacional A Posadas

Martínez Didolich, Laura Cecilia. Médica Especialista en Psiquiatría (UBA). Especialista en Drogodependencias (UNT). Jefa de Guardia Día, HEPTA. Psiquiatra de guardia en Hospital Nacional en red Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte.

Mucciacciaro, José D.Médico UBA. Especialista en Psiquiatría, Medicina Legal y Medicina del Trabajo. Ex residente e instructor de residentes Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Médico de planta y co-coordinador de la Sala de Internación de Guardia Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Docente adscripto UBA.

Orsini Patricio. Médico especialista en Psiquiatría. Médico titular de guardia del HEPTA.CABA

Pellacani, Alicia T Lic. en Psicología. Psicóloga clínica. Ex coordinadora local de residencias y concurrencias del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Ex coordinadora y psicóloga de planta de la Sala de Internación de Guardia Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Docente de la Universidad Católica Argentina.

Renessi, Gilda. Trabajadora Social (UBA). Diplomada en Bioética (FLACSO). Residencia de Servicio Social HEPTA. Trabajadora social de Guardia HEPTA. Integrante del equipo de la Red Integral de Derivaciones de la DGSAM. Referente de rotación de residentes en HEPTA.

Spósito, María Karina: Médica (U.B.A). Especialista en Medicina Interna. Especialista en Nutrición y Diabetes.Médica clínica del Servicio de Guardia HEPTA.

Autores

- Acebedo, Marcela. Trabajadora Social (UNLAM). Diplomada en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Residencia de Servicio Social HEPTA. Integrante del equipo Asic de Asistencia a personas en situación de calle de la DGSAM.. Trabajadora Social de Guardia HEPTA.
- Acevedo Liliana. Médica especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Médica titular de guardia del HEPTA. CABA
- Álvarez Dengra, Agustín: Médico UBA. Especialista en Psiquiatría. Diplomado en Neuropsiquiatría. Ex residente y jefe de residentes del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Psiquiatra de planta en la Sala de Internación de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato De Alvear.
- Aruj, Luciana. Lic. En Psicología. Especialista en Psicología Clínica de Adultos según Resolución MS N° 2282/2022. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica (Facultad de Psicología UBA). Psicóloga Hospitalaria Adjunta Servicio Urgencias Hospital Nacional Dr. Prof. A. Posadas. Psicóloga Suplente, Servicio de Urgencia, HEPTA
- Barreto, Sabrina Natalia. Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Docente universitaria (Universidad Floreal Fefara). Referente de Atención Primaria de la Salud (Municipio de Morón). Farmacéutica Suplente de guardia HEPTA.
- Bea, Gonzalo Nicolás. Médico Especialista en Psiquiatría y Adicciones. Medicina familiar y ambulatoria. Médico del Servicio de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear.
- Benavidez Rodríguez, Daniela Cristina. Psiquiatra infanto juvenil. Médica legista (ISalud). Psiquiatra titular de guardia HEPTA.
- Bendersky, Tatiana - médica psiquiatra titular de guardia y ex residente del Hospital de Emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear, interconsultora en Red Psiqué
- Bermúdez, Romina Elizabeth: Lic. en Trabajo Social UBA. Ex residente del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Trabajadora Social de planta de la Sala de Internación de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato De Alvear.
- Butkus Walter Fabián Miguel. Farmacéutico (UBA). Especialista en Farmacia industrial con orientación en Productos Médicos (UK - SABYBI). Certificación profesional en Farmacia Industrial con orientación en Productos Médicos (SABYBI). Farmacéutico titular de Guardia, HEPTA.
- Canci Gustavo. Farmacéutico Especialista (UBA). Posgrado en Gestión y Administración de Salud Nivel I y II (Fed. Prof. Gob. CABA). Programa de especialización en dirección de Operaciones (SAFYBI). Químico Cosmético (AAQC). Farmacéutico titular de Guardia, HEPTA.
- Ciencia Christian. Farmacéutico (UBA). Especialista en Farmacia Hospitalaria, en Esterilización y Dispositivos Biomédicos, en Industria y en Productos Cosméticos. Magister en Salud Pública. Licenciado en Alimentos. Profesor de Enseñanza en Química. Farmacéutico titular de Guardia, HEPTA.
- Ciruzzi, Florencia Maia: Médica UBA. Especialista en Psiquiatría. Ex residente y jefa de residentes del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Psiquiatra de planta de la Sala de Internación de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.
- Cohen Duek, Melisa: Médica, UBA. Especialista en Psiquiatría. Ex residente Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Formación de posgrado en Psicoterapias Cognitivas y DBT. Formación de posgrado en Sexología Clínica. Medica de planta de la Sala de Internación de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.
- Colombo, Pía Valentina. Lic. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica de Adultos según Resolución MS N° 2282/2022. Psicóloga de planta - Servicio de Hospital de día 2023 hasta la fecha. Lic.piacolombo@gmail.com

Fernández Carloni, Daniela Elizabeth: Lic. Prof. en Psicología UBA. Especialista en Psicología Clínica. Ex residente del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Ex jefa de residentes en PRIM Moreno. Psicóloga de planta de la Sala de Internación de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

Fernández, Daniela. Médica Especialista en Psiquiatría. Médica Titular Guardia Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear.

Fullone, Laura. Trabajadora Social (UBA). Residencia de Servicio Social en HEPTA. Trabajadora social de guardia en HEPTA. Referente de centro de prácticas de estudiantes de la carrera de Trabajo Social de la UBA. Referente de rotación de residentes de Servicio Social en HEPTA.

Fuks, Liliana. Médica Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra titular de Guardia Servicio de Urgencias, HEPTA

Galarregui, Marina Soledad: Dra. Prof. en Psicología UBA. Ex becaria doctoral del CONICET. Ex concurrente y coordinadora local de concurrencias del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Terapeuta Cognitivo Conductual certificada por la AATC. Psicóloga de planta y co-coordinadora de la Sala de Internación de Guardia Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Investigadora y docente UBA.

Giménez Paula Alejandra. Farmacéutica (UBA). Residencia en Farmacia Clínica, Hospital Eva Perón (ex Castex). Especialista en Farmacia Clínica. Farmacéutica titular de Guardia, HEPTA.

Gómez Gerardo Gustavo. Farmacéutico (UBA). Farmacéutico titular de Guardia, HEPTA.

Keimel, Lucia. Trabajadora Social (UBA). Diplomada en Abordajes Socio Comunitarios de los Consumos Problemáticos (Sedronar). Residencia de Servicio Social HEPTA. Referente de rotación de residentes en HEPTA. Trabajadora Social de Guardia HEPTA.

Leidi Terren, Emmanuel Licenciado en Psicología, Universidad Maimónides, Especialista en Psicología Clínica de Adultos según Resolución MS N° 2282/2022, Suplente de Unidad de Urgencia. Emmanuel.leidi@gmail.com

Leikis, Clara. Médica especialista en psiquiatría. Médica titular de guardia del HEPTA. CABA.

Lezcano, Karina Faviana. Licenciada en Química Farmacéutica. Auxiliar Técnica en Bromatología. Técnica en Bromatología. Diplomada en Salud Pública. Especialidad en Farmacia y Bioquímica Legal. Auxiliar de Justicia. Farmacéutica titular de Guardia, HEPTA.

López, Blanca Graciela: Médica UBA. Especialista en Medicina Interna. Especialista Universitaria en Auditoría Médica. Jefa de Unidad Arancelamiento, HEPTA. Coordinadora de Clínica Médica, HEPTA.

Mosca, Daniel. Médico Psiquiatra. Coord. Estrés Traumático y Ansiedad, HEPTA. Coord. Equipo Factores Humanos SAME.

Nieva, Zaira Gabriela. Licenciada en Enfermería. Enfermera del Servicio de Guardia, HEPTA.

Nobile Diego. Farmacéutico. Farmacéutico Hospitalario y Laboratorista. Farmacéutico titular de Guardia, HEPTA.

Olivera, Claudia Lorena. Licenciada en Enfermería (UMAI sede UAP José C. Paz). Enfermera del Servicio de Guardia, HEPTA.

Pace, Federico. Médico UBA, Especialista en Psiquiatría Infantojuvenil. Titular de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear". Miembro de la Comisión Directiva del Capítulo de Psiquiatría Infantojuvenil de APSA. CABA, Argentina. drfedericopace.arg@gmail.com

Pérez de Vargas, María Sol - médica psiquiatra titular de guardia del Hospital de Emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear, ex residente del Hospital Argerich, magister en psiconeurofarmacología Universidad de Favaloro

Rosenzvaig, Nadia: Lic. en Psicología UBA. Especialista en Psicología Clínica. Ex residente del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Psicóloga de planta de la Sala de Internación de Guardia del Hospital de Emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear.

Silva, Julieta. Trabajadora Social (UBA). Diplomada en el abordaje social en el campo socio- jurídico de la salud mental (AASM). Diplomada en Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos (SEDRONAR y UBA). Trabajadora Social de Guardia HEPTA. Referente de estudiantes TS-UBA

Surt, Lorena. Médica Especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal. Psiquiatra titular de Guardia Servicio de Urgencias, HEPTA

Sörenson, Ingrid: Médica Especialista en Clínica del Servicio de Guardia HEPTA. Especialista Psiquiatría y en Terapia intensiva.

Vidales Rachini, Jazmin Felicia. Médica Especialista en Psiquiatría. Titular de Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear". Psiquiatra del Servicio Penitenciario Federal. jazminvidalesrachini@gmail.com

Villagra, Mariana. Médica Psiquiatra. Psiquiatra titular de guardia HEPTA.

Worff. Iris. Lic. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica de Adultos según Resolución MS N° 2282/2022. Suplente de Unidad Urgencias - Servicio de Guardia. Lic.iris.worff@gmail.com

Yeme Francisco Bautista Médico especialista en Psiquiatría. Médico titular de guardia del HEPTA.CABA

Índice

Prefacio	00
Prólogos	
<i>Prof. Dr. Luis I. Brusco</i>	00
<i>Prof. Dr. Sergio Giordano</i>	00
Caso #1 “El abordaje prehospitario de la agitación psicomotriz”	00
<i>L Acevedo, C Leikis, P Orsini, FB Yeme</i>	
Caso #2 “Abordaje psicoterapéutico del ataque de pánico en la urgencia”	00
<i>L Aruj, MF Califano, PV Colombo, E Leidi Terren, I Worff</i>	
Caso #3 “Carol”	00
<i>G Campeni, L, Fuks, L Surt</i>	
Caso #4 “Abordaje interdisciplinario de un caso de Guardia de Salud Mental: rol del farmacéutico en las decisiones clínicas”	
<i>WFM Butkus, G Canci, C Ciencia, GG Gómez, PA Giménez, KF Lezcano, MN Manzi, D Nobile,</i>	
Caso #5 “Catatonía aguda de inicio súbito”	
<i>F Feu, F Pace, JF Vidales Rachini</i>	
Caso #6 “Trabajo social en la urgencia”	
<i>M Acebedo, L Fullone, L Keimel, G Renessi, J Silva</i>	
Caso #7 “Paciente -¿psiquiátrico? - agresivo”	
<i>SN Barreto, DC Benavidez Rodríguez, G Campeni, D Fernández, LC Martínez Didolich, M Villagra</i>	
Caso #8 “Lina”	
<i>J Lanza, D Mosca</i>	
Caso #9 “Un caso de catatonía”	
<i>SC Álvarez, T Bendersky, MS Pérez de Vargas</i>	
Caso #10 “Síntomas psicóticos debidos a meningoencefalitis por virus de Epstein-Barr en persona viviendo con VIH”	
<i>B López, I Sörenson, K Spósito</i>	
Capítulo #11 “La atención prehospitalaria en salud mental: reporte de caso”	
<i>MR Batsios, GN Bea, D Fernández</i>	
Capítulo #12 “Talleres psico-socio-educativos en Guardia de Salud Mental: rol de enfermería en la interdisciplina de la urgencia”	
<i>A Castro, ZG Nieva, CL Olivera</i>	
Capítulo #13 “Agitación vs violencia en la Guardia de Salud Mental”	
<i>LC Martínez Didolich</i>	
Capítulo #14 “Controversias respecto al control de las medidas de seguridad y las incumbencias del equipo de salud. A propósito de un caso”	
<i>A Álvarez Dengra, R Bermúdez, F Ciruzzi, M Cohen Duek, D Fernández Carlóni, M Galarregui, J Mucciacciaro, A Pellacani, N Rosenzvaig</i>	

Prefacio

El propósito, en tanto idea motivadora, con el que concebimos este libro de *“Emergencias y Urgencias en Psiquiatría y salud mental. Abordaje multidisciplinario”* fue difundir el abordaje multidisciplinario de patologías de salud mental en un contexto de emergencias o urgencias dentro de un hospital público especializado de la Ciudad de Buenos Aires.

El presente libro no pretende ser un tratado de emergencias ni un libro como los clásicos de la temática de los cuales hemos aprendido en la formación de grado, sino un libro práctico, operativo y ágil para poder vislumbrar cada caso con la singularidad que tiene y el abordaje específico desde una profesión que compone la salud mental. Asimismo, proporcionar herramientas teóricas y actualizadas para los profesionales que integran el Equipo Interdisciplinario de esta área de la salud, con tanto impacto en la Salud Pública.

Además, otro objetivo fue que los lectores tanto de grado como de posgrado tengan un acercamiento práctico y académico donde se puedan vislumbrar las infinitas aristas y múltiples atravesamientos que presentan los casos de personas con patología mental. Secundariamente, que sirva para fomentar la discusión crítica entre los distintos saberes con el fin de reflexionar y repensar sobre nuevos contextos de posibilidades terapéuticos o de mejoras de las ya existentes siempre que sean centradas en la persona, en su dignidad y los derechos humanos que muchas veces son vulnerados en esta población.

Los cambios sociales y legales que inciden en la terapéutica de personas con patología mental determinan la necesidad de modificar el enfoque de nuestras prácticas en esta área de la salud humana, en tanto la persona humana en sentido antropológico es un sujeto biopsicosocial y con derechos inalienables. La Ley Nacional de Salud Mental 26657/10 marcó un punto de inflexión en la práctica clínica de la Salud Mental y el advenimiento (o concreción) de un paradigma de tratamiento basado en derechos y respeto a las capacidades.

El libro presenta un enfoque pedagógico basado en casos clínicos como disparadores de un entramado de preguntas y dudas que son desarrolladas en la discusión del mismo. Consideramos que sin conocimiento teórico que fundamente la práctica, y sin capacitación continua y permanente, el trabajo interdisciplinario se diluye en intentos fallidos. Cada profesión del equipo interdisciplinario de Salud Mental de urgencias o emergencias (médicos psiquiatras, licenciados en psicología, licenciados en trabajo social, médicos clínicos, enfermeros, farmacéuticos) analizará y aportará desde su saber una forma de interpretar el cuadro y su abordaje centrado en la persona.

Esperamos que esta primer obra de nuestro equipo de urgencias aporte información útil, actualizada y complementaria a los distintos receptores y, de esta forma, brindar herramientas para materializar la interdisciplina en la práctica clínica de urgencias, con el único objetivo de alcanzar la mejor y más completa terapéutica para nuestros pacientes con patología mental.

Los autores

Prólogo

La práctica diaria es un elemento fundamental en el crecimiento y desarrollo profesional, especialmente en grupos de trabajo de guardia donde la emergencia y la inmediatez son la norma. Elevar la guardia y no bajarla es crucial para que surja la conceptualización de la tarea y se logre un desempeño óptimo.

En este sentido, escribir sobre nuestra práctica diaria es un movimiento cualitativo que nos permite reflexionar sobre nuestras acciones, identificar áreas de mejora y construir consensos y disensos. Un libro o un espacio de escritura se convierte en un lugar para compartir experiencias, conocimientos y perspectivas, lo que nos permite crecer en nuestra clínica y responsabilidad vocacional.

Al escribir sobre nuestra práctica diaria, podemos:

- Reflexionar sobre nuestras acciones y decisiones
- Identificar patrones y áreas de mejora
- Compartir conocimientos y experiencias con otros
- Construir consensos y disensos para mejorar nuestra práctica
- Crear un espacio para el crecimiento y desarrollo profesional

En resumen, escribir sobre nuestra práctica diaria es una herramienta poderosa para mejorar nuestra clínica y responsabilidad vocacional, especialmente en grupos de trabajo de guardia donde la emergencia y la inmediatez son la norma.

Prof. Dr. Sergio L. Giordano
Director del Hospital de Emergencias Psiquiátricas
"Torcuato de Alvear"
Profesor del Departamento de Psiquiatría
y Salud Mental, Facultad de Medicina UBA

Caso #1

“El Abordaje Prehospitalario de la Agitación Psicomotriz”

Acevedo, Liliana - Leikis, Clara - Orsini, Patricio - Yeme, Francisco

A. Descripción del caso

El presente caso se trata de un auxilio solicitado por el SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencia) para la asistencia en el domicilio de un paciente varón de 33 años, quien se encontraba encerrado con un cuadro de excitación psicomotriz y se negaba a recibir ayuda.

Al llegar al lugar con nuestra ambulancia especializada para pacientes con patología psiquiátrica, comprobamos la presencia policial. Su madre, también presente, nos informa que el paciente amenaza con un arma blanca con lastimarse o lastimar a quien se acerque. La madre refiere que el paciente tiene Certificado Único de Discapacidad (CUD) con diagnóstico de esquizofrenia desde los 14 años.

Al intentar hacer contacto verbal con el paciente, recibimos insultos, amenazas y rechazo de toda intervención médica, amenazando con suicidarse si persistimos.

Dada la imperiosa situación, se autoriza el ingreso de la fuerza pública y se encuentra al paciente amenazante con un elemento cortopunzante sin deponer su actitud. El paciente impresiona interceptado, alucinado y con defensas paranoides.

La inminencia del riesgo precipita la indicación de contención física por parte de los efectivos policiales en presencia médica, logrando su desarme y sujeción. Se lo medica con Haloperidol 5 mg (1 ampolla) y Lorazepam 4 mg (1 ampolla) por vía intramuscular (IM).

Posteriormente e inmediatamente, se lo traslada en ambulancia psiquiátrica al hospital general más cercano con acompañamiento policial. Allí se practicarán los exámenes necesarios para descartar estados tóxicos y evaluar su estado de salud física y mental.

B. Descripción de la temática

El encuentro con la violencia es siempre traumático. Como médicos psiquiatras de un servicio de Emergencias Psiquiátricas que se lleva a cabo en ambulancias especializadas del SAME, ese encuentro es bastante habitual. Somos llamados a responder con pericia médica para solucionar desbordes emocionales profundos con auto y heteroagresiones, amenazas y/o riesgo de vida. Nos convocan los familiares, otros colegas no psiquiatras o las fuerzas de seguridad, esperando que como especialistas en Salud Mental demos una respuesta única, abarcativa y totalizadora a un hecho humano que desconoce todo límite, salvo el de la muerte misma.

Aprovechamos esta oportunidad para interrogarnos acerca de nuestra práctica y sus consecuencias, desde clínicas a médico-legales, en el marco de la actual Ley de Salud Mental.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Es de buena práctica medicar con neuropsicofármacos a un paciente fuera del ámbito hospitalario con un cuadro como el descrito?
- ¿Desconocer qué tóxicos habría ingerido y sus eventuales interacciones podría empeorar el cuadro?
- En caso afirmativo, ¿con qué psicofármacos correspondería actuar? ¿Son las benzodiazepinas suficientes para controlar estos cuadros?
- En el caso de indicar benzodiazepinas, ¿qué dosis deberían ser utilizadas y por qué vía?
- ¿Podría no trasladarse a ningún centro de salud a un paciente de estas características?
- Acerca de la contención física en casos de extrema urgencia, con riesgo cierto e inminente de daño a sí mismo o a terceros, ¿qué tipo de procedimiento debe utilizarse?

D. Definiciones

Interceptación: interrupción brusca del curso del pensamiento, generalmente motivada por la emergencia de una alucinación, que puede tornar el pensamiento incoherente o disgregado.

Alucinación: “percepción sin un objeto”, definida así por Esquirol en 1838. Es uno de los síntomas más importantes de los trastornos mentales principales.

Ideación delirante paranoide: creencia patológica, certeza incommovible que determina la conducta y no puede racionalizarse.

Riesgo inminente: aquel que es probable que se materialice en un futuro inmediato pudiendo suponer un daño grave para la salud.

E. Objetivos

Objetivos generales

- Promover y difundir las buenas prácticas psiquiátricas enmarcadas en la urgencia prehospitalaria.

Objetivos Específicos:

- Articular el abordaje teórico (clínico, psicofarmacológico y legal) con la práctica prehospitalaria en la urgencia psiquiátrica.
- Sistematizar la intervención médica en la urgencia psiquiátrica prehospitalaria.
- Verificar el cumplimiento de la Ley de Salud Mental en la urgencia psiquiátrica prehospitalaria.
- Difundir buenas prácticas psiquiátricas en contextos de urgencia prehospitalaria, enmarcadas en la seguridad del paciente.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

Riesgo: componentes y gestión

Hare (2001) definió el riesgo como “un peligro que puede acontecer con una cierta probabilidad en el futuro y del que no comprendemos totalmente sus causas o éstas no se pueden controlar de forma absoluta”. El riesgo debe entenderse como amenaza o peligro que no se comprende de manera completa y cuya aparición sólo puede pronosticarse con cierto grado de incertidumbre (Douglas et al., 2015). En la valoración del riesgo también debe precisarse su naturaleza y la probabilidad de que éste ocurra, así como la probable frecuencia o duración, la gravedad y consecuencias del mismo. Debe entenderse al riesgo como dinámico y contextual, esto es, puede variar según sean las circunstancias (Douglas et al., 2015), por lo que resulta pertinente reevaluar el riesgo con cierta periodicidad para registrar posibles cambios.

El concepto de riesgo, según la teoría del riesgo, tiene componentes que deben evaluarse al momento del examen psicopsiquiátrico. El riesgo cuantifica la posible realización de daños o capacidad de generarlos, así como la vulnerabilidad que un sujeto tiene frente al mismo. Si bien la valoración del riesgo es en un momento, en el aquí y ahora, se deben tomar valores previos, constitucionales y factores (modificables y no modificables) de una persona frente al mismo (Silva, 2017).

El riesgo es la combinación de la probabilidad que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, y está sujeto a dos variables: la condición riesgosa y la vulnerabilidad. Se define como “condición riesgosa” a una conducta, actividad humana o condición que puede generar una lesión, muerte o algún impacto negativo; por su parte, la vulnerabilidad depende de características subjetivas y las circunstancias que lo pueden hacer susceptible al daño, con lo cual está relacionado con la exposición al mismo, la susceptibilidad y de forma inversa con la resiliencia del sujeto. Todos los factores que construyen el riesgo deben ser evaluados y tenidos en cuenta, atento al contexto (pre o intrahospitalario), para llevar a cabo una conducta terapéutica.

Unido a la valoración, deben aplicarse medidas para su gestión. La gestión se refiere a las acciones que se llevan a cabo para controlar una situación, en este caso acciones orientadas a disminuir el riesgo, es decir, a contenerlo. Incluye todas las acciones encaminadas a reducir la probabilidad de que surja una violencia o atenuar el riesgo (2). Estas medidas de gestión pueden ser de 4 tipos: la vigilancia, la supervisión, el tratamiento y la planificación de la seguridad de la víctima.

En la práctica profesional es crucial identificar el riesgo que supone la conducta disruptiva de una persona, los factores que se relacionan con él en el plano causal y las intervenciones que deben llevarse a cabo para gestionarlo o reducirlo (Hart et al., 2015). Es un procedimiento técnico para calcular la probabilidad de la aparición de una conducta disruptiva, que debe tomar en cuenta condiciones pasadas, presentes y futuras, para ello es necesario seleccionar la información relevante y significativa para cada caso particular, con el objetivo de conocer las condiciones que pueden aumentar o reducir el riesgo de mantener esa alteración conductual.

En contexto prehospitalario, y atento a la descompensación de pacientes, el médico psiquiatra deberá evaluar todos los factores de forma dicotómica para establecer el riesgo y la gestión del mismo, a los fines de salvaguardar y resguardar al paciente y terceros desde una óptica de derechos y vulnerabilidades que tenga consonancia entre lo signosintomatológico y las medidas a implementar (psicofarmacológica, de restricción mecánica si fuese necesario y de derivación eficaz).

Abordaje psicofarmacológico de la urgencia psiquiátrica referido al caso

Enfrentados a la urgencia de una excitación psicomotriz en el domicilio o la vía pública, el primer intento será el del contacto y contención verbal del paciente. En caso de que resultaren efectivas, se procederá a su traslado a una institución hospitalaria para su mejor atención.

Si el paciente se negara a la atención y/o continuara su excitación, se procederá a intentar un abordaje farmacológico, primero por vía oral, generalmente rechazada por el paciente, o por vía intramuscular, de mayor utilidad.

Para el tratamiento farmacológico de la urgencia en este caso, se utiliza medicación por vía intramuscular. La

vía de administración se asocia con la necesidad de respuesta inminente para abordar este cuadro.

Los fármacos utilizados más frecuentemente en contexto de urgencias son:

Antipsicóticos: Haloperidol, Olanzapina

Ansiolíticos: Lorazepam, Diazepam

En el caso del Haloperidol, para pacientes mayores de 12 años se indica por vía IM 1 a 5 mg cada ½ a 1 hora hasta ceder la agitación (la ampolla es de 5 mg). No se recomienda para menores de 3 años, y en caso de niños entre 3 y 12 años se recomienda 0,01 a 0,03 mg/kg/día (máxima 0,15 mg/kg/día), como también se utilizan gotas VO de ser posible en función a la clínica del cuadro.

El Lorazepam está indicado en 1 ampolla de 4 mg/ml IM que puede repetirse cada 30 a 60 minutos hasta obtener la remisión del cuadro de agitación. La dosis máxima es de 10 a 15 mg en 24 horas, así como 2 a 4 mg en 1.5 horas. Tiene una excelente y rápida absorción por vía IM.

Se pueden combinar el Haloperidol y el Lorazepam IM, y de ser necesario, con aplicaciones cada 30 minutos hasta la remisión del cuadro.

Otra de las combinaciones es el Haloperidol con el Lorazepam y un antipsicótico sedativo. En este caso se deberá prestar especial cuidado a la hipotensión generada por el sedativo, así como a posibles trastornos de la conducción cardíaca en sujetos con consumo activo de cocaína.

El uso de antipsicóticos sedativos debe ser evaluado cautelosamente por riesgo de trastornos electrocardiográficos, como la prolongación de QT con riesgo de Síndrome de Torsión de Punta, con muerte súbita.

En nuestro caso, el paciente fue medicado con Haloperidol (1 ampolla de 5 mg) y Lorazepam (1 ampolla de 4 mg/ml) vía IM. Esto responde a asegurar un traslado preservando la integridad física del paciente y los profesionales, y yugular la intensidad de los síntomas psicóticos más floridos. Asimismo, siendo un paciente con antecedentes de tratamientos con antipsicóticos, se propicia su uso. El uso concomitante de una benzodiazepina con el Haloperidol sinergiza la acción sedativa y antipsicótica.

Traslado y derivación aplicado al caso

En primer lugar, nos planteamos si pudiera no trasladarse a ningún centro de salud a un paciente de estas características. En respuesta a esta pregunta, la Ley de Salud Mental (Ley 26.657) dice:

“ARTÍCULO 4° – Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 43. – Sustitúyase el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá privarse de su libertad personal al declarado incapaz por enfermedad mental o adicciones, salvo en casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, que deberá evaluarse debidamente por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.”

Así, consideramos que el traslado a la institución hospitalaria más cercana debe hacerse en todos los casos donde haya riesgo, como lo ordena la ley, para su correcta evaluación, diagnóstico y tratamiento interdisciplinario. En tal caso, corresponderá la indicación de internación psiquiátrica involuntaria al equipo interdisciplinario receptor del paciente.

La acción médica se realizará solo cuando haya “escena segura”, definida por SAME en su Manual para los Equipos de Regulación Médica como “Escena segura: terreno donde el médico y su técnico desarrollarán su tarea con el o los pacientes. Deberá carecer de riesgo para el personal efector del sistema de urgencia médica. Si existiese este riesgo, el personal se verá desahogado y exceptuado de desarrollar su tarea. La existencia de riesgo la definirá la autoridad competente según el incidente, o sea, las fuerzas de seguridad pública.”

Los atravesamientos del paciente en custodia y la contención física

La seguridad del paciente psiquiátrico excitado debe ser garantizada en forma permanente. El personal de salud, médicos y enfermeros, es el especializado en su control clínico, y el personal policial es un indispensable colaborador en estos casos tanto en lo prehospitalario como dentro de la institución médica. La prevención de cualquier tipo de lesión o muerte justifica la presencia policial para el resguardo de todos.

Brindar tratamiento de urgencia para los trastornos agudos de la conducta es esencialmente un tratamiento conforme al derecho consuetudinario. La justificación se basa en el juicio de que es probable que ninguna otra opción de tratamiento sea eficaz y que el uso de la inmovilización, otras prácticas restrictivas o la sedación evitarán que el paciente se dañe a sí mismo o a los demás.

Del Protocolo de Contención Física o Mecánica del GCBA del año 2014, extraemos las directivas que rigen el

procedimiento:

Definición: "La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás."

Para su procedimiento, se inicia con la información al paciente de lo que tendrá lugar, con voz clara y tranquila, pero firme, evitando desafíos o desbordes.

Habiendo comprobado el estado de la cama donde se contendrá al paciente, nos aseguramos de contar con los materiales necesarios para la contención, a saber, un set de juego de correas de sujeción mecánica. Este está compuesto por 2 muñequeras, 2 tobilleras, 1 tira que unirá ambas tobilleras y otra que unirá ambas muñequeras y una banda de sujeción torácica-abdominal. Se requiere la presencia mínima de 5 personas, una por cada miembro y otra para la cabeza, que debe quedar a 45°. Uno de estos agentes de salud será el que dirigirá el procedimiento.

Una vez sujeto el paciente y medicado, los controles posteriores son fundamentales: signos vitales, ventilación, hidratación, nutrición, higiene personal, catarsis y diuresis, cambios posturales, con periodicidad estipulada por protocolo. Todo con registro escrito por el personal de salud en la historia clínica, con la fehaciente descripción de los procedimientos, horario y personal que lo realizó.

Seguridad del paciente con patología mental descompensada

La "seguridad del paciente" según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria a un mínimo aceptable. En otras palabras, busca evitar, prevenir o mitigar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria. La OMS define la salud como "el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de la enfermedad". Por lo tanto, la Seguridad del Paciente no se trata solo de la ausencia de riesgos, sino de un enfoque proactivo para proteger a los pacientes de daños evitables y brindarles una atención segura y de calidad.

La llamada "cultura de la seguridad" se basa en un enfoque sistémico que involucra a todos los actores del sistema sanitario y se basa en los siguientes principios fundamentales: es una responsabilidad compartida, una meta prioritaria, debe estar fundamentada en estándares científicos, en mejora dinámica y continua, así como centrarse en el paciente.

Si bien la OMS desarrolló un Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, plan marco en que cada año se trabaja y focaliza en una especialidad o área de interés, los pacientes con patología mental ni las emergencias psiquiátricas han sido incluidas.

Debería incluirse dado la prevalencia y necesidad, más aún que las distintas estrategias llevadas a cabo en el prehospitalario y hospitalario no tienen validación por estudios científicos tipo estudios clínicos controlados y aleatorizados, lo cual incide en que las intervenciones no tengan algoritmos ni validaciones internacionales.

Con la sanción de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, el Estado argentino reconoce el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Cabe aclarar que aquí se reconoce a las personas con consumos problemáticos de sustancias, sean legales o ilegales, como sujetos plenos de derecho para recibir todas las prestaciones sanitarias mencionadas en la presente ley. Las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales tienen la obligación de intervenir ante casos de crisis de salud mental, que implican un riesgo para la integridad de la persona afectada y/o la de terceros, como así también ante situaciones de consumo de sustancias psicoactivas que se producen en el espacio público (aunque estas no representen necesariamente una crisis en los usuarios). Es en este sentido que resulta fundamental el establecimiento de lineamientos claros cuyo propósito es lograr intervenciones eficaces y respetuosas de los Derechos Humanos por parte de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales. (Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público).

Nos interesa subrayar la presencia médica especializada en la asistencia de pacientes con crisis de excitación psicomotriz por cuadros psiquiátricos descompensados con o sin uso de sustancias psicoactivas en el ámbito prehospitalario. Tal acción, enmarcada en la Ley de Salud Mental vigente, garantiza el cuidado de los pacientes y la atención de sus derechos.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- Es necesario priorizar la seguridad del paciente psiquiátrico agitado y del personal de salud que lo asiste.
- La contención física puede ser una herramienta útil y eficaz para el tratamiento de la agitación psicomotriz en pacientes con patología psiquiátrica descompensada.
- La combinación de Haloperidol y Lorazepam resulta la más eficaz, segura y frecuente para el control de los síntomas de excitación psicomotriz.

- Es indispensable el registro pormenorizado, protocolizado y sistematizado de toda la práctica realizada por el equipo de salud y las respuestas del paciente.

H. Bibliografía sugerida

Jufe, G. Psicofarmacología Clínica, 5° edición. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2023.
 Protocolo de Contención Física o Mecánica, Dirección General de Salud Mental, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014.
 Stahl, S. Psicofarmacología Esencial, 5° edición, Ed. Cambridge University Press, 2021.

I. Referencias bibliográficas

Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Arbach-Lucioni HBK, Pueyo AA. HCR-20v3. Valoración del riesgo de violencia. Guía del Evaluador. Edicions Universitat Barcelona, 2015.
 Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones Complementarias. Derógase la ley 22914. Sancionada el 25/11/2010 y promulgada el 2/12/2010.
 Manual para los Equipos de Regulación médica. Tomo I. p. 61, 2da edición en Castellano, 2007, SAME.
 Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público. Ministerio de seguridad. Secretaría de seguridad y política criminal.
 Saracco, Sergio. Recomendación para la atención de las intoxicaciones por cocaína. Departamento de toxicología. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. Gobierno de Mendoza. 2016. <https://www.mendoza.gov.ar/salud/biblioteca/recomendacion-intoxicacion-aguda-por-cocaina/>.
 Semple, David. Consejos Prácticos para el manejo de los trastornos psiquiátricos. Oxford Handbook de Psiquiatría, 4° edición, Edinburgh University, 2022.
 Wikinski, Silvia. El tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. 2da ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2013.
 Ley de Prevención de Riesgos Profesionales, Ley 31/1995.
 Silva, DH. Riesgosidad: un nuevo paradigma desafío pericial. Rev Act Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial. Ediciones Jurídicas 2017 (6):145-160.

J. Autoevaluación

¿Cuáles son los fármacos más utilizados en el manejo de la excitación psicomotriz?

- A. Neurolépticos sedativos (Levomepromazina, Clorpromazina)
- B. Neurolépticos sedativos más benzodiazepinas (Levomepromazina más Lorazepam)
- C. Neuroléptico típico más benzodiazepina (Haloperidol más Lorazepam)

D. A y C son correctas

¿Es suficiente contener 2 miembros en una excitación psicomotriz?

- A. Sí, es suficiente
- B. No, deben ser contenidos los cuatro miembros
- C. Depende del grado de excitación del paciente
- D. Ninguna de las anteriores es correcta

¿Se puede acceder por pedido familiar a un domicilio donde haya un paciente psiquiátrico excitado sin acompañamiento de la fuerza pública?

- A. Sí, con orden judicial
- B. No, por no reunir condiciones de seguridad
- C. Sí, porque el familiar refiere que el paciente no es agresivo
- D. No, porque no hay orden judicial

¿Puede un paciente excitado, luego de ser medicado, quedar en su domicilio por pedido familiar?

- A. Sí, a cuidado del familiar que lo solicitó
- B. Sí, porque ya se durmió y se encuentra tranquilo
- C. No, porque necesita observación y seguimiento hospitalario ante la posibilidad de efectos adversos
- D. No, porque no tiene orden judicial que autorice el traslado

¿Puede la policía negarse a la colaboración con el equipo de salud en la asistencia de un paciente excitado?

- A. Sí, porque no contamos con la orden judicial
- B. No, está obligado de acuerdo con la Ley de Salud Mental
- C. Sí, porque las fuerzas de seguridad no están autorizadas a intervenir si el paciente no cometió un delito
- D. A y C son correctas

Caso #2

“Abordaje psicoterapéutico del ataque de pánico en la urgencia”

L Aruj - MF Califano - PV Colombo - E Leidi Terren - I Worff

A. Descripción del caso

Claudia, de 47 años, concurre a la guardia acompañada por su esposo, derivada de Clínica Médica con un electrocardiograma normal. Respecto a su motivo de consulta, y aún aferrando entre sus manos el estudio cardiológico, dirá: “Hace tres meses que me agarra un dolor fuerte en el pecho, empiezo con palpitaciones, siento que no me pasa el aire y luego se me empieza a dormir el brazo” - señala el brazo izquierdo - “pienso que me va a dar un paro cardíaco, que me voy a morir...” (se angustia). Agrega que realizó más de una consulta clínica, por lo cual ya en esta instancia fue derivada a Salud Mental.

Indagando acerca de la primera vez que aparecieron alguno de estos síntomas, relata que se “descompuso” en la calle, experimentando mareo y taquicardia, por lo cual creyó que le había bajado la presión, pero que los episodios subsiguientes y hasta la actualidad no responden a causa alguna aparente, experimentándolos en la mañana tras despertarse, cuando aún se encuentra en su casa. A medida que su relato avanza, su discurso también se acelera; a Claudia se le entrecortan las palabras: “¿no ven? Ahora tengo el hormigueo en el brazo, siento que me falta el aire” (sic). Impresiona ansiosa respecto al devenir de sus síntomas por lo que se le señala que está hiperventilando, lo cual genera efectivamente la menor oxigenación que experimenta, y se le indica un ejercicio de respiración - inhalar por nariz llevando el aire al abdomen, exhalando luego en 5 tiempos - para una mejoría sintomática que permita continuar la entrevista.

Se pregunta entonces acerca de su situación actual, específicamente si puede ubicar alguna situación de estrés o preocupaciones sin resolver. Al respecto señala dos situaciones, una vinculada a su familia de origen y otra respecto a uno de sus hijos. Respecto a este último, de 18 años de edad, comenta que fue padre hace 9 meses, pero tras pelearse con la pareja ella vuelve a Entre Ríos con su familia y ahora no sólo pierde contacto con su nieta sino que el día de ayer le llega una Carta a Documento por falta de manutención. Respecto a su familia de origen, “la señora que la crió” - aclara es hija adoptiva - está muy enferma y cree que “se va a morir en cualquier momento” (sic). Interrogada acerca de esta última cuestión, Claudia historiza que es oriunda de Córdoba y que P. y M. la traen a sus 11 años porque no podían tener hijos. Ahora M. está todo el día acostada, casi no habla y el médico tratante le dijo que “no había nada más para hacer”.

Ratificadas ambas cuestiones como sucesos relevantes en lo vinculado a su consulta, es aquí donde se da por finalizada la intervención por guardia. Se realiza psicoeducación, se promueve aprehender técnicas para interrumpir los ataques de pánico, y se orienta a iniciar tratamiento psicológico.

B. Descripción de la temática

En el servicio de urgencias el psicólogo participa del proceso de evaluación, diagnóstico de situación y el diseño de estrategias pertinentes para abordar la problemática que presenta quien consulta. En este sentido, el psicólogo dispone de dos herramientas fundamentales: la observación y la entrevista clínica.

Como parte del equipo interdisciplinario de salud mental, la función más importante es la determinación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (art. 20, Ley 26.657) al momento de la evaluación y sus implicancias clínico-legales. En aquellos casos que las estrategias terapéuticas sean ambulatorias, se valorará la interconsulta con psiquiatría para la indicación psicofarmacológica en los cuadros que así lo requieran. Asimismo, solicitar la intervención de trabajo social en aquellas evaluaciones en las que impresione vulnerabilidad socio-ambiental o escasa contención familiar y acompañamiento, lo que resulta fundamental para la adherencia al tratamiento. En resumen, se realiza una evaluación de situación para poder determinar las estrategias terapéuticas más adecuadas para el caso.

Es el propósito de este caso es dar cuenta de la especificidad del psicólogo en el abordaje psicoterapéutico del ataque de pánico, enmarcados en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas y formando parte de un equipo interdisciplinario. Para ello partiremos de un caso clínico suscitado en la Guardia e identificado dentro de la nosografía psiquiátrica como un cuadro de “ataque de pánico” (DSM5, 2014) atento a la signo-sintomatología del paciente.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿El cuadro del paciente cumple con los criterios de un cuadro psicopatológico en contexto de urgencia?
- ¿Cómo se realiza la evaluación conductual del ataque de pánico respecto con la especificidad del rol del psicólogo en la guardia?
- ¿Qué herramientas se le pueden brindar al paciente, en el ámbito de la guardia, para tratar de evitar la recurrencia de los ataques de pánico?
- ¿Se debe encuadrar la consulta en la emergencia? ¿Por qué consulta en ese momento? ¿Qué coordenadas de quiebre hay en la vida del sujeto?

D. Definiciones

Urgencia en salud mental: Situación transitoria que irrumpe y altera la funcionalidad psíquica y diaria de una persona, acompañado por un elevado padecimiento. Su causa puede ser orgánica, psíquica y/o social. (Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental, 2013).

Urgencia subjetiva: estado subjetivo en el que el sujeto no encuentra las palabras para nombrar su padecimiento, podemos decir que el aparato psíquico no logra simbolizar aquello por lo que está atravesando” (Korinfeld, 2017)

Diagnóstico de situación: Valoración clínica global de la situación presentada a asistir, con el fin de responder de la forma más eficaz posible.

Riesgo cierto e inminente: Situación de riesgo para la integridad física y/o psíquica del paciente y/o para terceros, con elevadas probabilidades de acontecer en un acotado plazo de tiempo. (Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental, 2013).

Ataque de pánico: Episodio caracterizado por sentimientos repentinos de terror acompañado por una intensa activación fisiológica (palpitaciones, sudoración, entre otros) y pensamientos aparejados a tal activación (DMS 5, 2014).

E. Objetivos

Objetivo general:

- Brindar escucha activa y contención a la persona que consulta para aliviar el malestar y realizar evaluación específica del trastorno de pánico para poder indicar las técnicas y estrategias para el abordaje de la crisis.

Objetivos específicos:

- Fomentar la motivación para el inicio de tratamiento ambulatorio.
- Interrumpir el ciclo de activación de los ataques de pánico, a través de la psicoeducación y pautas de cuidados.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

Ataque de pánico: historia y actualidad

Desde los inicios de la teoría psicoanalítica Sigmund Freud se ha dedicado a investigar sobre la angustia, tomándola como una categoría clínica. El conjunto de síntomas que en la actualidad se denomina ataque de pánico, este autor ya lo había descrito en 1894 bajo el nombre de neurosis de angustia. Dice Freud (1894): “Damos a este complejo de síntomas el nombre de «neurosis de angustia» por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia”. En este mismo texto enumera la sintomatología clínica de la neurosis de angustia, a saber: elevada excitabilidad (por ejemplo, hiperestesia auditiva), espera angustiosa (por ejemplo, sensación de

muerte o locura), parestesias, perturbación de una o más funciones psíquicas (el paciente se queja de palpitaciones, disneas, sudores, entre otras), insomnio, vértigo, náuseas.

En este sentido, la sintomatología no resulta novedosa, pero durante las últimas décadas se ha reconocido en el campo de la psiquiatría como un cuadro psicopatológico delimitado. El mismo ha sido incluido en el DSM5 dentro del apartado de trastornos de ansiedad. En este sentido, acorde a La Organización Panamericana de la Salud (2018), los trastornos de ansiedad presentan una prevalencia del 5,4% en Argentina y son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países correspondiente a la región de las Américas. Por este motivo, dicha afección requiere de un diagnóstico preciso y de un tratamiento apropiado en pos de evitar las crisis a repetición, que pudieran generar graves limitaciones para el paciente, al punto de modificar su vida laboral, familiar y social. El ataque de pánico es, en la práctica, un motivo de consulta con el que frecuentemente nos encontramos en la guardia del hospital monovalente, junto a otros de mayor gravedad tales como el episodio psicótico agudo, ideación suicida, fases del trastorno bipolar, depresión y el consumo problemático de sustancias.

Definición y especificidades

Siguiendo la definición planteada en el DSM-5 (2014), lo que llamamos ataque de pánico puede definirse como la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos. (Criterio A). Además, durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Por otro lado, los ataques de pánico deben ser subseguidos de preocupaciones continuas por tener un nuevo ataque y/o un cambio significativo maladaptativo en las actividades cotidianas de la persona a causa de los ataques (Criterio B).

Es de destacar la diferencia entre un episodio de ataque de pánico y el trastorno por ataque de pánico. Acorde al DSM5, los ataques de pánico son episodios que pueden darse en contexto de otros diagnósticos, particularmente en aquellos correspondientes a los trastornos de ansiedad (ej. trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, etc), y también en otros diagnósticos psiquiátricos y en enfermedades médicas inclusive (ej. enfermedades cardíacas). Por otro lado, cuando los episodios de pánico son recurrentes e interfieren con la calidad de vida de la persona, ya sea por temer constantemente experimentar un ataque o acudir a cambios en la cotidianidad a fines de evitarlo, se considerará que estos episodios configuran un trastorno de pánico. En caso de que los episodios se presenten en contexto de otro trastorno, se utilizará el episodio como un especificador (ej. trastorno por estrés postraumático con ataques de pánico). En lo que compete al servicio de una guardia de salud mental, es de vital importancia considerar que los diagnósticos son presuntivos y situacionales y, no se requiere realizar un diagnóstico psicopatológico del cuadro, por lo que el abordaje estará orientado al episodio de ataque de pánico en sí.

Si bien la presentación clínica en las guardias es variada, es el propósito de este trabajo - a partir de un caso clínico identificado dentro de la nosografía psiquiátrica como un cuadro de “ataque de pánico”

(DSM5, 2014) - dar cuenta de la especificidad del rol del psicólogo inserto en un dispositivo de emergencias y como parte del equipo interdisciplinario. En este sentido, ¿podría afirmarse que el caso presentado más arriba se trata de un ataque de pánico? La paciente afirma vivenciar dolor en el tórax, palpitaciones, sensación de dificultad para respirar, parestesias en el brazo, miedo a morir e indica que experimenta estos episodios por la mañana sin una causa evidente. Cabe a clara que los síntomas experimentados se acompañan por pensamientos irracionales, o distorsiones cognitivas que la paciente interpreta que se encuentra con riesgo de sufrir un infarto. A partir de la entrevista y los pensamientos cognitivos que acompañan la sintomatología fisiológica mencionada, se evalúa que la paciente padece ataques de pánico

Evaluación conductual del ataque de pánico

La evaluación conductual es un tipo de evaluación psicológica y está caracterizada principalmente por estar dirigida al cambio. El objetivo más relevante de la misma es realizar un análisis funcional, lo cual significa poder operacionalizar los constructos en la persona entrevistada. La relación funcional entre variables puede realizarse mediante un cuadro en el cual se evalúan los antecedentes (Externos o Internos: cognitivo y/o fisiológicos), comportamiento (Motor, Fisiológico, Cognitivo y Emocional, mas adelante especificaremos las dimensiones de la conducta) y consecuencias (Internas o Externas). Si bien la evaluación conductual puede ser implementada como proceso o como un momento en este capítulo nos referiremos al abordaje entendiéndola como un *momento*, evaluando los aspectos que se requieren para luego dirigir la intervención orientada al cambio. Es sumamente importante poder dialogar sobre ejemplos reales y situaciones específicas, lo más cercanas posibles a la entrevista, en este caso se debe orientar al paciente para que nos proporcione la información que necesitamos para establecer hipótesis diagnósticas y en función de ellos, establecer los objetivos y su consecuente intervención en el aquí y ahora de la guardia. A continuación, destacamos las especificidades con respecto al ataque de pánico:

Presencia de los ataques y síntomas limitados: evaluar si existen crisis de pánico o su aspecto menor episodios de síntomas limitados y es tarea del terapeuta diagnosticar el fenómeno. Es relevante ya que se le llama fenómenos psicológicos a un sinfín de fenómenos extendidos en la cultura que no corresponden y se denomina crisis de pánico a cualquier episodio de ansiedad. Dentro de nuestra práctica en el servicio de urgencias nos regimos por el DSM V y se debe especificar:

1. Indagar la existencia de comportamientos problema y Realizar la descripción de los problemas.
Observar cuáles son las áreas comprometidas, esto se realiza pidiendo al paciente ejemplos concretos de un pasado cercano, por ejemplo que le ocurrió en la casa de su tía hace una semana. Evaluar la situación en la que la crisis de pánico tiende a aparecer, para poder detectar las situaciones que funcionan de estímulo): momento del día, lugar, personas, actividad desarrollada.
2. Conocer los parámetros cuantitativos, estas son las dimensiones de la conducta: la frecuencia, intensidad (generalmente se utilizan las unidades subjetivas de ansiedad -USAs-; del 1 al 100 en que medida sintió que iba a padecer un infarto debido a las palpitaciones, duración (se considera desde que subjetivamente el paciente señala el inicio y finalización de los síntomas, generalmente son 30 minutos. Es relevante ya que la duración le va a permitir al paciente que aprenda a cortar las crisis) y latencia. Nos focalizamos en disminuir en un principio la intensidad y duración de los síntomas, si inicia controles por guardia, esto ya genera una mejoría comparando siempre con a inicial evaluación realizada sobre la intensidad y severidad en la primer consulta de esta manera se puede establecer lo que llamamos línea de base, es decir, el nivel de la conducta previo a nuestra intervención y posterior. Por tal motivo las evaluaciones conductuales no ocurren solo al principio de un tratamiento porque son el feedback que tenemos con el paciente para reajustar los objetivos del tratamiento o también por la población compleja y diversa que recibimos en el hospital reevaluar el diagnóstico. Si al paciente en la urgencia, lo citamos durante controles por guardia hasta poder ingresar a un dispositivo ambulatorio, este tipo de intervenciones permite que el abordaje sea más asertivo.
3. Antecedentes y consecuentes: detectar los comportamientos anteriores y posteriores que se evalúa, de la manera más detallada posible, si se dificulta ofrecerle opciones al paciente para facilitarle la palabra y el armado de la escena, retomando la conducta problema que ya establecimos en la entrevista previamente.
4. Establecer una relación funcional de las conductas problema con los antecedentes y consecuentes.

5. Sensaciones fisiológicas experimentadas: indagar la gravedad del problema: en función de su intensidad prevalente. Le brindamos mayor atención a los síntomas que padece con mayor intensidad: taquicardia, mareos, temblores, sensación de ahogo, ya que para el tratamiento son los elementos que destacamos y en los primeros que debemos dirigirnos en el plan de tratamiento. En la guardia, especialmente, debemos abordar estos síntomas que as prevalecen y le generan temor al paciente para poder intervenir sobre éstos con mayor hincapié mas allá de la psicoeducación sobre cuadro en general.
6. Indagar los recursos y la motivación para el cambio en la entrevista por guardia: mediante los antecedentes de aspectos laborales, académicos, escolares, sociales y adherencias a tratamientos o diversas actividades que el paciente realiza o realizaba, mismo durante la entrevista podemos observar su interés, su descontento, su fastidio, por la demora o las preguntas o ante situaciones inesperadas que ocurren en el servicio. También es importante indagar brevemente el estilo de estrés actual que acede el paciente y si ha padecido en su historia vital factores de estrés, porque de esta entera podemos evaluar los recursos de afrontamiento.
7. Tipo de ataque de pánico: situacionalmente inesperado, este es el espontáneo, es el ataque de pánico más frecuente; situacionalmente determinado, por ejemplo miedo al salir de la casa y esto genera una crisis allí se debe descartar presencia /ausencia agorafobia o fobia específica; situacionalmente predispuesto, es variable su aparición, tal vez puede ocurrir pero si realiza alguna actividad ansiógena acompañado por alguien de su estima no ocurre

La ansiedad anticipatoria: Significa la aprehensión de la persona ante la posibilidad de padecer un ataque de pánico. Debido a que se encuentra expectante a que se produzca una crisis, presta atención a su cuerpo, fácilmente el sentido interoceptivo se incrementa debido a sus temores sobre los mismos y esta hipervigilancia habilita la aparición de mayores síntomas ya que temen a los mismos. Se le ha denominado sensibilidad a la ansiedad. Debemos evaluar el grado en que teme a estos síntomas, por ejemplo, el mareo le genera miedo a desmayarse en vía pública o solo incomodidad y demorarse al caminar. Las sensaciones corporales se condicionan a la ansiedad, debido a la creencia de que estos síntomas son perjudiciales para la salud, provocando el miedo a las mismas sensaciones del miedo, es decir, el miedo al miedo. De esta manera se genera el círculo vicioso, por ello es importante establecer la diferencia en la evaluación si la ansiedad en el entrevistado es de rasgo de personalidad o de estado.

Síntomas fóbicos: En primer lugar es muy importante distinguir entre la experiencia subjetiva del miedo y la evitación fóbica. Esta última es una conducta de evitación para mantener el miedo. Asimismo, al realizar la evaluación conductual, durante su formulación se incluye la identificación de conductas de reaseguro y de mantenimiento del cuadro (Dobson, D., Dobson, K., 2018). En este contexto, si bien en la guardia no se realizará un tratamiento del ataque de pánico, se puede pensar en aquellas conductas que contribuyen a la prolongación y atentan contra la remisión del cuadro, tal como concurrir frecuentemente a la guardia o solicitar medicación sin acceder a un tratamiento ambulatorio. Será importante al momento de intervenir, el poder hablar sobre ello. En el pánico hay variabilidad, sin embargo, cuando el componente evitativo es mayor podemos anticipar muchísimas dificultades al momento de desplegar la fase de afrontamiento lo cual nos orienta sobre el pronóstico del cuadro.

Autoconciencia y conciencia corporal: Mediante la introspección constante del cuerpo, poniendo énfasis en la temperatura, los dolores, mareos, frecuencia cardíaca y demás, facilitan ciclo de hiperactivación. Más adelante veremos la técnica de la distracción para contrarrestar este síntoma.

Interferencia en actividades adaptativas: Las áreas afectadas del paciente, por ejemplo: capacidad laboral, social, movilizarse por sí mismo, desarrollo académico entre otras, debemos tener en cuenta siempre que realizamos evaluación psicológica, nos determina su diagnóstico, recurso de afrontamiento tolerancia al estrés, diseño de tratamiento y grado de padecimiento.

Comorbilidad y síntomas coexistentes: evaluar trastornos en el eje 1, prestando especial énfasis a otros trastornos de ansiedad tales como agorafobia, trastorno ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos del ánimo (depresión la cual puede ser reactiva al invalidante tal vez no se presente frente al ataque de pánico sino cuando el diagnóstico es trastorno de pánico que tiene por condición de tener miedo a padecer un ataque de pánico, mostrando la relevancia del rol cognitivo en el trastorno, en forma ininterrumpida a lo largo de 3 años) y uso y abuso de sustancias con preferencia a las cuales provocan efectos ansiolíticos.

Modelo integrador explicativo del ataque de pánico: respuestas neurobiológicas y funcionales y su relación con la psicología del estrés

Fisiología del estrés, aspectos neurobiológicos:

Algunos aspectos fisiológicos del tratamiento del estrés y de los síndromes de adaptación sistémica también son clásicos y, por tanto, pueden recordarse fácilmente.

- El análisis de factores estresantes se divide en tres fases:

1. Recepción de estresores y filtrado de información sensorial por el tálamo.
2. Luego, a través del análisis comparativo de nuevas situaciones y "recuerdos", involucramos la corteza prefrontal (implicada en la toma de decisiones, la atención y la memoria a corto plazo) y el sistema límbico para programar respuestas al estrés: Respuestas para experimentarlo se basará en
3. Finalmente, activación de respuestas biológicas (a través de la amígdala [memoria emocional] y el hipocampo [memoria explícita]). Esta reacción desencadena el complejo hipotalámico-pituitario, así como la formación reticular y el locus coeruleus.

Existe la mala adaptación a este estado de funcionamiento biológico que ayuda a cronificar el cuadro, convirtiéndose en un síndrome general de adaptación

Los síndromes generales de adaptación también se dividen en tres etapas.

1. La primera es la etapa de alarma. En respuesta a los factores estresantes, el hipotálamo estimula las glándulas suprarrenales (parte de la médula espinal) para que liberen adrenalina. La función de la adrenalina es proporcionar energía en situaciones de emergencia. Entonces ocurren una serie de reacciones en el cuerpo: B. Aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación y aumento del estado de alerta (estos son provocados por la norepinefrina [NA]).
2. La segunda etapa es la de defensa (o resistencia), que sólo se activa si se mantiene el estrés. Luego, las glándulas suprarrenales (en la zona fasciculada) liberan un segundo tipo de hormona, el cortisol. Esta vez, su trabajo es mantener niveles constantes de azúcar en sangre para alimentar sus músculos, corazón y cerebro. Por otro lado, la adrenalina proporciona energía en caso de emergencia. El cortisol, por el contrario, asegura la renovación de las reservas. Esta es la fase de resistencia, el cuerpo tiene que "aguantar".
3. Si la situación persiste y se acompaña de cambios hormonales crónicos (con efectos orgánicos y psicológicos), se inicia una fase de fatiga o relajación. Si esta situación se prolonga durante mucho tiempo, el cuerpo puede verse abrumado e incluso agotado. Poco a poco, las hormonas liberadas se vuelven menos efectivas y comienzan a acumularse en la circulación.

Esquema de conducta de pánico:

Inmediatamente después de que una persona piensa que algo malo está a punto de sucederle (respuesta cognitiva), experimenta una sensación (estimulación fisiológica interna). Todo esto crea un sentimiento fisiológico de miedo (respuesta fisiológica). Ambas reacciones pueden provocar ataques de pánico si una persona no utiliza estrategias de afrontamiento adecuadas. El sujeto completa el proceso de afrontamiento de la situación "caminando hacia un lugar seguro" (respuesta motora), proporcionando alivio y seguridad temporales.

Las respuestas de huida y evitación no sólo proporcionan una sensación de alivio, sino que también provocan dos nuevas ideas sobre este tema. El primero te enseña a repetir y mantener este tipo de comportamiento. Dado que sólo son útiles durante un corto período de tiempo, tienden a repetirse en el futuro. En segundo lugar, refuerza aún más tu creencia de que la situación es realmente peligrosa, de modo que tu miedo será aún mayor la próxima vez que te encuentres con ella. Aunque las conductas de escape y evitación pueden proporcionar un alivio temporal, son la causa principal del sufrimiento continuo del pánico y la agorafobia.

Aspectos neuroanatómicos del ataque de pánico

La posición actual de la neurobiología a la hora de explicar los fenómenos de pánico y la fisiopatología de los trastornos de ansiedad generalmente evita ideas que se centran demasiado en un

solo constructo. El objetivo es integrar la gran cantidad de datos experimentales obtenidos hasta ahora y construir una neurona o un único sistema de neurotransmisión. Un buen ejemplo es el modelo del grupo Charney (Charney y Deutch, 1996; Goddard y Charney, 1997). Se basa en la neuroanatomía funcional, que considera la base biológica del miedo y la ansiedad como una red de redes neuronales con diferentes estructuras y sus proyecciones aferentes y eferentes que son responsables de este tipo de conducta. Se cree que el inicio de se localiza en áreas involucradas en la transmisión de datos sensoriales a áreas de procesamiento cortical, corteza entorrinal, áreas límbicas (amígdala, hipocampo) y estructuras basales (núcleos paracelulares, Locus Coeruleus). Una vez que un estímulo amenazante se procesa y se asocia con una experiencia previa, la amígdala y la corteza orbitofrontal son responsables de formar y seleccionar una respuesta de miedo o ansiedad. Las principales estructuras implicadas en esta respuesta son el LC, el hipotálamo (componentes autónomos y neuroendocrinos de la respuesta), el núcleo motor dorsal del nervio vago (activación parasimpática), el núcleo parabraquial (hiperventilación inducida por ansiedad), el nervio trigémino y el núcleo del nervio facial. núcleo motor, expresión nuclear del miedo) y materia gris estriado-periacueductal (activación esquelética o motora inducida por miedo). Para estos autores, el modelo actual sirve como guía para comprender las características clínicas del trastorno de pánico. Los ataques de pánico espontáneos y nocturnos resultan de una disfunción específica de la vía eferente en el modelo, posiblemente debido a una hiperactividad del locus coeruleus-sistema noradrenérgico o del núcleo parabraquial (para los autores, esto podría constituir la base de un hipotético sistema de alarma). (debido a asfixia), la patología en las partes de los nervios responsables de procesar los estímulos puede explicar otras características del trastorno de pánico, como: B. agorafobia. Se cree que es el resultado de una desregulación de algunas de las amígdalas y otras estructuras involucradas en el condicionamiento asociado con estímulos amenazantes (Goddard y Charney, 1997).

Aspectos funcionales involucrados del sistema nervioso autónomo:

Cuando nuestro cuerpo se enfrenta a una situación externa o sensación física y aprende que es peligrosa, el cerebro envía una señal (un pensamiento catastrófico) al sistema nervioso autónomo, que inmediatamente (respuesta fisiológica).

Una de las principales tareas del sistema nervioso autónomo (SNA) es preparar El cuerpo para situaciones potencialmente peligrosas. El SNA consta de dos subsistemas: el sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNP). Ambos son complementarios y antagónicos. El SNS activa el cuerpo y el SNP lo suprime. Tan pronto como el SNS se vuelve hiperactivo, el SNP lo suprime, por lo que las reacciones de miedo y pánico no duran mucho. En este sentido, el miedo no es peligroso.

Estrés y sexo biológico, su relación con el ataque de pánico desde la perspectiva anatomofuncional.

Este punto resulta interesante, desde un punto de vista descriptivo, las diferencias anatomofuncionales en cerebros de personas de sexo biológico distinto.

El tratamiento del estrés involucra diferentes estructuras cerebrales dependiendo de si el paciente es biológicamente hombre o mujer. Esto lo han demostrado varios estudios de resonancia magnética funcional en voluntarios sanos sometidos a estrés agudo.

- En los humanos, hay una activación particular de la corteza prefrontal, que promueve el comportamiento de "huir o luchar".
- En las mujeres, se cree que las respuestas al estrés se basan en procesos de atracción. Se producirá una activación importante del sistema límbico y se activarán conductas de "ayuda y protección". La activación del sistema límbico, principalmente de la caja de cambios del hipocampo, reduce la actividad del nervio simpático y el eje corticotrópico (HPA).

Psicoeducación como intervención en la consulta de guardia

La psicoeducación es el proceso de dar información al paciente y a sus familiares acerca la enfermedad que padece, en términos de su naturaleza y tratamiento, con el fin de que puedan afrontarla de la forma más cómoda y funcional posible (Bäumli et. al. 2006). Este proceso permite que el paciente pueda discriminar y reconocer las distintas emociones y poder interpretar los síntomas fisiológicos correctamente. En el caso de la ansiedad, se destaca su rol adaptativo y positivo, así como se brindan diversas situaciones para evidenciar que la sintomatología fisiológica no define el ataque de pánico sino a

la interpretación catastrófica que la persona le otorga. Debido a las numerosas consultas y diversificación en la guardia, habitualmente lo realizamos con ejemplos de la vida cotidiana del consultante, que ya hemos recabado en la evaluación inicial mencionada anteriormente.

Es de destacar que la psicoeducación no solo implica brindar al paciente información acerca de su cuadro, sino que también constituye un acto terapéutico en sí, ayudando al paciente a comprender lo que le sucede, dar un contexto, a recibir una contención empática y validación, y de esta forma comenzar a armar estrategias de afrontamiento. Además, dar nombre a aquello por lo que sufre el paciente genera un efecto tranquilizador de por sí.

Dentro del contenido más específico que se puede brindar al paciente, se puede comenzar explicando la diferencia entre miedo y ansiedad, siendo el miedo una emoción básica y primitiva compartida con otras especies, y la ansiedad una modalidad de respuesta ante el miedo. De esta forma, el miedo surge como una respuesta ante situaciones percibidas como amenazantes o peligrosas para el individuo, durante la cual se activan respuestas fisiológicas automáticas con sentido de supervivencia. Por ejemplo, sería esperable la aceleración del ritmo cardíaco si creemos que nuestra vida está en peligro. Por otro lado, la ansiedad constituye una interpretación anticipatoria subjetiva de un evento futuro, la cual sería de por sí impredecible e incontrolable (Beck, 2009). En este caso, puedo temer por la vida de un ser querido, sin embargo, la presencia continua de una preocupación por que “algo malo le vaya a pasar” sin evidencias concretas de que fuese a suceder, sería una interpretación subjetiva anticipatoria que además solo contempla una sola posibilidad de carácter negativo.

En este sentido, se puede incluir el concepto de estrés, el cual se define como un estímulo específico, agresivo o no, que se percibe como una amenaza a la homeostasis. Selye (1955) habla de la respuesta de alarma. Al ser un estímulo, el estrés activa una serie de respuestas, incluidas respuestas conductuales y fisiológicas (neurales, metabólicas y neuroendocrinas) que permiten al cuerpo responder al factor estresante de la manera más adaptativa posible. De esta forma, se le explica al paciente que tanto el miedo, la ansiedad y el estrés son esperables a lo largo de la vida, haciendo de esta forma referencia al mito “el estrés y la ansiedad son malos” y naturalizando aquello que el paciente registra como negativo de sí mismo, o que incluso, puede generar vergüenza acercarse a una guardia por ello. Así, la diferencia radica en el impacto que su prolongamiento genera en la funcionalidad diaria.

Por otro lado, es de destacar que la misma sintomatología experimentada en el ataque de pánico retroalimenta la activación fisiológica y por ende la interpretación misma de la situación. Por ejemplo, si percibo palpitaciones y las mismas son interpretadas como un ataque cardíaco, me asustaré, por lo cual tendré mayores palpitaciones y por ende mayor convicción y malestar psíquico. Es importante que el paciente pueda identificar la diferencia entre estos síntomas y su interpretación, ya que es la interpretación la que hace a la diferencia. Se suele dar como ejemplo si el hecho de experimentar palpitaciones durante un ejercicio físico es esperable y en ese caso que el paciente explique por qué no le genera malestar. De esta forma, se trabaja la importancia de la interpretación de los hechos más que del hecho en sí.

Herramientas conductuales de intervención para el ataque de pánico

Habilidades TIP: Temperatura, ejercicio intenso y respiración pausada.

Desde la perspectiva de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), las Habilidades TIP activan el sistema nervioso parasimpático y proporcionan un estímulo lo suficientemente fuerte como para evitar temporalmente una crisis.

La primera habilidad TIP es cambiar la temperatura de tu cara con agua fría o compresas frías mientras aguantas la respiración. Esto desencadena el reflejo de caída en los humanos, activando el sistema nervioso parasimpático y reduciendo rápidamente la excitación fisiológica y emocional. Esto se puede hacer usando hielo, compresas frías, remojando el cuerpo en agua fría o tomando una ducha fría. Esta capacidad debe evitarse en pacientes diagnosticados con enfermedades cardíacas.

La segunda habilidad TIP es hacer al menos 20 minutos de cualquier tipo de ejercicio aeróbico intenso. Una característica importante de las emociones es que organizan el cuerpo para la acción. La ira organiza el cuerpo para atacar o defender; el miedo organiza el cuerpo para correr. Cuando el cuerpo está fisiológicamente muy activado, puede resultar difícil suprimir el comportamiento emocional, incluso si es disfuncional. En estas situaciones, el entrenamiento intensivo puede ajustar el cuerpo para que vuelva a un nivel de activación más bajo.

La tercera habilidad TIP es la respiración abdominal lenta y rítmica. Permite evitar la hiperventilación, interrumpir la crisis de pánico, autoinducirse la respuesta de relajación. Se refiere a disminuir la velocidad de inhalación y exhalación (un promedio de 5 a 6 ciclos de respiración por minuto) y respirar profundamente desde el abdomen. El tiempo de exhalación debe ser más lento que el tiempo de inhalación (por ejemplo, 4 y 8 segundos). Por ejemplo la más utilizada es inspiración (4 segundos); retención (4-5) segundos y exhalación (4-12) segundos.

La cuarta y última de estas habilidades es la relajación muscular progresiva. La estrategia consiste en tensar un grupo de músculos, sentir la sensación de tensión al respirar, luego relajarse soltándose y notar que la sensación de tensión muscular disminuye gradualmente. El propósito es aumentar su conciencia de la tensión y la relajación. Centrarse en notar sensaciones musculares es similar al enfoque de atención plena que se centra en las sensaciones corporales (es decir, atención sensorial).

Podemos destacar también las técnicas de distracción o refocalización atencional, consisten en que el paciente pueda dirigir su atención hacia otros estímulos que no sean sus propias sensaciones corporales, de esta manera, el estímulo percibido compite con la percepción de las sensaciones fisiológicas. La función principal de la técnica es que el paciente pueda experimentar se puede activar al cuerpo mediante la atención permanente, con lo cual, ensaya concentrarse en estímulos alternativos o simplemente en la actividad que debe realizar (estudiar, cocinar, leer un libro, escribir) puede disminuir la intensidad de las sensaciones.

Coordenadas en la Urgencia: ¿Por qué ahora?

“No todo lo que emerge urge. No todo lo que urge es algo que ha emergido”

- Érida E. Fernández -

Una de las particularidades del caso seleccionado para este trabajo es que, del lado del equipo interdisciplinario que recibe al paciente, no hay prisa alguna en resolver en el sentido que no hay riesgo de vida: No solo Claudia no está experimentando el pródromo de un ataque cardíaco (concorre con más de una valoración clínica y un electrocardiograma normal) sino que tampoco quiere acabar con su vida (consideración de riesgo cierto e inminente); todo lo contrario, tiene miedo a morir... Entonces ¿en qué radica la urgencia?

La irrupción de fenómenos extraños, no ubicables en la lógica cotidiana, suponen una ruptura aguda en el equilibrio en que se sostenía la vida de ese individuo, llevando al mismo por diversos caminos en busca de una respuesta a ese padecimiento que se vive como extraño y ajeno. Quien atraviesa una crisis aguda espera una respuesta, en el sentido de una solución, sí; pero también en lo relativo a que las palabras quedan del lado de los otros, porque nada de lo que padece lo representa aún. Descartado el “ataque cardíaco”, el cual si bien errático era un sentido posible, Claudia acude a la Guardia de Salud Mental en busca de otro tipo de respuesta. La primera intervención entonces, vinculada a la evaluación diagnóstica y con el fin de promover el relato del paciente, es dar alivio a los síntomas de ansiedad que Claudia empieza a experimentar en la entrevista misma, realizando psicoeducación: es cuando se señala que está “hiperventilando” (ante manifestar sensaciones de falta de aire y hormigueo en el brazo izquierdo) y se realiza junto a ella un ejercicio de respiración para el alivio sintomático. Dar un nombre al padecimiento, muchas veces brindando un diagnóstico presuntivo pero también puede ser al modo de una pregunta (ej. “¿no será que lo que te pasa es...?”) genera cierto alivio en lo inmediato porque recubre de un sentido algo que lo inexplicable que padece.

Reanudada su capacidad discursiva, la siguiente intervención apunta entonces a ubicar la coyuntura de emergencia, interrogando acerca del ocasionamiento de su cuadro y situación actual. En este punto, más que dar respuestas al paciente acerca de su padecimiento, la intervención apunta a señalar que hay un saber en juego en aquello por lo que consulta: inicia hace tres meses, temporalidad que vincula a la enfermedad de la señora que la crío (madre adoptiva) y la paternidad de su hijo (nieta a la que su nuera se lleva a vivir a otra provincia post separación). Dos cuestiones que si bien se vinculan a las coordenadas de emergencia del “ataque de pánico”, no se despliegan sino que se remiten para abordar en un espacio de psicoterapia al que se la deriva. Cabe destacar al respecto que durante la entrevista de guardia con Claudia se apunta a que pueda situar los eventos de su entorno actual que son fuente de preocupación y angustia, construyendo así el motivo de consulta para un tratamiento psicológico: la pérdida del contacto con su nieta y la inminente pérdida de quien ha sido su figura materna. Es importante dar lugar a que la persona pueda expresar su malestar y sentirse escuchado, favoreciendo a que pueda ubicar qué es lo que desencadenó su sintomatología. En otras palabras, la invitación a construir un relato,

a localizar la aparición de esa urgencia y su relación con los acontecimientos de la vida posibilita comenzar el armado de una trama que muchas veces resulta aliviadora para el sujeto.

Parafraseando el por qué ahora de la urgencia, ¿por qué este caso de ataque de pánico? En primer lugar porque permite ubicar en la misma entrevista de guardia los efectos de nuestra intervención como psicólogos: hay un efecto inmediato de la palabra, tanto de nuestro lado - brindando un diagnóstico, psicoeducación y ejercicios de respiración) - como abriendo interrogantes respecto a las coordenadas subjetivas del ocasionamiento de la enfermedad para que Claudia trabaje en su tratamiento acerca del sentido de aquello que irrumpe en la “normalidad” de lo cotidiano. Pero también, y no menos importante, ya que por estos mismos efectos durante la entrevista, no fue requerida de acuerdo a valoración de psiquiatría indicación psicofarmacológica para el alivio sintomático de su cuadro clínico. En efecto, si bien Claudia experimenta sus crisis sin desencadenante alguno al iniciar el día, su sintomatología no la inhabilita en su rutina y puede continuar luego con sus actividades.

Es importante dar lugar a que la persona pueda expresar su malestar y sentirse escuchado, favoreciendo a que pueda ubicar qué es lo que desencadenó su sintomatología. Encuadrar esta consulta específica que realiza, en el marco de la urgencia y en el aquí y ahora, tiene todo que ver con la posibilidad de ubicar las coordenadas de ese padecimiento subjetivo en un momento dado, y que de alguna manera el sujeto ubica como un punto de quiebre en su vida (de manera consciente o no) y lo trae a la guardia. Muchas veces el motivo es manifiesto, está expuesto en la superficie, mientras que en otros casos se encuentra velado para el sujeto que se advierte en la escucha de sí posibilitada por la oferta de quien está ahí, prestando esa atención y su escucha activa, facilitando la emergencia del sujeto que padece y los motivos de este padecimiento. La intervención oportuna en las urgencias resulta decisiva para la evolución de las personas con problemáticas de salud mental pudiendo influir en el curso de estos conflictos y sus efectos.

Durante la entrevista con Claudia, la paciente ubica dos cuestiones en torno a pérdidas que actualmente son fuente de preocupación y angustia: la pérdida del contacto con su nieta y la inminente pérdida de quien ha sido su figura materna.

Cabe destacar que durante la prestación de guardia la paciente puede situar diversos eventos de su entorno actual que le generan malestar, construyendo así el motivo de consulta para un tratamiento psicológico.

En otras palabras, la invitación a construir un relato, a localizar la aparición de esa urgencia y su relación con los acontecimientos de la vida posibilita comenzar el armado de una trama que muchas veces resulta aliviadora para el sujeto. Es una apuesta a la palabra y a la escucha, a poder realizar una pausa que permita relanzar la pregunta y aliente al consultante a iniciar el tránsito por un camino psicoterapéutico -no sin angustia- que le permita encontrar otros modos de respuesta posibles a sus problemáticas.

Se trata del ofrecimiento de un abordaje adecuado de la crisis, que incluya aspectos de cuidados y de promoción de la salud, facilitando que la consulta en la urgencia resulte una oportunidad para mejorar las condiciones de vida preexistentes, dando lugar al emergente y ubicando las coordenadas del estado de malestar, como parte del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- El ataque de pánico está caracterizado por síntomas fisiológicos y síntomas cognitivos, siendo éstos últimos los que deben presentarse sin excepción para realizar el diagnóstico.
- El ataque de pánico es un cuadro caracterizado por aparición súbita de intenso miedo o malestar que alcanza su máxima expresión en minutos; tiene bases subjetivas como biológicas.
- La aparición súbita del ataque de pánico puede producirse desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad, generalmente suelen ser espontáneos.
- Es importante ubicar las coordenadas subjetivas que llevan a consulta en la guardia, en ese momento específico, por crisis de ansiedad y angustia.
- Es necesaria la evaluación de niveles de intensidad de la crisis y afectación/ inhabilitación de las áreas vitales del sujeto que consulta.

H. Bibliografía sugerida

- Fernández, E. (2005). Abordaje de emergencias en la práctica institucional. En M. Holgado & M. Pipkin (Comps.), *Intervenir en la emergencia. La clínica psicoanalítica en los límites*. Letra Viva Editorial
- Freud, S. (1996). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia (1895). En *Obras completas* (Tomo III). Amorrortu Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *En tiempos de estrés, haz lo que importa: Una guía ilustrada*. Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Atlas de salud mental de las Américas*. Washington D.C.

I. Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Arlington, VA.
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Botella, C., & Ballester, D. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Ediciones Martínez Roca.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Dobson, D., & Dobson, K. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (2ª ed., Cap. 3). Guilford Publications. (Traducción: Mariana Miracco y Liliana Traiber).
- Ekman, P. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Freud, S. (1996). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia (1895 [1894]). En *Obras completas* (Tomo III). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1996). A propósito de las críticas a la neurosis de angustia (1895). En *Obras completas* (Tomo III). Amorrortu Editores.
- Goddard, A., & Charney, D. (1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 4-11.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de Nación. (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental*.
- Lineham, M. (2022). *Manual de entrenamiento en DBT para terapeutas*. (P. Gagliesi, Trad.; 1ª ed. en castellano). Tres Olas Ediciones.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management* (Clinical guideline CG113). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington D.C.
- Selye, H. (1955). Stress and disease. *Science*, 122, 625-631.
- Sotelo, I. (2004). La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. En I. Sotelo (Comp.), *La urgencia generalizada* (pp. 97-113). Letra Viva Editorial.

Caso #3

“Carol”

G. Campeni,- L, Fuks,- L Surt

A. Descripción del caso

Se presenta a la guardia una paciente llamada Carolina, de 34 años de edad, acompañada por su madre. Carolina vive con sus dos hijos menores de edad, se encuentra separada del padre de los mismos, y no recibe apoyo económico ni emocional de su parte. Está desempleada desde hace más de un año, ya que el negocio donde trabajaba cerró al poco tiempo de empezar la pandemia. Realiza trabajos informales (cuidado de personas mayores, limpieza por horas, venta de productos comestibles que hace en su casa). Su madre la ayuda con el cuidado de los chicos y los quehaceres de la casa, condicionada por sus limitaciones físicas y de la edad, pero es un referente emocional para ella y sus hijos.

Concurre a la guardia, manifestando angustia, desgano e insomnio. De varios meses de evolución, con aumento sintomático las últimas semanas. Motivado en sus problemas económicos y a la conflictiva con el padre de sus hijos, que no acepta a su actual pareja, por tratarse de una persona de su mismo sexo. Carolina refiere, que hace unos años realizó consultas para realizar terapia de hormonización, acorde a su identidad de género, y luego lo desestimó, por falta de aceptación en su entorno. Por esto, también sus hermanos se distanciaron de ella, al igual que parte de sus amistades. Carolina llega a la guardia, por indicación verbal de la médica de la sala de salud de su barrio, ya que hace una semana, realizó una sobreingesta medicamentosa, y fue asistida allí.

Refiere que ese día, luego de cenar, se sintió muy cansada, agobiada por sus problemas, y con dificultad para dormir. Tomó 1 comprimido de clonazepam 0,5 mg, que le habría prescripto hace un tiempo para estas ocasiones, también en la salita, un médico de la guardia. Al no encontrar respuesta, siguió tomando, refiere, hasta completar un blíster de 10 comprimidos. Al otro día, la encontró su madre, muy somnolienta, con dificultad para hablar, y junto a una vecina, la llevaron a la salita del barrio. Tras permanecer en observación 12hs, le dieron la alta clínica e indicaron que concurra a una consulta de salud mental. Los días siguientes, se sintió más angustiada, con ideas recurrentes de repetir la sobreingesta, para “no despertar más”... Refiere que muchas veces pensó en la muerte como fin a sus problemas, pero que a partir de este suceso, se sintió con más valor para hacerlo.

Hoy se despertó con la idea de arrojarse a las vías del tren, que pasa a dos cuadras de su vivienda. Ordenó las pertenencias y documentación de sus hijos, separó las facturas pagas y las impagas, dejó algo de dinero y una nota, donde pedía perdón a su familia... Luego llegó su madre, más temprano de lo habitual, y Carolina le verbalizó su intención, en medio de una crisis de llanto. Es así como deciden realizar la consulta indicada hace unos días en la salita de su barrio, concurriendo a la guardia de este hospital.

Al examen se encuentra vigil, orientada globalmente. Con conciencia de situación y de síntoma; con conciencia parcial de enfermedad. Con aspecto descuidado. Actitud al comienzo reticente, luego colaboradora. Eumnésica. Discurso organizado, que conserva su idea directriz, con curso enlentecido. No despliega ideación delirante, niega alteraciones sensorio-perceptivas. Hipertimia displacentera, angustia, ideas de ruina, desesperanza y muerte. Pesimismo, ideas de minusvalía. Con pobre crítica de situación, y escasa respuesta a la contención verbal. No rectifica la ideación.

Niega antecedentes personales de tratamientos o consultas psiquiátricas. Niega antecedentes personales de consumo de sustancias o de alcohol. Refiere antecedente familiar, de su abuelo paterno, de muerte por suicidio consumado.

B. Descripción de la temática

El término suicidio deriva del latín: sui (uno mismo) y caedere (matar); la muerte por si mismo. Es el acto de quitarse la vida.

Los comportamientos suicidas son una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes, desde las ideas pasivas de muerte, hasta la conducta suicida en sí, en sus diferentes grados de severidad. Adopta entonces, diferentes denominaciones, con una gravedad creciente: ideación, intencionalidad, gesto, suicidio frustrado, parasuicidio, y suicidio consumado, que iremos describiendo a lo largo de este capítulo.

El suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Según datos del año 2019 de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), cada año cerca de ochocientos mil (800.000) personas mueren por suicidio, siendo la segunda causa principal de muerte entre personas de quince (15) a veintinueve (29) años de edad; estimándose que por cada adulto que se suicidó, hay otras veinte (20) personas que lo intentaron. En el año 2019 la OMS declaró el lema “el suicidio se puede

prevenir” para el Día Mundial de la Salud Mental (LEY NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO N° 27.130, DECRETO REGLAMENTARIO 603/2021).

La mayoría de los suicidios son previsibles por lo que la valoración del riesgo es una tarea de gran importancia, especialmente en la atención de guardia de urgencias.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Se trata de un paciente con ideas de muerte, ideación suicida o intento de suicidio?
- ¿Cómo indagar, en un paciente por guardia, este tipo de ideación?
- ¿Es un acto impulsivo y reactivo a un suceso externo actual, o se trata de un acto premeditado y/o condicionado por sucesos de larga data?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo y los factores protectores que deben tenerse en cuenta al evaluar al paciente con riesgo suicida?
- ¿Qué estrategias, farmacológicas y no farmacológicas, se pueden instaurar, en pacientes con este tipo de cuadros en el dispositivo de guardia?

D. Definiciones

Hipertimia displacentera: aumento en la timia a polo displacentero. Aumento de síntomas como angustia, tristeza, irritabilidad, temores, inseguridad, sensación de futuro desolador.

Ideas de muerte: ideas que tiene una persona de que la muerte le llegue, o que pueda concretar alguna acción para llevarlas a cabo.

Suicidio consumado: es cuando una persona llevó a cabo con éxito un ataque contra su integridad física, y logró provocarse la muerte.

Crítica de situación: se refiere a su capacidad, al momento de la entrevista, de analizar, comunicar y evaluar su realidad o problemática.

Ideación que no rectifica: no puede reflexionar con respecto a su idea, más allá de la contención verbal prolongada.

E. Objetivos

Objetivo general

- El objetivo principal, es describir los atravesamientos de la evaluación del riesgo suicida en el contexto de guardia.

Objetivos esecíficos

- Reconocer los distintos tipos de ideación en relación con la muerte y al suicidio que presenta el paciente en consulta, y determinar su gravedad.
- Identificar los factores de riesgo y de protección del paciente evaluado.
- Poder implementar medidas de intervención, tanto psicológicas como farmacológicas, que resguarden la integridad psicofísica del paciente.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

Definiciones y conceptos

El suicidio es un acto complejo que abarca diversas gradaciones de comportamiento, según su gravedad. La OMS, en un intento de describirlos y de unificar la terminología, propuso términos concretos y útiles, como base común para su denominación y clasificación:

- Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención,
- Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida,
- Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte,
- Ideas pasivas de muerte: deseo de morir sin que exista una clara intencionalidad de hacerse daño (“Me gustaría dejar de sufrir”),
- Ideación suicida: pensamientos o deseos de acabar con la propia vida con alguna intencionalidad suicida,
- Comunicación suicida: transmisión a otras personas de la intención de acabar con la vida,
- Gesto parasuicida: conducta potencialmente autolesiva en la que es evidente que la persona no ha intentado matarse,
- Intento de suicidio: conducta autolesiva con resultado no mortal con alta sospecha de que la persona intentaba provocarse la muerte,
- Suicidio consumado: muerte en la que existe evidencia de que la lesión ha sido autoinfligida con la intención de provocarse la muerte.

En el caso planteado, observamos que la paciente C, presenta a lo largo de su padecimiento, distintos grados de ideación: ideas pasivas (“muchas veces pensé en la muerte...”), intento de suicidio (sobreingesta), ideación suicida (ideas recurrentes de repetir la sobreingesta, ideas de arrojarle bajo el tren), comunicación suicida (nota a su familia). Esto antecedido por un largo periodo de distimia, con vulnerabilidad social y económica, con desconocimiento en parte de sus derechos o poco acceso a los mismos.

Por otro lado, menciona C, su intento fallido por comenzar una terapia hormonal para adecuar su cuerpo, a su identidad y género autopercebido. Cabe aclarar en este punto , que es indispensable tener en cuenta que los procesos de construcción identitaria no conllevan necesariamente un estado de padecimiento. Sin embargo, la concepción binaria y heterocissexista en nuestra sociedad continúa siendo hegemónica, produciendo contextos o situaciones en los que las personas se sientan condicionadas a ocultar su identidad de género, visibilizar de manera selectiva o ser discriminadas por la decisión de manifestarse. En aquellas situaciones en donde se evidencian padecimientos significativos que pueden llevar a la persona a situaciones de riesgo, es importante ofrecer la atención de salud mental y asegurar el acceso urgente a la misma.(Protocolo para la atención de personas trans, travestis y no binarias en el ámbito de la salud. PUBLICACIÓN: 18 DE MARZO DE 2021. HCDN).

Factores de riesgo y de protección

La mayoría de los suicidios son previsibles, por lo que la valoración del riesgo de autolisis es una tarea de gran importancia, especialmente en la atención urgente.

Para ello es importante conocer los factores de riesgo y los factores de protección del suicidio. Pero, ¿qué son, y cuáles son estos factores?

Un factor de riesgo, es una característica detectable en individuos o grupos (no es necesariamente el factor causal) asociada con una mayor probabilidad de sufrir un daño en la salud. Y los factores protectores, son aquellos recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo del evento.

Los factores de riesgo se clasificaron en cuatro amplios dominios: sociodemográfico, clínico, antecedentes familiares y eventos vitales adversos. (Favril L, Yu R, Uyar A, et al. Salud mental basada en Evid 2022;25:148-155. Factores de riesgo de suicidio en adultos: revisión sistemática y metanálisis de estudios de autopsias psicológica)

FACTORES DE RIESGO				FACTORES PROTECTORES
SOCIODEMOGRÁFICO	CLÍNICO	ANTECEDENTES FAMILIARES	EVENTOS VITALES ADVERSOS	
Aislamiento social, desempleo, extremos socioeconómicos. Profesiones muy cualificadas o de alto nivel de estrés. Fácil acceso a medios letales. Varones de raza blanca mayor tasa de suicidio, seguido de raza negra, hispanos y asiáticos. Mujeres mayor tasa de ideación suicida. Edad: entre los 15 y los 39 mayor tasa de intentos. Mayor de 75, tasa de suicidio 3 veces superior.	Antecedentes de autolesión, intento de suicidio previo. depresión: riesgo 20 veces mayor respecto a la población general, seguida del trastorno límite de la personalidad y el trastorno del espectro de la esquizofrenia. El trastorno por consumo de alcohol y el trastorno por consumo de drogas, riesgo 6 veces mayor comparación con la población general. Enfermedades médicas (dolor, enfermedades de mal pronóstico, pérdida de movilidad)	Antecedente familiar de trastorno mental, suicidio, e intento de suicidio (mayor en sexo femenino y en familiar de primer grado)	Conflictos de relación, problemas legales y conflictos familiares. Los eventos vitales adversos ocurridos durante el mes anterior aumentan 10 veces el riesgo de suicidio.	Apoyo social y familiar. El embarazo, la maternidad y la paternidad. Valores y actitudes positivas. Presencia de habilidades y recursos de afrontamiento para la resolución de problemas. Religiosidad y pertenencia a un culto. Tratamiento regular en pacientes con enfermedad mental, física, alcoholismo o abuso de sustancias.

Por otro lado, los factores de riesgo en el seguimiento a corto y largo plazo difieren:

Los factores de riesgo de suicidio a corto plazo, es decir, dentro de los 5 años, son el método violento en el intento inicial, y la distimia. Los factores de riesgo de suicidio a largo plazo, es decir, más de 5 años después del intento índice, son ser repetidor y ser diagnosticado con depresión mayor o psicosis. La presencia de intentos de suicidio anteriores al intento índice sigue siendo un factor de riesgo importante a muy largo plazo (Probert-Lindström S, Berge J, Westrin Å, et al. Factores de riesgo de suicidio a largo plazo en intentos de suicidio examinados en una emergencia médica en una unidad de pacientes: resultados de un estudio de seguimiento de 32 años. Abierto BMJ 2020;10:e038794. doi:10.1136/bmjopen-2020-038794e.)

Con respecto a nuestro caso, la paciente C ,tiene factores de riesgo presentes en los cuatro dominios, ya que se encuentra desempleada, aislada de parte de su familia y amistades, con conflicto de relación con el padre de sus hijos, con antecedente de intento previo reciente , y antecedente familiar de suicidio. Cuenta, como factor de protección, con la presencia de su madre y de sus hijos.

La existencia de amenazas o intentos de suicidio previos es el factor de riesgo suicida más importante. Los pacientes con antecedentes de tentativas previas tienen un riesgo cinco veces superior al de la población normal.(Chinchilla Moreno, Alfonso. 2011,Breviario de urgencias psiquiátricas)

Características del método

Otra variable a tener en cuenta, es valorar la gravedad del intento de suicidio, junto con la evaluación de los factores de riesgo. Tener en cuenta:

- Lapeligrosidad del método: Los métodos violentos (precipitación, atropello, ahorcamiento, apuñalamiento o disparo con arma de fuego) guardan una mayor relación con la intencionalidad letal. Las intoxicaciones, llevadas a cabo con medicamentos, suelen ser menos graves.

- La conciencia de la efectividad del método: Debe valorarse el grado de asombro que produce en el paciente las consecuencias de su acción, dado que, a veces, existe una creencia errónea acerca de la letalidad del intento.
- El grado de planificación: realizar notas de despedida, testamentos o seguros de vida orientan hacia la existencia de una premeditación en el acto y, por tanto, una mayor gravedad del mismo.
- El grado de ocultamiento: Debe tenerse en cuenta si en el intento suicida se llevan a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar el rescate.
- Finalidad: En ocasiones, el acto suicida busca demostrar un malestar o provocar una reacción en el entorno del paciente. Como un acto de manipulación, lo que implicaría un menor riesgo de consumación del acto, aunque no debe desestimarse.

Impacto de la pandemia COVID-19

La pandemia generó nuevos factores de riesgo, por ejemplo, mayor aislamiento que lleva a la pérdida del apoyo social y de estrategias de afrontamiento como jugar deporte o actividades recreativas. Otros factores de riesgo por causa de la pandemia incluyen menos acceso a los servicios de atención médica y recursos comunitarios, pérdidas traumáticas y aumento de factores estresantes en el hogar. En 2020 las tasas de suicidio mostraron un descenso en términos generales, sin embargo han aumentado en mujeres menores de 25 años y otros grupos minoritarios, como hombres adultos afrodescendientes no hispanos, nativos estadounidenses y latinos/hispanos, los cuales registraron un aumento del 3, 8 y 5 por ciento respectivamente. (Centers for Disease Control and Prevention. 2022. Provisional Numbers and Rates of Suicide by Month and Demographic Characteristics: United States, 2021. Curtin, S.C., et al authors. Vital Statistics Rapid Release Report No. 24, September 2022.)

En el caso de nuestra paciente, a partir de la pandemia perdió su empleo y se sumaron los factores económicos y sociales, a los personales y vinculares que ya padecía.

Factores genéticos y neurobiológicos

En varios estudios se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y 77 además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre)." (García de Jalón, E. & Peralta, V.) (Suicidología Comunitaria para América Latina ISBN 978 - 607 - 96454 - 8 - 9 Primera edición, octubre de 2017 © Carlos Martínez De esta edición: 2017, ALFEPSI Editorial Latinoamérica)

Abordaje e intervención

Se debe realizar una adecuada anamnesis, para obtener la información necesaria y lograr una acertada valoración. Procurar un ambiente tranquilo y de intimidad, haciendo una entrevista directa al paciente, y también en forma indirecta a quien la acompaña, en este caso su madre.

La evaluación se realiza idealmente, de forma interdisciplinaria, para abarcar la mayoría de los aspectos implicados en salud mental: psíquicos, psicológicos y socioambientales.

Se debe hablar del tema suicidio, e indagar la ideación, de manera franca y directa. teniendo en cuenta, que hablar de ideas suicidas no es un factor inductor de las mismas. Por el contrario, es un elemento que disminuye la ansiedad, ya que el paciente se siente comprendido en su situación. Es válido preguntar: ¿ha pensado en la muerte?, ¿con qué frecuencia, ante cuales circunstancias?, ¿ha pensado en la manera de hacerlo?, ¿tiene un plan ideado?.

En el caso de nuestra paciente C, una vez evaluada la situación de riesgo, habiendo valorado el tipo de ideación presente al momento de la consulta, los factores de riesgo y de protección, se indica como estrategia terapéutica, una internación psiquiátrica involuntaria, en los términos de la ley nacional de salud mental 26.657 , por considerar que la paciente, presenta riesgo cierto e inminente para sí y /o para terceros.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- El suicidio es prevenible si se tienen en cuenta factores de protección y riesgo.
- Se debe evaluar la presencia de ideas suicidas en forma directa en pacientes con trastorno del ánimo depresivo y con antecedentes con conductas impulsivas.
- El abordaje debe ser interdisciplinario para una adecuada valoración de los recursos del paciente y del entorno con el que cuenta.
- Es importante diferenciar los distintos tipos de ideación de muerte, que puede ser con o sin intención suicida.

H. Bibliografía sugerida

Manual de urgencias psiquiátricas, S.LopezGaldos, ed. Panamericana 2023
Suicidología Comunitaria para América Latina ISBN 978 - 607 - 96454 - 8 - 9 Primera edición, octubre de 2017 © Carlos Martínez De esta edición: 2017, ALFEPSI Editorial Latinoamérica
Breviario de urgencias psiquiátricas. Alfonso Chinchilla Moreno, Editorial Masson. 2011 Elsevier España, S.L. ISBN: 978-84-458-2036-0
Ley Nacional de Prevencion del suicidio, decreto 603/2021, DCTO-2021-603- APN-PTE- Ley 27.130. Reglamentación. Ciudad de Buenos Aires, 09/09/2021 (Infoleg)

I. Referencias bibliográficas

Manual de urgencias psiquiátricas, S.LopezGaldos, ed. Panamericana 2023
Fundación Huésped y ATTTA (2021). Estado de salud y factores asociados en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina. Buenos Aires
Probert-Lindström S, Berge J, Westrin Å, et al. Factores de riesgo de suicidio a largo plazo en intentos de suicidio examinados en una emergencia médica en una unidad de pacientes: resultados de un estudio de seguimiento de 32 años. Abierto BMJ 2020;10:e038794. doi:10.1136/bmjopen-2020-038794e
bjp. Suicidio e intentos de suicidio en adultos: explorando el riesgo de suicidio 24 meses después de una visita a la sala de emergencias psiquiátricas. Braz J Psiquiatria. 2020 julio-agosto;42(4):367-372 doi:10.1590/1516-4446-2019-0583 Asociación Brasileña de Psiquiatria 00000000-000
Favril L, Yu R, Uyar A, et al. Salud mental basada en Evid 2022;25:148-155. Factores de riesgo de suicidio en adultos: revisión sistemática y metanálisis de estudios de autopsias psicológica
Suicidología Comunitaria para América Latina ISBN 978 - 607 - 96454 - 8 - 9 Primera edición, octubre de 2017 © Carlos Martínez De esta edición: 2017, ALFEPSI Editorial Latinoamérica
Protocolo para la atención de personas trans, travestis y no binarias en el ámbito de la salud. PUBLICACIÓN: 18 DE MARZO DE 2021. HCD
Breviario de urgencias psiquiátricas. Alfonso Chinchilla Moreno, Editorial Masson. 2011 Elsevier España, S.L. ISBN: 978-84-458-2036-0
Centers forDisease Control and Prevention. 2022. Provisional Numbers and Rates of Suicide byMonth and DemographicCharacteristics: UnitedStates, 2021. Curtin, S.C., et al authors. Vital Statistics Rapid ReleaseReport No. 24, September 2022.)
Ley Nacional de Prevencion del suicidio, decreto 603/2021, DCTO-2021-603- APN-PTE- Ley 27.130. Reglamentación. Ciudad de Buenos Aires, 09/09/2021 (Infoleg)

Caso #4

**“Abordaje interdisciplinario de un caso de
Guardia de Salud Mental: rol del
farmacéutico en las decisiones clínicas”**

**WFM Butkus - G Canci - C Ciencia - GG Gómez
PA Giménez - KF Lezcano - MN Manzi - D Nobile**

A. Descripción del caso

Paciente masculino de 23 años, que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Torcuato de Alvear. El paciente es traído por la Policía de la Ciudad debido a que lo encontraron en la vía pública muy alterado, con signosintomatología compatible con agitación psicomotriz y realizando disturbios, lo cual motivó el llamado de vecinos al 911.

El paciente fue trasladado hasta el Hospital con un oficio librado por el Comisario de la Seccional y en un móvil policial, munido de las huellas dactilares debido a que se encontraba sin documentación. Al ingresar a Guardia del nosocomio, los profesionales que lo evalúan observan signos de intoxicación con una conducta desafiante y agitada. Deciden realizar un dosaje de drogas abuso ilícitas en orina debido a que presentaba un estado de severo nerviosismo, agitación e incluso agresividad en escalada. Este cuadro motivó que el psiquiatra de guardia le indique medicación psicofarmacológica vía intramuscular la cual a los 30 minutos tuvo una respuesta favorable.

Solicitan el estudio bioquímico al Farmacéutico de Guardia quien le provee al enfermero en presencia del médico solicitante el material para realizarlo. Se le explica al paciente el pedido y procedimiento, el cual se encontraba ya más tranquilo y con capacidad de comprensión, quien brinda una muestra de orina para la realización del mismo.

Al recibir los resultados de las pruebas analíticas se observa un resultado positivo para cannabis en orina y negativo para cocaína, lo cual se deja asentado en planillas para tal fin así como en la Historia Clínica del paciente firmada por el médico que solicita el estudio.

B. Descripción de la temática

Los cuadros con signosintomatología psiquiátrica por consumo de sustancias tienen una alta prevalencia en las Guardias de Salud Mental. El conocimiento de éstos tiene importancia no sólo por la etiología y cuestiones diagnósticas, sino por el abordaje clínico, psiquiátrico y farmacológico que se llevará a cabo dado las especificidades e interacciones a tener en cuenta. Asimismo, es determinante del lugar a ser trasladado el paciente.

El Farmacéutico de Guardia es un profesional del equipo interdisciplinario de Salud Mental quien prepara, entrega y controla los fármacos a la Guardia y a los pacientes en función a la prescripción realizada por el galeno. También provee los kits para detección de sustancias indicados por el galeno e informa sobre los atravesamientos del resultado del mismo.

En el presente caso nos centraremos en las bases químicas de los test para detección de sustancias en orina, su impacto clínico, cuestiones relativas al resultado y demás especificaciones que tienen los mismo en un contexto de abordaje interdisciplinario del paciente con patología mental.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Qué nivel de seguridad tienen los tests de detección de sustancias en orina?
- ¿Pueden brindar resultados falsos o sin certeza?
- ¿El tratamiento psiquiátrico de un paciente puede alterar el resultado del test en orina de sustancias?
- ¿Dónde se debe documentar el resultado y resguarda el test en orina?

D. Definiciones

Test bioquímico en orina: Conjunto de una o más pruebas o exámenes realizados para analizar el contenido químico de una muestra de orina

Cromatografía: Método de análisis químico para la separación de los componentes de una mezcla por distribución entre dos fases, una estacionaria y otra móvil.

Farmacéutico de Guardia: Profesional que efectúa durante las 24 horas del día, las funciones profesionales, en relación con la emergencia del hospital, cumpliendo con las normas y reglamentaciones vigentes

Drogas de abuso ilícitas: Las drogas ilícitas son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellas sustancias cuya “producción, venta y consumo están prohibidos” y que pueden generar cambios en el estado de conciencia, ánimo, procesos de pensamiento y funciones motoras de los individuos que las utilizan

Inmunoensayos en orina para detección de drogas: método utilizado para rastreo examen preliminar de consumo de drogas de abuso ilícitas. Estos ensayos permiten a los laboratorios eliminar una gran cantidad de especímenes negativos y enfocarse en una cantidad menor de muestras inicialmente positivas.

E. Objetivos

Objetivos Generales:

- Plantear la importancia de la utilización de test de sustancias en orina en contexto de la emergencia.
- Establecer pautas de atención integral e interdisciplinaria del paciente con patología mental en un contexto de seguridad y con herramientas seguras.

Objetivos Específicos:

- Incluir los test de detección bioquímica de sustancias en el contexto de la evaluación integral del paciente
- Describir las bases bioquímicas de la realización de detección de sustancias en orina
- Determinar posibles falsos resultados en las pruebas de detección de sustancias en orina así como interacciones que hubieren con psicofármacos
- Plantear atravesamientos administrativos en los test de detección de sustancias en orina

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

El Farmacéutico de Guardia es un profesional de la salud que compone el equipo interdisciplinario de salud mental. Es el responsable del control técnico y administrativo de la Farmacia, en ausencia del Jefe del Servicio, el Jefe de Droguería y el jefe de Esterilización, tomando decisiones de acuerdo a las normas preestablecidas por el Jefe de Farmacia. Dentro de sus tareas, prepara y dispensa los pedidos de medicación y otros insumos farmacéuticos del sector de urgencia, realiza la recepción, registro y control de los gases medicinales, dispensa recetas de distintos sectores del hospital con el debido registro de las mismas. También realiza la esterilización de urgencia y es partícipe en aportar información de faltas y requerimientos de insumos farmacéuticos, la recepción de insumos, preparación de fórmulas magistrales y controla y repone el botiquín del sector de urgencia. En la urgencia, la participación es no sólo central para que el tratamiento indicado al paciente sea eficaz, sino que interactúa en distintos procesos con diversos actores profesionales y no profesionales del sector de urgencias.

En el caso planteado, se solicitó al Servicio de Farmacia la entrega de una unidad de test de prueba de multidroga en orina. Dicha prueba es un método cromatográfico cualitativo ¹para detectar la presencia de drogas y/o sus metabolitos en orina humana de acuerdo con puntos de corte específicos y en un sólo ensayo. La prueba provee un resultado analítico de tipo preliminar.

Los inmunoensayos en orina para detección de drogas se han convertido en uno de los métodos más aceptados para rastreo y examen preliminar, con impacto en las decisiones clínicas a tomar en un contexto como la emergencia/urgencia así como en la construcción diagnóstica para despejar diagnósticos diferenciales.

¹ Método de separación en el que los componentes a desglosar se distribuyen entre dos fases una de las cuales constituye la fase estacionaria de amplio desarrollo superficial y la otra fase es un fluido que pasa a lo largo a través de la fase estacionaria

La prueba de multidroga en un sólo paso en panel (orina) sirve para la detección de las siguientes drogas que se incluyen en el siguiente cuadro [Gráf. 1] y puede realizarse sin necesidad de ningún otro aparato o tecnología. En el cuadro se incluye la prueba, su calibrado y punto de corte en nanogramos por mililitro.

Gráfico 1.

Prueba	Calibrador	Cut-off (ng/ml)
Amfetamina (AMP)	d-Amfetamina	1.000
Amfetamina (AMP 500)	d-Amfetamina	500
Amfetamina (AMP 300)	d-Amfetamina	300
Barbitúrico (BAR)	Secobarbital	300
Benzodiazepinas (BZO)	Oxazepam	300
Buprenorfina (BUP)	Buprenorfina	10
Cocaína (COC)	Benzoilecgonina	300
Cocaína (COC 150)	Benzoilecgonina	150
Marihuana (THC)	11-nor- Δ^9 -THC-9 COOH	50
Metadona (MTD)	Metadona	300
Metabolito de la metadona (EDDP 100)	2-Etilideno-1,5-Dimetil-3,3-Difenilpirrolidina (EDDP)	100
Metanfetamina (MET)	d-Metanfetamina	1.000
Metanfetamina (MET 500)	d-Metanfetamina	500
Metanfetamina (MET 300)	d-Metanfetamina	300
Metilenedioximetanfetamina (MDMA)	d,l-Metilenedioximetanfetamina	500
Morfina (MOP 300)	Morfina	300
Opiáceo (OPI 2000)	Morfina	2.000
Oxicodón (OXY)	Oxicodón	100
Fenciclidina (PCP)	Fenciclidina	25
Propoxifeno (PPX)	Propoxifeno	300
Antidepresivos Tricíclicos (TCA)	Nortriptyline	1.000
Tramadol (TRA)	Tramadol	100
Ketamina (KET)	Ketamina	1.000
Cotina (COT)	Cotina	100
Fentanilo (FTY)	Norfentanilo	20

Esta prueba no distingue entre drogas de abuso y ciertos medicamentos. Se pueden dar resultados positivos preliminares cuando hay prescripción a antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, benzodiazepinas, metadona, buprenorfina u opiáceos ingeridos, aun cuando sean dosis terapéuticas. No hay niveles de drogas uniformemente reconocidos para estas drogas bajo prescripción en la orina

El sistema de prueba consta de un sistema cromatográfico de flujo lateral² de un paso con tiras reactivas que incluyen:

- una almohadilla conjugada color vino que contiene anticuerpos antidrogas
- una membrana de nitrocelulosa que contiene una línea T (test line o línea de examen) y una línea C (control line o línea de control). La línea T es revestida con el antígeno de droga mientras que la línea C es revestida con el anticuerpo IgG

La droga o el metabolito de droga presentes en la orina compite con el antígeno cubierto en la membrana de nitrocelulosa para los sitios de unión limitada de los anticuerpos conjugados.

Cuando una cantidad de orina adecuada es aplicada a la almohadilla de muestra en el dispositivo, la orina emigra por acción capilar a través de las tirillas reactivas. Si el nivel de droga en la muestra es inferior al punto de corte, la línea color vino tendrá que unirse con los antígenos revestidos en la membrana de nitrocelulosa y formar una línea T color vino indicando un resultado negativo.

Si el nivel de droga en la orina es igual o mayor al punto de corte del examen, se unirá con los anticuerpos conjugados de manera que ninguna línea T se forme, indicando así un resultado positivo.

La línea C deberá formarse independientemente si hay o no presencia de la droga a examinar

El procedimiento del examen consta de:

²Los inmunoensayos de flujo lateral (IFL) se basan en el uso de membranas de nitrocelulosa como soporte de las reacciones inmunológicas. Son pruebas utilizadas para detectar la presencia o ausencia de un analito de interés biotecnológico en una muestra líquida

- Obtención de la muestra

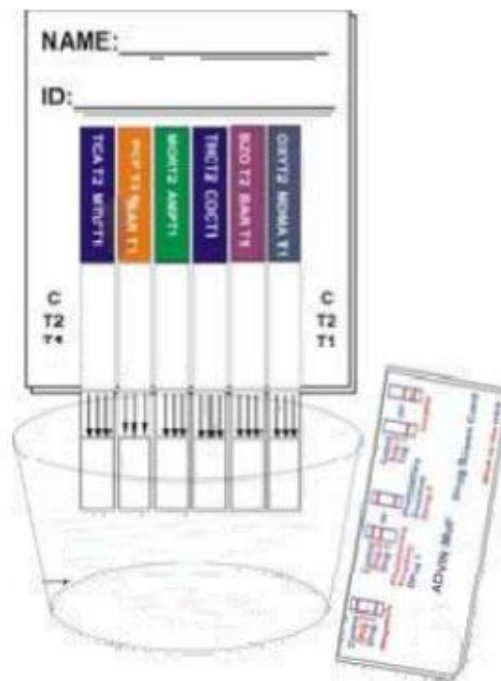
Se debe tomar la muestra de orina en un envase limpio y seco. Puede utilizarse muestras de orina recogidas en cualquier momento del día y las muestras de orina pueden almacenarse hasta 48 horas a una temperatura comprendida entre 2 y 8 C°. Si la muestra fue refrigerada deberá primeramente estabilizarse a temperatura ambiente antes de examinar

Método de inmersión

Se debe remover la tapa e insertar el dispositivo en la muestra por lo menos 10 segundos. La superficie de la muestra deberá estar por encima de la entrada de muestra y por debajo de las puntas de flecha en la ventana. Posteriormente a 10 segundos se puede remover el dispositivo de la muestra.

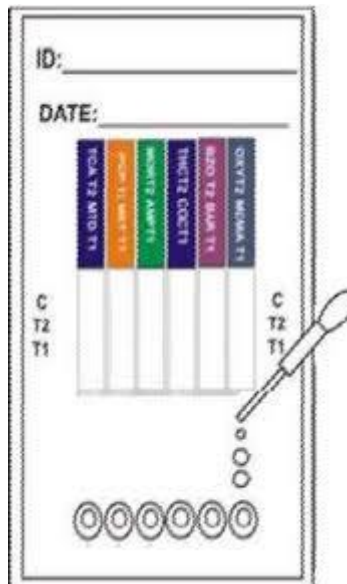
Descripción detallada del procedimiento

1. Retirar la tarjeta de inmersión del empaque sellado y escribir el nombre del paciente o ID en el dispositivo en el espacio proporcionado, retirar la tapa.
2. Con las flechas apuntando hacia la muestra de orina, sumergir la punta de la muestra verticalmente en la muestra de orina durante al menos 20 segundos. Colocar nuevamente la tapa en la tarjeta de inmersión y colocarla sobre una superficie plana.
3. Leer el resultado de la prueba en 5 minutos. Los resultados permanecerán estables por 60 minutos.
4. Leer los resultados de las tiras de adulterantes mediante una comparación visual del color de las almohadillas reactivas a los bloques de color correspondientes en 3 a 5. minutos



Método alternativo

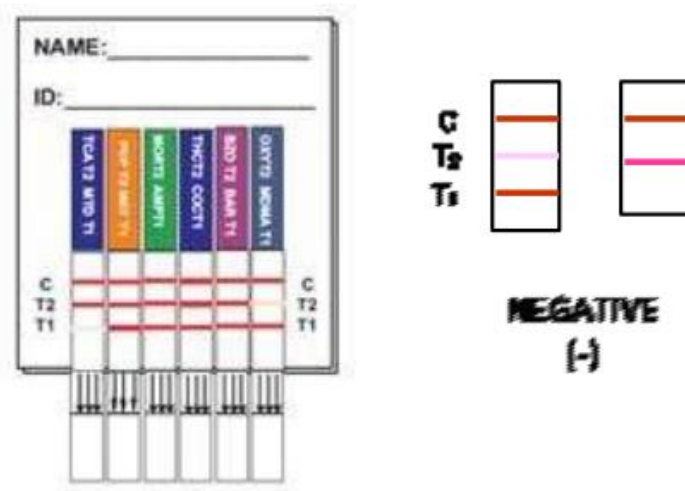
Este método es recomendado para volúmenes de muestra pequeños. En este caso se debe remover la tapa, tomar la pipeta del sobre, presionar la burbuja para llenar la pipeta con la muestra hasta llenar el contenedor, luego verter toda la muestra en la entrada de muestra, posteriormente poner la tapa de vuelta en el dispositivo y colocarla en una superficie plana y seca.



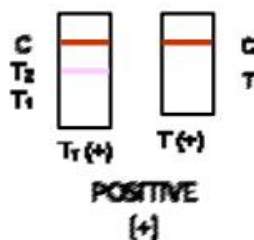
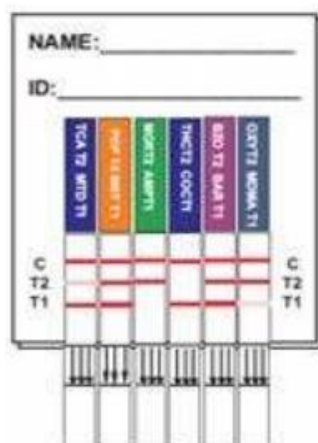
- Lectura de resultados

Los resultados del examen se deben leer entre 5 y 7 minutos, no se aconseja interpretar resultados pasados los 10 minutos después de añadir la muestra. Una línea roja o rosa debe aparecer al lado la de la "C" (control) en todas las tiras de prueba. La aparición de la línea roja o rosa del lado de la "C" en las tiras de prueba indica que la prueba ha funcionado correctamente.

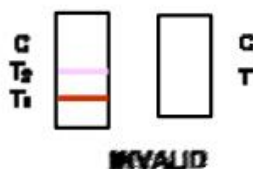
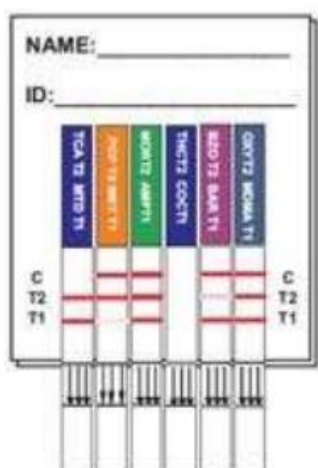
Resultado Negativo: Una línea roja o rosa a lado de la "T1" o "T2" (línea de prueba) debajo del nombre de la droga indica un resultado negativo para esa droga. Si la línea de prueba aparece a lado de "T1" o "T2" para todas las drogas la muestra es considerada negativa. Ciertas líneas pueden aparecer más claras o más delgadas que otras líneas.



Resultado Presuntivo Positivo: Si NO aparece una línea roja o rosa al lado de "T1" o "T2" debajo del nombre de la droga, la prueba puede contener esa droga. En este caso se recomienda enviar la muestra a un laboratorio para su confirmación. La ilustración de la muestra un resultado presunto positivo para AMP y THC, pero negativa para todas las otras drogas.



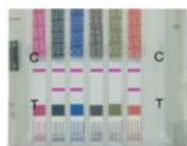
Resultado Inválido: Una línea de color siempre debe de aparecer junto a la letra “C” en cada tira de prueba. Si no aparece una línea de control en cada línea de prueba, el resultado es inválido. La ilustración muestra que NO hay línea junto a la letra “C” en la primer tira (MTD, TCA) y la cuarta tira (COC, THC). El resultado para esas tiras de prueba es inválido.



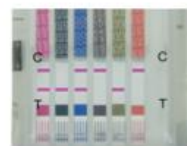
Precauciones

En primer lugar, se debe chequear la fecha de caducidad, las pruebas deben permanecer en bolsas selladas hasta el momento de uso y toda muestra debe considerarse como potencialmente infecciosa por lo que debe manejarse con las mismas precauciones que los agentes infecciosos. Se enfatiza que la muestra, una vez utilizada, debe desecharse en bolsa roja.

Si comparamos los colores obtenidos en las tiras reactivas con los colores que aparecen en la tabla impresa (testigo), se obtienen resultados semicuantitativos de las pruebas, como se ve en el gráfico:



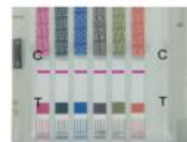
Positiva en Anfetaminas,
Morfina/Opiáceos y Marihuana.
Negativa en Benzodiazepina,
Cocaína y Éxtasis.



Positiva en Morfina/Opiáceos
y Éxtasis.
Negativa en Anfetaminas
y Cocaína.
Inválida* en Benzodiazepina
y Marihuana.
*Realizar prueba de nuevo



Prueba Negativa
en todas las drogas



Prueba Positiva
en todas las drogas

I

El método presenta limitaciones dado es una prueba de multidroga, que proporciona un resultado analítico preliminar de tipo cualitativo. Los errores técnicos y/o la presencia de sustancias que interfieran en la muestra de orina pueden arrojar resultados erróneos. Asimismo, la presencia de adulterantes como la lejía y/o alumbre en la muestra de orina pueden también dar resultados erróneos independientemente del procedimiento utilizado. En el caso que se pudiese sospechar de adulteración de la orina se deberá repetir el ensayo utilizando otra muestra de orina.

Destacamos que el resultado negativo no indica precisamente ausencia de drogas dado que se pueden obtener resultados negativos cuando los niveles de droga presentes en orina están por debajo del cut-off de la prueba.

Además, la prueba no discrimina entre droga de abuso y medicamentos (drogas lícitas y terapéuticas) por lo cual pueden obtenerse falsos positivos en los resultados. Algunos alimentos y complementos dietarios pueden dar falsos positivos o sinérgicamente variar con otros factores un resultado falso positivo. Estos mismos se muestran en el Gráf. 2.

Gráf. 2

Compuestos que no Muestran Reactividad Cruzada			
4-acetamidofenol	Dicloclorina	Lidocaína	Fenotiazina
Acetona	Diffunisal	Lindano	Prednisolona
Acetofenetidina	Digoxina	Litio	Prednisona
Ácido acetilsalicílico	4-dimetilaminoantipirina	Lopramida	d,l-Propanolol
Albumina	Difenhidramina	l-tiroxina	Quinacrina
Ácido alfa-naftalenacético	5,5-difenilhidantoína	Meperidina	Quinidina
Aminofenazona	2-etil-5-metil-3,3-difenilpiralina	Metacualona	Quinina
Amoxapina	Eritromicina	Meprobamato	R(-) deprenilo
Amoxicilina	β-estradiol	l-metanfetamina(-)	Riboflavina
Ampicilina	Estrona-3-sulfato	deoxiefedrina	Ácido salicílico
Apomorfina	Alcohol etílico	Metoxifenamina	Seroquel
Ácido ascórbico	p-aminobenzoato de etilo	Metilfenidato	Serotonina
Aspartamo	Etodolaco	Metiprilón	Sertralina
Atropina	Famprofazona	Metoprolol	Cloruro de sodio
Ácido benzoico	Fenoprofeno	N-Acetilprocainamida	Sulfadimidina
Ácido benzoico	Fluoxetina	Ácido nalidixico	Sulindac
Bencidamina	Furosemda	Nalorfina	Tetraciclina
Bromfeniramina	Ácido gentísico	Naproxeno	Tetrahidrocortisona-3-acetato
Cafeína	d-glucosa	Nicotinamida	Tetrahidrozolina
Canabidiol	Éter de glicerol de guaiacol	Nifedipino	Teofilina
Cloralhidrato	Hemoglobina	Nimetulida	Tiamina
Cloranfenicol	Hidralazina	Noretindrona	Tioridazina
Cloroquina	Hidroclorotiacida	Noscapina	Tolbutamida
Clorotiacida	Hidrocortisona	d,l-Octopamina	Trans-2-fenilciclopropilamina
Clorpromazina	Ácido o-hidroxihipúrico	Orfenadrina	Trazodona
Clorprotixeno	3-Hidroxitiramina	Ácido oxálico	Triamtereno
Colesterol	Hidroxicina	Ácido oxolínico	Trifluoperazina
Cimetidina	Ibuprofeno	Oximetazolina	Trimetoprima
Clonidina	lproniazid	Papaverina	d,l-Triptofano
Cortisona	Isoproterenol	Pemolina	d,l-Tirosina
Creatinina	Lsoxsuprina	Penicilina	Ácido úrico
Desoxicorticosterona	Kanamicina	Pentazocina	Verapamilo
Dextrometorfano	Ketoprofeno	Fenelzina	Zomepirac
Diclofenaco	Labetalol	Feniramina	

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- Los test de detección de sustancias en orina son un recurso complementario para la construcción de los diagnósticos diferenciales en casos agudos.
- El pedido de test de detección de sustancias en orina debe estar circunscripto en un abordaje integral e interdisciplinario del paciente donde confluyen las tareas del personal médico, de enfermería y de farmacia
- Las pruebas de los test de detección de sustancias en orina se basa en un método cromatográfico cualitativo para la detección de las drogas o sus metabolitos, y sus resultados son de tipo preliminar
- Un resultado negativo en los test de sustancias en orina no implica la certeza de ausencia de droga dado cada una tiene un cut off.

H. Bibliografía sugerida

Morán Chorro, I., Martínez, J., Marruecos-Sant, L., & Nogué, S. (2011). Toxicología clínica. Publidias.
 Reyes, E. R. (2016). Introducción a la toxicología.
 Clark, M.A., Finkel, R., Rey, J. A, Whalen, K. Farmacología. 5ta edición, Ed Wolters Kluwer
 Goodman, L. S. (1996). Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics (Vol. 1549, pp. 1361-1373). New York: McGraw-Hill.

I. Referencias bibliográficas

Baselt, R. C., & Cravey, R. H. (1982). Disposition of toxic drugs and chemicals in man (Vol. 33). Davis, CA: Biomedical publications.
 Cody, J. T. (1990). Specimen Adulteration in Drug Urinalysis. Forensic Science Review, 2(1), 63-75.

- Hawks, R. L., & Chiang, C. N. (1986). Urine testing for drugs of abuse (Vol. 73). Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Drug Abuse.
- Manual de organización, procedimientos y normas de los servicios de Farmacia Hospitalaria. Res N° 1363/SS/00
- Tietz, N. W., & Andresen, B. D. (1986). Textbook of clinical chemistry. (No Title).
- Tsai, S. C., ElSohly, M. A., Dubrovsky, T., Twarowska, B., Towt, J., & Salamone, S. J. (1998). Determination of five abused drugs in nitrite-adulterated urine by immunoassays and gas chromatography-mass spectrometry. *Journal of analytical toxicology*, 22(6), 474-480.
-

Caso #5

“Catatonía aguda de inicio súbito”

F Feu - F Pace - JF Vidales Rachini

A. Descripción del caso

Paciente de 50 años que concurrió a Guardia de Hospital de Emergencias Psiquiátricas por la noche, traída por su familia en silla de ruedas.

La paciente se encontraba estuporosa con mirada atónita, perpleja, ausencia de parpadeo, mímica facial y mutismo. Se objetivó flexibilidad cérica, catalepsia, miembros superiores e inferiores con negativismo y oposicionismo, sin rigidez en rueda dentada, piel seborreica y brillante dermografismo. No presentaba sintomatología de foco neurológico objetivable.

Signos vitales acordes a parámetros normales. Glucemia 96 mg/dl (Glucotest).

En la anamnesis dirigida a los familiares, estos refirieron antecedente de tratamiento psiquiátrico hacía diez años, el cual había finalizado sin indicación médica.

El motivo de consulta había sido cambios en su conducta (conductas bizarras) desorientación temporo-espacial, nerviosismo, irritabilidad con labilidad afectiva, discurso desorganizado, incoherente sin idea directriz, de comienzo rápido y con pronta remisión sintomática con el tratamiento psicofarmacológico.

A su vez negaron consumo de sustancias y tratamientos farmacológicos, enfermedad neurológica, metabólica y cardiovascular al momento de la consulta.

En relación al episodio por el que consultaron a la urgencia refirieron que la paciente comenzó con discurso incoherente, conductas bizarras y desorganizadas, desorientación auto/alopsíquica, excitabilidad, latencia en la respuesta ese mismo día por la mañana y que adoptó la sintomatología motora mencionada dos horas antes de arribar al hospital.

Dado los antecedentes y la ausencia de referencia a etiología tóxica, neurológica, metabólica y cardiovascular se decidió comenzar con tratamiento psicofarmacológico con Lorazepam 4 mg (IM), a la vez que se solicitó derivación a Hospital General para evaluación clínica y estudios complementarios correspondientes. Luego de una hora de evaluación permanente y conducta expectante presentó leve mejoría sintomática, con mayor contacto visual, leve parpadeo, laconismo, pararrespuestas, mayor flexibilidad de miembros superiores e inferiores por lo que se indica nuevamente Lorazepam 4 mg (IM). Luego de treinta minutos la sintomatología motora disminuyó francamente. La paciente comenzó a responder preguntas de forma coherente y acorde, orientada auto y alopsíquicamente, menor latencia en la respuesta, presencia de mímica facial, comenzó a deambular por sus propios medios de forma lenta, sin catalepsia, ausencia de dermografismo.

Finalmente fue derivada mediante ambulancia a Hospital General para continuar su evaluación diagnóstica y terapéutica.

B. Descripción de la temática

En este capítulo se abordará el cuadro de un paciente con sintomatología compatible con un cuadro de catatonía aguda, en el contexto de una Guardia en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas, teniendo en cuenta la incumbencia del caso por ser de presentación súbita y aguda, el marco de trabajo y las limitaciones pertinentes a la situación de Guardia.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Es adecuado comenzar tratamiento psicofarmacológico empírico ante la imposibilidad en la urgencia de contar con estudios complementarios acordes rápidamente?
- ¿La rápida remisión sintomática ante el tratamiento realizado es indicadora de etiología psiquiátrica?
- ¿Existen indicadores clínicos que nos orienten hacia una mayor probabilidad de etiología no psiquiátrica (ej.: Tóxica, metabólica, neurológica, cardiovascular)?
- ¿Qué refieren las últimas actualizaciones sobre el tratamiento de la catatonía en la urgencia?

D. Definiciones

Extraídas de Bush, G. et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. Acta Psychiatr. Scand. 1996;93(2)

Estupor: ausencia de actividad psicomotora, no relacionado activamente con el entorno; asociado a mutismo completo o falta de respuesta a estímulos dolorosos.

Catalepsia: inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad, adopción de posturas por periodos prolongados de tiempo.

Flexibilidad cérea: resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador.

Mutismo: respuesta verbal ausente o escasa.

Negativismo: oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos.

Manierismo: acto motor repetitivo, complejo y exagerado, sin propósito y extravagante.

Estereotipia: movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a un objetivo.

Oposicionismo: Realización del movimiento opuesto al que es requerido o al que se intenta realizar pasivamente.

Signo de rueda dentada: Rigidez en la que el movimiento pasivo provoca movimientos tipo engranaje.

E. Objetivos

Objetivo general:

- Establecer lineamientos de diagnóstico etiológico diferencial y tratamiento ante un cuadro de catatonía aguda en Hospital de Emergencias Psiquiátricas.

Objetivos específicos:

- Investigar sobre sintomatología motora o prodrómica en la catatonía aguda característica de la etiología psiquiátrica.
- Realizar revisión bibliográfica de tratamientos psicofarmacológicos ante un cuadro de catatonía aguda en la urgencia

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

Introducción

Se considera catatonía como un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por anomalías motoras, que se presentan en asociación con alteraciones en la conciencia, el afecto y el pensamiento. Este cuadro ha sido estudiado a lo largo de los años por diferentes referentes de la psiquiatría, como Wilhelm Griesinger, Karl Kahlbaum, Emil Kraepelin, Leonhard, entre otros. El término catatonía ha sido considerado durante mucho tiempo en las últimas décadas como un especificador de la esquizofrenia (DSM-V), sin embargo, en el año 2019 en la CIE-11 es considerado como un diagnóstico en sí mismo, probablemente colaborando de este modo a su celeridad en el diagnóstico y el tratamiento apropiado.

Dentro del cuadro clínico podemos encontrar:

- Estupor
- Catalepsia
- Flexibilidad cérea
- Mutismo

- Negativismo
- Manierismo
- Estereotipia
- Agitación, no influida por estímulos externos.
- Muecas
- Ecolalia / Ecopraxia.

Si bien, en nuestra especialidad, consideramos un origen de causas psiquiátricas, no se debe obviar que múltiples patologías o sustancias pueden cursar con síntomas catatónicos.

Entre las principales causas médicas podemos encontrar:

Sistema nervioso central:

- Hipoxia cerebral
- Trombosis de la arteria Basilar
- Infarto Bilateral del cíngulo anterior
- Infecciones difusas del SNC
- Traumatismo encefalocraneano
- Hidrocéfalo normotensivo
- Epilepsia

Enfermedades sistémicas:

- Enfermedad de Cushing
- Enfermedad de Addison
- Hipertiroidismo
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Malaria
- Lupus

Fármacos y sustancias:

- Esteroides
- Disulfiram
- Éxtasis (MDMA)
- Fenciclidina

Entre las principales causas psiquiátricas encontramos:

- Depresión
- Manía (Trastorno Bipolar)
- Esquizofrenia
- Autismo
- Psicosis puerperal.

Teniendo en cuenta lo relatado previamente, el manejo de pacientes con dicha presentación debe basarse en los siguientes planos:

1) Tratamiento sintomático: independientemente cual sea el origen del cuadro

catatónico, se recomienda el uso de benzodiacepinas en altas dosis, utilizándose preferentemente lorazepam. (hasta 12-16 mg/d)

2) Evaluar la presencia de complicaciones: estos pacientes por la inmovilidad tienen mayor riesgo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, mayor riesgo de neumonías aspirativas, úlceras por presión e infecciones.

3) Tratamiento de la causa subyacente (origen orgánico)

En el caso descrito se realizó el diagnóstico de catatonía aguda por la sintomatología que presenta la paciente, y se confirmó dicho diagnóstico ante la rápida remisión clínica luego de iniciado el tratamiento con lorazepam (test de lorazepam). La sintomatología psicomotora orientativa del diagnóstico era estupor, con mirada atónita, perpleja, ausencia de parpadeo y de mímica facial y mutismo. Se objetivó flexibilidad cérica, catalepsia, miembros superiores e inferiores con negativismo y oposicionismo, sin rigidez en rueda dentada, piel seborreica y brillante, dermatografismo.

Una revisión de Heckers y Walther (2023) realiza una división de la presentación clínica de la catatonía de acuerdo con el escenario de presentación (departamento de emergencias, unidad médica y entorno psiquiátrico). Se establecen también distintas modalidades de presentación clínica, las cuales pueden ser orientadoras de la etiología:

1. Una presentación clínica en donde predomina el mutismo y el estupor sin fluctuación del nivel de alerta y cognición (para diferenciar del delirium).
2. Una segunda presentación caracterizada por rápidas fluctuaciones del nivel de conducta psicomotriz, pasando del mutismo y el estupor a la catalepsia y agitación. Refieren que dicha presentación suele ser más característica de consumo de sustancias (cannabis o cocaína) o de alguna condición médica subyacente. Si a esto se suma rigidez muscular es menester descartar síndrome serotoninérgico (diaforesis, fiebre e hiperreflexia) y síndrome neuroléptico maligno (SMN) (extrapiramidalismo, hipertermia y disautonomías).

Es importante diferenciar el SMN de la Catatonía Letal de Stauder (CL), dado que comparten algunos rasgos en común (rigidez, fiebre y aumento de CPK). Se destaca a continuación las características que las diferencian (Andreu Giménez et al., 2002)

- Los pródromos. En la CL existen, durante las dos semanas previas a la fase de estado, alteraciones del comportamiento y de la personalidad, con alucinaciones, agitación y conductas autolesivas, mientras que en el SMN no se dan dichos pródromos, sólo la administración previa de Neurolepticos (NP). La prescripción habitual de NP en la fase temprana de agitación de la CL complica el diagnóstico diferencial de ambas entidades.
 - Fase de estado. En la CL la rigidez se relaciona con estupor, mutismo y rechazo a la alimentación, mientras que los pacientes con SMN intentan colaborar, a pesar de que se lo impide la acinesia. Además, en la CL la rigidez es intermitente y se alterna con momentos de relajación y catalepsia
3. Una tercera presentación caracterizada por rigidez y estereotipias motoras que puede ser más orientativa de Esquizofrenia o Autismo.

Ante un cuadro de catatonía que se presenta en la unidad médica es sumamente relevante descartar la condición médica subyacente.

Ante una situación como la mencionada en nuestro caso es imprescindible realizar una completa anamnesis de los antecedentes de la paciente, psiquiátricos y clínicos, así como sobre el consumo de sustancias, obteniendo información a partir de terceros que puedan contribuir, especialmente por la imposibilidad del paciente a realizarlo. Los estudios complementarios serán realizados en colaboración con el abordaje por clínica médica, destacando dentro de los parámetros a evaluar CPK y la función renal.

Las últimas actualizaciones (Rogers et al., 2023) en el tratamiento de la catatonía aguda siguen sosteniendo que el principal tratamiento debe ser con dosis altas de benzodiacepinas (preferentemente Lorazepam hasta 12-16mg/día), que generalmente tiene una alta respuesta terapéutica (entre el 60-100% de los casos). La administración puede ser vía endovenosa, intramuscular y, si fuese posible vía oral. Si

bien la respuesta más rápida se obtiene mediante la vía endovenosa, la vía intramuscular es la más frecuentemente utilizada, por su practicidad. La respuesta mediante esta vía suele obtenerse entre 1 a 2hs. La rápida respuesta al tratamiento psicofarmacológico no es indicativa de etiología psiquiátrica, pero si se considera como un elemento confirmatorio del diagnóstico de catatonía aguda.

Es menester iniciar el tratamiento lo antes posible, aún en ausencia de diagnóstico etiológico definido para evitar complicaciones. La terapia electroconvulsiva también está indicada, especialmente ante la falta de respuesta a las benzodiacepinas.

En algunas situaciones, especialmente no para los casos agudos, sino más bien para los crónicos y con síntomas psicóticos se puede utilizar antipsicóticos atípicos con excepción de Risperidona (preferentemente Clozapina u Olanzapina). Los antipsicóticos típicos o de primera generación se encuentran contraindicados.

Por las características del cuadro clínico la información obtenida para dichos tratamientos procede mayormente de reportes de series de casos y estudios observacionales, ya que se hacen muy difícil metodológicamente realizar ensayos controlados y aleatorizados doble ciego para poder contrastar por ejemplo lorazepam con otros psicofármacos. A su vez, la experiencia profesional suele ser un factor considerable al momento de la evaluación diagnóstica y el tratamiento.

Las complicaciones clínicas de la catatonía suelen ser:

1. Infecciones: neumonía, infección urinaria, sepsis.
2. Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
3. Rabdomiólisis (Aumento de CPK), Coagulación Intravascular Diseminada, Insuficiencia renal aguda.
4. Arritmias cardíacas.
5. Catatonía letal de Stauder, un cuadro potencialmente mortal (10%) que cursa con hiperpirexia y disautonomías.

G. **Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional**

- Ante la presentación de un paciente con catatonía aguda, es importante la valoración clínica y descartar causa orgánica.
- El tratamiento psicofarmacológico de la catatonía aguda en la urgencia se basa en el uso de benzodiacepinas en altas dosis. Se puede iniciar el tratamiento sintomático incluso sin diagnóstico etiológico.
- Se encuentra contraindicado el uso de antipsicóticos típicos y algunos atípicos como la risperidona.
- En la mayoría de los casos, llevando a cabo un tratamiento adecuado (Benzodiacepinas en altas dosis o TEC), la remisión sintomática suele ser veloz.

H. **Bibliografía sugerida**

- Costa RC; cols: Diagnóstico y tratamiento de la catatonía: a propósito de un caso. Psiq Biol. 2013;20(3):40-43
- Fasolino, H: "Catatonía"
- Goldar, JC: "Introducción al diagnóstico de las psicosis"
- Monchablom, N; Derito, N: "Las psicosis"
- RaffinM;Zugaj-Bensaou L: "Treatment use in a prospective naturalistic cohort of children and adolescents with catatonía" Eur Child Adolesc Psychiatry (2015) 24:441-449
- Shorter E: Making childhood catatonía visible, separate from competing diagnoses. Acta Psychiatr Scand. 2012 January ; 125(1): 3-10. doi:10.1111/j.1600 0447.2011.01788.x.
- Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonía and Its Treatment. Schizophr Bull. 2010 Mar;36(2):239-42
- YuChi Huang, ChinChuen Lin, YiYungHung, TiaoLai Huang: Rapid Relief of Catatonía in Mood Disorder by Lorazepam and Diazepam; (Biomed J 2013;36:35-39)

I. Referencias bibliográficas

- Andreu Giménez, L., Robert Gates, J., Jover Díaz, F., Pagán Acosta, G., & Merino Sánchez, J. (2002). Catatonia letal y su diferenciación del síndrome neuroléptico maligno [Lethal catatonia and its differential diagnosis with the neuroleptic malignant syndrome]. *Revista de neurología*, 34(4), 399-400.
- Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 137-43.
- Bush, G., Fink, M., Petrides, G., Dowling, F., & Francis, A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996;93(2):129-136
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- Heckers, S., & Walther, S. (2023). Catatonia. *The New England journal of medicine*, 389(19), 1797-1802. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2116304>.
- Hirjak D, Fricchione G, Wolf RC, Northoff G. Lorazepam in catatonia – past, present and future of a clinical success story. *Schizophr Res* 2023 February 17
- International classification of diseases, 11th rev. Geneva: World Health Organization, 2022.
- Rogers, J. P., Oldham, M. A., Fricchione, G., Northoff, G., Ellen Wilson, J., Mann, S. C., Francis, A., Wieck, A., Elizabeth Wachtel, L., Lewis, G., Grover, S., Hirjak, D., Ahuja, N., Zandi, M. S., Young, A. H., Fone, K., Andrews, S., Kessler, D., Saifee, T., Gee, S., ... David, A. S. (2023). Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 37(4), 327-369. <https://doi.org/10.1177/02698811231158232>
- Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, De Hert M, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry* 2014; 5: 181.
- Ungvari GS, Leung CM, Wong MK, Lau J. Benzodiazepines in the treatment of catatonic syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 285-8.

Caso #6

“Trabajo social en la urgencia”

M Acebedo - L Fullone - L Keimel - G Renessi - J Silva

A. Descripción del caso

En este trabajo presentaremos y analizaremos el caso de Juan de 26 años, quien tiene varios antecedentes de tratamientos por salud mental. En el HEPTA presentó seis internaciones por salud mental en un período de 6 años. La primera en 2018, la última en el 2024, todas de carácter involuntario.

En su primera internación vino acompañado por su madre. En aquel momento convivía con ella y la pareja. Tiene seis hermanos y se encuentra desvinculado de su padre. En su primer ingreso presenta sintomatología psicótica, con antecedentes de consumo problemático de sustancias desde los 14 años. No tiene antecedentes de tratamientos previos. Según refirió su madre, Juan no salía de su domicilio condicionado por la ideación delirante paranoide, se sentía seguro únicamente en su casa. Dormía junto a ella, con elementos como palos y cuchillos para su defensa.

En cuanto a lo formativo-laboral, cursó estudios secundarios hasta segundo año, los cuales hasta el momento no pudo retomar por su problemática de consumo. Sus trabajos siempre fueron informales, se dedicaba a la recolección y venta de residuos reciclables junto a sus hermanos. Ingresó con DNI desactualizado.

Su madre percibe pensión no contributiva por ser madre de siete hijos.

Luego del alta de su primera internación realizó tratamientos ambulatorios en el Hospital de General Rodríguez, dispositivo donde no le entregaban la medicación necesaria para su tratamiento, y luego en consultorios externos del HEPTA. En ambos dispositivos los tratamientos los cursó de forma errática y con escasa adherencia.

En su segunda internación en el año 2020, al momento del ingreso Juan se encuentra solo y en situación de calle luego de un episodio de violencia hacia su madre en su domicilio. A partir de entonces sus internaciones se incrementan, presentando dos internaciones en el año 2020 (incluyendo una posterior derivación al Hospital Borda donde permaneció durante aproximadamente dos años), una en 2022, una en 2023 y la última a comienzos de 2024. Cabe destacar que en la mayoría de las mismas realizó abandono de institución y tratamiento, antes de llegar a tener el alta por parte del equipo de salud. Estando en situación de calle sus internaciones se intercalan con episodios delictivos y posteriores detenciones en comisarías y alcaidías.

B. Descripción de la temática

Tomando como referencia la evaluación que se realiza desde la guardia en su última internación, se determina que Juan presenta situación de riesgo cierto e inminente para sí y para terceros. Esto se fundamenta en su sintomatología psicótica, tendencia a la impulsividad con episodios de auto y heteroagresión, con consumo problemático de sustancias. Sumado esto, que presenta una marcada vulnerabilidad social. Sus lazos sociales se encuentran debilitados, ya que se encuentra desvinculado de su familia (no siendo posible contactarla desde la guardia), y los vínculos que sostiene con cierta dificultad pertenecen a grupos de pares que se encuentran en una situación social similar ligados a actividades de subsistencia y vinculados también al consumo de sustancias psicoactivas; Juan se encuentra en situación de calle, sin ingresos económicos y sin los recursos necesarios para la supervivencia.

En este contexto, considerando la falta de instituciones alternativas para dar respuestas a este tipo de situaciones problemáticas complejas, el hospital y más precisamente el servicio de guardia, se presenta como el único lugar capaz de otorgar un espacio para su alojamiento y contención. Asimismo, en los periodos en los que Juan no presenta criterio de internación, la guardia continúa siendo un lugar de referencia para él, asiste regularmente. Allí se le proporciona un espacio de escucha, la medicación necesaria, y en muchas ocasiones también alimentos para el día.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Está el hospital preparado para dar respuesta a los cuadros de salud mental como los de Juan?
- ¿Cómo podría la guardia mejorar la capacidad de respuesta en casos como los de Juan?
- ¿Qué intervenciones podrían realizarse durante las internaciones y posterior a las mismas en el caso mencionado?
- ¿Cómo podrían evitarse los continuos abandonos de institución y tratamiento?

- ¿Qué redes, programas, recursos, servicios e instituciones serían necesarias para evitar las continuas reinternaciones?

D. Definiciones

Situaciones problemáticas complejas: Las problemáticas de salud mental tienen un fuerte impacto en la vida cotidiana de quienes la sufren y de su entorno. No se reducen al conjunto de síntomas propios del padecimiento en sí mismo sino que abarcan también una serie de consecuencias que trascienden lo biológico. Galende (2007) expone que “ningún trastorno se limita a la sintomatología propia del sujeto que lo padece, dado que provoca además un desorden en todos los ámbitos de su vida social, de sus relaciones familiares, de trabajo, compañeros, amigos, incluye su economía, su hábitat, es decir, una problemática compleja que incluye dimensiones sociales y culturales más amplias. Esa complejidad implicaría que los recursos que hay que tener para atender también deben ser complejos”. En este sentido las respuestas institucionales deben considerar todos los aspectos de la vida de la persona al momento de la evaluación y la delimitación de estrategias de intervención. Esta complejidad propia de las problemáticas de salud mental se exagera cuando los sujetos se encuentran además en una situación de vulnerabilidad social.

Riesgo en Salud Mental: En primera instancia es importante dar cuenta que las urgencias en salud mental, tienen diferentes formas de resolución, en el aquí y ahora. Tomando a Sotelo (2008) la urgencia en salud mental se produce cuando el sujeto que padece o la situación social o familiar, ha llegado al límite y requiere una resolución. Un límite tras el cual se puede vislumbrar el desastre, el riesgo de agresión o suicidio, la muerte, la desaparición subjetiva, la exclusión social. En la guardia las presentaciones clínicas son variadas y singulares, de este modo, es necesario ubicar que ocurre en cada sujeto con el padecimiento excesivo imposible de soportar, característico de la urgencia. La internación por salud mental conforma el universo de estrategias de intervención a fin de dar respuesta a las urgencias en salud mental y “es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que las realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Art.14, Ley N° 26.657). La internación debe ser lo más breve posible y puede ser de carácter voluntario o involuntario. Si es de carácter voluntaria, el paciente expresa su consentimiento a la internación, si se encuentra en estado de lucidez y si está en condiciones de comprender todo lo que ella implica, pudiendo revocar su consentimiento y decidir abandonarla en cualquier momento. Las internaciones involuntarias deben concebirse como recurso terapéutico excepcional, es decir cuando no sean posibles tratamientos ambulatorios y cuando mediere una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Vulnerabilidad social: Carballeda (2022) plantea que “la indefensión, inseguridad y ausencia de protección social que padecen diferentes sujetos y grupos sociales, atraviesan sus condiciones de vida, construyendo diferentes formas de vulnerabilidad social” y agrega que “la vulnerabilidad social implica la ausencia o pérdida de grupos de pertenencia o de referencia vinculados con la fragmentación social o la debilidad de los lazos sociales”. También sostiene que “algunos autores plantean la existencia de tres aspectos que construyen y conjugan la vulnerabilidad: el peligro de estar expuesto a una situación crítica o de alteración de la cotidianidad, la desprotección social y la posibilidad de sufrir consecuencias que generan severas inscripciones, tanto objetivas como subjetivas”.

Redes de contención: Sluzki (1996) entiende que existe una correlación directa entre la calidad de la red social y la calidad de la salud y define a la red social personal como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas. Agrega que “constituye una de las claves de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad y adaptación a una crisis”. Dabas y Perrone (2019) analizan las redes en el ámbito de la salud y plantean la coexistencia de distintos niveles de redes, personal, comunitaria, institucional, de servicios, intersectorial. Sedronar (2023) habla de entornos afectivos, los define como “los vínculos con los que cuenta la persona que atraviesa una situación de consumo problemático”, señala que “existen figuras de referencia para todas las personas que no necesariamente se encuentran en el esquema tradicional de familia” y aporta una mirada que incorpora no solamente los referentes familiares sino también los espacios de socialización, grupos de pares, espacios institucionales por los que circulan los sujetos.

Consentimiento informado: “El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse. Aunque nadie duda de la importancia del consentimiento informado, con todo, existe una gran controversia sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento informado. Sin embargo, prevalece de manera muy general el acuerdo de que el procedimiento debe constar de tres elementos: información, comprensión y voluntariedad” (<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>).

Se suele comprender al consentimiento informado como un proceso de decisión compartida que involucra de manera fundamental tanto al médico como al paciente (Salles, 1998). La búsqueda de un consentimiento válido implica, no solo ofrecer información sino intentar que se logre la comprensión de los aspectos más significativos de las propuestas realizadas, ofreciendo la descripción apropiada de las acciones a realizar y de sus consecuencias probables. Esto puede resultar difícil cuando las capacidades de un paciente para comprender, y consentir o rechazar una propuesta, son muy limitadas o se encuentran temporal o definitivamente disminuidas como consecuencia de la enfermedad, la edad u otros factores (Costas, 1996).

En los casos de internaciones involuntarias (Ley 26.657), el riesgo cierto e inminente es sobre la posibilidad de que la persona se dañe a sí misma u a otra persona. En estos casos no está en condiciones de consentir. Pero una vez estabilizada corresponde informarle sobre su situación, tratamiento y solicitar nuevamente el consentimiento.

Autonomía vs Autonomía relacional: La autonomía se asocia con la autodeterminación, con la capacidad de autogobierno, y se fundamenta en los mandatos de respeto hacia las personas y de no interferencia. Se distingue la autonomía como capacidad de los individuos y la autonomía como una propiedad de sus acciones (Salles, 1998). Se trata de acciones que son: 1) intencionales; 2) con comprensión o conocimiento; 3) sin influencia o control externo (Costa, 1996). A diferencia de la concepción individual de autonomía, es necesario introducir el concepto de autonomía relacional acuñado desde la teoría feminista. Mackenzie propone que el ejercicio de la autonomía no solo requiere capacidad, sino también estatus social que permita su práctica (Buedo, 2022). Es decir, la concepción relacional de la autonomía conlleva intrínseca la necesidad de evaluar y poner en consideración los contextos donde las personas conforman sus vínculos y desarrollan sus vidas. Qué circunstancias sociales, económicas, sanitarias y culturales atraviesan sus realidades y enmarcan sus contextos relacionales. (Interdependencia)

E. Objetivos

Objetivo general

- Indagar/Conocer los factores que inciden en el desanclaje de la vida cotidiana de las personas con padecimientos mentales.

Objetivos específicos

- Describir posibles modalidades de abordaje ante situaciones problemáticas complejas que se presentan diariamente en la guardia de salud mental.
- Indagar acerca de las estrategias de intervención que permitan evitar las reinternaciones frecuentes.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

Para este trabajo tomamos como referencia la situación de Juan porque nos resulta representativa de muchas otras situaciones similares que se presentan en el servicio de guardia que requieren una internación por salud mental.

Como se dijo anteriormente para que se decida una internación por salud mental debe haber riesgo cierto e inminente. El riesgo para sí se suele relacionar principalmente, a los intentos de suicidio. Sin embargo, se evalúan otras variables a la hora de decidir, tales como la contención socio-familiar, antecedentes personales y familiares, si se encuentra bajo una descompensación psicótica, la intensidad de la “ideación suicida” o las “ideas de muerte”, entre otras. Otros factores que configuran el riesgo “para sí”, son los estados depresivos severos. En especial, algunos pacientes suspenden actividades básicas como, por ejemplo, la ingesta de alimentos. También los estados maniacos y paranoides constituyen un

“riesgo para sí” ya que en estas situaciones los sujetos suelen desgastar sus vínculos, perder sus trabajos y hacer mal uso de sus posesiones, a partir de interpretar la realidad de forma errónea. En estos casos, el riesgo deja de ser físico convirtiéndose en “riesgo moral”. El “riesgo para terceros” implica conductas que atenten contra otras personas. En general, se trata de conductas paranoides, ya que se considera que el paciente podría hacerle daño a quienes en su delirio son sus agresores (Mantilla, 2010).

Siguiendo con Mantilla (2010), uno de los objetivos comunes a las internaciones en salud mental es que se produzca “un movimiento subjetivo”, modificar el lugar del sujeto en tanto lugar simbólico. De igual modo, es preciso que, dentro de este proceso de búsqueda de implicación subjetiva, no se desdibujen los escenarios sociales en los que ocurren las internaciones. Los pacientes suelen estar implicados en situaciones de violencia, vulneración de derechos, abandonos y carencias tanto afectivas como materiales. Sería una concepción reduccionista, realizar el llamado a la implicación subjetiva por fuera de los determinismos socioculturales.

Teniendo en cuenta la descripción de cada una de las internaciones de Juan, se evidencia que si bien los cuadros estrictamente psiquiátricos que dieron lugar a las mismas son similares (síntomatología psicótica, consumo de sustancias, conductas auto/heteroagresivas), es claro como los lazos sociales se fragilizan y su situación socioeconómica y habitacional se precariza a pasos acelerados. En su primera internación ingresa acompañado por su madre y residiendo en un ámbito familiar, en un inmueble con acceso a servicios básicos. En las siguientes internaciones su situación social empeora y los próximos ingresos serán en soledad, desvinculado de su familia de origen y en situación de calle, y luego se suman los conflictos con la ley debido a conductas delictivas generando mayor exclusión social.

En este sentido entendemos que la situación de riesgo cierto e inminente en la que Juan se encuentra resulta fuertemente influenciada por el contexto social en el que está inmerso. La evaluación social permite identificar el deterioro de su red de apoyo socio familiar, la falta de recursos institucionales alternativos, la extrema precariedad de sus condiciones materiales de vida que incrementan y agudizan su malestar.

Juan tiene una larga trayectoria en uso y consumo de sustancias psicoactivas que se fue tornando problemático. Las sustancias psicoactivas se caracterizan por la dependencia de la inmediatez y la previsibilidad de sus efectos. A lo descrito se suma que se encuentra en situación de calle caracterizado por la búsqueda de satisfacciones inmediatas, donde prima el vivir día a día. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta lógica de la inmediatez, la guardia con su flexibilidad y disponibilidad constante de atención se torna un lugar al cual recurrir.

A fin de analizar la situación de Juan resulta necesario introducir el concepto de vulnerabilidad en capas (Luna, 2008). Este permite reconocer aquellas circunstancias que potencialmente pueden dañar a ciertas personas sin que estas se transformen en permanentes, ni deslegitimar al sujeto que la padece. La vulnerabilidad es entendida como dinámica, en relación con el contexto y con las relaciones específicas de un momento dado para una persona dada (Buedo, 2022). Este concepto se diferencia de la metáfora de la etiqueta (Della Vedova, 2021) según el cual se considera a la persona como vulnerable cumpliendo un rol normativo homogeneizador. La teoría de las capas de la vulnerabilidad es flexible y permite trabajar desde la singularidad y del contexto en que se encuentra la persona. En el caso de Juan podemos mencionar varias capas de vulnerabilidad: su red socio familiar dañada, su padecimiento mental, el estar en situación de calle, sus conductas delictivas. Es imprescindible diferenciar cuáles de estas capas tienen efecto cascada, esto es, las capas que poseen un efecto dominó y son capaces de estimular la aparición de nuevas vulnerabilidades (Luna, 2019). La primera capa que surge como cascada es la desvinculación con su familia de origen que trajo aparejado su desalojo de la vivienda familiar, esta situación no le permitió tener un lugar fijo donde alojarse, alimentarse, asearse, tener acompañamiento en la realización de un tratamiento ambulatorio y tener la posibilidad de participar en actividades que le brinden herramientas para lograr una mayor autonomía.

Ante cada momento de crisis y extremo malestar, Juan toma a la guardia como principal lugar de referencia para su atención. Diferenciándose de otras instituciones u otros dispositivos como consultorios externos u hospital de día, los cuales presentan encuadres diferentes con ciertos límites para la atención.

La guardia suele alojar la demanda de Juan acotada al momento de la evaluación, y en los casos en los que su situación se complejiza la internación aparece frecuentemente como la única alternativa posible para alojar su padecimiento.

Durante el desarrollo de sus internaciones dadas las características del caso anteriormente descritas, dificulta el armado de una estrategia para su alta y egreso. Es en este punto cuando se deben buscar recursos y dispositivos para la continuidad del tratamiento “desde afuera”.

Las políticas públicas para personas en situación de calle con padecimiento mental se encuentran centralizadas, son escasas y de difícil acceso. El sistema de salud está fragmentado y continúa funcionando bajo la lógica de servicios tradicionales que realizan sus “admisiones” que suelen excluir a este perfil de usuarios. Si bien existe una amplia red de organizaciones de la sociedad civil que, a la hora de pensar una estrategia, constituye una valiosa herramienta que puede complementarse con los servicios clásicos de atención de la salud, la dinámica propia del trabajo en guardia dificulta realizar acompañamientos y articulaciones que permitan sostener las intervenciones en el tiempo.

Las últimas veces que Juan se ha retirado de la institución, siempre vuelve a la calle, podría pensarse que ha generado una pertenencia a ese lugar. Incluso en algunas oportunidades ha rechazado la posibilidad de alojarse en algún hogar. Situaciones como esta abren interrogantes sobre algunos conceptos como el derecho a habitar la calle, la autonomía relativa y las concepciones sobre riesgo.

Las personas en calle ya de por sí se encuentran vulnerables y sometidas a factores climáticos, socioeconómicos, a la interacción con vecinos y con la fuerza pública, a una menor accesibilidad a diversas instituciones, más expuestas al consumo y a los conflictos con la ley. Si a dichos factores se añade la presencia de un trastorno mental que condiciona el juicio y el criterio de realidad, delimitar con exactitud la línea que separa el riesgo inminente del posible se torna una dificultad que muchas veces obstaculiza llevar adelante una correcta intervención terapéutica (Muchiutti, Revelles, Fernandez; 2019).

Respecto al concepto de autonomía relativa, lejos de entender que la salud es una responsabilidad individual, en esta definición la autonomía está relacionada con la posibilidad de constitución de la comunidad como un actor social activo en la toma de decisiones en conjunto con las instituciones. En este sentido, los profesionales de la salud tenemos corresponsabilidad sobre el proceso salud- enfermedad-atención de las personas. Nuestro rol debe estar orientado a fomentarles su autonomía.

Finalmente, es importante que los equipos tratantes puedan identificar las capas de vulnerabilidad que recubren a cada persona en tratamiento, lo que permitirá detectar cuáles son las situaciones que activan las vulnerabilidades y las vuelven visibles. Asimismo, identificarlas permitirá a los equipos trabajar con la persona que las posee con el objetivo de minimizarlas, erradicarlas, dentro de los límites de lo posible. Esto colaborará con el desarrollo de la autonomía de la persona, haciéndola partícipe de su propio tratamiento y también alentando a decidir sobre sí mismo.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- Como equipo de salud mental se debe interpelar la praxis diaria frente al riesgo de quedar anclado en el reduccionismo que se trata de transformar y superar: el de la patologización, control y aislamiento.
- El trabajo intrahospitalario debe estar articulado, con servicios más abiertos y flexibles, y es imprescindible pensar a los usuarios desde el modelo de la corresponsabilidad.
- Los equipos deben aunar objetivos y trabajar en red en el interior del sistema de salud, con diversos sectores gubernamentales y con la comunidad, promoviendo políticas sociales en salud mental, integrales y que implementen la construcción de dispositivos sustitutivos al manicomio, efectivizando el acceso a la salud y continuidad de cuidados con apoyo.
- Pensar en un campo de la salud mental que dignifique a las personas, que las atienda y las cuide. Teniendo en cuenta la integralidad, la autonomía y la equidad a fin de disminuir las inequidades sociales y sanitarias.

H. Bibliografía sugerida

Ley 448 (2000). Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.
Ley 26.378 (2008). Aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. 09 de junio de 2008.
Ley 26.529 (2009). Ley Nacional de Derechos del Paciente. 20 de noviembre de 2009.
Ley 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. 03 de diciembre de 2010.

Ley 27.044 (2014). Otorga jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 22 de diciembre de 2014.

I. Referencias bibliográficas

- Buedo, P. (2022). *Ethos mental. Bioética para re pensar la salud mental* (primera ed.). Prometeo Libros.
- Carballeda, A. (2022). *La subjetividad como terreno en disputa. Ensayos teórico-metodológicos acerca de lo social hoy*. Editorial Margen.
- Costa, M. (1996). *Perspectivas bioéticas en las Américas. El concepto de autonomía en la ética médica: problemas de fundamentación y aplicación*.
- Dabas E. y Perrone N. (1999). *Redes en salud*. Funder.
- Della Vedova, M (2021). *Hacia un consentimiento informado relacional* [Tesis de Maestría, FLACSO]. <http://hdl.handle.net/10469/18677>
- FernandezMartinez, G., Muchiutti, A. &Revelles, J. (2019). Clepios. Revista de profesionales en formación en salud mental, Marzo/Junio 2019, N°1, Volumen XXV. Recuperado 10 de agosto del 2023 de: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios78.pdf>
- Galende, E. (2007). Entrevista a Emiliano Galende. Agencia CyTA. Por Bruno Geller.
- Luna, F., & Salles, A. (1998). *Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Editorial Sudamericana.
- Luna, F., & Salles, A. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos* (primera ed.). Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Luna, F. (2019). Identifying and evaluating layers of vulnerability - a way forward. *Developing World Bioethics*, 19(2), 86-95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
- Mantilla, J., (2010). Riesgo, "peligrosidad" e "implicación subjetiva": un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. *Interface Comunic, Saude, Educ.*, V.14, No 32, p.115-26.
- SEDRONAR (2023). *Estrategias para trabajar con familias y entornos afectivos en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias*.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Editorial Granica. Barcelona.
- Sotelo, M.I., y Begala, G., (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la Urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro. *Revista de investigaciones UBA*. Buenos Aires, Argentina.

Caso#7

“Paciente -¿psiquiátrico? - agresivo”

SN Barreto - DC Benavidez Rodríguez - G Campeni
D Fernández - LC Martínez Didolich - M Villagra

A. Descripción del caso

Se responde a pedido del SAME por auxilio en vía pública por ...“paciente psiquiátrico- agresivo” (sic)...

En el arribo al lugar se encuentra la ambulancia clínica y un móvil policial.

Una persona se encuentra en el piso gritando. El oficial nos informa que esta persona se encontraba corriendo en la avenida entre los autos.

Se intenta entablar entrevista con el paciente quien al momento se encuentra vigil, agitado, hiperprosexico, suspicaz, con ideación de tipo paranoide “me van a matar” (sic). Sudoroso, pupilas midriáticas. El médico clínico refiere que está taquicárdico e hipertenso. No hay otras personas que puedan aportar datos sobre el paciente.

B. Descripción de la temática

Existen presentaciones psiquiátricas, como el episodio psicótico agudo, en donde se entrecruzan diferentes elementos clínicos y toxicológicos.

Identificar la etiología permite ordenar las intervenciones terapéuticas para iniciar una estrategia de salud general integral. Como se verá a continuación, en los cuadros toxicológicos es prioritario el manejo clínico inicial.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Qué es un episodio psicótico agudo?
- ¿Qué etiologías se deben descartar ante la presencia de un episodio psicótico agudo?
- ¿Qué elementos de la evaluación inicial deben tenerse en cuenta para diagnosticar un cuadro de intoxicación?
- ¿Qué estudios se deben solicitar?
- ¿Qué conductas se deben tomar?

D. Definiciones

Pupilas midriáticas: Dilatación de la pupila del ojo. En condiciones normales éstas pueden estar aumentadas ante condiciones de baja luz. Dilatación pupilar. Pueden provocarse por agentes parasimpaticolíticos (atropina, escopolamina) o simpaticomiméticos (cocaína, adrenalina).

Hiperprosexia: exacerbación de la atención voluntaria que se debe a un estado de alerta alto, se puede manifestar en ocasiones de peligro real, imaginario o patológico.

Paranoia: Desconfianza no realista en los demás. Sensación de ser perseguido.

Suspica: propenso a concebir sospechas o a tener desconfianza.

Episodio psicótico agudo: Acceso delirante agudo. Trastorno mental grave que causa ideas y percepciones anormales. Las personas que lo padecen pierden el contacto con la realidad ya que padecen delirio y alucinaciones.

Tóxico: cualquier elemento que, ingerido, inhalado, aplicado, inyectado o absorbido, es capaz por sus propiedades físicas o químicas, de provocar alteraciones orgánicas o funcionales y aún la muerte.

Cocaína: es un alcaloide estimulante utilizado como droga recreativa. Sus formas de consumo son: inhalatoria, esnifada o inyectable.

Abstinencia de una sustancia: está relacionada con un síndrome específico de la sustancia originado por el abandono de o la reducción en el consumo prolongado de la sustancia. El síndrome específico origina un daño o estrés clínico significativo en el funcionamiento social u ocupacional.

E. Objetivos

Objetivo general:

- Conocer las manifestaciones psiquiátricas inducidas por intoxicación por sustancias.

Objetivos específicos:

- Describir los distintos tipos de toxindromes y sus etiologías
- Describir las manifestaciones psiquiátricas inducidas por sustancias.
- Identificar y Señalar elementos del examen físico y conductual que orienten a un diagnóstico presuntivo de intoxicación por consumo de sustancias.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

En las consultas de guardia son frecuentes las presentaciones de cuadros psiquiátricos y el consumo de sustancias.

Un paciente con síntomas psiquiátricos y consumo de sustancias le presenta al equipo de salud el desafío de poder identificar si se trata de una comorbilidad, un trastorno inducido por sustancias o una intoxicación. A continuación, se describen brevemente las primeras dos presentaciones, para luego focalizarnos en el tema del capítulo que es la intoxicación con manifestación psiquiátrica.

Comorbilidad

Los trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias presentan alta prevalencia en la clínica actual (Fovet. T., 2022).

En el estado del arte se presentan distintos porcentajes de prevalencia de los cuadros de patología dual por limitaciones de los estudios de investigación (población, variables diagnósticas, etc.).

La patología dual según Volkow (2007) se refiere a la presentación en un mismo sujeto de un trastorno mental y uno adictivo.

El policonsumo suele ser la regla.

Trastorno inducido por sustancias

Las presentaciones psiquiátricas guardan relación con la sustancia consumida.

Inician entre las 24 - 48 horas luego del consumo y pueden permanecer hasta un mes.

Siempre se debe descartar enfermedad orgánica (enfermedad auto inmune, uso concomitante con fármacos clínicos como los corticoides, traumatismos encéfalo craneanos, entre otros)

PRESENTACIONES CLÍNICAS	ETIOLOGÍA A DESCARTAR
Agitación psicomotriz	Estimulantes y alucinógenos. Abstinencia alcohólica
Síndrome confusional	Hipnosedantes y anticolinérgicos. Abstinencia alcohólica.
Ansiedad	cocaína, anfetaminas, marihuana. Abstinencia a hipnosedantes, alcohol y opiáceos
Síndrome catatónico	Cocaína, anfetaminas, ketamina
Síndrome depresivo	Alcohol, abstinencia a cocaína

Intoxicación

Un examen semiológico cuenta de las siguientes etapas:

- Anamnesis: en donde se pueden realizar preguntas tales como:
¿consumió alguna sustancia?
¿es la primera vez que ocurre esto?
¿el consumo fue voluntario?
¿hay otras personas afectadas en su entorno?
¿le han administrado alguna medicación?
¿tiene antecedentes de Salud Mental o de otras enfermedades médicas?
¿está medicado?

Sin embargo, en gran parte de situaciones como la que se describen en el caso, la anamnesis es prácticamente imposible de realizar por el estado clínico del paciente.

Según Dueñas (1999) hasta el 40% del interrogatorio no aporta datos y hasta puede llegar a confundir. Y esto se puede deber, por un lado, por el estado del nivel de conciencia y, en otras veces, se puede deber a ocultamiento de la información por parte del paciente y el entorno por prejuicios o por temor a un castigo.

- Exploración clínica:

Nos aporta datos objetivos que no pueden ser simulados por los pacientes.

En piel y fanera se pueden detectar lesiones por consumo de sustancias (lesiones por venopunción, lesiones en tabique nasal, quemaduras en dedos).

Facies rubicunda en paciente intoxicados con alcohol.

Son toxindromes son cuadros clínicos comunes generados por un grupo de sustancias tóxicas. Identificar a cada uno de ellos nos permite pensar la mejor terapéutica ya que no requieren de tecnología (la clínica es soberana). Aportan información y se pueden evaluar en cualquier nivel de atención. Sin embargo, como desventaja, presenta la característica de que son inespecíficas, es decir, podríamos decir que, ante la presencia de un paciente con un síndrome simpático mimético, podríamos sospechar el consumo de cocaína, por ejemplo.

A modo de resumen, en los cuadros de intoxicación no suele ser posible realizar todos los pasos de la evaluación por el estado del paciente. Por lo tanto, conocer a estos síndromes nos puede orientar a una aproximación diagnóstica para realizar el mejor tratamiento.

Con relación a esto, Mofenson (1970), afirmaba:

"Algunas presentaciones clínicas que llamamos toxindromes nos pueden dar una idea de la droga que está envuelta".

En esta etapa se deben tomar los signos vitales:

- Frecuencia respiratoria
- Frecuencia cardíaca
- Tensión arterial
- Temperatura
- Saturación de Oxígeno

- Estudios complementarios

En las exploraciones complementarias de importancia diagnóstica, pronóstica o terapéutica se deben solicitar:

- Hemograma: hematocrito, creatinina, ionograma, equilibrio ácido-base, glucemia.
- Transaminasas (GPT-ALT-ALAT, GOT-AST-ASAT): es común encontrar una mayor elevación de la GOT en relación con la GPT en caso de una hepatitis alcohólica aguda.

-Gammaglutamil-transpeptidasa o transferasa (gGT): Es una enzima indicadora de citólisis como de colestasis. Indica lesiones en hígado como puede darse en el consumo de alcohol.

-CPK: para descartar rabdomiólisis.

-Electrocardiograma: UN QRS mayor a 0,10, R en AVR y S en I y aVL orientan a intoxicación por algún tipo de bloqueante del canal de sodio como pueden ser los antidepresivos tricíclicos, fenitoína, propranolol y cocaína, entre otros.

-Radiografía de Tórax (Frente y perfil). Permite detectar neumonitis o descartar neumonía broncoaspirativa que pueden presentar pacientes que presentan un síndrome hipno sedante.

Radiografía de abdomen simple: si se sospecha de bodypackers.

Test de orina: descartar hematuria.

Test de detección de sustancias en orina: Los test de detección de sustancias en orina producen con frecuencia lo que llamamos un "falso positivo".

Por ejemplo, una persona puede estar tomando un medicamento con receta cuyas moléculas tengan una forma similar a la de una droga ilícita. En ese caso, los anticuerpos pueden producir una reacción cruzada y la prueba es engañada para que lo señale como un signo de consumo de drogas con un resultado positivo.

Para el caso de cocaína, el test de detección de sustancias puede dar positivo en un paciente que haya consumido entre las 6 y las 8 horas previas. El consumo de marihuana puede detectarse entre los 3 días y el primer mes dependiendo el tipo de consumo. El alcohol puede ser detectado en las primeras 12 horas (López Galán, S., 2023).

FALSOS POSITIVOS EN TEST DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PARA COCAÍNA
Efavirenz, ibuprofeno, pantoprazol. Té de coca, opioides, levofloxacina y ofloxacina, quetiapina, difenhidramina, CBC.

- Diagnóstico:

En el siguiente cuadro se muestran los signos correspondientes a los diferentes toxindromes.

Toxindrome	Manifestaciones psiquiátricas	pupilas	Signos vitales	Otras manifestaciones	Ejemplos
simpaticomimético	Hiperalerta, agitación, alucinaciones, paranoia	midriasis	Hipertermia, taquicardia, aumento de la tensión arterial, taquipnea, hiperpnea.	Diaforesis, hiperreflexia, convulsiones, temblores.	Cocaína, anfetaminas, pseudoefedrina, cafeína, etc.
hipnóticosedante	Depresión del SNC, confusión, estupor, coma.	variable	Hipotermia, bradicardia, apnea, bradipnea hipotensión,	hiporreflexia	Alcohol, benzodiazepinas, zolpidem, barbitúricos.
alucinógeno	Alucinaciones, distorsiones perceptivas, despersonalización, sinestesia,	midriasis	Hipertermia, taquicardia, hipertensión, taquipnea.	nistagmus	LSD, fenciclina, mescalina, psilocibina, anfetaminas de diseño (MDMA)

	agitación.				
opioide	Depresión del SNC	miosis	Hipotermia, bradicardia, hipotensión, apnea, bradipnea	Hiporreflexia, edema pulmonar, marcas de aguja.	opioides
serotoninérgico	Confusión, agitación y coma	midriasis	Hipertermia, taquicardia, hipertensión, taquipnea	Temblor, clonus, hiperreflexia, diaforesis, rigidez, diarrea, trismo, enrojecimiento.	antidepresivos
colinérgico	Confusión, coma	miosis	Bradicardia, hiper o hipotensión, taqui o bradipnea.	Lagrimeo, debilidad muscular, calambres gastrointestinales, convulsiones, broncorrea, emesis, diarrea, diaforesis, incontinencia urinaria y fecal.	Insecticidas organofosforados, nicotina, fisostigmina,

- Tratamiento

En los cuadros de intoxicación por drogas de abuso es primordial el manejo clínico inicial.

Como se mencionó anteriormente (ver apartado trastornos inducidos por sustancias), el consumo de sustancias puede presentar manifestaciones psiquiátricas que lleguen a la guardia de Salud Mental.

Ante una intervención psicofarmacológica es fundamental conocer la/s droga/s implicada/s para evitar efectos adversos.

En estos casos, el abordaje es multidisciplinario.

A continuación, se detallan recomendaciones para el abordaje en la guardia para el abordaje de pacientes con cuadros de intoxicación y manifestaciones psiquiátricas.

Intoxicación alcohólica

La agitación es quizás el motivo más frecuente por el que son remitidos a Urgencias estos pacientes; si la psicoterapia es ineficaz, el fármaco de elección es una benzodiacepina o haloperidol (si hay alucinaciones), aunque debe valorarse siempre el riesgo de inducir una sedación excesiva, con depresión respiratoria (Morán Chorro, I. 2011).

Intoxicación por cocaína

La agitación psicomotriz las benzodiacepinas, recurriendo en caso necesario a la contención mecánica. Se debe evitar el empleo de neurolepticos, ya que pueden confundir el cuadro clínico con sus manifestaciones anticolinérgicas, precipitar distonías, hipertermia y disminuir el umbral para las convulsiones (Morán Chorro, I., 2011).

En el caso de ideación delirante se puede introducir un antipsicótico eligiendo preferentemente los antipsicóticos atípicos.

En caso de cuadros catatoniformes inducidos por cocaína se pueden emplear benzodiazepinas.

En cuadros de ansiedad se pueden emplear benzodiazepinas.

Intoxicación por marihuana

En caso de agitación pueden utilizarse benzodiazepinas.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- En las manifestaciones psiquiátricas agudas se debe hacer un diagnóstico diferencial con un cuadro de intoxicación a sustancias porque requiere un manejo clínico en su etapa inicial.
- Identificar el toxidrome nos acerca a una presunción etiológica de la sustancia implicada para realizar el abordaje adecuado
- Las pruebas de detección de sustancias en orina presentan falsos positivos, por lo cual, la clínica es soberana.

H. Bibliografía sugerida

"Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th edition. Lippincott Williams & Wilkins."

Waisman-Benabarre Adicciones. Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad. Editorial Panamericana 2017.

El tratamiento farmacológico en Psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. 2 Edición Wikinski-Jufe. Edit Panamericana 2013

Normas de atención medicas Same. Gob. Ciudad de Buenos Aires 2003

Manual de emergencias pediátricas. Pablo Neira Julio A Farias. Ezequiel Monteverde. Edit Corpus 2010

Intoxicación por cocaína. Janice L. Zimmerman, MDa,b, Clínica de cuidados críticos 28 (2012) 517-526
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2012.07.003> ver portada 2012 Elsevier Inc.

Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento, Irantzu González Llona Sumant Tumuluru, Miguel Ángel González, Torres Moisés Gaviria. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015; 35 (127), 555-571.

I. Referencias bibliográficas

Córdoba Palacio, D.: Toxicología. Editorial El Manual Moderno, 2022

Fovet T, Wathelet M, Benbouriche M, Benradia I, Roelandt JL, Thomas P, D'Hondt F, Rolland B. Substance Use, Substance Use Disorders, and Co-Occurring Psychiatric Disorders in Recently Incarcerated Men: A Comparison with the General Population. Eur Addict Res. 2022;28(5):368-376.

López Galán, S: Manual de Urgencias Psiquiátricas, Panamericana, Madrid, 2023.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), ed. Panamericana, 5ª edición, 2014.

Morán Chorro, I. y col. Toxicología clínica. Grupo Difusión. Barcelona, 2011.

Volkow, N.: Addiction and Co-occurring mental disorders. Director's perspective. NIDA. Notes, 21, 2007.

Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría Ed. 12 Edición Autores: Robert Boland-Marcia Verduin.

Caso #8

“Lina”

J Lanza - D Mosca

A. Descripción del caso

Lina es una paciente de 49 años que concurre acompañada por sus hijos más grandes al Equipo de Estrés Traumático y Ansiedad del Hospital T. de Alvear.

La paciente no pronuncia palabras, no se dirige verbalmente a nadie, y se encuentra en este estado desde hace unos 7 días atrás, según refieren sus familiares. Observa la interacción como si no comprendiera o no estuviera presente en la consulta, tímida, con ojos un poco curiosos, sin moverse.

Sus hijos refieren que la paciente hacía hasta entonces una vida normal, realizando trabajos domésticos. Habiendo criado a sus seis hijos, ya era abuela y estaba viuda desde hacía 5 años.

Relatan que un día, como cualquier otro, alguien la llevó hasta la casa y avisó a los hijos que la había encontrado como “perdida”. Ellos supusieron que habría sufrido un asalto con algún tipo de agresión física, ya que la paciente no tenía encima el dinero con el que habría salido de su casa para ir trabajar.

La paciente no sólo presentaba una clara amnesia sobre este supuesto evento reciente del que no podía dar cuenta, sino que no podía ejecutar expresión verbal alguna, y había perdido funciones previamente adquiridas como contar, hablar, cocinar, reconocer y dar cuenta del vínculo con sus familiares, e incluso de brindar cualquier dato biográfico y sobre ella misma. Su identidad parecía haberse fugado; su memoria, sus vínculos significativos, toda su vida diaria parecían haber sido disruptivos y arrasados por una amnesia total, generalizada, al igual que su capacidad de lenguaje y de lectura. Dependía completamente de sus hijos adultos para funcionar en el día a día, desconocía cómo viajar, el lugar donde vivía, dónde había nacido, qué le gustaba, quién era.

Lina no presentaba antecedentes médico-psiquiátricos relevantes. Al preguntar sobre una posible historia de eventos traumáticos, su hija refirió que sólo sabía respecto a su madre que, en la infancia, ésta habría sido víctima de abuso sexual infantil por parte de uno de sus cuidadores primarios (padre). Otro dato que aportaron es que, tras un evento crítico de un familiar cercano, la paciente se habría desmayado, teniendo que estar varios días en observación. Durante ese tiempo sólo mencionaba algo sobre unos “pollitos” y, al ser dada de alta, realizó un tiempo breve de psicoterapia y fue medicada con benzodiazepinas.

Tras la primera consulta de admisión, en la que fue evaluada psiquiátrica y psicoterapéuticamente, fue medicada con sertralina, divalproato de sodio y levomepromazina, y citada para iniciar tratamiento psicoterapéutico individual en sesiones de 90 minutos, con una frecuencia bisemanal.

Las primeras preguntas de importancia para el diagnóstico diferencial apuntaban a descartar y/o discriminar cuadros orgánicos (lesión traumática, posibles signos de demencia, y de retraso mental que no hubieran sido evaluados previamente) de cuadros funcionales. Lina había sido ya evaluada por médico laboral y tenía pendiente, por ese entonces, la entrevista psicológica a la que acudió, regresando muy angustiada porque el profesional le habría hecho muchas preguntas a las que no podía responder, ya que no recordaba nada.

Estos interrogantes que surgían de la evaluación clínica eran relevantes incluso para poder descartar del diagnóstico otros trastornos psiquiátricos. Se realizaron las interconsultas pertinentes, que incluyeron tanto las evaluaciones con neuropsicología como con neurología (Hospital Alvear).

La paciente no impresionaba cursar un cuadro psicótico agudo, no estaba aplanada afectivamente, no tenía conductas desorganizadas, ni se registraba presencia de alucinaciones, alteraciones sensorio-perceptivas ni de ideación delirante. No tenía conductas de riesgo manifiestas de las que sus familiares pudieran dar cuenta, aunque podía evaluarse un estado emocional de miedo intenso, por momentos de terror, que la hacía querer huir o salir corriendo, con un claro comportamiento evitativo. Esta conducta impresionaba ser de una manera completamente desconectada del entorno seguro en el que se encontraba con sus hijos. La paciente no quería bañarse y tampoco quería dormir sola, ni permanecía sola en las consultas iniciales. Una de las prioridades era conocer el tipo de estímulo disparador que estaba activando las conductas evitativas, de hiperactivación autonómica y de reexperimentación traumática. Algunas cuantas sesiones después comenzamos a confeccionar una lista de disparadores de perturbación emocional a los que respondía con miedo: la lluvia y el viento, los hombres adultos, los autos blancos, ver y oler bebidas alcohólicas, los ruidos fuertes.

El cuadro que imperaba desde el cambio que sus allegados describían era profundo y abarcaba las áreas de su comportamiento, su memoria, su identidad, su historia personal y también el control de las funciones ejecutivas de la paciente. El cuadro era agudo, con una manifiesta presencia de una severa disociación traumática y un total desconocimiento de los eventos a los que podría haber estado expuesta.

La intensidad de su fragmentación debía estar relacionada con la magnitud del impacto emocional de aquello que hubiera sido perpetrado contra ella.

Seguendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 4, APA), Lina fue diagnosticada con Trastorno por Estrés Agudo (TEA), es decir, la forma aguda del Estrés Postraumático dentro de los Trastornos Relacionados a Trauma y Experiencias de Estrés. En una línea temporal desde el impacto del evento traumatogénico, este desorden es el que reúne ya la sintomatología (en un trastorno) que en los primeros días se denominan Reacciones Postraumáticas Agudas (RPA), respuestas normales y esperables frente a una experiencia crítica anormal. Sus hijos describieron varias de ellas en la primera consulta.

Considerando las primeras tres sesiones de psicoterapia individual y 12 días de tratamiento psicofarmacológico, Lina comenzó a hablar con monosílabos y pocas palabras, pero más vivaz, queriendo hacerse entender. Las pronunciaba de manera extraña, alargando vocales, reiterando sílabas y tartamudeando; pronunciando como un niño pequeño, sin escolaridad, que impresionaba ser menor a seis años. Las palabras tenían una cadencia extraña y su voz parecía metálica, e implicaba un gran esfuerzo comprenderla y hacerse comprender.

Con el correr de las semanas empezó a poder contar hasta diez, y a nombrar a sus hijos y nietos por características visibles: “el nene que no tiene pelo” (hijo rapado), “la nena a la que le lloran los ojos” (hija viuda), “los bebés” por sus nietos más pequeños, “la nena que va al colegio chiquito” por la nieta que concurría a escuela primaria, o “al colegio grande” por la de la secundaria. No los reconocía por parentesco, y tampoco al resto de sus familiares o amigos, ni vecinos. Decía “piscóloga chiquita” para nombrar a su terapeuta y llamaba “doctor hippie” o “el que tiene barba” a los médicos. Empezó a decir que lo que iba recordando escasamente “le venía” de repente, como información que le caía sola a la cabeza. Sin embargo, la amnesia generalizada era sostenida y extendida tanto en el tiempo como en su autobiografía. Presentaba quejas somáticas como dolor de estómago, náuseas, dolor de cabeza intenso sobre el cual temía que la cabeza le fuera a explotar, y tinnus, un sonido “*como un piiiiiil*” (sic) en la cabeza que se incrementaba por períodos, previo al advenimiento de “*nuevos recuerdos*” disociados.

Sentía miedo ante los ruidos secos y fuertes, y se escondía en la bañera donde se sentía segura y protegida de noche. En ocasiones no quería bañarse, no quería explicar por qué. Lo único que decía a veces era “*cosas feas*” (sic), “*un flash*” (sic, por flash). O “*sólo feo*”, “*no quiero*” (sic). Al ser preguntada por lo que le daba temor o la hacía llorar, decía: “*No. Hasta acá*”, o “*en la tabeza hay un puuunntoo: “basta”* (en la cabeza hay un punto, sic).

La paciente describía su corazón como roto, que dolía y estaba en pedazos, representándolo con trozos de plastilina de color rojo. De repente preguntaba con una impresionante desconexión: “nena, ¿por qué me sale agua de los ojos?” (por las lágrimas).

Al pedirle que dibujara cómo se sentía todo esto en el cuerpo (la tercera sesión de psicoterapia) realizó con crayones varios dibujos, muy simples, muy distintos a los que fue realizando con los años posteriores de tratamiento. Habíamos empezado a usar plastilinas de colores para que pudiera indicarme entre sesiones si había estado enojada (plastilina roja) o angustiada/ansiosa y triste (plastilina blanca). En uno de esos dibujos, la regresión se conceptualizó “*a edades tempranas*”: Lina se dibujó a sí misma como una nena chiquita, que iba al colegio chiquito, y que tenía (contándolos con los dedos) alrededor de 6 años. A esa representación gráfica de ella misma iba a dibujarle una boca: “*sino ¿cómo tome (por come) la tomida (por comida), la nena?*” Dibujó también lo que ella sentía como un nudo en la garganta: algo que quiere salir y no puede. Sobre la niña, ella (Lina) no sabía el nombre todavía, entonces le puso el mismo que a ella misma le decían que tiene. Lo escribió porque había aprendido a copiarlo de la nieta que iba al colegio grande, de memoria.

B. Descripción de la temática

La rapidez en evaluar la sintomatología traumática y disociativa podría ayudar a los clínicos en salud mental, y a los de trauma en particular, a efectuar una conceptualización de caso más flexible y dinámica, junto a un plan de tratamiento que considere un diagnóstico disociativo crónico detrás de una presentación postraumática y aguda.

La disociación, por un lado, tiene dos formas básicas de plantearse (Dell), ya sea, como desconexión (facultad de disociar); o como compartimentalización y multiplicidad disociativa.

La importancia de indagar sobre la presencia de disociación y la exposición a eventos traumáticos en la historia de los pacientes que consultan en un **período peritraumático** de 90 días tras haber

acontecido un evento traumático, y/o en períodos de sintomatología aguda, permite establecer una ventana de diagnosticabilidad para los trastornos relacionados a trauma, especialmente para aquellos cuadros de base traumatogénica y con disociación compleja, como es el caso del Trastorno Disociativo de la Identidad.

La importancia en este caso de indagar sobre la presencia de disociación y la exposición a eventos traumáticos en la historia de los pacientes que consultan en un **período peritraumático** de 90 días tras haber acontecido dicho evento, y/o en períodos de sintomatología aguda, permite establecer una ventana de diagnosticabilidad para los trastornos relacionados a trauma, especialmente para aquellos cuadros de base traumatogénica y con disociación compleja, como es el caso del Trastorno Disociativo de la Identidad.

Definimos operacionalmente al peritrauma a en relación a la temporalidad de las respuestas peritraumáticas, si bien específicamente se denomina así al período “durante” o “inmediatamente después” de la exposición a trauma. Aquí definimos al “peritrauma propiamente dicho” como el marco temporal en el que comienza y termina el evento crítico, siendo el cese de exposición al agente traumatogénico e indefensión el punto de su culminación, y la recepción de asistencia prehospitalaria. Para aquellas personas expuestas que hayan sido lesionadas físicamente, el período inmediato posterior de atención, recuperación, hospitalización y tratamiento médico de dichas lesiones es el período traumático postinmediato (peritraumapostevento) de las consecuencias postraumáticas. De esta manera, el período postraumático inmediato incluiría no sólo al peritrauma propiamente dicho (durante) y las primeras horas posteriores al mismo (inmediatamente después), sino también la necesidad de considerar un proceso de seguimiento que se extiende hasta los 90 días de acontecido el hecho (Triage FH SAME y sus usos, 2022).

Poder incluir la reconsideración diagnóstica de los trastornos traumáticos complejos en las interconsultas de emergencia y urgencia en salud mental y en aquellas en las que otros profesionales de salud intervienen, y que implica muchas veces en un derrotero de constantes consultas que culminan sin una causa médica conocida. Esto necesariamente advierte sobre la importancia de apreciar la sintomatología disociativa psicoforme como somatoforme (Nijhenuis). Esta última debe ser apreciada como epifenómeno postraumático y debe realizarse el diagnóstico diferencial con trastornos orgánicos y funcionales no psicógenos.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Puede un cuadro de Trastorno por Estrés Agudo (TEA) esconder y sobresolapar el proceso de fragmentación de un Trastorno de Identidad Disociativo (TID)?
- ¿Cuándo debería atenderse a esta oportunidad diagnóstica para considerar la presencia de TDI en el peritrauma?
- ¿Cuáles serían los signos y los síntomas relevantes a describir para esta ventana de diagnosticabilidad postraumática y aguda?

D. Definiciones

Teoría Estructural de la Personalidad: postula que una capacidad integradora reducida deja al paciente incapaz de sintetizar y realizar experiencias traumáticas, incluido un sentido cohesivo de sí mismo (Van der Hart et al., 2006). La terapia está orientada a ayudar a los pacientes a desarrollar una capacidad integradora suficiente antes de trabajar con los recuerdos traumáticos. Los pacientes disociativos han desarrollado resistencias complejas y acostumbradas a realizar e integrar recuerdos traumáticos. (Extraído de Van der Hart, O; Boon, S.; Steele, C., 2016).

Amnesia disociativa e intrusión disociativa: La amnesia es el síntoma disociativo más frecuente del TID. Se han informado al menos 10 manifestaciones diferentes de amnesia en personas con TID: (1) pérdida de tiempo; (2) fugas; (3) que le informen sobre acciones no recordadas; (4) pérdida temporal de conocimientos o habilidades bien practicados; (5) encontrar objetos entre las posesiones; (6) amnesia infantil; (7) amnesia de identidad personal; (8) los extraños conocen a la persona; (9) faltan objetos; y (10) encontrar evidencia de las acciones recientes de uno (Extraído de Dell, 2006).

Partes Disociativas: En un intento de definir prototipos de partes disociativas de la personalidad, hemos utilizado el término Parte Aparentemente Normal de la Personalidad (PAN) para describir partes que funcionan principalmente en la vida diaria, están mediadas por sistemas de acción o motivacionales del día a día. vida y evitar recuerdos traumáticos; y el término Parte Emocional de la Personalidad (PE) para describir partes que están principalmente fijadas en sistemas de acción de defensa contra peligros y amenazas a la vida, y atrapadas en un trauma (Extraído de van der<hart, O; Boon, S.; Steele, C., 2016).

E. Objetivos

Objetivo general:

- Atender a la presentación de casos de etiología traumática y disociativa en cuadros postraumáticos agudos.

Objetivos específicos:

- Destacar la importancia de una ventana de diagnosticabilidad en áreas de emergencia/urgencia para casos que requerirían una derivación específica.
- Describir una fórmula orientadora de signos y síntomas para la evaluación diagnóstica y la conceptualización de caso de forma temprana.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

Típicamente, en casos de pacientes traumatizados con **historia traumática infantil** previa, el cuadro que es reagudizado por experiencias traumáticas nuevas o recientes, de presentar amnesia disociativa, suele frecuentemente hacerlo sobre la traumata (traumas) temprana: estos son casos típicos en los que el paciente no recuerda partes o ningún evento del pasado ni su asociación con el acontecimiento último.

Casos con extensa historia previa de **trauma interpersonal** (TEPT Criterio A, DSM, APA) vívidos con traición en el vínculo (betrayal trauma, J. Freyd, 1996) por parte de los primeros cuidadores es dolorosamente frecuente, e implica la existencia de un patrón de apego variable y cambiante en el área de la intersubjetividad del paciente y el vínculo con el terapeuta. Vista desde este ángulo, e incluso en una primera evaluación y sin existencia de relación psicoterapéutica previa con el profesional, *“la disociación no es sólo una experiencia interior. Es una respuesta a lo que está sucediendo en la relación en el momento presente. Por lo tanto, los terapeutas siempre deben considerar lo que podría estar ocurriendo como reacción a la relación terapéutica en el momento en que se produce el cambio o el aumento del conflicto entre las partes y cuando se activan las defensas innatas. La disociación no es sólo un fenómeno intrapsíquico sino interpersonal, siendo altamente reactiva a lo que sucede en las relaciones en el presente (Allen, 2001; Liotti, 2009; Nijenhuis, 2015; Steele & Van der Hart, 2013; Steele et al., 2001). De hecho, el TID se ha descrito acertadamente como un trastorno del desarrollo del apego (Barach, 1991). Allen ha observado que la disociación implica “cambios en los patrones de relación” (2001, p. 192). La activación de partes disociativas también está relacionada con lo que los pacientes, o partes de los pacientes, perciben, aunque no tengan representaciones precisas de lo que realmente está sucediendo”*, (van der Hart, Boon, Steele). Este no es un dato menor para el establecimiento y la valoración de los cambios que pueden contratransferencialmente hacerse notorios de manera sutil durante las consultas psicoterapéuticas de urgencia como de admisión.

En Lina, el vínculo terapéutico fue casi inmediato, y a las pocas semanas ella contaba a quienes la visitaba que concurría al psicólogo. La memoria parecía estar sólo renovada una y otra vez acerca de lo que hacía en el presente, y no solía recordar lo que habíamos trabajado la sesión anterior. Pese a lo cual se incluyó la psicoeducación sobre trauma en cada una de las sesiones, y se trabajó con ella como paciente adulto.

La disociación se define como la falta de integración entre los sistemas y subsistemas de la personalidad, debido a una falla en la integración con motivo de los altos niveles de arousal (hiperactivación autonómica) que pueden interferir con la ejecución normal de las acciones mentales y las conductas. Ambas formas pueden presentarse al modo de síntomas o patrones sintomáticos en urgencias

y emergencias. Su reconocimiento implica un rol activo del profesional en la recolección de sintomatología, datos de múltiple exposición a trauma interpersonal y tiempos más o menos prolongados a los mismos. Cuando la traumatización es perpetrada por otro ser humano, y en especial, por los cuidadores primarios, su efecto es más devastador incluso sobre los estilos y patrones de apego.

Si bien, originalmente, Janet definió la disociación como *“una división de la personalidad (Janet, 1889/2022a,b, 1907; cf., Myers, 1940; Prince, 1905; Van der Hart & Dorahy, Capítulo 1, este volumen)”*, contemporáneamente se la denomina como *“disociación estructural, que denota una organización de la personalidad demasiado rígida y divisiva (Nijenhuis, Van der Hart y Steele, 2004; Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006; Van der Hart y Steele, 2006), Capítulo 15 de este volumen”*, (Doharty&O’Neil). En el campo de la Psicotraumatología es conocida como la Teoría de la Disociación Estructural, que *“propone una dimensión de disociación de la personalidad con tres estructuras prototípicas que varían en complejidad estructural (es decir, primaria, secundaria, terciaria). Desde la década de 1980, la disociación se ha definido de manera mucho más amplia y vaga como “una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento” (APA, 2013), p. 291, que podría incluir casi cualquier síntoma psicológico y se puede encontrar en cualquier trastorno”*, (Doharty&O’Neil). Según Dell (2006), ningún aspecto de la experiencia humana es inmune a los síntomas disociativos. Putnam (1992) la define como una respuesta biológica que se activa cuando todo está perdido.

En relación a las **alteraciones de la conciencia de base disociativa**, es necesario rastrear información con el paciente y/o sus allegados durante el examen sobre *“anomalías en la percepción, absorción, espacio, ensoñación, participación imaginativa y trance hipnótico (p. ej., Bernstein & Putnam, 1986; Butler, 2004; Ray, 1996; Ross, Joshi y Currie, 1991). También incluyen lo que se ha denominado “disociación del contexto” (Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman, & Spiegel, 1996), “desapego disociativo” (Allen, Console, & Lewis, 1999), o simplemente, “desapego” (Holmes et al., 2005). Más recientemente, se ha incluido la hipoactivación traumática (Levine, 2010; Porges, 2001, 2011; Schauer & Elbert, 2010; Schalinski, Schauer & Elbert, 2015), y es probable que sea la base fisiológica del desapego”*, (Chefetz).

Estos cuadros de trauma y disociación compleja pueden tener formas de presentación subclínica: al Trastorno Disociativo de la Identidad (TDI, DSM 5) y a las formas aliadas de trastornos disociativos no especificados (TDNE) y otros especificados (OTDE) se les agrega un *plus*: sí, son desórdenes que no sólo tienen una heterogeneidad con una lógica traumática en su forma de presentación, sino que además son **psicopatologías de ocultamiento** (hiddenness, Gutriel quoted in Kluft 1985, en Dell). Esto es notorio en casos en que, pacientes adultos con cuadros crónicos, sobrellevan un nutrido historial en salud mental de diversos tratamientos previos. Estos pacientes se muestran habitualmente reticentes (por distintos temores) a onfiar en el profesional como a informar sobre las conductas que darían cuenta de la presencia de un sistema de partes disociativas, fragmentado de su personalidad, es decir, de los síntomas de disociación estructural de la personalidad. Lo hacen también por resguardo ante la incomprensión, desestimación e ignorancia clínicas, y la desconfianza en vínculos que representan asimetría y cuidado. Ellos suelen creer que nadie va a creerles, que se los va a volver a lastimar; que están o van a volverse locos; temen que se los interne y quedar a merced de sus perpetradores nuevamente; evitan hablar sobre ideas suicidas, y no reconocen qué otras conductas podrían ser, por ejemplo, las autolesiones no suicidas para entrar o salir de estados disociativos complejos. También temen ser diagnosticados y medicados con antipsicóticos, temen cargar con un pluridiagnóstico que incluye mínimamente entre 3 y 5 cuadros diversos, y que sus cambios de estado emocionales tampoco se comprendan desde la lente del psicotrauma, y se los diagnostique como esquizofrénicos y bipolares. Cabe aquí resaltar la diferencia entre ocultar con disimulo versus la simulación.

Respecto a su historia, la extensión de la amnesia disociativa parecía estar atípicamente invertida: un supuesto evento de alto impacto emocional, del que no podía dar cuenta, había dejado caer un manto de intenso olvido y total desconexión sobre la memoria de toda su autobiografía. La paciente, además de estar dependiente y regresiva, parecía *“venir al revés”* de lo esperado. Esto es, tener en consulta una paciente adulta que, por su sintomatología, no pudiera dar cuenta de su pasado traumático y lejano (o de partes de él), y que pudiera acceder en todo caso, a un recuerdo fragmentado y desordenado cronológicamente del último evento, o de varios de ellos si los hubiera.

Conceptualmente se estableció la hipótesis de que, lo que había de la paciente delante del terapeuta, era una parte disociativa e infantil de la personalidad que comandaba todo el control ejecutivo, y estaba presente desconectada del resto de la personalidad de la paciente, que no advenía, ni estaba en co-conciencia con la parte que funcionaba actualmente en la vida diaria de ella. En otras palabras, la paciente adulta que Lina había sido había desaparecido tras una parte disociativa fijada a los primeros

años de su infancia, probablemente correlativa a las épocas donde había sido polivictimizada. La parte adulta de su personalidad, que funcionaba normalmente, estaba disociada y compartimentalizada, fuera del acceso a la conciencia y al control ejecutivo de sus funciones. Detectar la presencia de esta parte infantil disociativa fue entendido como un signo que permitió evaluar, dentro del espectro de Trastornos Traumáticos Complejos, específicamente, la concurrencia del diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo con la del Trastorno de Identidad Disociativo (TID), y confirmándolo básicamente al año de tratamiento. Mediante la confección de un mapa de partes disociativas, la personalidad de la paciente estaba fragmentada en partes emocionales que funcionaban como intrusiones disociativas con nombres, edades, roles, funciones, pensamientos, emociones, estilos y patrones de apego y memorias traumáticas compartimentalizadas y fijadas a lo largo de la historia de la paciente: “Cuatro” la parte infantil que guardaba las vivencias traumáticas sexuales infantiles, “Catorce”, la parte que habría sufrido otro período de traumatización, Cuarenta y ocho / Cuarenta y nueve”, dos partes en las que una guardaría las memorias de un nuevo proceso de traumatización interpersonal en la adultez junto con la parte disociativa que tendría acceso al anteúltima experiencia traumática, “Ochenta”, su parte disociativa y cansada, depresiva. Todas ellas, son partes emocionales, que junto con “Lina”, la parte aparentemente normal que funcionaba adecuadamente en la vida diaria, conformaban el sistema de partes disociativas fragmentadas de su personalidad.

*

El diagnóstico de TDI es multifactorial y complejo en su manifestación crónica. El TDI es un diagnóstico que ha sido desestimado y relegado en el campo de la salud mental, y habitualmente continúa siendo descreído. Para los pacientes con este diagnóstico, se estima que, habiendo sido atendidos en el sistema de salud, suelen pasar por un período de asistencia de entre 6 a 12 años hasta ser correctamente diagnosticados, y comúnmente se reportan en sus historias clínicas entre 3 a 5 diagnósticos diferentes.

Es por ello que el período peritraumático que se destaca abre una ventana de diagnóstico única y esencial para los trastornos traumáticos complejos y disociativos severos, tanto en las consultas en guardia de emergencia, las evaluaciones en urgencia y también las las admisiones en consultorios externos.

Las reacciones postraumáticas agudas pueden incluir desconexión completa o parcial del entorno, amnesia parcial o “full”, flashbacks disociativos, reexperimentación, negación, discontinuidad y/o amnesia en el relato autobiográfico, respuestas pánicas, de llanto, despersonalización y desrealización, entre varias otras (Triage Factores Humanos SAME, 2019).

Las reacciones postraumáticas agudas pueden incluir desconexión completa o parcial del entorno, amnesia, flashbacks disociativos, reexperimentación, negación, discontinuidad y/o amnesia en el relato autobiográfico, respuestas pánicas, de llanto, despersonalización y desrealización, entre varias otras (Triage Factores Humanos SAME, 2019).

Según el DSM 4, el TEA se diagnosticaba al tercer día de acontecido un evento potencialmente traumático (dos días para el DSM 5) hasta el primer mes, luego de lo cual el diagnóstico pasa a ser el de Trastorno por Estrés Postraumático (DSM 5, APA).

Con la publicación del DSM 5 se establecieron cambios, tanto para los Trastornos Relacionados a Trauma como para los Trastornos Disociativos. Entre ellos, la inclusión del subtipo disociativo, el humor y la cognición negativa, la impulsividad y cambios en el Criterio A, para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) de curso crónico y su forma aguda (TEA). Previo a ellos, en algunos casos era necesario recurrir a un sobre-solapado (overlapped) diagnóstico, que implicaba la inclusión de dos diagnósticos presuntivos combinados, el TEPT y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) para poder dar cuenta de la sintomatología compleja y severa de trauma. Históricamente en el campo del psicotrauma, aquellos casos que no alcanzaban a cumplir criterio diagnóstico para TDI tendían a ser diagnosticados como Otros Trastornos Disociativos No Especificados (OTDNE), ya que este último incluye la presencia de amnesia. Muchos cuadros de TDI fueron históricamente diagnosticados como esquizofrenia, pero también como Trastorno Disociativo No Especificado (TDNE). Estas situaciones llevaban tanto al sub- como al mal diagnóstico de casos de Trastornos Disociativos.

En una revisión de aquello que los clínicos dedicados al tratamiento del Trastorno de Personalidad Múltiple observaban, Richard Kluft (1984) menciona un listado de síntomas que en aquel entonces sugería la presencia de ese diagnóstico (Trastorno de Personalidad Múltiple DSM 3):

- episodios de amnesia y distorsión del tiempo

- ser anoticiado de conductas que no recuerda o de las que no puede dar cuenta
- cambios en el comportamiento habitual reportada por otros
- severos dolores de cabeza
- escuchar voces dentro de su cabeza que le dicen hacer cosas buenas o cosas malas
- escrituras no familiares, regresivas, o que no puede identificar como propias (notas o paredes)
- quejas somáticas relacionadas con cuestiones endocrinológicas, gastrointestinales, y neurológicas sin una causa médica positiva en las evaluaciones.

*

Si nos representáramos un mapa del espectro específico de los Trastornos Relacionados a Trauma, y privilegiáramos de entre los Trastornos Disociativos al TID y a OTDNE como complejos, podríamos incorporar una lente transdiagnóstica que nos ayudaría a identificar que hay reacciones postraumáticas agudas (normales y esperables durante las primeras 48 horas de acontecido un hecho traumatogénico) que simultáneamente podrían dar cuenta de un nuevo evento acontecido y ser la expresión de la fragmentación disociativa en la personalidad del paciente. Esto último se correlacionaría con el proceso traumático cronicado y silencioso, que continúa incidiendo desde el pasado sobre el curso de las secuelas contemporáneas y recientes. Poder reconocer ambos cursos y procesos dentro de la presentación manifiesta y abierta de la reacción postraumática aguda actual es esencial para el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del paciente.

En estos casos, considerar cuatro vertientes temporales pasado, pasado reciente, presente y futuro) y trabajar con mapas de líneas temporales superpuestas relacionadas a las formas de exposición prolongada y múltiple a lo largo de la historia traumatizante es fundamental para comprender el proceso que terminó por fragmentar la personalidad del paciente en un sistema de partes disociativas, resquebrajado previamente.

Como se mencionó previamente, en el caso de Lina, el anoticiamiento sobre sus reacciones postraumáticas agudas y los síntomas de trastorno por estrés agudo evaluados, eran expresión fenomenológica de disociación severa, acompañada por una regresión extendida en el tiempo, fijada en una edad temprana y con pérdida de funciones previamente adquiridas. Su amnesia y las intrusiones disociativas de origen traumático mostraban tanto la pérdida de memorias, de su identidad, y del control de las funciones ejecutivas, al menos por una parte disociativa. Lo que la paciente iba recordando en las primeras sesiones era escaso, pero básicamente no tenía relación directa con el evento traumático último del que lo desconocíamos todo, sino sobre material traumático fijado en sus primeros años de vida, que daba cuenta en parte de un posible desarrollo traumático y de trauma interpersonal (Criterio A, TEPT) al menos en el pasado.

Esta combinación simultánea y disruptiva de amnesia e intrusión disociativa es definida por Paul Dell como intrusión disociativa. Con el componente sintomático de la regresión formarían parte del núcleo (core) de una fórmula orientadora sobre los signos y síntomas que darían cuenta de una forma atípica de manifestarse la falla de integración de los sistemas o subsistemas de la personalidad. Esto permitiría, mediante la misma, anticipar la consideración clínica, de los diagnósticos presuntivos de TID y OTDNE en el inicio de la evaluación peritraumática de casos agudos. Es decir, el diagnóstico agudo de la cronicidad traumática.

La exposición a un evento traumático agudo implicaría, dentro de las primeras 48hs ser diagnosticado como una reacción postraumática aguda que hasta entonces no implicaría patología, es normal y esperable; y dentro del primer mes (pasadas esas 48 hora iniciales desde el impacto del evento), un diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo (TEA, DSM 5).

El diagnóstico de TEA de subtipo disociativo debería poder diferenciarse también del diagnóstico de Trastorno Disociativo de la Identidad (TDI), para que éste último pudiera hipotetizarse en pacientes adultos desde los inicios del tratamiento, cuando hay amnesia de trauma reciente, en pacientes que presenten esta fórmula:

Fórmula clínica del diagnóstico agudo de la cronicidad traumática.

- regresión a edades tempranas,
- inhabilidad para ejecutar funciones antes aprendidas,
- amnesia (probablemente total y generalizada) que concurre simultáneamente con intrusión disociativa, influenciada desde adentro (Watkins, en Dell, 2009)
- hipermnesia muy fragmentada y espontánea acerca de la infancia temprana e indicios de eventos ulteriores traumáticos
- hipersensibilización e intenso miedo ante disparadores específicos relacionados al punto anterior, incluso si la persona no recuerda el evento o los eventos del pasado reciente (esta es una vertiente de tiempo absolutamente importante en pacientes TDI, ya que la fragmentación manifiesta puede surgir allí)
- la exposición a un potencial evento traumático reciente, del que no puede dar cuenta el paciente, lo que requiere intentar rastrear posible historia de traumatización interpersonal o estrés traumático del desarrollo.

Las disociaciones intrusivas son definidas por Dell como full (completas) o parciales. Las primeras son conocidas habitualmente como amnesia, y en ellas coexiste un estado del yo intruído (self-stateintrude): coexisten amnesia e intrusión. Entre los factores de disociación patológica y el modelo fenomenológico (Dell) pueden dividirse los síntomas parciales y completos de disociación, en aquellos que son experimentados conscientemente y en estados de co-conciencia; aquellos que son sólo experimentados conscientemente de manera parcial por el paciente; y los casos en los que hay presencia de intrusión disociativa full con amnesia total (completa) bajo esos estados de alteración de la conciencia.

Las intrusiones son disociativas por naturaleza (Dell, 2000): por lo tanto, las intrusiones disociativas traumáticas no sólo intruden, invaden como disociación plena, sino que además esto se manifiesta es conocida como amnesia. Esto no significa que sólo haya un blanco o varios en la memoria, específico o que abarque una etapa determinada en la vida del paciente. En algunas presentaciones de paciente TDI, la amnesia traumatogénica puede ser localizada y selectiva, o continua; pero también puede ser parcial, total o generalizada, según la confluencia del material traumático y la complejidad de la disociación estructural. Durante algunos períodos de tratamiento varios de estos patrones amnésico-disociativos se mantienen simultáneamente según las partes disociativas y el material traumático y tiempo del trauma en el que están fijadas. Hasta que este material puede comenzar a ser compartido entre las mismas, mediando la colaboración entre ellas, y el proceso de realización.

La hipersensibilización y la hipermnesia no significa que las partes emocionales disociadas no sean o no estén amnésicas, sino que el mantenimiento de la disociación estructural puede co-concurrir selectivamente atendiendo la mirada a una posible amenaza, mientras que la o las partes aparentemente normales intentan evitar los signos de amenaza y reaccionan despersonalizadamente. Cuando esto sucede, frecuentemente, aunque no excluyentemente, es a través de varios síntomas disociativos negativos y somatoformes. Nijhuis llama a las partes disociativas de la personalidad, agentes de acción y reenactments (comunicación personal). La regresión espontánea de la edad a un estado del yo infantil (Cheftetz) es un *“cambio de estado puede contribuir a mantener la amnesia ante un evento o crear caos como una forma de contar parte de la historia o finalizar una investigación sobre una historia”*.

Preguntar en las entrevistas acerca de las alteraciones del flujo normal de la conciencia, las alteraciones subjetivas del tiempo, en la intersubjetividad, el cuerpo, los estados emocionales y el pensamiento (TRASC, Modelo Transdiagnóstico o 4D Model, Frewen&Lanius) pueden ser una buena puerta de entrada a la valoración de este tipo de secuelas severas, oscilantes, contradictorias, disruptivas, en áreas de urgencia y permitiría una derivación a tratamiento específico. El área de tratamiento de estos pacientes es el del psicotraumatología para el tratamiento del trauma psíquico, con modificaciones en su abordaje.

Para los clínicos de los años 90, las ventanas de diagnosticabilidad en los cuadros entonces denominados trastornos múltiples de personalidad (TMP) eran consideradas posibles aperturas de esta clandestinidad y secreto con la que los pacientes llevan en las formas sutiles el curso de su cuadro, hasta tanto ellos mismos no tuvieran la vivencia de un **evento sobreabrumador contemporáneo** (Kluft, 1991, clinicalpresentations) que torne la forma clandestina en una abierta: este cuadro raramente se presentaba entonces florido, y sus manifestaciones abiertas, al ser dispuestas sobre una línea de tiempo longitudinal tomaba una forma muy diferente a su apariencia, al momento de estar uno habilitado a observarlas de manera vertical sectorizada y cruzada sobre su estructura interna. Tres eran las preguntas fundamentales

que se hacía entonces Kluft (contemporarydiagnosticapproach), y que pueden adaptarse y seguir estando vigentes a más de 30 años, sobre un tema crucial para el diagnóstico de TDI:

- a. *¿Cómo se vería este cuadro cuando no parece ser un TDI tal como uno esperara verlo?*
- b. *¿Cómo descubre uno la presencia de TDI, en ausencia de sus manifestaciones clásicas?*
- c. *¿Bajo qué circunstancias deberían los clínicos empezar a considerar que el o la paciente está probablemente lidiando con este cuadro?*

*

Estas tres preguntas atañen a consideraciones diagnósticas y de conceptualización

de caso, privilegiando la **dimensión subjetivo-fenomenológica de la disociación patológica** (Dell & Lawson, 2009;) en los pacientes con trastornos disociativos. Éste un modelo descriptivo en el cual Dell diferencia seis criterios sintomáticos (los primeros seis de doce factores de disociación patológica) pueden presentarse en diagnósticos no- disociativos (TEPT, TLP, TAP, Epilepsia, etc.): problemas generales de memoria, despersonalización, desrealización, flashbacks postraumáticos, síntomas somáticos, trance.

Los 12 factores de la disociación patológica de Dell son:

- 1) Pérdida circunscripta de memoria autobiográfica (Dell & Lawson, 2008).
Este factor toca muchos de los problemas generales de memoria.
- 2) Despersonalización
- 3) Desrealización
- 4) Flashbacks postraumáticos
- 5) Síntomas somáticos
- 6) Trance
- 7) Intrusiones persecutorias
- 8) Intrusiones enojadas (impulsos y acciones)
- 9) Distrés relacionado a severos problemas de memoria (centrado en pérdidas temporarias de habilidades bien realizadas o testeadas)
- 10) Experiencia subjetiva de la presencia de alters de la personalidad (identidades) y/o de estados del self
- 11) Confusión. Este factor es el primero de los 12 factores de disociación patológica. El self-puzzlement es consecuencia de los repetidos encuentros con las 16 intrusiones parciales preexistentes en el funcionamiento ejecutivo y el sentido del self. Las personas se sienten rearmándose como un rompecabezas y confusas respecto de sí mismas, ya que las identidades generan esta confusión.
- 12) Amnesia. Pérdidas del tiempo y otras formas de amnesia, a las que se relacionan algunos de los 23 síntomas (19 al 23) clásicos de disociación patológica como volver en sí mismo, fugas disociativas completas y minifugas (microamnesias), ser anoticiado de acciones no recordadas, evidencias de acciones hechas por sí.

Paul Dell, en su definición del Trastorno de Identidad Disociativo (TID), reafirma la descripción precisa y exacta de Kluft de 1998: el Trastorno Múltiple de la Personalidad (TMP) como un “desorden de estados del self disgregados”.

Al ser estos desórdenes ocultos con disimulo, de secreto, la oportunidad única que brinda la manifestación en las formas abiertas (Kluft) en las que podía presentarse el Trastorno Múltiple de la Personalidad (DSM 3), hoy llamado Trastorno de identidad Disociativo, como en el caso de Lina, través del cual se intenta ejemplificar lo que Kluft denominó **“la forma contemporánea postraumática de Trastorno de Personalidad Múltiple”**, una verdadera ventana diagnóstica en la forma de presentación aguda.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- En casos de traumatización interpersonal, no resignarse a descartar rápidamente un diagnóstico poco frecuente: hacer el diagnóstico diferencial, mantener el foco en la hipótesis principal.
- En el trabajo con pacientes polivictimizados, volver siempre a revisar la impresión de la primera entrevista: el vínculo que se está viendo con el paciente es desde el primer encuentro el pivote sobre el cual se avanza en el tratamiento psicoterapéutico y con el que se toleran la incertidumbre y las dudas diagnósticas. Imaginar al paciente sin ese padecimiento que trae y confiar en que puede recuperarse es, a veces, todo lo que tenemos.
- La fuga disociativa, el episodio disociativo y los flashbacks disociativos son de base traumática: empiezan y terminan solos. El paciente puede salir de la observación de guardia habiendo alternado con sus partes disociativas simulando ser su parte aparentemente normal (estos son desórdenes de disimulo).
- Desensibilizar si no se puede reprocesar: un episodio disociativo con pérdida temporal de funciones previamente adquiridas tiende a resolverse espontáneamente con una intervención psicoterapéutica específica, lo que a su vez ayuda a confirmar el diagnóstico.
- Los pacientes severamente traumatizados padecen de no querer dar realización (no-realization) a sus traumas, es decir, al mismo tiempo que dan cuenta de ellos, prefieren pensar que son una mala ensoñación o una fantasía, antes de aceptar que esos hechos pudieron haber sido reales y les acontecieron.
- Las historias traumáticas rara vez son simples, y muchas incluyen relatos de abusos severos, sufrimiento, horror y aniquilación. La mayoría de las veces, la negligencia en el cuidado es acompañada por una crueldad creativa (Steele, 1988) de los perpetradores. Estos relatos podrían llevar a los profesionales a querer creer que estas dimensiones del sufrimiento tampoco fueron reales, negándolos desde su propia vulnerabilidad. Algunos de los obstáculos más grandes para el tratamiento de estos pacientes son la no-convalidación de su sufrimiento y la imposibilidad de los profesionales de contar con la capacidad para tolerar el encuentro con el horror, el dolor, e incluso, la narración de experiencias domésticas casi tortuosas.

H. Bibliografía sugerida

- Friedman, Matthew J., M. Kean Terence & Resick, Patricia A. The Handbook of PTSD, Second edition. The Guildford Press, 2014.
- Nijenhuis, E.; Steele, K.; van der Hart, O. «Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización severa». Traducción de Jesús Sanfíz y Andrea Apostol, Journal of Trauma & Dissociation, 6(3), 11-53.
- González, A.; Mosquera, D. EMDR y Disociación. El Abordaje progresivo, 2.a edición. Ed. Pléyades.
- Herman, Judith. TRAUMA Y RECUPERACIÓN, 1992. Espasa Editorial.
- Schauer, Maggie; Elbert, Thomas. Dissociation following traumatic stress. Etiology and treatment. Journal of Psychology 2010; Vol. 218 (2): 109-127. Hogrefe Publishing.
- Van der Kolk, B. The body keeps the score. Brain, mind and body in the healing of trauma, 2014, Kindle Version.
- Internet information on Childhood Abuse and Neglect (iCAN) (Proyecto de Colaboración Global para Adultos Sobrevivientes de Trauma Infantil), Global Collaboration https://es.global-psychotrauma.net/files/ugd/893421_ae5bbc70c41a41518b38b3b72b0f2324.pdf

I. Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5.a Ed., Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. Editorial Médica Panamericana 2014.

- Brand, B., The concise guide to the assessment and treatment of trauma-related dissociation (Concise guide on trauma care series). 1st Edition, American Psychological Association, 12 de diciembre de 2023. ISBN-10: 1433837714
- Brand, B; Sar, V; Stavropoulos, P; Krueger, C.; Korzewka, M.; Martínez-Taboas, A.; Moddleton, W.; Separating fact from fiction: an empirical examination of six myths about Dissociative Identity Disorder. Harvard Review of Psychiatry, 2016. DOI: 10.1097/HPR.0000000000000100 www.harvardreviewofpsychiatry.org
- Boon, S.; Steele, K.; Van der Hart, O. Coping with Trauma-related dissociation. Skills training for patients and therapists. Norton on Interpersonal Neurobiology 1st Edición, 2011.
- Cardeña, E., & Weiner, L. A. (2004). Evaluation of dissociation throughout the lifespan. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41(4), 496- 508. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.496>
- Cardeña, E; Weiner, L. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training Copyright 2004 by the Educational Publishing Foundation, 2004, Vol. 41, No. 4, 496-508 0033-3204/04/\$12.00 DOI 10.1037/0033-3204.41.4.496
- Cardeña E, Carlson E. Acute stress disorder revisited. Annu Rev Clin Psychol. 2011;7:245-67. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502. PMID: 21275643.
- Chefetz, R.; Intensive Psychotherapy for persistent dissociative processes: the fear of feeling real. W. W. Norton & company New York - London. 1 de abril de 2015, ISBN-10 093707520
- Courtois, C.; Ford, J.; Treatment of Complex Trauma. A sequenced, relationship-based approach. The Guilford Press, New York - London, 2013. Kindle Edition ISBN: 9781462507207
- Dell, P.; O'Neil, J. A.; Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond. Routledge Ed., 20 April 2009. ISBN-10: 0415957850.
- Dell, Paul; Three Dimensions of Dissociative Amnesia. Article in Journal of Trauma & Dissociation, January 2013 DOI: 10.1080/15299732.2012.724762 Source: PubMed <https://www.researchgate.net/publication/234041798>
- Dell, P; A new model of dissociative Identity Disorder, PubMed, 2006. DOI: 10.1016/j.psc.2005.10.013
- Dorahy, M; Gold, S.; O'Neil, J. A.; Dissociation and the Dissociative Disorders: Past, present, future. Routledge, 30 September, 2023. ISBN 9780367522780.
- Freyd, J.; Betrayal trauma: the logic of forgetting childhood abuse, Harvard University Press, 1996.
- Harald Bækkelund, Paul Frewen, Ruth Lanius, Akiah Ottesen Berg & Espen Ajo Arnevik (2018) Trauma-related altered states of consciousness in post-traumatic stress disorder patients with or without comorbid dissociative disorders, European Journal of Psychotraumatology, 9:1, 1544025, DOI: 10.1080/20008198.2018.1544025 <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1544025>
- International Society for the study of Trauma and Dissociation (2011): Guidelines for treating dissociative disorders in adults, Third Revision, Journal of Trauma & Dissociation, 12:2, 115-187.
- Kluft, R.; Clinical Presentation of Multiple Personality Disorder. Multiple Personality Disorder. Psychiatric Clinics of North America, Vol. 14, No. 3, September 1991.
- Kluft, R. Dealing with Alters: a pragmatic clinical perspective. Psychiatric Clinics of North America, Elsevier Saunders, 2006.
- Lanza, Juliana, Mosca, Daniel. Triage y tratamiento inicial, Factores Humanos SAME, 2019. Equipo de Factores Humanos de SAME. Obra inédita EX - 2019-100382260-APN-DNDA#MJ / Noviembre, 2019. Todos los derechos reservados.
- Lanza J., Mosca, Daniel; Triage de Factores Humanos (SAME) en la emergencia médica prehospitalaria: uso en terreno, sincrónico e inmediato. Obra inédita no musical. RE- 2022-101294075- APN-DNDA#MJ
- Loewenstein, R.; Brand, B.; (04 DEC 202): Dissociative Identity Disorder: a disorder or diagnostic and therapeutic paradoxes, Psychoanalytic Psychotherapy, DOI: 10.1080/02668734.202.2272771
- Mosca, Daniel. Intervención psicológica en desastres: El Equipo de Factores Humanos del SAME. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, Vol. III, Nro. 2, Junio de 2004. SAPsi
- Nijhuis, E. R. S. (2009). Somatoform dissociation: phenomena, measurement & theoretical issues. W. W. Norton Company, 17 de septiembre de 2004. ISBN-13 978-0393704600
- Steele, C.; Sitting with the shattered soul (1988). Journal of Psychotherapy and Personal Exploration, VOL. 15 No. 6, pps 19-25, 1989.

Van der Hart, O; Boon, S.; Steele, C. Treating trauma-related dissociation. A practical integrated approach. A Norton Professional Book, W. W. Norton & Company, 29 de noviembre de 2016. ISBN-10: 039707598 ISBN: 13: 9780393707595

Van der Hart, O; Nijenhuis, E; Steele, K.; The haunted self. W. W. Norton & Company, 17 de noviembre de 2006. ISBN-13 978-0393704013

Caso #9

“Un caso de catatonía”

SC Álvarez - T Bendersky - MS Pérez de Vargas

A. Descripción del caso

Se presenta a la consulta en la guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas en noviembre del 2023, una paciente femenina de 23 años, empleada en atención al cliente de una empresa de servicios, oriunda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, traída por su hermano.

La misma presenta un cuadro de inhibición psicomotriz, por lo que debe ser movilizada en brazos, catalepsia, flexibilidad cérica, rigidez en caño de plomo en miembros superiores, mutismo, movimientos estereotipados de cabeza y peribucales, negativismo.

Se mantiene entrevista con el hermano para recabar antecedentes, quien refiere que este cuadro comenzó hace 48 hs de forma súbita, motivo por el cual solicitó ambulancia clínica para traslado a hospital general, donde le brinda una primera atención. Al no observar en su hermana una mejora, decide retirarla contra opinión médica, y concurrir para valoración por salud mental, teniendo en cuenta que presenta diagnóstico previo de trastorno bipolar (hace 6 meses abandonó tratamiento). Como antecedente clínico, la paciente se encuentra en tratamiento con levotiroxina 75 mcg/día por presentar diagnóstico de hipotiroidismo.

Se le solicita al hermano que aporte los últimos estudios realizados: laboratorio general, electrocardiograma y tomografía de cerebro. Los mismos arrojaron resultados dentro de parámetros normales. En resumen de historia clínica no se menciona la administración de ningún psicofármaco.

Se toman signos vitales, obteniendo normotensión, temperatura corporal normal, frecuencia cardíaca normal, saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales. Se le indica ½ ampolla de lorazepam. A la media hora se le reevalúa, momento en el cual la paciente se incorpora en la camilla.

- Refiere no saber lo que pasó.
- Sabe su nombre y su dirección, pero se encuentra desorientada en espacio (dice que está en el Moyano).
- Pregunta quién le dio medicación y presenta un delirio polimorfo inverosímil.
- Le pregunto quién soy y me contesta que soy médica.
- Repite números y vocales.
- Acata órdenes: abre y cierra la boca.

Se administra nuevamente ½ ampolla de lorazepam. Dos horas más tarde, la paciente se encuentra: euproséica, orientada, con discurso fluido, con alteraciones sensoperceptivas e ideas delirantes que le condicionan su afecto y su conducta.

B. Descripción de la temática

La catonía es un síndrome neuropsiquiátrico complejo, de baja prevalencia pero potencialmente grave que se caracteriza por una variedad de síntomas motores y conductuales, que van desde la inmovilidad y la rigidez muscular hasta la agitación y la excitación extrema, siendo una vía final común a múltiples entidades nosológicas.

Según el DSM-V, el paciente debe tener al menos 3 o más de los signos siguientes: estupor, catalepsia, flexibilidad cérica, mutismo, negativismo, adopción de una postura, manierismo, estereotipia, agitación, muecas, ecolalia y/o ecopraxia.

En el contexto de las emergencias o urgencias psiquiátricas, la catonía puede presentarse como una situación clínica que requiere una evaluación y manejo inmediatos debido a su asociación con complicaciones médicas y riesgo de morbilidad y mortalidad, de allí la importancia de un diagnóstico precoz para su correcto abordaje.

C. Preguntas direccionadoras

- Dado el cuadro signo-sintomatológico y evolución descriptos, ¿podríamos plantear que la paciente ha consumido alguna sustancia y estar con un cuadro de intoxicación?
- En este tipo de cuadros, ¿es útil saber si ha recibido antipsicóticos en los últimos días?
- Conocer si presenta hipertermia o sudoración, ¿son signos de importancia clínica en el contexto de la paciente?
- La vivencia de algún cuadro similar previo por la paciente, ¿incide en la conducta terapéutica o diagnósticos a tener en cuenta?

D. Definiciones

Inhibición psicomotriz: disminución o bloqueo de la capacidad de realizar movimientos coordinados debido a factores psicológicos. Puede manifestarse como una dificultad para iniciar o mantener la ejecución de acciones motoras. Este fenómeno puede observarse en diversas condiciones psiquiátricas o neurológicas (APA, 2013).

Rigidez del pensamiento: disminución en la flexibilidad del pensamiento o del comportamiento. Esta inflexibilidad puede manifestarse como una resistencia al cambio, una adhesión excesiva a rutinas o reglas, así como una dificultad para adaptarse a nuevas situaciones o ideas (Sadock, 2015).

Rigidez muscular: característica médica que describe la resistencia al movimiento pasivo de una articulación o músculo (Navarra).

Mutismo: incapacidad persistente para hablar en situaciones en las que se espera la comunicación verbal, a pesar de tener la capacidad física para hacerlo (APA, 2013).

Negativismo: actitud de oposición o resistencia activa hacia las demandas externas o las expectativas de los demás. Puede manifestarse como una respuesta desafiante, hostil o desobediente a instrucciones o solicitudes, sin una razón aparente (APA, 2013).

Iteraciones verbales: repetición persistente de palabras, frases o sonidos sin un propósito comunicativo claro (Matson, 2011).

Movimientos estereotipados: patrones repetitivos, rítmicos y sin propósito aparente en el comportamiento motor, como balancearse, girar objetos o agitar las manos (Matson, 2011).

Interceptación del pensamiento: experiencia subjetiva en la cual una persona percibe que sus pensamientos están siendo leídos, influenciados o controlados por fuerzas externas, como otras personas o entidades sobrenaturales (APA, 2013).

Obediencia automática: ejecución de acciones sin una reflexión consciente o una comprensión completa de las mismas. En el contexto psiquiátrico, puede observarse como un síntoma de ciertos trastornos, como el trastorno de despersonalización, donde la persona puede sentirse como si estuviera en "piloto automático" (APA, 2013).

E. Objetivo

Objetivo general:

- Analizar los criterios diagnósticos utilizados para identificar la catatonía en contexto de la emergencia.

Objetivo específico:

- Determinar herramientas de evaluación y pruebas diagnósticas que necesarias en el proceso diagnóstico.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

Bases de neurobiología clínica

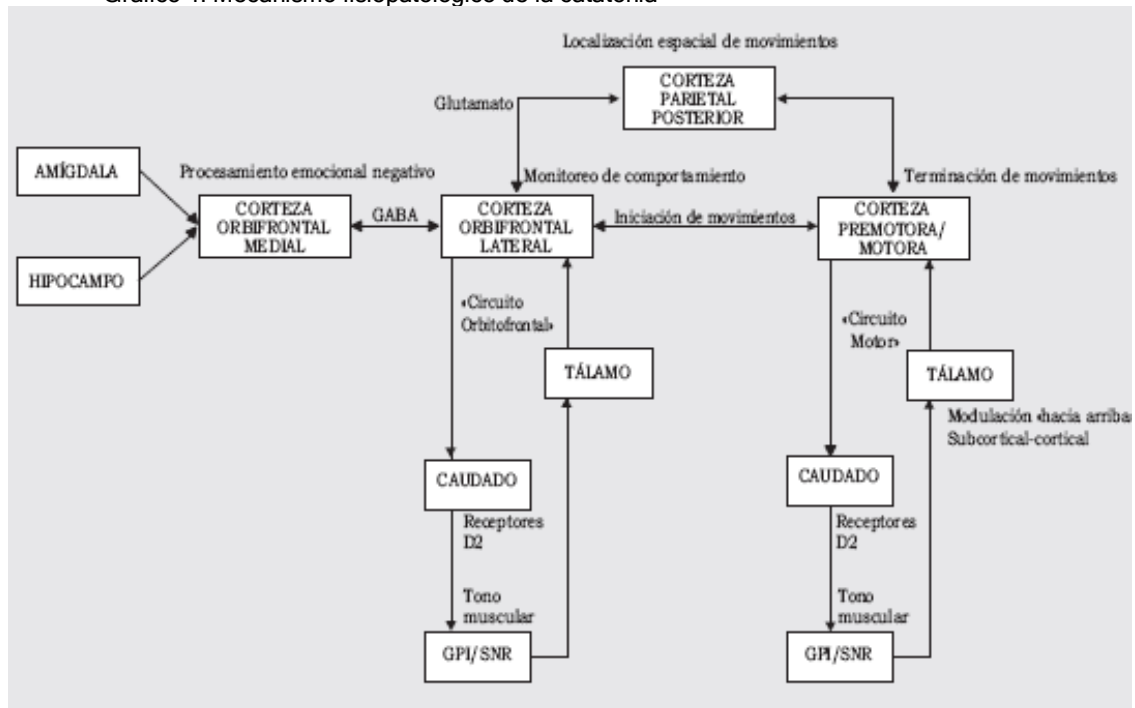
La corteza orbitofrontal lateral está estrechamente conectada con la corteza parietal posterior, la cual también parece estar, por sí sola, relacionada con algunos de los síntomas motores de la catatonía. Ya que las conexiones córtico-corticales son glutamatérgicas, su modulación puede explicar la eficacia terapéutica de sustancias glutamatérgicas como la amantadina. La corteza orbitofrontal lateral, además, como parte del circuito orbitofrontal, está relacionada con el cuerpo estriado ventral; por lo tanto, aun si los neurolépticos bloquean predominantemente los receptores D2, pueden modular de forma indirecta la actividad neural en la corteza orbitofrontal, vía este circuito.

En el aspecto clínico, esto se ve reflejado en la superposición de los síntomas de la catatonía y del síndrome neuroléptico maligno, al igual que en la posibilidad de inducción de catatonía por neurolépticos. Es posible que esta supuesta disfunción orbitofrontal lateral induzca una modulación «de arriba hacia abajo» (top-down) en el cuerpo estriado ventral y en los núcleos del tallo, que llevaría a las alteraciones vegetativas observadas en la catatonía inducida por neurolépticos y en la catatonía letal, respectivamente. En cuanto a los hallazgos neuroquímicos, se observó un aumento de metabolitos dopaminérgicos (ácido homovanílico y vanílico) y adrenérgicos/noradrenérgicos (norepinefrina, metanefrina y epinefrina) en la orina de pacientes con catatonía periódica.

Recientemente, se ha encontrado un aumento de la concentración del metabolito de dopamina, ácido homovanílico, en el plasma pacientes catatónicos agudos, en particular en los que muestran una buena respuesta al lorazepam. Estos datos sugieren la presencia de una hiperactividad del sistema dopaminérgico en la catatonía, lo que sería contradictorio si se toma en cuenta la inducción de síntomas catatónicos por parte de los neurolépticos (catatonía inducida por neurolépticos). Por lo tanto, el papel del sistema dopaminérgico en la catatonía es controvertido y continúa siendo motivo de estudio. Debido a la inducción de síndrome catatónico por drogas serotoninérgicas, también se ha propuesto un papel del sistema serotoninérgico, que estaría dado por un desequilibrio entre regulación «hacia-arriba» (up-

regulated) de receptores 5HT1a y «hacia-abajo» (down-regulated) de receptores 5HT2a, aunque el mecanismo exacto no es claro [Gráf. 1]

Gráfico 1. Mecanismo fisiopatológico de la catatonía



(Crespo y Pérez).

Para una correcta aproximación diagnóstica, es necesario arribar a la etiología del síndrome catatónico, que abarca:

- Causas médicas: disfunciones hormonales, principalmente del eje tiroideo, alteración hidroelectrolíticas, enfermedades autoinmunes, enfermedades infecciosas.
- Causas toxicológicas: intoxicaciones por monóxido de carbono o por sustancias/medicaciones (alcohol, disulfiram).
- Causas neurológicas: síndrome neuroléptico maligno, síndrome de rigidez y acinesia, distonía, bloqueantes dopaminérgicos, parkinsonismos, hemorragias, trombosis, encefalitis, tumores.
- Causas psiquiátricas: 65-71% de los casos abarcan los trastornos afectivos (manía, melancolía, esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor), seguido por esquizofrenia y otras psicosis.

Es fundamental realizar un examen físico y solicitar estudios complementarios para llegar a una aproximación diagnóstica. Entre ellos, es imprescindible solicitar laboratorio general, perfil tiroideo, ionograma, CPK, serología del VIH, VDRL, detección de enfermedades autoinmunes, electrocardiograma, neuroimágenes (TAC, RMN).

Terapéutica

1. Medidas de soporte y prevención de complicaciones médicas:

- Cuidados avanzados de enfermería
- Hidratación endovenosa
- Alimentación por sonda nasogástrica
- Terapia anticoagulante

Tener en cuenta complicaciones potenciales: neumonía aspirativa, deshidratación, contracturas musculares, úlceras por presión, déficit nutricionales, pérdida de peso severa, déficit de tiamina, alteraciones hidroelectrolíticas, infecciones del tracto urinario, tromboembolismo venoso.

2. Medidas farmacológicas

- Benzodiacepinas: lorazepam ampolla intramuscular, se reevalúa a los 15-30 minutos.
- Es esencial no administrar antipsicóticos o suspenderlos en el caso en que lo esté recibiendo, hasta arribar al diagnóstico.

3. Terapia electroconvulsiva

Diagnósticos diferenciales

En el caso de nuestra paciente, lo principal es diferenciarlo de:

- Distonía: antecedente de tratamiento reciente con antipsicóticos principalmente típicos, rigidez en rueda dentada, parkinsonismo

- Síndrome neuroléptico maligno: antecedente de tratamiento reciente con antipsicóticos principalmente típicos, disregulación autonómica, hipertermia (40° o más), fluctuación del sensorio
- Síndrome confusional: deterioro del sensorio, existen formas inhibidas.

Por todo lo anteriormente analizado, la paciente presentaba una catatonía aguda con buena respuesta al lorazepam que requirió internación ya que su cuadro delirante continuaba, además que el episodio catatónico podía volver a repetirse. Como conclusión, nos basamos en los antecedentes personales para hacer un diagnóstico presuntivo.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- o La catatonía es una entidad con múltiples causas.
- o Es una urgencia psiquiátrica.
- o Es fundamental el diagnóstico diferencial ante un paciente con rigidez.
- o No deben indicarse antipsicóticos en pacientes que presentan rigidez como primera línea de tratamiento.
- o El manejo farmacológico principal es con benzodiacepinas. Teniendo en cuenta que en el paciente con cuadro de catatonía, es difícil indicar medicación oral, el tratamiento suele ser inyectable, con lorazepam.

H. Bibliografía sugerida

- Perez-Gonzalez, A.F., Espinola-Nadurileb, M., Ramírez.Bermúdez, J. (2017) *Catatonía y delirium: síndromes que pueden confluir en el paciente neuropsiquiátrico*, revista colombiana de psiquiatría (DOI: 10.1016/j.rcp.2017.05.009).
- Monchablon-Espinoza, A. (2001), año XII, vol 10, N°2, *Movimientos anormales en psiquiatría del adulto*, revista argentina de clínica neuropsiquiátrica, fundación argentina de clínica neuropsiquiátrica. (<https://alcmeon.com.ar/10/38/monchablon.htm>).
- Síndrome de catatonía: en el punto de la mirada de la neurobiología* (<https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-sindrome-catatonia-punto-mira-neurobiologia-20160425055949.html>).
- Clínica Universidad de Navarra (<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/rigidez>).
- Crespo, M.L., Pérez, V. (2005) *Catatonía: un síndrome neuropsiquiátrico*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, No. 2
- Rasmussen, S., Mazurek, S., Rosenbush, R. (2017) *Diagnosis and treatment of catatonía*. World Journal Psychiatry 2017, December 22; 6 391-398, DOI:10.5498/wjp.v6.i4.391.
- Peltzer, A., Van derHeijden, F. (2018) *Systematic review of catatonía treatment*. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 317-326

I. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Matson, J. L., & Sturmey, P. (2011). *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Springer.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría clínica*. Lippincott Williams & Wilkins.

Caso #10

**“Síntomas psicóticos debidos a
meningoencefalitis por virus de Epstein-
Barr en persona viviendo con VIH”**

B López - I Sörenson - K Spósito

A. Descripción

Paciente masculino de 35 años de edad, que ingresa a guardia del Hospital Alvear en octubre de 2023 en móvil policial, derivado de fiscalía contravencional interviniente, con pedido de evaluación multidisciplinaria.

Tiene antecedentes de serología positiva para el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) diagnosticado en el año 2018 sin seguimiento ni tratamiento con ARV, se desconoce estatus virológico e inmunológico; diagnóstico de sífilis indeterminada y antecedente de patología psiquiátrica con internación en el año 2020 en Hospital Rivadavia y posteriormente Borda, sin tratamiento ni seguimiento actual.

Es evaluado por equipo de salud mental e internado por presentar al momento del ingreso síntomas de descompensación psicótica aguda.

Evoluciona desde su ingreso con episodios de fluctuación de la actividad, con cuadros de excitación motriz intermitente y períodos de hipobulia y desconexión, asociados a desorganización psicoconductual y fallas mnésicas. Por tal motivo es derivado a las 72 hrs al hospital de referencia clínico-general en dónde se realizan TAC de encéfalo que no presenta alteraciones. Asimismo, laboratorio que muestra ligera leucocitosis sin otros datos de relevancia y confirma serología positiva para HIV.

Regresa a guardia en 24 hrs con alta clínica y turno por CE de infectología para recomenzar tratamiento ARV.

En días sucesivos es medicado con antipsicótico (risperidona) 2mg/día y lorazepam 5mg/día persistiendo confuso, con síntomas de desorganización de la conducta y fluctuación de la actividad con inquietud e inhibición motriz y aparición de estereotipias motoras.

Dada las características del cuadro clínico y el antecedente de enfermedad infecciosa del paciente se decide su derivación a hospital especializado en enfermedades infecciosas. Allí, luego de realizar distintos estudios complementarios, se arriba al diagnóstico de meningoencefalitis por virus de Epstein-Barr.

B. Descripción de la temática

La prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en personas infectadas con HIV ronda el 50%. Los efectos directos del virus, las infecciones oportunistas, los efectos adversos de la terapia antirretroviral y el contexto sociocultural de las personas infectadas contribuyen al desarrollo del trastorno neurocognitivo y psiquiátrico asociado al HIV.

En términos generales el HIV puede generar daño por tres mecanismos:

- el primero se asocia a la misma infección por HIV y al efecto neurotóxico directo del virus sobre el SNC
- el segundo se relaciona con el contexto social de las personas con infección por HIV; allí es importante considerar que varios de los factores que aumentan el riesgo de desarrollar algunos trastornos psiquiátricos también aumentan el riesgo epidemiológico de adquirir HIV: nivel socioeconómico bajo, abuso de sustancias, violencia doméstica, bajo nivel educacional, entre otros
- el tercero con la aparición de infecciones oportunistas que ocurren con mayor frecuencia y gravedad por la afectación del sistema inmunológico

C. Preguntas direccionadoras

- ¿El cuadro clínico psiquiátrico (psicosis aguda) que presenta el paciente al ingreso es a causa de la enfermedad clínica infectológica (HIV)?
- ¿Se trata de una descompensación de su problemática psiquiátrica?
- ¿Cursa alguna enfermedad oportunista que desencadena este cuadro?

D. Definiciones

Psicosis aguda: cuadro psicopatológico de inicio reciente (no más de dos semanas) caracterizado por pérdida de contacto con la realidad, alteraciones sensorceptivas, desorganización del pensamiento y delirio.

Confusión mental: es una alteración de la función cerebral caracterizada por disminución de la actividad de la conciencia, desorganización del pensamiento, alteración del comportamiento y de la sensorpercepción, entre otros.

Meningoencefalitis: es un proceso infeccioso que afecta al cerebro ocasionado por la invasión directa de microorganismos y que involucra las meninges y la médula espinal

Infección oportunista: enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no afecta a pacientes con sistema inmunitario sano; se produce con más frecuencia o con mayor gravedad como consecuencia de la inmunodepresión

E. Objetivos

Objetivo General

- Identificar la o las causas clínicas que pueden manifestarse como un episodio psicótico agudo

Objetivo Específico

- Desarrollar las características diferenciales de cada patología presuntamente causal que podrían estar asociadas al episodio psicótico agudo, en pacientes con serología positiva para HIV

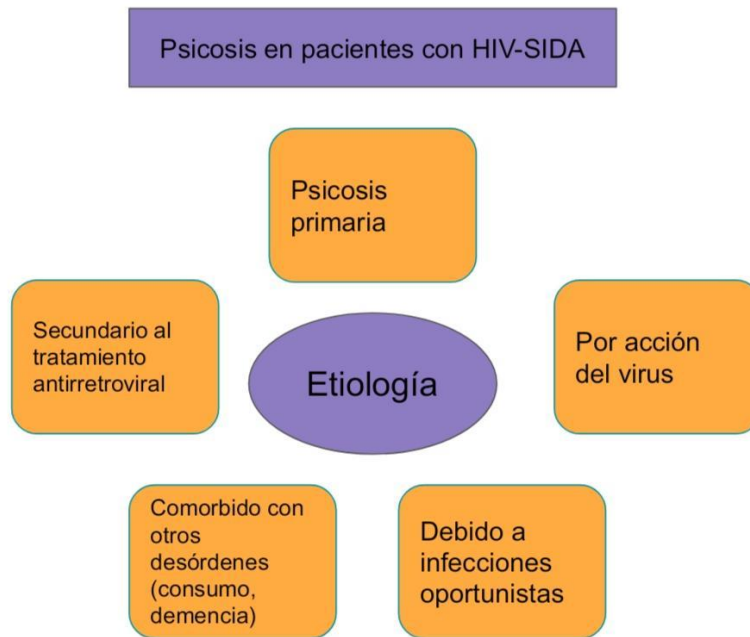
F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional.

Cuando se presenta en la urgencia un paciente con una psicosis aguda es importante diferenciar entre las causas primarias mentales (psiquiátricas) y las alteraciones del nivel de conciencia relacionadas con un estado confusional agudo o delirium causadas por una condición médica específica.

Las manifestaciones neurológicas son frecuentes en el VIH SIDA, con una prevalencia de hasta el 70 % de los pacientes, pueden aparecer en cualquier etapa del curso evolutivo y son sumamente proteiformes.

El compromiso del SNC puede ser por:

- acción directa de VIH: neurotrofismo del propio retrovirus (encefalopatía)
- infecciones o neoplasias oportunistas por el compromiso de la inmunidad celular
- deficiencia grave del sistema inmune con desmielinización progresiva (leucoencefalopatía multifocal progresiva)
- efectos neuropsiquiátricos del tratamiento antirretroviral combinado



Entre los trastornos psiquiátricos de aparición en los pacientes con infección por HIV se han descrito cuadros psicóticos con alucinaciones y contenido delirante. Estos síntomas pueden ocurrir en el contexto de un deterioro cognitivo o pueden constituir la única manifestación psicopatológica.

Asimismo, los síndromes depresivos de distinta intensidad pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección por HIV. Los síntomas pueden ser difíciles de diferenciar de las manifestaciones de inicio de una demencia de aparición común en estos enfermos. Suelen ser consecuencia directa del efecto del virus en el cerebro que, según se ha podido comprobar en estudios neuropatológicos, tiene una predilección por las áreas límbicas que están implicadas en la regulación de la experiencia emocional.

La acción directa del virus genera una activación crónica de astrocitos y microglia con daño neuronal, afectando predominantemente a la sustancia blanca, produciendo desmielinización y gliosis y generando un cuadro denominado encefalopatía por VIH: complejo demencia-SIDA.

Es la complicación más frecuente en pacientes infectados con VIH en países con tratamiento antirretroviral. Consisten en un espectro de alteraciones neurológicas que van desde asintomático hasta un empeoramiento significativo de las actividades de la vida diaria. Los síntomas pueden ser demencia precoz, pérdida de atención y concentración, enlentecimiento motriz y alteraciones del comportamiento.

Por otro lado, las infecciones oportunistas son todavía la causa más frecuente de complicaciones neurológicas en HIV en países sin tratamiento, o en pacientes con abandono del mismo o con funcionamiento inadecuado.

Las más frecuentes son LMP, infecciones bacterianas, incluyendo tuberculosis del SNC infección por citomegalovirus (CMV) y virus herpes simple e infecciones fúngicas y parasitarias como toxoplasmosis y criptosporidiosis.

El desarrollo de manifestaciones neurológicas depende de múltiples factores. Un descenso en el número de linfocitos CD4+ es el mejor predictor de desarrollo potencial de infecciones oportunistas, especialmente cuando los niveles de linfocitos CD4 caen por debajo de 200 células/ μ L.

G. Perlas de urgencias y emergencias en la praxis profesional

- La aparición de manifestaciones psiquiátricas agudas en pacientes con antecedentes de patología clínica o cuadros crónicos exige descartar causas de etiología orgánicas.
- La encefalitis debe considerarse siempre en pacientes jóvenes con presentación aguda de síntomas psiquiátricos

- El diagnóstico precoz del origen orgánico del cuadro es muy importante para la evolución clínica, ya que se trata en general de afecciones graves del SNC

H. Bibliografía sugerida

- Escobar-Urrejola, Santiago, Ceballos, María Elena, & Toro, Pablo. (2020). Co-morbilidad neuro-psiquiátrica en infección por VIH. *Revista chilena de infectología*, 37(5), 555-562.
- Collazos J (2003). Opportunistic infections of the CNS in patients with AIDS. *CNS Drugs*, 17:869-887.
- Mazzoglio y Nabar, M.J. (2022). Neuropsicofarmacología clínica aplicada a personas viviendo con VIH. Interacciones, reacciones adversas y complicaciones. 1ra Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Salerno
- Treisman GJ, Angelino AF, Hutton HE (2001). Psychiatric issues in the management of patients with HIV infection. *JAMA* 286(22):2857-4.

I. Referencias bibliográficas

- Bagchi A, Sambamoorthi U, McSpiritt E, Yanos P, Walkup J, Crystal S (2004). Use of antipsychotic medications among HIV-infected individuals with schizophrenia. *Schizophr Res* 71 (2-3):435-44.
- Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al. (1996). A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine and lorazepam in the treatment of delirium on hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry*, 153(2):231-37.
- Collazos, J. (2003). Opportunistic infections of the CNS in patients with AIDS: diagnosis and management. *CNS drugs*, 17, 869-887.
- Deeks, S. G., Overbaugh, J., Phillips, A., & Buchbinder, S. (2015). HIV infection. *Nature reviews Disease primers*, 1(1), 1-22.
- Gallego Deike, L., & Gordillo Álvarez-Valdés, M. (2001, November). Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. In *Anales de medicina interna* (Vol. 18, No. 11, pp. 47-54). Arán Ediciones, SL.
- Gatell Artigas, JM, Graus Ribas, F, Miró Meda, JM (1996) Complicaciones neurológicas del SIDA. En: Farreras-Rozman, Ed. CD-Room, Decimotercera Edición. p. 1428-1430.
- Hellmuth, J., Fletcher, J. L., Valcour, V., Kroon, E., Ananworanich, J., Intasan, J., ... & SEARCH 010/RV254 Study Group. (2016). Neurologic signs and symptoms frequently manifest in acute HIV infection. *Neurology*, 87(2), 148-154.
- Joint United Nations Programme on HIV. (2022). World AIDS Day Report 2022: dangerous inequalities. UN.
- Kumar, S., Maurya, V. K., Dandu, H. R., Bhatt, M. L., & Saxena, S. K. (2018). Global Perspective of Novel Therapeutic Strategies for the Management of NeuroAIDS: Novel drug delivery methods for NeuroAIDS. *Biomolecular Concepts*, 9(1), 33-42.
- Meyer JM, Marsh J, Simpson G (1998). Differential sensitivities to risperidone and olanzapine in a human immunodeficiency virus patients. *Biol Psychiatry* 44:791-94.
- Repetto MJ, Peitto JM (2008). Psychopharmacology in HIV-infected patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 585-592.
- Singh D, Goodkin K (2007). Choice antipsychotic in HIV-infected patients. *J Clin Psychiatry* 68(3):479-480.
- Thompson A, Silverman B, Dzung L, Treisman G (2006). Psychotropic medications and HIV. *Clin Infect Dis*, 42(9):1305-10.
- Valverde, R. A. R. (2014). Manifestaciones psiquiátricas desencadenadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 39(10).
- Vitiello B, Burman MA, Bing EG, Beckman R, Shapiro MF (2003). Use psychotropic medications among HIV-infected patients in the US. *A J Psychiatry*, 160(3):547-54.

Caso#11

“La atención prehospitalaria en salud mental: reporte de caso”

MR Batsios - GN Bea - D Fernández

A. Descripción del caso

En horas de la noche se recibe el llamado del radiooperador del SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencias) del día informando que una paciente mujer de 60 años de edad, diagnóstico presuntivo de Trastorno Psicótico No Especificado y antecedente de tratamiento psicofarmacológico de hace varios años, se manifiesta agresiva para con sus familiares tanto física como verbalmente, rehusándose a tomar la medicación indicada por su Psiquiatra tratante. Hacía días se encontraba encerrada en su habitación negándose activamente a salir de ella. En el domicilio se halla la mencionada junto a sus familiares, quienes son los que solicitan la asistencia médica de urgencia comunicándose telefónicamente al 107. Al arribar al lugar, la ambulancia perteneciente a la Unidad Psiquiátrica del SAME, conformada por un Médico Especialista en Psiquiatría y un chofer, toman contacto con los familiares y el personal policial presentes, quienes brindan datos sobre la persona y situación a evaluar.

Una vez dentro del recinto, al cual accede en primera instancia la fuerza de seguridad designada para el resguardo de la integridad física de los presentes y luego el cuerpo médico, advertimos que la paciente se encuentra en su habitación, sentada en la cama, fumando un cigarrillo de tabaco. El cuarto se ve desordenado, desaseado, con acumulación excesiva y anárquica de objetos, los que mayormente parecen tener poco valor, dándole un aspecto bizarro al ambiente por el acopio de cosas sin sentido aparente, inservibles y rotas que colman el lugar haciendo difícil el uso normal del espacio. Al evaluar a la paciente, la misma se observa vigil, con facies de desconcierto pero no confusa, aspecto enfermizo y cierta desconexión con el medio, desvitalizada. Difícilmente abordable por medio de la palabra en un primer momento; colabora pasivamente con la entrevista respondiendo las preguntas de manera sucinta, concreta. De lenguaje pobre, casi inaccesible la interlocución. Dice correctamente su nombre y edad pero se muestra desorientada en tiempo (pues no recuerda día ni fecha), no así en espacio. Transmite una clara sensación de ansiedad interna elevada, exhibiéndose agresiva verbalmente frente a preguntas simples, como por las personas que la acompañan, y expresando ideación delirante objetivada en ellos. Con el fin de posibilitar la anamnesis y disminuir el nivel de agresividad contenida, producto de la afectividad secundaria a la ideación delirante, se le ofrece medicación vía oral, la que se niega rotundamente a aceptar a pesar de los intentos fallidos de persuasión, respondiendo violentamente y en escalada intención de perjuicio. Algunas de sus contestaciones son, a las claras, pararrespuestas. Se decide cambiar de estrategia con el objeto de disminuir el contacto percibido como provocación o amenaza y se procede a realizar entonces anamnesis indirecta a sus familiares. De ésta se desprende que la paciente discontinuó el plan farmacológico que se autoadministraba hace aproximadamente tres semanas (risperidona 3 mg/día + clonazepam 4 mg/día), el que había sido indicado un par de meses atrás por haber accionado con episodios de heteroagresividad verbal y física hacia personas y cosas producto de su ideación patológica. Al momento del examen no impresiona alucinada (aunque no se descarta), pero sí comprometida afectiva y conductualmente por la ideación delirante a mecanismo interpretativo. Por lo referido, el apetito habría estado disminuido en el último tiempo y el ciclo sueño-vigilia habría estado invertido. A la consulta los allegados niegan antecedente de consumo de sustancias psicoactivas o tóxicas, alergias, traumatismos, alteraciones neurológicas, aportan datos de su historia psicofarmacológica, último chequeo clínico general y otros antecedentes clínicos de importancia.

Ante este panorama se la intenta convencer de ser trasladada -según términos de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657- al nosocomio general de la zona correspondiente al domicilio con el objeto de realizar una evaluación interdisciplinaria e integral acabada bajo techo hospitalario, incluyendo salud física y mental. Pero la paciente se resiste fervientemente a dicho traslado. Frente a esta situación que se valora de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros debido al juicio de realidad desviado con compromiso afectivo y conductual, se decide efectivizar dicho traslado. A fin de contar con la colaboración de sus familiares, se vuelve a conversar con ellos explicando de la manera más clara posible el estado de salud de la paciente y los pasos a seguir, detallando los beneficios y riesgos que ello implica, para conseguir así su consentimiento y colaboración. Se aclaran, además, dudas e inquietudes al respecto. Lo mismo se comunica al personal policial, solicitando su colaboración, participación de personal de sexo femenino y elaborando una estrategia transdisciplinaria, en equipo, expeditiva y eficaz. La paciente continúa irritable y agresiva, ahora ya negándose a colaborar y resistiéndose a las indicaciones médicas y a la autoridad, con un claro cuadro de agitación psicomotriz, por lo que se decide aplicar medicación vía intramuscular (haloperidol 5 mg + Lorazepam 4 mg) para disminuir la posibilidad de lesión ante un eventual forcejeo y poder trasladarla. Esperamos el efecto farmacológico de lo administrado según protocolos y consensos internacionales para tal cuadro clínico-psiquiátrico y, luego de media hora aproximadamente, la paciente se duerme de forma tal que es necesario solicitar apoyo a los presentes para llevarla hasta la ambulancia. A medida que pasan los minutos, la paciente impresiona disneica por lo que se la traslada de forma

urgente al hospital general más cercano en el móvil de Unidad Psiquiátrica, debido no solo a la poca distancia en la que nos encontrábamos del mismo sino al hecho de que, ante tal emergencia, hubiera resultado contraproducente la espera de la llegada de ambulancia clínica general para su asistencia.

B. Descripción de la temática

La agitación psicomotriz es un estado de hiperactividad motora, física y mental descontrolada e improductiva, asociada a una tensión interna. Es una urgencia médica y probablemente se trate de la urgencia psiquiátrica domiciliaria más frecuente. Presenta una intensidad variable, que abarca desde una mínima inquietud psicomotriz hasta suponer una tempestad de movimientos aparentemente descoordinados y sin finalidad alguna, poniendo en riesgo muchas veces la integridad física del paciente y de su entorno.

El síndrome de agitación psicomotriz no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de gran variedad de trastornos, tanto psíquicos como somáticos (ideas delirantes, episodios maníacos, consumo de tóxicos -o abstinencias-, alteraciones metabólicas o neurológicas, etc.).

Como sintomatología prodrómica el paciente puede expresar discurso hostil, cambio súbito de conducta, intranquilidad, labilidad emocional, ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra, hiperventilación, contacto visual fijo, palidez o rubicundez, así como mostrarse cada vez más nervioso o con ansiedad creciente, intolerancia a la frustración, enojo, inquietud, logorrea, entre otros.

Una vez instalada la agitación, ésta puede exteriorizarse con hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad), síntomas de activación simpática (taquicardia, sudor, boca seca), sensación subjetiva de pérdida del control, agresividad contra otros o contra sí mismo. Puede ir acompañada de ansiedad, cólera, pánico o euforia. Asimismo, puede existir desinhibición verbal y falta de conexión ideativa.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Cuáles son las primeras medidas de seguridad, generales, que se toman y/o revisan al arribar a un domicilio o episodio en vía pública?
- ¿Qué elementos clínicos son importantes a tener en cuenta en la evaluación de una persona en su domicilio?
- ¿Cuáles de esos elementos son determinantes para definir o no el traslado a un dispositivo de mayor complejidad (hospital)?
- ¿Con quién/quienes se cuenta para armar un equipo de trabajo *in situ* y cómo se debe organizar la intervención? ¿Cuál es el orden de responsabilidades y directivas en la atención pre-hospitalaria?
- ¿Es conveniente la indicación de medicación en la atención pre-hospitalaria? ¿Y sería posible un uso adecuado a consensos y racional de psicofármacos en la urgencia?
- ¿Qué aspectos médico-legales debo tener en cuenta en la atención pre-hospitalaria?

D. Definiciones

SAME: Sistema de Atención Médica de Emergencia cuya competencia es la de autoridad responsable de gestionar la atención de los pacientes en casos de urgencia-emergencia extrahospitalaria, brindando la respuesta más apta a la naturaleza de los auxilios. (Ley 1883 Sistema de Atención médica de Emergencia, 2005).

Trastorno Psicótico No Especificado: Esta categoría se aplica cuando predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas relevantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica. Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del

incumplimiento de los criterios de las categorías diagnósticas. Incluye también las situaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. (SOM Salud Mental 360, Sant Joan de Déu)

Ideación Delirante: Una idea delirante es una creencia falsa y firmemente sostenida por una persona, incluso cuando hay pruebas evidentes de que es incorrecta. Es irreductible. Puede, incluso, ser verosímil. Las ideas delirantes se distinguen de las creencias erróneas porque no cambian frente a evidencia clara y razonable. Los contenidos más frecuentes son persecución, hipocondría, megalomanía, querulancia o celos. También pueden ser inadecuadas para el contexto cultural del sujeto que las sostiene. (Propiedad intelectual de los autores)

Agitación Psicomotriz: La agitación psicomotriz se define como un estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador, dado el contexto situacional en el que se produce y la ausencia de intencionalidad aparente. En ocasiones se asocia a manifestaciones de agresividad y puede acompañarse de distintos síntomas y signos, configurándose como una entidad sindrómica. Puede, además, ser un síntoma y/o un signo de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. (García Álvarez, Bugarín González, 2012)

Ley 26.657: La Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en 2010, prevé la sustitución de las instituciones psiquiátricas monovalentes por un sistema de atención en salud mental de base comunitaria que respete los derechos humanos. Esta ley no sólo protege a las personas con padecimiento mental, sino que también están contemplados en su seno los individuos con usos problemáticos de drogas. Expresa que las personas con padecimiento mental deben ser atendidas y tratadas en hospitales comunes y no en instituciones psiquiátricas. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

E. Objetivos

Objetivo general:

- Describir los lineamientos para una atención pertinente, oportuna, eficiente y segura a personas descompensadas por un trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta en tal grado disruptivos que el paciente mismo, la familia o la sociedad solicitan atención inmediata en contexto pre-hospitalario.

Objetivos específicos:

- Ubicar los factores a tener en cuenta para la construcción de un diagnóstico presuntivo sindromático como las patologías clínicas, signos vitales anormales, alteración de la conciencia e intoxicación por sustancias.
- Abordar cuestiones relativas a la seguridad psicofísica del paciente y su entorno en urgencias prehospitales.
- Describir los criterios que justifican los traslados a dispositivos de mayor complejidad.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

El Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear (HEPTA) es un hospital público monovalente de agudos que funciona en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Es el único efector monovalente específico para la atención de situaciones de Urgencias en Salud Mental en el sistema público de salud de esta Ciudad, construido sobre la base de un modelo de trabajo interdisciplinario en el que interactúan profesionales de las diversas disciplinas del campo de la Salud Mental: Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Médicos Clínicos, Trabajadores Sociales, Enfermeros, Terapistas Ocupacionales, Psicopedagogos, Nutricionistas, Farmacéuticos, entre otros.

Éste posee características propias. No existen en el mundo muchos ejemplos de instituciones especializadas en emergencia psiquiátrica. El Servicio de Guardia es la puerta de entrada al hospital. Allí se resuelven situaciones de urgencia, se toman decisiones interdisciplinarias y se da orientación sobre cómo proceder para la continuación del tratamiento una vez superada la fase aguda del episodio que motiva la consulta.

Para contener la demanda que presenta la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el hospital dispone de una ambulancia especialmente adaptada que funciona las 24 hs del día los 365 días del año. A cargo

de la misma siempre hay un Médico Psiquiatra. Es el único hospital que efectúa atención psiquiátrica en la vía pública y en domicilios, interconsultas en los otros nosocomios, traslados y oficios librados por un juez. La ambulancia pertenece al SAME, que coordina y clasifica los operativos.

En 1908 comenzó su construcción. Fue creado para ser un hospital de Clínica Médica y lo fue durante muchos años hasta que en 1983, con el regreso de la democracia, fue reabierto pero transformado en un hospital psiquiátrico pensado exclusivamente para pacientes con patología aguda. El nuevo gobierno lo dividió en un hospital por un lado y un hogar de ancianos por el otro.



El frente del «Hospital Torcuato de Alvear», que carece de veredas y cuya calle está convertida en un pantano

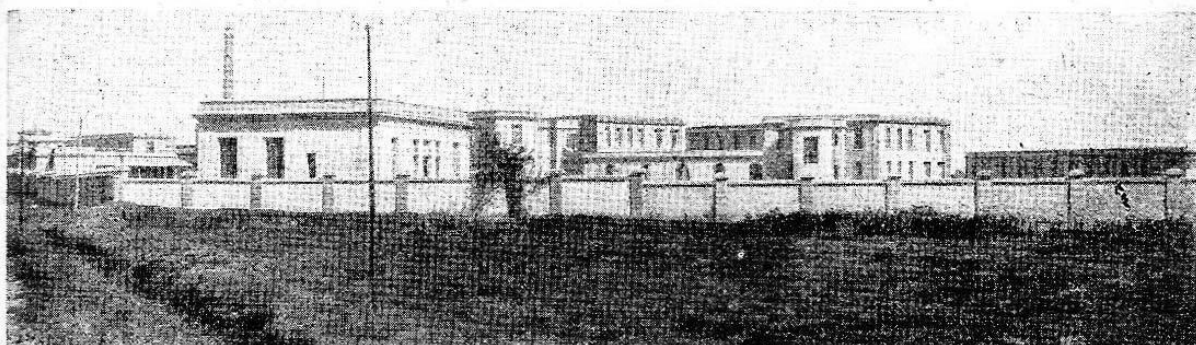


Foto del Hospital Alvear, 1910. Extraído de <https://buenosaireshistoria.org/juntas/el-hospital-que-nacio-con-la-paternal-hospital-torcuato-de-alvear/>

Por su parte, el SAME es una unidad de organización dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que tiene como misión brindar la respuesta médica adecuada a las necesidades de la población frente a emergencias y/o urgencias médicas pre-hospitalarias individuales o colectivas.

La función arriba mencionada es llevada a cabo mediante las unidades móviles equipadas y tripuladas por conductores con entrenamiento básico en emergencias y médicos pertenecientes a la planta permanente de SAME. Esta etapa de atención está apoyada por otros móviles especiales: Atención y Traslado Neonatal, Unidades de Catástrofe (UNICA), Unidades Coronarias, Unidades de Traslado y Unidades de Apoyo.

El trabajo en conjunto en el SAME se consigue a partir de la eficacia con que se articulan el capital humano y los recursos materiales en el lugar del evento, la comunicación fluida entre los móviles sanitarios, el Dispositivo de Eventos Especiales (UT), la Central Operativa del SAME y los diferentes dispositivos del SAME, por ejemplo, el Equipo de Comunicación Unificada en Emergencias Sanitarias (ECUES), Factores Humanos o SAME Aéreo.

Actualmente el SAME tiene su sede en un edificio ubicado en Monasterio 480 y fue inaugurado en el año 2012. Cuenta con una Central Operativa de última generación donde se reciben, gestionan, regulan, categorizan y despachan las solicitudes de auxilios y traslados.

Los vehículos destinados a realizar la atención pre-hospitalaria tienen la configuración sanitaria de móviles de transporte tipo II, conformados con señalética visual, sonora y lumínica propia del sistema. De acuerdo a la Ley N° 1850, vigente en CABA, todas las ambulancias deben estar equipadas como móviles de apoyo vital avanzado (AVA).

Dentro de la configuración general hay vehículos con especificaciones propias para realizar distintos tipos de intervención y traslado, entre ellas, Traslado Psiquiátrico. La unidad Psiquiátrica cuenta con un Médico Psiquiatra y un chofer especializado.

Ante una situación clínica o judicial que lo requiera, el SAME se comunica telefónicamente o vía *motorola* con el equipo del HEPTA a cargo de la ambulancia psiquiátrica del día. Imparte instrucciones y la dotación designada se dispone a concurrir a la vía pública/domicilio/comuna/nosocomio que corresponda para el ejercicio de su función.



SAME. Extraído de <https://buenosaires.gob.ar/salud/same/historia>



SAME. Extraído de <https://buenosaires.gob.ar/salud/same/historia>

A partir del caso descrito se desarrollarán 3 puntos de discusión con el objeto de funcionar como punto de partida para pensar la práctica clínico-psiquiátrica pre-hospitalaria:

- **Trabajo en equipo:** la complejidad de los casos que se presentan en la atención pre-hospitalaria por su propia naturaleza (desconocimiento del paciente y de sus antecedentes, dificultad para recabar datos, entorno probablemente peligroso tanto para ocasionar daño como por vía de escape, evaluación clínico psiquiátrica hecha sólo por un profesional, no contar con recursos hospitalarios, etc) tornan imprescindible el trabajo en equipo, equipo que se forma y se conoce *in situ*. personal de las fuerzas de seguridad de la comuna, personal de las fuerzas destinados a intervenir en el operativo, médico clínico (de haberse presentado en primera instancia ambulancia general), familiares y allegados, personal de la institución y sus normas cuando el paciente se encuentra allí (por ejemplo en un hogar), organismos intervinientes a los que es necesario consultar -tales como Fiscalías, coordinación del SAME, profesionales que reciben al paciente en caso de necesidad de traslado, etc. La comunicación clara y fluida entre los actores intervinientes mejora las habilidades de resolución del problema en cuestión, define un objetivo colectivo de manera eficiente, permite que el operativo se realice de manera rápida, coordinada y expeditiva, acotando el tiempo de malestar del paciente, ayuda a desarrollar confianza, alivia la tarea (muchas veces ardua y tensionante), aumenta el compromiso de los participantes, genera eficiencia, motiva el alto rendimiento, desarrolla las fortalezas individuales, mejora la toma de decisiones, complementa las tareas... En definitiva, y lo más importante, reduce el padecimiento subjetivo desmesurado del paciente en cuestión.
- **Resguardo de la integridad física tanto del paciente como de los intervinientes:** resulta de vital importancia establecer un entorno adecuado (disponer de un perímetro de prevención, seleccionar quiénes intervendrán en el operativo, evacuar a todas las personas que no integren el equipo recientemente formado, no perder el contacto visual con todos los integrantes del equipo, evaluación de vías de escape y de objetos peligrosos que puedan ser utilizados como proyectiles o elementos cortopunzantes, cuidarse de acercarse a ventanas o puertas de ascensores, evitar estar solos en la evaluación, etc.)
- **Uso racional y adecuado al contexto de psicofármacos:** muy probablemente sea poco lo que se conozca acerca del paciente (anamnesis directa o indirecta, inspección...), por lo que es menester extremar las medidas de uso farmacológico. Realizar una valoración acerca de si es estrictamente

necesario medicar en domicilio, en caso afirmativo intentar siempre primero la vía oral y medicación ya conocida por el paciente, dejar la vía intramuscular para casos extremos y realizarlo con la apoyatura de las fuerzas presentes, tener muy presente posibilidad de alergias, cuadro de intoxicación, interacciones farmacológicas, etc..

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- En la emergencia pre-hospitalaria se debe centrar la atención en el problema actual.
- Al inicio se debe evaluar acabadamente el entorno, sus perímetros y áreas de seguridad como de vulnerabilidad.
- Es esencial descartar organicidad en los cuadros para una correcta y efectiva derivación al efector acorde con el cuadro.
- En contextos pre-hospitalarios se debe ser expeditivo y eficiente en las intervenciones.
- Se debe consignar toda la información posible debido a múltiples atravesamientos tanto clínicos como legales.

H. Bibliografía sugerida

Kaplan, H. I.; Sadock, B. J., 1996, *Manual de Psiquiatría de Urgencias*, Editorial Médica Panamericana.
 Derito, M. N. C.; Monchablon Espinoza, A., 2011, *Las Psicosis*, Editorial Inter-Médica.
 SAME, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2003, Guía de Procedimientos para la Atención de Urgencias y Emergencias Médicas. Talleres gráficos de la Imprenta del GCBA.

I. Referencias bibliográficas

Abraham J, Hirt J, Richter C, Köpke S, Meyer G, Möhler R. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraint of older people in general hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Aug 25;8(8):CD012476. doi: 10.1002/14651858.CD012476.pub2. PMID: 36004796; PMCID: PMC9404383.

Alcock J, Ranse J, Crilly J, Wardrop R. People brought to the emergency department under involuntary assessment orders: A scoping review. *Int Emerg Nurs*. 2023 Jul;69:101290. doi: 10.1016/j.ienj.2023.101290. Epub 2023 Jun 7. PMID: 37295224.

Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2021 Jul;196:186-197. doi: 10.1016/j.puhe.2021.02.009. Epub 2021 Jul 8. PMID: 34246105.

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, 1ª Ed. Barcelona: Editorial MASSON.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*, Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Buswell M, Lumbar P, Prothero L, Lee C, Martin S, Fleming J, Goodman C. Unplanned, urgent and emergency care: what are the roles that EMS plays in providing for older people with dementia? An integrative review of policy, professional recommendations and evidence. *Emerg Med J*. 2016 Jan;33(1):61-70. doi: 10.1136/emermed-2014-203941. Epub 2014 Dec 2. PMID: 25465035.

Capítulo I - Parte 2 // Semiología Autores: Dr. Juan Cristóbal Tenconi - Dra. Mónica Schpilberg Director y Editor: Dr. Juan Cristóbal Tenconi. *Tratado de Actualización de Psiquiatría* - Editorial Sciens.

Caruso R, Antenora F, Riba M, Belvederi Murri M, Biancosino B, Zerbinati L, Grassi L. Aggressive Behavior and Psychiatric Inpatients: a Narrative Review of the Literature with a Focus on the European Experience. *Curr Psychiatry Rep*. 2021 Apr 7;23(5):29. doi: 10.1007/s11920-021-01233-z. PMID: 33825996; PMCID: PMC8026454.

Díaz-Tamayo AM, Escobar-Morantes JR, García-Perdomo HA. Coping Strategies for Exposure to Trauma Situations in First Responders: A Systematic Review. *Prehosp Disaster Med*. 2022 Dec;37(6):810-818. doi: 10.1017/S1049023X22001479. Epub 2022 Nov 3. PMID: 36326087.

Gillies D, Beck A, McCloud A, Rathbone J, Gillies D. Benzodiazepines alone or in combination with antipsychotic drugs for acute psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct

- 19;(4):CD003079. doi: 10.1002/14651858.CD003079.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;4:CD003079. PMID: 16235313.
- Gillies D, Sampson S, Beck A, Rathbone J. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;(4):CD003079. doi: 10.1002/14651858.CD003079.pub3. PMID: 23633309.
- Gillies D, Sampson S, Beck A, Rathbone J. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;(4):CD003079. doi: 10.1002/14651858.CD003079.pub3. PMID: 23633309.
- Hall CA, Kader AS, Danielle McHale AM, Stewart L, Fick GH, Vilke GM. Frequency of signs of excited delirium syndrome in subjects undergoing police use of force: Descriptive evaluation of a prospective, consecutive cohort. J Forensic Leg Med. 2013 Feb;20(2):102-7. doi: 10.1016/j.jflm.2012.05.008. Epub 2012 Jun 23. PMID: 23357395.
- Hall CA, Kader AS, Danielle McHale AM, Stewart L, Fick GH, Vilke GM. Frequency of signs of excited delirium syndrome in subjects undergoing police use of force: Descriptive evaluation of a prospective, consecutive cohort. J Forensic Leg Med. 2013 Feb;20(2):102-7. doi: 10.1016/j.jflm.2012.05.008. Epub 2012 Jun 23. PMID: 23357395.
- <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001401cnt-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental-2019.pdf>
- <https://buenosaires.gob.ar/salud/same/historia>
- <https://buenosaires.gob.ar/salud/same/institucional-same>
- <https://buenosaireshistoria.org/juntas/el-hospital-que-nacio-con-la-paternal-hospital-torcuato-de-alvear/>
- <https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/ley-1883-sistema-de-atencion-medica-de-emergencia/>
- <https://emergiendo.org/urgencias-psiQuiatricas-en-prehospital-un-enfoque-claro/>
- <https://psicosis.som360.org/es/tipos-trastornos-psicoticos-diagnostico>
- https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol_4/Act_ABCD_2_Cadernos_Vol18_n4.pdf
- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-906-2017-277148/texto>
- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/delirium/symptoms-causes/syc-20371386>
- https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/cartelera/hospitales/alvear.php
- <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-en-enfermeria/tema-6-agitacion-psicomotriz/4>
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwvIWzBhAIEiwAHHWgvRjz8OK0ncP4_EI9nRBgsRQ5RUgScFAod6LQQP1g0_JFQHm85up4xoC4qoQAvD_BwE
- Kennedy GJ, Lowinger R. Psychogeriatric emergencies. Clin Geriatr Med. 1993 Aug;9(3):641-53. PMID: 8374862.
- Kennedy GJ, Onuogu E, Lowinger R. Psychiatric emergencies: rapid response and life-saving therapies. Geriatrics. 1999 Sep;54(9):38-42, 45-6. PMID: 10494226.
- Mouaffak F, Ferreri F, Bourgin-Duchesnay J, Baloch E, Blin O, Vandel P, Garay RP, Vidailhet P, Corruble E, Llorca PM. Dosing antipsychotics in special populations of patients with schizophrenia: severe psychotic agitation, first psychotic episode and elderly patients. Expert Opin Pharmacother. 2021 Dec;22(18):2507-2519. doi: 10.1080/14656566.2021.1958781. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34338130.
- Mouaffak F, Ferreri F, Bourgin-Duchesnay J, Baloch E, Blin O, Vandel P, Garay RP, Vidailhet P, Corruble E, Llorca PM. Dosing antipsychotics in special populations of patients with schizophrenia: severe psychotic agitation, first psychotic episode and elderly patients. Expert Opin Pharmacother. 2021 Dec;22(18):2507-2519. doi: 10.1080/14656566.2021.1958781. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34338130.
- Nassisi D, Korc B, Hahn S, Bruns J Jr, Jagoda A. The evaluation and management of the acutely agitated elderly patient. Mt Sinai J Med. 2006 Nov;73(7):976-84. PMID: 17195883.
- Niquille M, Gremion C, Welker S, Damsa C. Prise en charge des états d'agitation extrahospitaliers: le point de vue de l'urgentiste [Agitation in prehospital setting: view of emergency physicians]. Rev Med Suisse. 2007 Aug 15;3(121):1839-46. French. PMID: 17892148.
- Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017 Sep 26;318(12):1161-1174. doi: 10.1001/jama.2017.12067. PMID: 28973626; PMCID: PMC5717753.

- Peisa C, Chan DK, McKay R, Kurrle SE, Reutens SG. Practical guidelines for the acute emergency sedation of the severely agitated older patient. *Intern Med J*. 2011 Sep;41(9):651-7. doi: 10.1111/j.1445-5994.2011.02560.x. PMID: 21899680.
- Piechniczek-Buczek J. Psychiatric emergencies in the elderly population. *Emerg Med Clin North Am*. 2006 May;24(2):467-90, viii. doi: 10.1016/j.emc.2006.01.008. PMID: 16584967.
- Powney MJ, Adams CE, Jones H. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD009377. doi: 10.1002/14651858.CD009377.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 31;7:CD009377. PMID: 23152276.
- Sands N, Elsom S, Gerdts M, Khaw D. Mental health-related risk factors for violence: using the evidence to guide mental health triage decision making. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012 Oct;19(8):690-701. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01839.x. PMID: 23094288.
- Shirzad F, Hadi F, Mortazavi SS, Biglari M, Sari HN, Mohammadi Z, Atoofi MK, Shariat SV. First line in psychiatric emergency: pre-hospital emergency protocol for mental disorders in Iran. *BMC Emerg Med*. 2020 Mar 16;20(1):19. doi: 10.1186/s12873-020-00313-2. PMID: 32178629; PMCID: PMC7074981.
- Slocum S, Fiorillo M, Harding E, Owen J, Long R, Dunn T, Martin I. In pursuit of inter-specialty consensus on excited delirium syndrome: a scoping literature review. *Forensic Sci Med Pathol*. 2023 Dec;19(4):573-594. doi: 10.1007/s12024-022-00548-4. Epub 2022 Nov 9. PMID: 36350497.
- Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, IShin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan;27(1):281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34079068; PMCID: PMC8960395.
- Sunderji N, de Bibiana JT, Stergiopoulos V. Urgent Psychiatric Services: A Scoping Review. *Can J Psychiatry*. 2015 Sep;60(9):393-402. doi: 10.1177/070674371506000904. PMID: 26454727; PMCID: PMC4574715.
- Vilke GM, Bozeman WP, Dawes DM, Demers G, Wilson MP. Excited delirium syndrome (ExDS): treatment options and considerations. *J Forensic Leg Med*. 2012 Apr;19(3):117-21. doi: 10.1016/j.jflm.2011.12.009. Epub 2012 Jan 25. PMID: 22390995.
- Vilke GM, DeBard ML, Chan TC, Ho JD, Dawes DM, Hall C, Curtis MD, Costello MW, Mash DC, Coffman SR, McMullen MJ, Metzger JC, Roberts JR, Sztajnkrcer MD, Henderson SO, Adler J, Czarnecki F, Heck J, Bozeman WP. Excited Delirium Syndrome (ExDS): defining based on a review of the literature. *J Emerg Med*. 2012 Nov;43(5):897-905. doi: 10.1016/j.jemermed.2011.02.017. Epub 2011 Mar 25. PMID: 21440403.
- Villari V, Rocca P, Bogetto F. Emergency psychiatry. *Minerva Med*. 2007 Oct;98(5):525-41. PMID: 18043562.
- Watson T, Tindall R, Patrick A, Moylan S. Mental health triage tools: A narrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2023 Apr;32(2):352-364. doi: 10.1111/inm.13073. Epub 2022 Sep 29. PMID: 36176247.
- Wolf A, Müller MJ, Pajonk FG. Psychopharmakain Notarzdienst [Psychotropic agents in emergency medicine]. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2014 Feb;109(1):71-80; quiz 81. German. doi: 10.1007/s00063-013-0331-2. PMID: 24566919.
- Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, Sharma T, Clay FJ, Spyridi S, Zhao S, Gillies D. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Dec 8;12(12):CD003079. doi: 10.1002/14651858.CD003079.pub4. PMID: 29219171; PMCID: PMC6486117.
- Zeller SL, Citrome L. Managing Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. *West J Emerg Med*. 2016 Mar;17(2):165-72. doi: 10.5811/westjem.2015.12.28763. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26973742; PMCID: PMC4786236.

Caso #12

**“Talleres psico-socio-educativos en
Guardia de Salud Mental: rol de enfermería
en la interdisciplina de la urgencia”**

A Castro - ZG Nieva - CL Olivera

A. Descripción del caso

Paciente de 37 años que ingresa al Servicio de Guardia derivado por profesionales del Servicio de Consultorios externos para su evaluación interdisciplinaria por posible riesgo.

Al momento de su ingreso, el paciente se encuentra querellante, paranoico, verborrágico, agresivo e irritable con el personal de salud, ya que es traído por personal policial por disturbios que había realizado en vía pública y episodios de agresión para con terceros.

Se encuentra sin conciencia de enfermedad, se lo observa hablando con personas que no se encuentra físicamente por lo que impresiona con alucinaciones auditivas y visuales.

Al intentar entrevistarlos para generar un lazo de confianza e iniciar una valoración preliminar, comienza con un cuadro de agitación psicomotriz caracterizado por movimientos bruscos, gritos, hiperactividad motora y psíquica, balbuceos, amenazas de golpes, entre otros signos y síntomas que acompañaban el cuadro. Dado la agudeza del cuadro, el equipo de profesionales indica la contención mecánica de cuatro miembros y posteriormente la administración de medicación psicofarmacológica por vía intramuscular.

Realizada la contención y administración del psicofármaco, se lo aloja en un box individual para su observación y resguardo de su integridad física como la de terceros, cumpliendo los reparos legales, normativos y éticos en cuanto al cuidado no sólo de su integridad sino de su dignidad.

El paciente tenía antecedentes de consumo problemático de sustancias y un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, realizado por profesionales de Consultorios externos según constaba en su historia clínica del hospital. La construcción del diagnóstico fue basada en la signosintomatología retrospectiva y durante el tratamiento, así como información colateral brindada por contactos.

*

Durante el primer día de su internación permanece aislado con un plan de medicación intramuscular y observación de conductas, asistiéndolo y cumplimentando con los controles conforme el Protocolo de contención del GCABA. Se procedió a periodos de descontención parcial que fueron positivos, por lo que el tiempo de la misma no excedió las 10 (diez) horas.

Luego de las 48 hs se lo observa tranquilo y colaborador, recordando por partes el hecho que lo trajo a la institución. Se pudo mantener una pequeña entrevista para realizar una anamnesis preliminar, de allí se reconstruyó su historial familiar y se evidenciaron diferentes necesidades o carencias que lo ubicaban en un estado de vulnerabilidad, entre ellas, la falta de comunicación con la familia, el trastorno adictivo de larga data y el desempleo.

A través de las semanas de ser evaluado por su equipo de Sala De Internación en Guardia, se logra construir una mayor concientización de su problema y se posibilitó las salidas al parque de la institución en compañía de sus familiares.

En este transcurrir por la internación en Guardia dado lo agudo del cuadro, se le ofreció formar parte de los talleres que se realizan en la Guardia. El Servicio de Urgencias tienen en la Guardia 4 (cuatro) talleres psicoeducativos que son llevados a cabo por profesionales de la Guardia, son voluntarios y tienen el objetivo de la reinserción social y la re-vinculación con lo externo desde el ingreso del paciente al hospital. El único criterio de exclusión está relacionado con el estatus clínico del paciente y se determina entre profesionales de Enfermería y del equipo de Sala de Internación en Guardia, ergo, de forma interdisciplinaria. Tres de los cuatro talleres son organizados y llevados a cabo por el personal de enfermería.

El paciente ingresó a los talleres al séptimo día de su internación en la Guardia. Pasado el mes de internación, se nota su evolución, cambio actitudinal, la buena adhesión con sus pares y en los talleres.

B. Descripción de la temática

El presente caso tiene por objeto describir la importancia clínica acerca del desarrollo de talleres psico-socio-educativos en un Servicio de Urgencias, es decir, desde el primer momento de la internación en la Guardia. Esta modalidad de abordaje de la emergencia es rupturista en cuanto a diseñar actividades en talleres con pacientes en un estado agudo a la patología, siempre previendo el tipo de materiales a

llevar a cabo, desde una visión de reinserción y fortalecimiento de vínculos interpersonales atento al estado clínico del paciente. La utilidad de éstos incide en la clínica y desarrollo de los pacientes, así posibilita un mejor espacio laboral para los profesionales que los asisten. No obstante, cumplen con las consideraciones y ejes de la Ley 26657 en cuanto a las intervenciones que deben ser interdisciplinarias, así como focalizando y favoreciendo los lazos sociales de los pacientes.

De esta manera se ha logrado una muy buena aceptación y respuestas favorables de los mencionados talleres teniendo en cuenta que; los pacientes han logrado pasar momentos amenos, logrando interactuar entre ellos y con el personal de salud. Se ha notado una marcada reducción en demandas vacías, inquietudes y hasta la reducción de refuerzos de medicación, durante los días y horarios en que se llevan a cabo los mismos.

C. Preguntas direccionadoras

- Se pueden agrupar pacientes agudos internados en una guardia psiquiátrica en actividades de talleres?
- Tiene efecto en la clínica y evolución de los pacientes en Guardia la realización de talleres?
- Es posible realizar talleres psico-socio-educativos en Guardia de Salud Mental de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas
- Que efecto tienen los talleres en Guardia en la relación con el equipo interdisciplinario de profesionales?

D. Definiciones

Alucinaciones auditivas o visuales: son la percepción sin objeto a través de los sentidos (audición de voces o sonidos u observar cosas).

Anamnesis: Es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio al individuo.

Contención mecánica: Procedimiento que permite limitar los movimientos de la persona agitada, mediante la inmovilización física. Es un procedimiento médico que se ejecuta de forma interdisciplinaria y debe ser evaluado y valorado conforme protocolo del GCABA mediante una efectiva gestión del riesgo.

Excitación psicomotriz: Trastorno de la conducta caracterizado por actividad verbal y motora, falta de cooperación y violencia física.

Internación involuntaria: Circunstancia excepcional para realizar un tratamiento sin consentimiento, de forma urgente y necesaria cuando mediare riesgo cierto e inminente del paciente conforme lo estipulado en la Ley Nacional de Salud Mental 26657/10.

Paranoico: Estado mental caracterizado por desconfianza y suspicacia hacia las personas.

Talleres psico-socio-educativos: son una estrategia de intervención grupal que se utiliza en el ámbito de la salud mental para promover el bienestar y la recuperación de las personas con diferentes diagnósticos y problemáticas. Estos talleres se caracterizan por combinar elementos de la psicología, la sociología y la educación, con el objetivo de brindar a los participantes información, herramientas y habilidades para afrontar sus desafíos emocionales, sociales y personales

Talleres: desde una perspectiva de la salud mental, son una estrategia de intervención grupal que tiene como objetivo promover el bienestar y la recuperación de las personas con diferentes diagnósticos y problemáticas; ponen énfasis en la participación activa de los miembros, el trabajo en equipo y el aprendizaje a través de la experiencia.

Trastorno esquizoafectivo: Es una combinación de síntomas de la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo.

Verborrágico: Incapacidad de una persona para controlar, medir y/o limitar lo que dice.

E. Objetivos

Objetivo principal

- Describir la importancia del desarrollo de talleres psico-socio-educativos en el Dispositivo de Urgencias de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas

Objetivos secundarios

- Analizar el efecto en la clínica y la evolución de los pacientes internados en Urgencia de la inclusión en os talleres psico-socio-educativo
- Resaltar la importancia del trabajo inter y transdisciplinario en Urgencias con innovaciones de tratamiento
- Describir las vicisitudes del armado de talleres en un Servicio de Urgencias
- Puntualizar sobre el trabajo administrativo y legal de los talleres en Urgencias en cuanto a la historia clínica de pacientes.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional.

Introducción

“Las urgencias subjetivas son estridentes o transitan silenciosamente, pueden ser extremas y más o menos inesperadas. ¿Cómo trabajar con aquello que aparece como perentorio? Lo temporal se convierte en una dimensión primordial, se produce una intensificación en la vivienda del tiempo que se acorta, percepción de un tiempo que se pone entre paréntesis o por el contrario se hace interminable, se extiende agujoneado por las vivencias de preocupación, intranquilidad, ansiedad o angustia”

Daniel Korinfeld.

Los diferentes ingresos no son generalmente por decisión propia, suelen ser acompañados, traídos por familiar o personal policial.

Durante el período que permanece en la guardia reciben las primeras intervenciones de sus brotes descompensatorios.

Se trabaja formando un equipo interdisciplinario, implementando tratamientos intensivos, farmacológicos y diferentes terapias (individuales y familiares si hubiese), aspectos socioeconómicos y laborales.

Estos tratamientos apuntan a la reducción del cuadro, logrando la reinserción del paciente en su hábitat familiar y social.

Utilidad, experiencias y estructura de los talleres psico-socio-educativos

Los talleres psico-socio-educativos son una herramienta clínica muy valiosa en el contexto de tratamientos de pacientes psiquiátricos en etapa aguda, ya que ofrecen una serie de beneficios tanto para los pacientes como para el equipo profesional.

En el caso de los pacientes: promueven la socialización y el intercambio (mediante un espacio seguro y estructurado donde los pacientes pueden interactuar con otros pacientes y ayuda a reducir el aislamiento social y la soledad), mejoran la autoestima y la confianza (dado la participación activa en los talleres y el aprendizaje de habilidades, los pacientes pueden desarrollar un mayor sentido de autoestima y confianza en sí mismos), reducen el estrés y la ansiedad (por medio de actividades creativas y expresivas), fomentan el aprendizaje de nuevas habilidades (sirven para enseñar nuevas habilidades prácticas para la vida diaria) y promueven la adherencia al tratamiento (se vio que los que participan en talleres tienen mejor adherencia al tratamiento con impacto positivo en la calidad de vida).

Para el equipo interdisciplinario de profesionales: proporcionan información valiosa sobre el estado clínico de los pacientes (mediante la observación y el desarrollo en los mismos se vislumbra su estado mental, intereses y necesidades), facilitan la planificación del tratamiento (la información obtenida de los talleres se puede usar para planificar tratamientos individualizados), mejoran la comunicación entre pacientes y profesionales, y fomentan el trabajo en equipo entre profesionales (para profesionales de diferentes disciplinas que trabajen en equipo para brindar una atención integral a los pacientes).

Los talleres pueden complementar el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de los pacientes psiquiátricos en la etapa aguda como es la internación en Urgencias

Distintos autores estudiaron la implementación de talleres psico-socio-educativos en las Guardias psiquiátricas con resultados positivos en cuanto a la mejoría observada y evaluada del estado mental de los pacientes y la reducción de la carga de trabajo del personal sanitario. González-Ortega M. T., et al. (2019) evaluaron la efectividad de un programa psicoeducativo grupal en pacientes con crisis psiquiátricas atendidos en urgencias psiquiátricas y publicaron resultados que mostraron una reducción significativa de la sintomatología y mejora del estado mental de los pacientes, así como una disminución de la necesidad de hospitalización. García-López, M. J., et al. (2017) los evaluaron en pacientes con trastorno bipolar en crisis y objetivaron una mejora significativa del conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y mayor capacidad para manejar sus síntomas, lo que se tradujo en una reducción de las reingresos hospitalarios. En el caso de Gutiérrez-Rodríguez, A., et al. (2016), los evaluaron en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en urgencias psiquiátricas y demostraron una reducción significativa de la sintomatología ansiosa y mejora de la calidad de vida; mientras que Morales-Martínez M. J., et al. (2015) los diseñaron para familiares de pacientes con psicosis atendidos en urgencias psiquiátricas y reportaron que había una mejora significativa del conocimiento de los familiares sobre la enfermedad y una mayor capacidad para afrontar la situación, lo que se tradujo en una reducción del estrés y la ansiedad de los familiares.

Navarro-Valverde M. A., et al. (2014) estudiaron mediante una revisión sistemática a los talleres en contexto de urgencias y sus resultados mostraron que son una herramienta eficaz para mejorar el estado mental de los pacientes y reducir la carga de trabajo del personal sanitario.

Quizás una de las complejidades de los talleres esta asociada a sus características de armado y estructura. Se nombran las siguientes, que deben ser tenidas en cuenta por el equipo interdisciplinario:

1. Objetivos claros y definidos (ajustados a las necesidades específicas de los pacientes en este contexto, bajo el paradigma de seguridad de los pacientes y equipo así como el plan terapéutico a llevar a cabo).
2. Estructura y organización (deben tener un comienzo, desarrollo y final claros, con actividades variadas y dinámicas adaptadas a las capacidades de los pacientes).
3. Ambiente seguro y contenedor (deben hacer de cuerpo para los pacientes y de representatividad de los mismos)
4. Participación activa de los pacientes (para que se sientan involucrados y que tengan la oportunidad de expresar sus opiniones y experiencias)
5. Recursos adecuados (materiales, de espacio y de recursos humanos)
6. Evaluación y seguimiento (necesaria para valorar evolución e impacto en la salud mental de los participantes).
10. Enfoque holístico (deben abordar la salud mental como la cognitiva, emocional, conductual y social).
11. Sensibilidad cultural (en función a la cultura y tradiciones de los pacientes).
12. Respeto (entre los pacientes en cuanto a su orientación sexualidad como identidad, religión, entre otras)
13. Centrarse en el paciente (respetando su autonomía y dignidad)

El trabajo en grupo abre las posibilidades de aprendizaje y experiencia. La interdisciplinariedad potencia a las disciplinas, integrándolas en una instancia dialogal. No se trata de juntar ideas sino de posibilitar la interacción de quienes la generan.

Un equipo es un grupo de personas interactuando en función del logro de objetivos preestablecidos. La sola unión de un grupo de especialistas de diferentes disciplinas no conforma un equipo interdisciplinario, sino que deben actuar en forma dinámica, participativa y cooperativa hacia objetivos comunes, compartiendo espacios para la deliberación y la concertación ideológica y metodológica. El trabajo de un equipo debe estar orientado hacia metas: en primer término se detectan y definen las problemáticas a resolver, luego se establecen los objetivos a alcanzar, para finalmente acordar y proponer una metodología de trabajo, y líneas de acción para la prosecución y el logro de los resultados esperados.

Un enfoque de trabajo interdisciplinario aporta beneficios, facilitando un nivel superior de diagnóstico, intervención y tratamiento reconociendo en forma más completa al paciente como persona total. Los profesionales participantes coordinan y comparten sus conocimientos tanto como sus diferentes experiencias. Es importante que cada integrante identifique y comprenda su rol en el equipo, así como el de los demás miembros. Entre los atributos personales necesarios para el trabajo en equipo pueden ser

mencionados: las habilidades para las relaciones interpersonales de sus integrantes, la apertura para la aceptación de diferentes concepciones y aportes, la flexibilidad en los intercambios, la aceptación de las diferencias, la capacidad de aprendizaje, la disposición al trabajo colaborativo y las habilidades para la comunicación y relación.

Aspectos normativos y legales

Toda intervención en un paciente con internación involuntaria, casi el total de quienes están internados en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas, debe estar registrada en la historia clínica del paciente. Los distintos profesionales volcarán su accionar para de esta manera favorecer la construcción diagnóstica y pronóstica de los cuadros, así como valorar intervenciones psicológicas y farmacológicas que se lleven a cabo.

Los talleres llevados a cabo, modo de intervención del paciente, avances, características que se den en el mismo desde lo subjetivo como en lo relacional con el grupo son evolucionadas en las historias clínicas por quienes coordinen el taller, en este caso profesionales de Enfermería para así dar cumplimiento legal a los derechos del paciente como a lo normativo por el Servicio de Urgencias del HEPTA

Implementación en el contexto de la Urgencia de talleres psico-socio-educativos

El funcionamiento y la dinámica de la integración del equipo de Enfermería adecuado a la salud mental de los pacientes con quienes se trabaja en el Servicio de Guardia. Disponemos de los siguientes talleres:

- Artes plásticas: Se trabajan los sentimientos a través de consignas, asignando diferentes elementos de trabajo (hojas, fibras, lápices de colores, cartones, acuarelas, etc.)
- Cocina: En este taller se observa el trabajo en equipo, el compañerismo y la solidaridad. Se les permite escuchar música, compartir el desayuno y charlar de sus anécdotas sin condicionamientos.
- Danza folklórica: aquí se trabajan aspectos visuoespaciales como relacionales con el grupo y en respuesta a la música.
- Cine: un espacio en el cual los pacientes ven películas en grupo y luego comentan entre sí.

Las actividades que se realizan en los talleres son:

- Cocina: elaboración de alimentos para compartir durante el desayuno y la merienda. Los pacientes elaboran sus alimentos de forma manual por ejemplo (pan casero, tortas fritas, pochoclos y donas). Suministrándoles la materia prima ellos logran de forma organizada distribuirse y realizar los pasos de elaboración, de esta manera la convivencia mejoró notablemente.
- Musicoterapia: en este espacio los pacientes se organizan y se permiten que todos/as tengan la posibilidad de elegir y escuchar su preferencia musical.
- Danza: en una primera parte son guiados por una profesora de danza (enfermera de la sala), que les enseña pasos básicos de folklore, luego entre todos/as eligen género musical o artista preferido y disfrutan el espacio cantando o bailando.
- Artes plásticas: Se trabajan los sentimientos a través de consignas, suministrándoles diferentes elementos de trabajo (hojas, fibras, lápices de colores, cartones, acuarelas, etc.)
- Cine: los pacientes eligen previamente qué película quieren ver de entre 3 opciones que se les dan y están a disposición del Servicio. Y se fija un horario para compartirla en la semana.

Un punto crucial para considerar es quiénes pueden ser agrupados o en qué momento de su internación. Salvo casos de violencia extrema o alteraciones en la conciencia, se apuesta al agrupamiento de todos los pacientes con desarrollo de las actividades en la medida de sus posibilidades. Junto con el

equipo de Sala de Internación en Guardia se coordina la inclusión (o espera) de los pacientes a los pacientes.

Nuestro equipo profesional de enfermería, junto con el equipo de Sala de Internación en Guardia y la Jefatura de Urgencia, pudo ver cualitativamente que desde que se implementaron los talleres se han observado una mejoría en el trabajo en equipo, el compañerismo y la solidaridad entre los pacientes. Se les permite escuchar música, compartir el desayuno y charlar de sus anécdotas sin condicionamientos. De esta manera, y en continuidad con el tratamiento, el cuerpo de enfermería obtiene una herramienta más para contribuir con el equipo tratante.

Será un objetivo para más adelante realizar una investigación cuali-cuantitativa de estos beneficios.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- La implementación de talleres psico-socio-educativos en contexto de un servicio de urgencias y emergencias es un recurso terapéutico posible.
- Los talleres en un Servicio de Urgencias posibilitan la interacción social entre los pacientes en un momento agudo de su enfermedad y brinda información clínica para las decisiones del equipo interdisciplinario (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, médicos clínicos).
- Los talleres deben tener un objetivo, una metodología y un fin en contexto terapéutico para maximizar los recursos.
- Los profesionales de enfermería, en tanto profesionales del equipo interdisciplinario con su función no sólo académica sino humanística, son el recurso humano central para el armado y ejecución de estos talleres.
- El trabajo en los talleres debe ser consignado en el cuerpo principal de las historias clínicas dado que constituyen un recurso terapéutico que debe ser tenido en consideración por otros profesionales del equipo interdisciplinario al momento de la toma de decisiones de los pacientes.

H. Bibliografía sugerida

Ugalda Apalategui, M & Rigol Cuadra, A. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 2da Ed. Editorial Elsevier, 2005

Manual de Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica. Ed. Grupo 5, 2011

I. Referencias bibliográficas

Arroyo-Jiménez, C., Muñoz-Fernández, S. I., Torres-Pérez, L. A., Lara-Puente, A., Sánchez-Guerrero, O., Aldrete-Flores Darán, M., ... & Piña-Ramírez, M. J. (2018). Intervención grupal psicoeducativa y de apoyo emocional en personal del Instituto Nacional de Pediatría, posterior al sismo del 19 de septiembre de 2017. *Acta pediátrica de México*, 39(3), 224-243.

Dirección de salud mental y adicciones. Atención de las urgencias de salud mental, Presidencia de la Nación, 2019.

Gallego-Gómez, J. I., Fernández-García, N., Simonelli-Muñoz, A. J., & Rivera-Caravaca, J. M. (2021). Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 44 (1): 71-81.

García-López, M. J., et al. (2017). Talleres psicoeducativos para pacientes con trastorno bipolar en crisis: Una experiencia clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(3), 204-210.

González-Ortega M. T., et al. (2019) evaluaron la efectividad de un programa psicoeducativo grupal en pacientes con crisis psiquiátricas atendidos en urgencias psiquiátricas. *Revista de Enfermería del Instituto Valenciano de Salud*, 28(1), 52-59.

Gutiérrez-Rodríguez, A., et al. (2016). Intervención psicoeducativa grupal en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en urgencias psiquiátricas. *Atención Primaria*, 48(10), 607-612.

Morales-Martínez, M. J., et al. (2015). Talleres psicoeducativos para familiares de pacientes con psicosis atendidos en urgencias psiquiátricas. *Revista de Enfermería del Instituto Valenciano de Salud*, 24(1), 33-39

Navarro-Valverde, M. A., et al. (2014). Intervención psicoeducativa en urgencias psiquiátricas: Una revisión sistemática. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 119-127

Caso #13

“Agitación vs violencia en la Guardia de Salud Mental”

LC Martínez Didolich

A. Descripción del caso

Paciente detenido desde hace una semana que es traído por Oficial Mayor de la Comisaría cercana a la zona con pedido de evaluación interdisciplinaria por Salud Mental. Datos personales: 35 años, escolaridad: secundario incompleto hasta segundo año, sin antecedentes de tratamiento por Salud Mental, ocupación: desempleado. Vive en situación de calle y no tiene contacto con la familia desde hace varios años. Como motivo de consulta es el expendio de clonazepam. Como antecedentes de enfermedad actual refiere poli consumo desde la adolescencia. Antecedentes de un traumatismo encéfalo craneano con pérdida de la conciencia en contexto de un accidente automovilístico a los 17 años. Añade que estaba medicado con clonazepam 6 mg/día que retiraba en distintas guardias de hospitales de CABA. Refiere que la última toma de la medicación fue hace más de un mes.

Al momento de la entrevista se presenta vigil, tranquilo y colaborador. Globalmente orientado, euproséxico. Sin ideas de muerte, suicidio, auto o heteroagresivas ni delirantes. Pensamiento concreto, de ritmo y curso conservados, contenido: ideas de preocupación en cuanto a su situación legal. Proyectivo. Sin signo sintomatología compatible con intoxicación ni abstinencia a sustancias. Sin alteraciones sensorio-perceptivas al momento de la entrevista. Aspecto desaliñado. Solicita en reiteradas oportunidades que se vuelva a instaurar su plan de clonazepam.

Personal policial refiere que no ha presentado episodios disruptivos en la alcaidía.

Se evalúa que al momento el paciente no presenta un motivo de urgencia o emergencia que requiera intervención por parte de la guardia.

Al explicarle al paciente que no se le iba a dar medicación, éste se torna querellante, se levanta de la silla, golpea las paredes y grita: *“¿me tengo que golpear para que me des clonazepam? ¿Para qué me tenés hablando si hacés lo que querés?”*

B. Descripción de la temática

La agitación psicomotriz es un diagnóstico “transnosológico”, por lo cual es fundamental conocer las diferentes etiologías para dar una respuesta terapéutica adecuada que incluye, si es necesario, solicitar la intervención de otros actores como el personal de seguridad.

Los cuadros de agitación psicomotriz nunca deben desestimarse y requieren un abordaje a la brevedad posible ya que son una emergencia psiquiátrica. Para ello, es fundamental el trabajo en equipo articulado con los distintos actores de la Institución en la que se debe trabajar para evitar el mayor daño posible. Las máximas son: anticipar situaciones, intervenir de la manera menos restrictiva posible para el paciente y evitar daños.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Qué elementos de la evaluación psicosemiológica deben tenerse en cuenta para identificar un cuadro de agitación psicomotriz?
- ¿Cuál es el abordaje terapéutico?
- ¿Qué reparos de seguridad debe tener el equipo profesional ante el paciente que consulta en una guardia de Salud Mental?

D. Definiciones

Abstinencia: Signos y síntomas que se presentan ante la suspensión de una droga (sea por su eliminación del organismo o por falta de ingesta una vez que se eliminó la dosis previa). Es causado por la hiperexcitación del sistema nervioso central y la readaptación a la ausencia de droga (Waisman Campos, 2017).

Agitación psicomotriz: Aumento inadecuado de la actividad motora. Hay con compromiso del nivel de conciencia y el paciente presenta dificultad para el control verbal y riesgos agresivos. Es una emergencia psiquiátrica. Es vital la orientación diagnóstica y descartar siempre organicidad (Chinchilla, 2011).

Craving: la experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir una droga y la falta de control (Waisman Campos, 2017).

Paciente violento o agresivo: agresividad, hostilidad, brusquedad y tendencia más o menos manifiesta a la destrucción, pudiendo manifestar tanto autoagresividad como heteroagresividad (Chinchilla, 2011).

Insomnio: Dificultad para iniciar o mantener el sueño. Se asocia a uno o más de los siguientes síntomas: dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño con despertares frecuentes o problemas para volver a dormirse (Kaplan y Sadock, 2015).

Trastorno de la personalidad antisocial: Patrón de inatención y vulneración de los derechos de los demás que se manifiesta por tres o más de los siguientes hechos: incumplimiento de normas sociales respecto a los comportamientos legales, engaño, impulsividad o fracaso para planear con anticipación, irritabilidad y agresividad, desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás, irresponsabilidad constante, ausencia de remordimiento que se manifiesta con indiferencia o racionalización (DSM-5, 2014).

E. Objetivos

Objetivo general

- Identificar los signos y síntomas de la agitación psicomotriz

Objetivos específicos

- Diferenciar la agitación psicomotriz de la conducta violenta
- Conocer el abordaje de la agitación psicomotriz en guardia
- Señalar indicadores para intervenir de manera precoz y evitar la escalada sintomática
- Describir la conducta terapéutica a tomar según el nivel de agitación psicomotriz

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

En el caso descrito no se identificó motivo de consulta que configurara un criterio de urgencia o emergencia para ser abordado desde la guardia de Salud Mental. En este caso, una institución (el juzgado) solicita que se le brinde atención a la persona detenida que al momento no presentaba una situación de urgencia ni emergencia. Por otro lado, la persona evaluada demandaba medicación sin un criterio clínico. Es habitual que a la guardia acudan personas por sus propios medios, o a través de otras instituciones, que presentan algún tipo de demanda que excede la incumbencia específica de la guardia de Salud Mental.

Se debe tener en cuenta que, en varias oportunidades, también se le solicita (o "exige") al equipo de Salud Mental que "intervenga" (entiéndase "medicalice" o "interne") ante situaciones que requieren otro tipo de intervenciones o dispositivos terapéuticos para su mejor tratamiento.

La agitación psicomotriz o la conducta violenta pueden aparecer en personas con patologías psiquiátricas agudas, trastornos neurológicos y orgánicos, en cuadros de intoxicación y en síndromes de abstinencia. Las personas que no padecen ninguno de los cuadros anteriormente descritos se considerarán violentas y se dará aviso a las fuerzas de seguridad (Rubio Valladolid, 2015).

Violencia en la guardia

El sector de la salud registra una cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el ámbito laboral en todo el mundo (Nordin en OIT/OMS/ ISP/CIE; 2002) y afecta a casi la mitad de los trabajadores del ámbito de la salud (Di Martino, 2002).

Los trabajadores de la salud que se desempeñan en el servicio de urgencias y emergencias de Salud Mental tienen un riesgo aumentado entre cinco a doce veces de sufrir un acto de violencia en su espacio de trabajo (Aljohani, 2021).

Factores tales como el estado del paciente, de los acompañantes, de la situación socio económica en general, las características de la población con la que se trabaja, el tiempo de espera en la atención, la alta demanda de pacientes para ser atendidos, una demanda que no puede ser abordada en el contexto

de una guardia, la arquitectura del lugar de trabajo, como así también la experiencia de los profesionales para dar una respuesta efectiva, son precipitantes (Kowalenco, 2005/ Gottlieb, 2018).

Autores como Ramacciatti (2019) plantean que es necesario fortalecer aspectos del compañerismo en el ámbito laboral, la formación y mejorar la arquitectura para evitar las situaciones de violencia hacia los trabajadores.

Seguridad del equipo de salud mental

El cuidado del equipo de Salud es prioritario a la hora de atender a los pacientes.

Asimismo, es responsabilidad del equipo facilitar los medios para generar una escena segura y poner en práctica las medidas de autocuidado.

Escena segura	Medidas de autocuidado
<ul style="list-style-type: none"> - Evitar la presencia de objetos que potencialmente podrían producir daño (objetos contundentes, vidrios, objetos para curaciones, etc.). - Salida cercana al equipo de profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en equipo - Evitar el uso de collares, aros, pañuelos, anteojos, etc. - Mantener una actitud firme pero tranquila, no realizar movimientos bruscos y no dar la espalda al paciente.

Ante eventuales situaciones en las cuales el equipo profesional se sienta amenazado, debe interrumpir la entrevista a la brevedad y avisar a las fuerzas de seguridad.

Las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales tienen la obligación de intervenir ante casos de crisis de Salud Mental, que implican un riesgo para la integridad de la persona afectada y/o la de terceros, como así también ante situaciones de consumo de sustancias psicoactivas que se producen en el espacio público.¹

En resumen, si se trata de un acto delictivo se debe hacer intervenir a las fuerzas de seguridad. Si se trata de una presentación clínica debe intervenir el equipo de Salud Mental y éste puede requerir colaboración por parte de las fuerzas de seguridad.

Agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz es el aumento inadecuado de la actividad motora y mental. El tiempo es crucial para evitar la escalada que puede ocasionar daños mayores (Roppolo, 2020).

Es un diagnóstico trans nosológico, ya que puede manifestarse ante la presencia de distintas etiologías.

AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA	AGITACIÓN REACTIVA
Demencia, síndrome confusional, epilepsia, intoxicación o síndrome de abstinencia, alteraciones metabólicas y endócrinas, encefalopatías,	Episodio psicótico agudo, episodio maníaco o mixto, retraso mental, trastorno de la personalidad	trastorno adaptativo, abuso, - situaciones catastróficas

2

¹ Con relación a esto, se sugiere leer la resolución la Resolución 506/2013: *"Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros"*¹

² Adaptado de: López Galán, S: Manual de Urgencias Psiquiátricas, Panamericana, Madrid, 2023

Es fundamental actuar a la brevedad y poder anticiparse a situaciones de potencial riesgo para el paciente y terceros.

Puede clasificarse en agitación orgánica o psiquiátrica. A continuación, se describen algunas características para su aproximación diagnóstica:

	AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA
Antecedentes psiquiátricos	No	Sí
Nivel de conciencia	Disminuido	No alterado
Curso	Fluctuante	No fluctuante
Alucinaciones	visuales	Auditivas
Afectividad	No alterada	Hipertimia displacentera
Signos físicos	presentes	Ausentes
Pruebas complementarias	alteradas	Normales

3

También es fundamental poder identificar indicadores de riesgo de escalada de la agitación psicomotriz ya que se puede intervenir los distintos niveles para remitir el cuadro.

SIGNOS DE ALARMA DE ESCALADA DE LA CONDUCTA VIOLENTA (Martínez, 2009)
<ul style="list-style-type: none"> -Expresión facial tensa y enfadada. -Aumento de la inquietud, necesidad de deambular. -Signos de sobreexcitación: respiración rápida, jadeo, pupilas dilatadas. -Aumento del volumen de voz. -Contacto visual prolongado. -Aislamiento, irritación. -Mutismo, negativa a comunicarse. Alucinaciones de contenido violento. -Pensamientos extraños, pobre concentración. Amenazas verbales o gestos agresivos. -Réplicas o conductas semejantes que comuniquen enfado o sentimientos violentos. -El paciente se sitúa obstruyendo la zona de salida.

Abordaje del paciente agitado

Los objetivos en los que se debe basar todo tipo de intervención (verbal, farmacológica o física) deben basarse en:

- Optimizar la seguridad del paciente y del personal.
- Ayudar al paciente a manejar sus emociones.
- Minimizar acciones que puedan exacerbar el estado de agitación.
- Usar SIEMPRE el método menos restrictivo posible.

Para cumplir este último ítem se realiza un manejo escalonado. A continuación, se describen los distintos tipos de contención:

³ Adaptado de: López Galán, S: Manual de Urgencias Psiquiátricas, Panamericana, Madrid, 2023

1) Contención verbal

Es importante presentarse ante el paciente y explicitar la intención de ayuda. Asimismo, se debe ser firme, conciso y claro en los límites y en las indicaciones.

Actitud terapéutica y NUNCA REPRESIVA O AGRESIVA.

Para este tipo de intervenciones se recomienda designar a un miembro del equipo con el cual el paciente presente más disposición para dialogar.

Recomendaciones para el equipo de salud:

- Un miembro del equipo debe ser el designado para interactuar con el paciente.
- El interlocutor siempre debe presentarse, y presentar al resto del equipo.
- Es importante orientar al paciente sobre el lugar en que se encuentra y qué se espera de él o ella, y asegurarle que nuestra primera intención es prestarle ayuda.
- No subestimar la capacidad del paciente de comprender la situación.
- Ser conciso y usar lenguaje comprensible.
- Ofrecer una escucha activa.
- Aclarar límites y expectativas.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de intervenciones verbales:

- a) Resumir lo escuchado: *"Entonces, de lo que me está contando, entiendo que..."*
- b) Demostrar que se está o no de acuerdo: *"podemos tener distintas miradas de la situación". "Podemos discrepar..." " Entiendo que lo que le pasa es una situación difícil..." " Entiendo que si a otras personas le pasaran lo mismo que a Ud. también se sentirían molestas..."*
- c) Límites claros: *"Acá estamos para cuidar". " La seguridad es lo primero; sé que puede ser difícil tranquilizarse en tu situación, pero por el bien de todos, quizás tengamos que ofrecerte algún medicamento para poder trabajar juntos". "Es mejor que nos sentemos, así puedo entender mejor tu problema".*

2) Intervenciones farmacológicas

Se debe realizar esta intervención si la agitación psicomotriz no cede a la contención verbal.

El abordaje farmacológico del paciente es complejo porque la agitación psicomotriz es una emergencia y la variable temporal es un factor crítico. Se deben considerar distintas variables a la hora de elegir cuál será la conducta farmacológica:

- vía de administración. En Salud Mental contamos con la vía oral y la vía intramuscular.
- perfil de efectos adversos del fármaco.
- eficacia en cuanto al fármaco seleccionado y a la dosis adecuada (dosis superiores generan sedación y no nos permite seguir evaluando al paciente, mientras que dosis inferiores muchas veces requieren varias intervenciones farmacológicas posteriores por la escasa respuesta).
- etiología de la agitación psicomotriz porque orienta a la indicación y a la contraindicación farmacológica.

Se debe señalar que el objetivo de la intervención farmacológica está orientada a tranquilizar y evitar la sedación para poder continuar evaluando. El objetivo será ayudar al paciente a que se encuentre de una manera más permeable para poder trabajar sobre lo sucedido.

Se priorizará la vía oral cuando ésta sea posible.

En líneas generales, las benzodiazepinas y los antipsicóticos son los pilares psicofarmacológicos para el abordaje de la agitación psicomotriz.

Las benzodiazepinas (BZD) son un grupo de fármacos que presentan una buena tolerabilidad, eficacia y seguridad. Entre ellas, el lorazepam es la droga más estudiada. En la guardia de Salud Mental se puede utilizar por vía oral o por vía intramuscular.

Los antipsicóticos (AP) corresponden al otro grupo farmacológico. En líneas generales se prefiere el haloperidol ya que es un antipsicótico de alta potencia y posee todas las vías de administración.

A continuación, se detalla un cuadro comparativo sobre los abordajes farmacológicos según la etiología:

AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA
El haloperidol es de elección por su seguridad, eficacia y evidencia de uso. Las BZD deben evitarse a excepción de abstinencia alcohólica, intoxicación por cocaína, epilepsia, etc.	<p>-Agitación no psicótica:</p> <p>Se pueden indicar BZD. Evitar en retraso mental o en pacientes con antecedentes de efecto paradójico a BZD y se pueden emplear AP.</p> <p>-Agitación psicótica:</p> <p>AP y BZD</p>

4

3) Contención física

La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás.

La indicación la debe realizar el médico y la responsabilidad del procedimiento es tanto del médico como del resto del equipo profesional que deberán garantizar que se respete el protocolo de cuidado.

Durante la contención física se evaluarán de manera secuencial las siguientes variables clínicas:

-Signos vitales

-Nutrición adecuada en función del nivel de conciencia del paciente

-Ingesta hídrica y diuresis

-Cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y piel.

La observación se realizará con intervalos predefinidos variables según la evolución del cuadro clínico: cada 15-30 minutos durante la primera hora y siempre que lo necesite el paciente dependiendo de su estado, después los controles podrán espaciarse según la evolución con un plazo mínimo de realización de los mismos cada 2 horas. Los niños y adolescentes menores de 18 años requerirán de un acompañamiento permanente del personal de salud mientras dure la contención física o mecánica.

⁴Se pueden utilizar AP de segunda generación como risperidona u olanzapina en pacientes con antecedentes de síndrome extrapiramidal.

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> -Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios han resultado ineficaces. -Prevención de daño al entorno. -Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma. -Contingencia en la terapia conductual de conductas peligrosas. - Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis. -Para evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (retiro de vías, sondas naso-gástricas, etc.). -Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación. -Prevenir daños durante la administración urgente de medicación. -Prevenir la agresión y automutilación que no responde a otras intervenciones, en el caso de deficientes mentales graves. 	<ul style="list-style-type: none"> -En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar con la contención física por disminuir la estimulación sensorial. -Cuando el médico desconoce el estado general de salud del paciente. -Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una situación clínica, sino que es una conducta de carácter delictivo.

5

La descontención física se hará de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol del paciente. Lo habitual es proceder a una supresión gradual, pasando primero de una contención total a una parcial y después a la supresión total. Se libera cada banda con un intervalo de 10 minutos, dejando siempre dos para retirar finalmente y a la vez.

La supresión se debe hacer con personal suficiente y se observará el estado del paciente y su comportamiento tras su retirada.

Se anotará la fecha, la hora de la retirada y las incidencias de la misma en la hoja de contención terapéutica y de indicaciones médicas.

A continuación, se realizará nueva valoración con el paciente de los motivos que llevaron a la contención física o mecánica.

A modo de conclusión, se puede decir que la agitación psicomotriz es una emergencia y que por lo tanto implica ANTICIPAR y PREVENIR para evitar situaciones riesgosas.

Para finalizar, al resolver la situación de agitación psicomotriz es recomendable poder discutir con las personas que han participado en la resolución del problema (profesionales de salud, personal de seguridad, personal administrativo, etc.). Este intercambio aporta datos valiosos para prevenir y mejorar situaciones futuras.

Es fundamental poder conversar con el paciente sobre los desencadenantes, el motivo de las intervenciones implementadas y las posibles estrategias a utilizar para evitar la agitación psicomotriz. Esto favorece la alianza terapéutica y puede ayudar al paciente a prevenir futuros episodios (Vieta, et al, 2017).

⁵ Protocolo de contención física o mecánica. Ministerio de Salud. Dirección de Salud Mental, 2014.

En cuanto a las otras personas implicadas en la situación, algunas preguntas que promueven el diálogo pueden ser:

- ¿Se trató de un episodio de agresión por parte del paciente o fue un cuadro de agitación psicomotriz?
- ¿Se ha respondido en el tiempo adecuado?,
- ¿se ha trabajado de forma ordenada y de manera colaboradora?,
- ¿qué impacto tuvo en el equipo de Salud Mental?,
- ¿y en las otras personas que presenciaron la situación?

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- o La agitación psicomotriz es un diagnóstico trans nosológico y no siempre tiene una etiología psiquiátrica. Enfermedades clínicas y conductas delictivas pueden cursar con Agitación Psicomotriz. Siempre se debe identificar si se trata de una conducta agresiva para tomar las medidas pertinentes.
- o La agitación psicomotriz tiene una presentación fluctuante, por lo tanto, la intervención oportuna es la prioridad.
- o Se deben arbitrar los medios necesarios para garantizar una escena segura.
- o Es fundamental consignar en la Historia Clínica la presentación clínica, las intervenciones, su justificación y la evolución del paciente.

H. Bibliografía sugerida

Ley Nacional 26.529, sobre los “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, artículo 9º, inciso b.

Ley 448 de Salud Mental (CABA).

Resolución 506/2013: *“Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros”*.

Protocolo de contención física o mecánica. Ministerio de Salud. Dirección de Salud Mental, 2014.

Protocolo de contención mecánica. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear.

I. Referencias bibliográficas

Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. PublicHealth. 2021 Jul;196:186-197. doi: 10.1016/j.puhe.2021.02.009. Epub 2021 Jul 8. PMID: 34246105.

Chinchilla, A. et al: Breviario de urgencias psiquiátricas. Elsevier Masson. Barcelona. 2011

Di Martino, V. (2002), La violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud - *Estudio de casos por países: Brasil, Bulgaria, Líbano, Portugal, Sudáfrica, Tailandia, con un Estudio sobre Australia: Informe de síntesis; Ginebra: Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP sobre La violencia laboral en el sector de la salud.*

Gottlieb, M, et all.: *Approach to the Agitated Emergency Department Patient*. J Emerg Med. 2018 Apr;54(4):447-457.

Kowalenko, T., et all: *Workplace Violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan*. Ann EmergMed. 2005 Aug;46(2):142-7.

López Galán, S: Manual de Urgencias Psiquiátricas, Panamericana, Madrid, 2023.

- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), ed. Panamericana, 5ª edición, 2014.
- Martínez JM, Álvarez López MÁ. Protocolo de atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales. Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales. 2009.
- Nordin, H. (1995), Faktaomvaoldochhot I arbetet, Solna, *Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo, Consejo sueco de salud y seguridad en el trabajo*.
- Kaplan y Sadock: Sinopsis en Psiquiatría. Walters Kluwer. Barcelona. 2015.
- Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L. Violence towards emergency nurses: the 2016 Italian national survey-A cross-sectional study. J Nurs Manag 2019 May;27(4):792e805
- Roppolo, L. et al: *Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation)*. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2020 Oct; 1(5): 898-907.
- Rubio Valladolid, G: *Fundamentos de Psiquiatría: bases científicas para el manejo clínico*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015.
- Vieta, E. et al: *Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation*. BMC Psychiatry. 2017; 17 (1): 328.
- Waisman Campos, M: *Adicciones: uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Panamericana, 2017.

Capítulo #14

“Controversias respecto al control de las
medidas de seguridad y las incumbencias
del equipo de salud.
A propósito de un caso”

A Álvarez Dengra - R Bermúdez - F Ciruzzi - M Cohen Duek
D Fernández Carloni - M Galarregui - J Mucciacciaro
A Pellacani - N Rosenzvaig

A. Descripción del caso

R. es un paciente de 46 años que es traído por personal policial a la guardia de un hospital Monovalente de la Ciudad de Buenos Aires con un oficio de Unidad de Flagrancia (Ministerio Público Fiscal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) para evaluación interdisciplinaria de Salud Mental por haber presentado episodio de heteroagresividad hacia un vecino y personal policial. El pedido de evaluación se acompaña de un informe del Cuerpo de Investigaciones Judiciales donde se dictamina la presencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

De este último informe se desprende que: La carátula de la causa es “*Lesiones Leves, agravado por un atentado contra la autoridad*”. Como conclusión del informe se determina que:

- 1) *“Presenta signos y síntomas que configuran una entidad nosológica psiquiátrica, compatible con alienación mental por alteración morbosa de sus facultades.*
- 2) *Al tiempo de esta evaluación pericial, se evidencian manifiestos indicadores psicopatológicos de riesgo y peligrosidad inminente para sí y/o terceros por cuanto se desprende la existencia de criterios de internación en institución de Salud Mental ad hoc (José T. Borda) previa evaluación por equipo interdisciplinario de Salud Mental.*
- 3) *Seguimiento por vía judicial del tratamiento indicado y realizado.*
- 4) *De ser comprobados los hechos que se le imputan, han existido causales psicopatológicos que le han impedido comprender la criminalidad de sus actos, NO pudiendo obrar conforme a dicha comprensión.*
- 5) *Al momento de ser evaluado, R.no posee capacidad psíquica para afrontar un proceso penal en su contra.”*

El oficio de la Unidad de Flagrancia informa que se ha solicitado una **medida de seguridad** para el paciente en los términos del Artículo 34 del Código Penal.

Dicha medida fue dictada por el Juzgado de Primera Instancia en lo Penal, Contravencional y de Faltas interviniente.

En el control de la internación intervino un Juzgado Civil de primera Instancia y la Unidad de Letrados.

El paciente cuenta como **antecedente de Salud Mental** con dos internaciones psiquiátricas, en ambos casos luego de haber sido detenido por episodios de violencia física y resistencia a la autoridad. La primera, seis años antes del hecho actual, transcurrió en un hospital monovalente y tuvo una duración de un mes, continuando luego tratamiento ambulatorio por el Servicio de Consultorios Externos de dicho nosocomio hasta su alta. Luego, un año antes del hecho actual, cursó su segunda internación en un hospital general, con una duración de 3 días, luego de la cual no continuó el tratamiento ambulatorio pese a haber recibido dicha indicación.

R.no presenta antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas y no posee cobertura de obra social.

Respecto a los **antecedentes farmacológicos** no logra recordar fármacos o dosis recibidas.

En relación a sus **antecedentes personales** se desempeña laboralmente en actividades de “*delivery*” de alimentos. Anteriormente mantuvo un empleo en una farmacia. El nivel de estudio alcanzado es secundario completo. Posee antecedentes penales previos que no detalla.

Ingresa a esta última internación con el diagnóstico de episodiodipsicótico agudo. Según consta en la historia clínica, al momento del ingreso se encontraba vigil, globalmente orientado, colaborador pasivo con la entrevista, suspicaz, euprosérico, tímida displacentera. Sin conciencia de enfermedad. Pensamiento levemente taquipsíquico, fluido. Despliega ideas de autorreferencia y perjuicio. Niega ideas de muerte, suicidio y/o auto/heteroagresión. Niega alteraciones sensorio-perceptivas aunque no se descartan. Impresiona impulsividad latente. Juicio desviado.

Los padres de R. se encuentran fallecidos. Su madre había recibido tratamiento en un hospital monovalente con diagnóstico de esquizofrenia y falleció 5 años antes del hecho actual.

Al momento de la internación, él se encontraba viviendo junto a un familiar cercano, quien funcionaba como único referente afectivo y presentaba dificultades en cuanto al registro de la sintomatología del paciente.

B. Descripción del área temática

El presente trabajo versa sobre los alcances de la Ley de Salud Mental 26657 y las controversias en relación a las internaciones realizadas en el marco del Artículo 34 del Código Penal.

C. Preguntas direccionadoras

- ¿Qué se entiende por medida de seguridad en el marco de un proceso penal?
- ¿En qué aspectos las intervenciones de organismos judiciales pueden influir en el manejo clínico de un caso?
- ¿Cuáles son los alcances de la intervención del equipo interdisciplinario de Salud Mental cuando las determinaciones respecto al tratamiento las toma un Juzgado Penal?

D. Definiciones

Carácter de la internación: La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (Artículo 14, Ley 26.657). La internación será voluntaria cuando la persona preste su consentimiento en estado de lucidez y con comprensión de la situación. Contrariamente, la internación será involuntaria cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y/o el individuo carezca de lucidez y comprensión de la situación para prestar su consentimiento (Artículo 16 y 20, Ley 26.657).

Certificado Único de Discapacidad (C.U.D.): Documento que certifica la discapacidad de las personas y le permite acceder a prestaciones y derechos que brinda el Estado. *“El Ministerio de la Nación certificará en caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza, y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. El certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla* (Ley Nacional 25.504).

Conciencia de enfermedad: Se trata del grado de comprensión del paciente sobre su padecimiento, sobre el impacto de este en su funcionamiento, y sobre la necesidad de realizar tratamiento (Kaplan & Sadock, 2022).

Consigna policial: Personal policial que se encuentra designado judicialmente para el resguardo de la seguridad de una persona internada o de terceros.

Episodio psicótico agudo: Diagnóstico sindromático que remite a un paciente que presenta síntomas psicóticos de comienzo reciente. No corresponde a una entidad nosológica y por ende no se encuentra codificado en las diferentes versiones del DSM (Kaplan & Sadock, 2022).

Evaluación interdisciplinaria: Evaluación clínica del estado mental de una persona realizada en un ámbito sanitario por un equipo profesional formado por dos o más personas de diferentes disciplinas (psiquiatría, psicología y/o trabajo social, no excluyente a otras profesiones que pudieran intervenir en un caso) (Ley Nacional de Salud Mental 26.657).

Inimputabilidad: Según el Artículo 34 del Código Penal no es punible *“quien al momento del hecho ya sea por insuficiencia de sus facultades [o] alteración morbosa de las mismas [no pudiera] comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”*. Es importante señalar que la declaración de inimputabilidad es causal de sobreseimiento (Artículo 336 del Código Procesal Penal de la Nación).

Medida de seguridad: Medios penales preventivos que impone el juez, que implican alguna privación de derechos jurídicos, y que son aplicados en función de la evaluación de peligrosidad, para reducir el riesgo

para sí y/o terceros. La imposición de la medida de seguridad está condicionada a una declaración jurisdiccional de inimputabilidad del sujeto que cometió el hecho (Artículo 34 del Código Penal).

Riesgo cierto e inminente: *“Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o la integridad física de la persona o de terceros”* (Decreto Reglamentario 603/2013).

Trastorno delirante: La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos un mes. El deterioro del funcionamiento psicosocial se encuentra circunscripto en relación al núcleo delirante. Las creencias delirantes pueden tener como consecuencia problemas sociales, conyugales, o laborales. Muchos individuos pueden desarrollar un afecto irritable o disfórico que habitualmente puede entenderse como una reacción a sus creencias delirantes. El enfado y el comportamiento violento pueden aparecer en los subtipos persecutorio, celotípico y erotómano. El individuo puede presentar comportamientos litigantes o antagónicos (APA, 2014).

Unidad de letrados: Equipo de abogados que cuenta con el apoyo técnico de profesionales de la Salud Mental que depende del Ministerio Público de la Defensa, y ejerce el patrocinio letrado de las personas que se encuentran bajo la modalidad de internación psiquiátrica involuntaria (Artículo 22 de la Ley 26.657).

E. Objetivos

Objetivo general:

- Evaluar el impacto de las medidas de seguridad impuestas por el poder judicial en el abordaje clínico de un paciente internado por Salud Mental.

Objetivos específicos:

- Definir el Artículo 34 del Código Penal y conocer los marcos regulatorios de las internaciones según este Artículo.
- Desarrollar los alcances de la ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones.
- Analizar el recorte del caso clínico desde el campo de la Salud Mental.
- Identificar los obstáculos en el abordaje clínico y el egreso institucional.
- Discutir sobre el rol del equipo de salud en internaciones de guardia.

F. Discusión del caso aplicado a la práctica profesional

Internaciones involuntarias según la Ley 26.657

A la luz de la legislación nacional, así como de los tratados internacionales, queda claro que la internación por Salud Mental y toda actuación que se realiza en el ámbito sanitario con personas que padezcan trastornos mentales tiene como objetivo el cuidado de la salud. La legislación en materia civil (Código Civil y Comercial de la Nación y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657) responden a esta lógica, y más aún, fomentan el control del Estado para los pacientes que se encuentran bajo la modalidad de internación psiquiátrica involuntaria como forma de privación de la libertad.

Por norma general la Ley 26.657 impulsa que las prácticas en Salud Mental se realicen con el consentimiento de la persona (Artículo Nº 10). En tal caso la internación tendrá el carácter de **voluntaria** y cumple con los recaudos previstos en el Artículo Nº 18.

-ARTÍCULO 10.- Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

-ARTÍCULO 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión creado en el Artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5)

días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al Órgano de Revisión creado por esta ley.

Ahora bien, la Ley de Salud Mental también enuncia las excepciones en las que se puede actuar sin el consentimiento de la persona (Artículo Nº20) y, en dicho caso la internación será **involuntaria**.

-ARTÍCULO 20.- 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 mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

En las internaciones involuntarias toda decisión o indicación respecto del tratamiento y la externación del paciente es facultad del equipo interdisciplinario, y el control de la justicia tiene como fin el pleno ejercicio de los derechos de la persona y el control de la legalidad de la internación, tal como enuncia la primera parte del Artículo 23 de la Ley 26.657.

-ARTÍCULO 23.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el Artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente.

Alcances del Artículo 34 del Código Penal

En la esfera penal la situación es completamente diferente, los actos antijurídicos cometidos por personas con padecimientos mentales son valorados en base a lo que taxativamente enuncia el Código Penal. En tal caso, cuando a criterio del juez en base a las evaluaciones periciales no pueda culparse a una persona con padecimiento mental por la comisión de un delito se aplicará lo enunciado en el Inciso 1 del Artículo 34 del Código Penal.

Artículo 34. No son punibles:

1. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En tal caso, declarada la inimputabilidad es facultad del juez imponer una medida de seguridad basada en la peligrosidad del sujeto y para resguardo de terceras personas (Artículo 34, Inciso 1, segundo párrafo).

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso.

Cabe señalar que la inimputabilidad es aplicable a otras situaciones ajenas a la Salud Mental y también taxativamente enumeradas en el Código.

- 2. El que obrare violentado por fuerza física irresistible o amenazas de sufrir un mal grave e inminente;*
- 3. El que causare un mal por evitar otro mayor inminente a que ha sido extraño;*
- 4. El que obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo;*
- 5. El que obrare en virtud de obediencia debida;*
- 6. El que obrare en defensa propia o de sus derechos, siempre que concurrieren las siguientes circunstancias:*
 - a) Agresión ilegítima;*
 - b) Necesidad racional del medio empleado para impedirla o repelerla;*
 - c) Falta de provocación suficiente por parte del que se defiende.*

Se entenderá que concurren estas circunstancias respecto de aquel que durante la noche rechazarte el escalamiento o fractura de los cercados, paredes o entradas de su casa, o departamento habitado o de sus dependencias, cualquiera que sea el daño ocasionado al agresor.

Igualmente, respecto de aquel que encontrare a un extraño dentro de su hogar, siempre que haya resistencia;

- 7. El que obrare en defensa de la persona o derechos de otro, siempre que concurren las circunstancias a) y b) del inciso anterior y caso de haber precedido provocación suficiente por parte del agredido, la de que no haya participado en ella el tercero defensor.*

Tratamiento interdisciplinar

R. cursó una internación involuntaria en esta institución durante 6 meses. Realizó tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y abordaje psicosocial.

Inicialmente el paciente se encontraba reticente al diálogo, querellante en relación a la internación, irritable, sin conciencia de enfermedad y parcial de situación, lo cual dificultaba la evaluación diaria del equipo de salud. El pensamiento se encontraba acelerado, arborizado, y desplegaba ideación delirante paranoide de perjuicio objetivada en sus vecinos, con condicionamiento afectivo y conductual. No refería y tampoco se objetivaban alteraciones sensorio-perceptivas. El sueño y la orexia se encontraban conservados.

Durante las primeras semanas de internación en el servicio de guardia, R. presentó una evolución tórpida y una adherencia errática a la medicación, requirió múltiples intervenciones de urgencia condicionadas por su ideación delirante (contención verbal, medicación vía oral, medicación inyectable, contención mecánica).

En el transcurso de la internación R. fue desarrollando la alianza terapéutica con el equipo tratante, lo cual permitió profundizar sobre diferentes aspectos de su vida sin inconvenientes y favoreció la adherencia al plan farmacológico. Sin embargo, cuando el equipo de salud intentaba indagar respecto al episodio que motivó la internación, el paciente se tornaba irritable, querellante, ocasionalmente heteroagresivo, y la ideación delirante se volvía irreductible.

La presentación clínica de R. se correspondía con un trastorno delirante crónico, diagnóstico al cual arribó el equipo de salud luego la evaluación clínica y el seguimiento del paciente.

Conforme avanzaba la internación el paciente empezaba a mostrar remisión de la sintomatología clínica e impresionaba estable. Sin embargo, la planificación de una posible alta se complejizaba debido a que el retorno a su hogar se veía obstaculizado ya que el núcleo delirante se objetivaba en sus vecinos, no existiendo otro recurso habitacional posible para su externación. No obstante, lo que terminaría complejizando más su egreso era la resolución de su situación penal.

El paciente no contaba con ningún beneficio social y se mostraba reticente a la posibilidad de gestión de cualquier asistencia social dado que carecía de conciencia de enfermedad.

Se realizaron entrevistas con el familiar conviviente, se recabaron antecedentes de Salud Mental del paciente y se informó sobre la evolución del cuadro clínico. Dichos encuentros presentaron dificultades ya que el familiar carecía de registro sobre la sintomatología de R., justificaba el accionar de este en relación a los vecinos y cuestionaba la pertinencia de la internación. Este posicionamiento impactaba negativamente sobre el cuadro de R. ya que cuando recibía visitas familiares la ideación delirante se reagudizaba.

Si bien R. tenía un hijo adulto no mantenía ningún vínculo con él y el único referente socio afectivo era el familiar conviviente.

Aspectos médicolegales. Controversias respecto al Artículo 34 del Código Penal.

En el marco de las internaciones por Salud Mental, el entrecruzamiento de cuestiones civiles y penales complejiza significativamente el abordaje. Por un lado, el Juez en lo Civil tiene competencia para el control y seguimiento de las internaciones psiquiátricas involuntarias. Por otro, el Juez Penal está facultado para dictar una medida de Seguridad cuando una persona con padecimiento mental se encuentra en un proceso penal.

El conflicto surge cuando por diferentes situaciones (cuya resolución no está enunciada en la Ley, por lo que se apela a la jurisprudencia para hacerlo) un Juez Civil se ve convocado a controlar una Medida de Seguridad. Es en ese momento donde se desdibujan tanto las facultades que la Ley de Salud Mental le confiere al Magistrado, como las incumbencias y especificidades que el equipo interdisciplinario tiene respecto al tratamiento de quien, en definitiva, para el Sistema de Salud, es un paciente en tratamiento en un dispositivo de internación.

Al respecto cabe mencionar una situación no resuelta por la Ley de Salud Mental, que es el Artículo 23 *in fine*:

ARTÍCULO 23.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el Artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente Artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el Artículo 34 del Código Penal.

Respecto al caso trabajado, el conflicto principal surgió cuando desde el punto de vista del equipo de Salud Mental, R. se encontraba en condiciones de alta clínica, al haber remitido el riesgo cierto o inminente, si bien persistía la ideación delirante propia de su cuadro de base ésta no condicionaba su timia ni su conducta.

No obstante, pesaba sobre él una medida de seguridad que impedía el egreso de la institución sin orden judicial. Esto fue consultado a los organismos intervinientes oportunamente y la resolución se dió en la esfera judicial. El Juzgado Civil interviniente no era competente para controlar una medida de seguridad, que debió ser levantada por un juzgado penal.

Sobre esto, y en relación al caso en cuestión, el Juzgado Civil se expidió de la siguiente manera:

"Hágasele saber a la Sra. jueza oficiante que no le corresponde a esta judicatura resolver respecto a la ejecución condiciones y vigencia de la medida de seguridad impuesta por la justicia penal, ya que dichas medidas deberán ser mantenidas o, en su caso, levantadas por quien las dispuso."

En última instancia esto demoró considerablemente el alta del paciente, prolongando innecesariamente una internación, siendo iatrogénico para la persona, y utilizando innecesariamente un recurso limitado del sistema de salud.

Proceso de alta clínica

Se tramitó Certificado Único de Discapacidad (C.U.D.) y se gestionó afiliación a PAMI como persona a cargo del familiar conviviente, todo esto permitió darle el alta clínica a R. luego de 6 meses de internación, siendo derivado a consulta ambulatoria en clínica privada.

Retornó a su domicilio habitual. Si bien la ideación delirante paranoide de perjuicio en relación a sus vecinos persistía, no condicionaba su timia ni su conducta al momento del egreso.

A la luz del conflicto presentado, serían necesarios cambios profundos en la legislación que acompañen el recorrido de pacientes con padecimientos mentales que en el transcurso de la evolución de la misma presentaran conflictos con la Ley Penal, para el resguardo de sus derechos, los de terceras personas y el cuidado de su salud como derecho primordial garantizado por el Estado.

G. Perlas de emergencias y urgencias en la praxis profesional

- Cuando una persona con padecimiento mental sea declarada inimputable podrá aplicarse lo enunciado en el Inciso 1 del Artículo 34 del Código Penal.
- Es facultad del juez imponer medidas de seguridad basadas en la peligrosidad de sujetos con problemática de salud mental declarados inimputables, para resguardo de sí y de terceras personas.
- El alta, la externación y los permisos de salida en contexto de una internación son facultad del equipo de salud y no requieren autorización del juez, excepto las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el Artículo 34 del Código Penal.

H. Bibliografía sugerida

Hegglin, M. (2013). La capacidad procesal para estar en juicio, el derecho de defensa y las medidas de seguridad. *Derecho Penal*, (5), 191-216.

Mercurio, E. (2022) La incapacidad para ser juzgado y el modelo social de la discapacidad. Retos, desafíos y tensiones para el derecho penal latinoamericano. *Boletín Mexicano de derecho comparado*, 55 (163).

I. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.

Basile, A. (2015). *Fundamentos de medicina legal*. Editorial El Ateneo.

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología*. Editorial McGraw-Hill.

Código Civil y Comercial de la Nación Argentina.

Código Penal de la Nación Argentina.

Código Procesal Penal de la Nación.

Decreto Reglamentario 603/13.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2022). *Sinopsis de psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10.

Ley Nacional N° 25.504

López Galán, J. (2019). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Editorial Médica Panamericana.

Resolución SE N°06/23 Ministerio público de la defensa Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental.