

ABORDAJE DEL SUICIDIO EN DISPOSITIVOS DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL

Approach to suicide in mental health emergency services

Ezequiel Haedo¹

Resumen

Algunos de los motivos de consulta que se presentan en los dispositivos de urgencia en Salud Mental están relacionados con autolesiones y conductas suicidas, por lo tanto, la intervención en estos resulta de suma importancia en la prevención, detección y tratamiento de una patología que constituye una alarmante problemática de salud pública. A su vez, la reglamentación vigente en la República Argentina procura su intervención en el ámbito hospitalario polivalente. La presente investigación aborda las limitaciones y potencialidades que presenta el dispositivo de urgencias en instituciones generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el abordaje del suicidio desde la perspectiva de psicólogos/as y psiquiatras que se desempeñan en tales contextos. A través de un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 18 profesionales de salud mental. El análisis de los resultados manifiesta marcadas limitaciones edilicias, como así también, escasa cantidad de recursos humanos disponibles para hacer frente a la demanda, reflejando, además, falta de formación y capacitación de los profesionales en salud mental. Las mencionadas deficiencias limitan un adecuado abordaje de la problemática manifestando una considerable disparidad entre lo propuesto por la Ley de Salud Mental y la realidad de lo que pueden ofrecer los dispositivos generales. Por lo tanto, el cambio paradigmático propuesto resulta de dificultosa articulación fáctica en la actualidad de las instituciones polivalentes.

Palabras Clave: Dispositivo de Urgencias. Salud Mental. Suicidio. Hospital Polivalente.

Abstract

Some of the reasons for consultation in Mental Health emergency departments are related to self-injury and suicidal behavior. Therefore, intervention in these is of utmost importance in the prevention, detection and treatment of a pathology that constitutes an alarming public health problem. In turn, the regulations in force in Argentina ensure its intervention in the multipurpose hospital setting. This research addresses the limitations and potentialities of the emergency department in general institutions of Buenos Aires city, regarding the approach of suicide from the perspective of psychologists and psychiatrists working in such contexts. Using a qualitative approach, semi-structured interviews were conducted with 18 mental health professionals. The results show marked building limitations, as well as a scarce number of human resources available to meet the demand. The results also reflect a lack of education and training of mental health professionals. The aforementioned deficiencies limit an adequate approach to the problem, showing a considerable disparity between what is proposed by the Mental Health Law and the reality of what general facilities can offer. Therefore, the proposed paradigmatic change is difficult to articulate in practice at present in multipurpose institutions.

Keywords: Emergency device. Mental health. Suicide. Multipurpose hospital.

¹ Lic. Ezequiel Haedo Psicólogo. Docente de la Cátedra de Urgencias e Interconsultas de la Carrera de Psicología, UFLO Universidad. Email: lic.ezequielhaedo@gmail.com

1. Introducción

1.1. Delimitación del Objeto de Estudio

Corona Miranda et al. (2016), siguiendo los aportes de la OMS, manifiestan que el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante en una gran cantidad de naciones. A pesar de ser evitable, se ha estimado que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas ocurridas en el mundo, traduciéndose en casi un millón de víctimas al año a nivel mundial, con los correspondientes costos familiares, sociales, económicos, entre otros. La misma también, ha realizado proyecciones en las que se estimaba que para 2020 las víctimas fatales podrían ascender a 1,5 millones, sin contar aquellas que quedan con serios padecimientos y discapacidades tras un intento fallido de suicidio. En la República Argentina, cifras arrojadas por el Ministerio de Salud (2021), confirman 31 mil suicidios entre los años 2010 y 2019 convirtiendo a la problemática en una prioridad para la agenda sanitaria.

El intento de suicidio es una urgencia médica que suele llegar a los servicios de emergencia de hospitales generales y representa un 30% de las asistencias por todo motivo de consulta psicológica (López Steinmetz, 2017).

Argentina, con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, implantó en el año 2010 como objetivo principal que el proceso de atención se realice fuera del ámbito hospitalario monovalente, centrándolo en la comunidad, con un marco de abordaje interdisciplinario e intersectorial. Pero a su vez, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales refieren que no fueron establecidos criterios o lineamientos comunes para la organización de los servicios en el trabajo concreto en salud mental (Daray, 2015).

En este sentido, si bien se logró un notable avance en materia legislativa, no fue acompañado por el diseño de políticas públicas acorde, manteniéndose el sistema de salud mental reducido, segmentado, fragmentado (Díaz et al., 2018).

Por su parte, Guzzo (2018), afirma que si bien en Argentina existe una ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley 27.130), son necesarios más estudios, observándose una deuda formativa que atraviesa y trasciende lo asistencial, debiéndose crear espacios de capacitación, supervisión, discusión, y abordaje del paciente con riesgo suicida.

Por lo expuesto anteriormente, resulta de gran importancia la realización de la presente investigación dado que en el poco tiempo que lleva la legislación en vigencia no se han estudiado las variables en su conjunto.

Las cifras estiman que el 30% de los motivos de consulta en los servicios de urgencias de salud mental se encuentran relacionados con autolesiones y conductas suicidas. A su vez, se trata de pacientes que no solo generan una alta demanda asistencial, sino que requieren una asistencia diferente a la medida de su patología. El estigma social, la incompreensión, las condiciones laborales y del entorno, entre otros factores, añaden una complejidad sustancial a la problemática en cuestión y deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar un abordaje óptimo. Por otro lado, se debe tener en cuenta la sobrecarga asistencial con la que cuentan las áreas de urgencia en salud mental, volviéndose un factor contraproducente para la detección y prevención (Guzzo et al., 2018).

Teniendo en cuenta que el servicio de urgencia en salud mental constituye un dispositivo de vital importancia para la prevención, detección y tratamiento del suicidio, resulta de gran valor poder relevar cuáles son las limitaciones y potencialidades que ofrece actualmente el sistema de salud para el abordaje de una patología que constituye un alarmante problema de salud pública (Haedo, 2022).

Por tal motivo, la presente investigación se propone indagar: ¿Cuál es la percepción de los/as psicólogos/as y psiquiatras que se desempeñan en instituciones polivalentes acerca de las limitaciones y potencialidades que ofrece el dispositivo de urgencias en salud mental para el abordaje del suicidio?

2. Método

2.1 Diseño

El método utilizado para la presente investigación es de tipo cualitativo. Tal como lo plantea Hernández Sampieri et al. (2014), este enfoque se focaliza en comprender los fenómenos a partir de su exploración desde la perspectiva de los participantes desarrollándose en su ambiente natural y en relación con su contexto, procurando de este modo, construir teoría a partir de la recolección empírica de datos en el campo y buscando lograr el objetivo central de comprender diversas perspectivas a partir de una lógica inductiva. En este sentido, se entrevistan profesionales en su lugar de trabajo, con el objetivo de indagar el funcionamiento del dispositivo de urgencia en el abordaje del suicidio.

El diseño utilizado en el presente trabajo es teoría fundamentada, el cual se propone construir conceptos que se derivan directamente de la información obtenida de los participantes que vivencian las temáticas investigadas, permitiendo una explicación general de las limitaciones y/o potencialidades que presenta el dispositivo de urgencia para el abordaje del suicidio desde la perspectiva de diversos profesionales de la salud mental en un contexto concreto de instituciones hospitalarias públicas / privadas polivalentes. A partir de los datos empíricos recabados se desarrolló teoría acerca de tal funcionamiento con posibilidad de mejoras sugeridas por los participantes.

2.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 18 profesionales de la salud mental, psicólogos/as y psiquiatras, que se desempeñen o se hayan desempeñado en guardias de instituciones hospitalarias polivalentes, públicas o privadas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue utilizado como criterio de inclusión una permanencia mínima de trabajo en el dispositivo no menor a un año de antigüedad. Por el contrario, se excluyeron profesionales de otras profesiones afines como trabajadores sociales, como así también de otros servicios, tales como, enfermeros o médicos de cualquier otra especialidad. Asimismo, fueron excluidos también profesionales que se desempeñen en instituciones monovalentes o especializadas, de igual forma, que aquellos que se desempeñen en instituciones polivalentes fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Haedo, 2022).

2.3 Técnica de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semidirigida que se le administró a cada uno de los profesionales de la salud mental. A su vez, se realizó un planteo cuidadoso de las mismas para lograr que los participantes narren sus experiencias y puntos de vista. Su condición de semiestructurada se debió a que condujo al participante sobre los asuntos a indagar, pero, a su vez, también le dio libertad a éste para que pueda expresarse en temas relacionados. Su condición cualitativa, le imprimió flexibilidad, con la existencia en primera instancia de preguntas más generales que sirvieron como disparadoras y permitieron, luego, con otras más estructurales o de contraste, explorar más profundamente la problemática, siempre enunciadas desde una posición neutral que permitió obtener la perspectiva, experiencia y opinión del profesional (Hernández Sampieri et al., 2014). Cabe destacar que se procuró no influenciar a los participantes en sus respuestas, logrando objetividad en estas y evitando cualquier tipo de condicionamiento.

El diseño de las mismas fue pensado en cuatro secciones que engloban las temáticas principales a indagar, la primera de ellas intento investigar acerca del funcionamiento general del dispositivo de urgencias en salud mental, la segunda busco reducir tal funcionamiento general a la problemática específica del suicidio, la tercera indago acerca de las implicancias de la pandemia en el dispositivo investigado y por último, la cuarta tuvo como finalidad recibir, de los principales actores, los aportes que consideren pertinentes para mejorar el abordaje de la problemática estudiada (Haedo, 2022).

A continuación, se presenta la lista de preguntas, agrupadas en las secciones anteriormente descriptas, a las que los profesionales de la salud mental dieron respuesta:

Datos Sociodemográficos:

- Género
- Profesión (Psicólogo/a o Psiquiatra)
- Experiencia en el Área de urgencias
- Características de la institución en la que trabaja (Polivalente Pública o Privada)

Dispositivo de urgencia en salud mental:

1. ¿Se cuenta con los recursos humanos capacitados, en tanto personal hospitalario, e infraestructura necesaria para atender adecuadamente las demandas de salud mental en los hospitales generales?
2. ¿Qué posibilidades y/o limitaciones presenta el hospital general para alojar las internaciones? ¿Cuenta con salas / sectores específicos o se mezclan con pacientes de otros servicios?
3. ¿Cómo es la articulación y el trabajo con los médicos y el personal sanitario de otros servicios? ¿Identifica u observa resistencias o prejuicios por parte de estos?
4. ¿Existen casos en los que se derive a hospitales monovalentes? ¿Cuáles?
5. ¿Considera que está preparado el sistema de salud mental para prescindir de estos?

Dispositivo de urgencia en salud mental para el abordaje del Suicidio:

6. ¿Están preparadas las guardias de hospitales generales para recibir pacientes con intento de suicidio? ¿Qué limitaciones considera que presenta?
7. Dado que la persona con dicho padecimiento no debe permanecer sola en ningún momento: ¿Se cuenta con personal sanitario capacitado para acompañar al paciente?
8. ¿Dispone la institución de la infraestructura necesaria para llevar a cabo la internación en guardia o sala del hospital polivalente para la observación y seguimiento del paciente?

Dispositivo de urgencia en salud mental y Pandemia:

9. ¿Qué aspectos del dispositivo de urgencias en salud mental fueron más perjudicados? Considera que agudizo o cristalizó alguna problemática ya existente en el dispositivo.

Aportes:

10. ¿Qué mejoras considera necesarias o de relevancia en el dispositivo de urgencias en salud mental para el abordaje del suicidio?

2.4 Procedimiento

La administración de las entrevistas se llevó a cabo dentro de las instituciones en las que desempeñan su trabajo los profesionales y de forma virtual sincrónica mediante videollamada por plataforma *zoom*. La duración estimada de las mismas fue, en promedio, de 45 minutos. Para acceder a los profesionales se solicitó la correspondiente autorización a las autoridades de las instituciones en las que se desempeñan, brindando la adecuada información acerca del marco normativo en el que se desarrolla la presente investigación. Previo a efectuar la entrevista se solicitó a los participantes la firma del consentimiento informado en el cual se detalla: objetivos del estudio en cuestión, la metodología empleada, la fecha en la que se realizará la investigación, los beneficios derivados de la misma e incomodidades que pudieran surgir. A su vez, se destacó el carácter voluntario de la participación de los profesionales en la investigación, como así también, la posibilidad de dar por finalizada la entrevista en cualquier momento. Se hizo hincapié en la confidencialidad de esta y se brindaron los datos del investigador responsable de la investigación (Losada, 2014).

3. Resultados

En primer lugar, se procederá a presentar en la Tabla 1 las características generales de los profesionales de la salud mental entrevistados en la presente investigación, como así también, la caracterización que define a la institución en la que desarrollan sus funciones.

Tabla 1.-Composición de la Muestra

Denominación	Profesión	Género	Experiencia en el Área	Características de la Institución
Profesional 1	Psicóloga	Femenino	2 años	Polivalente Privada
Profesional 2	Psicóloga	Femenino	4 años	Polivalente Pública
Profesional 3	Psicóloga	Femenino	5 años	Polivalente Pública
Profesional 4	Psiquiatra	Femenino	17 años	Polivalente Privada
Profesional 5	Psiquiatra	Masculino	16 años	Polivalente Pública
Profesional 6	Psiquiatra	Femenino	10 años	Polivalente Pública
Profesional 7	Psicóloga	Femenino	9 años	Polivalente Privada
Profesional 8	Psicóloga	Femenino	7 años	Polivalente Pública
Profesional 9	Psicóloga	Femenino	3 años	Polivalente Privada
Profesional 10	Psicóloga	Femenino	4 años	Polivalente Pública
Profesional 11	Psiquiatra	Femenino	12 años	Polivalente Privada
Profesional 12	Psicóloga	Femenino	10 años	Polivalente Pública
Profesional 13	Psicóloga	Femenino	7 años	Polivalente Pública
Profesional 14	Psicóloga	Femenino	9 años	Polivalente Privada
Profesional 15	Psicólogo	Masculino	8 años	Polivalente Pública
Profesional 16	Psicólogo	Masculino	4 años	Polivalente Pública
Profesional 17	Psicóloga	Femenino	9 años	Polivalente Pública
Profesional 18	Psicólogo	Masculino	3 años	Polivalente Pública

A continuación, se verán graficadas en la Figura 1, las secciones, anteriormente descriptas en el apartado “5. Método”, a partir de las cuales fueron agrupadas las preguntas de investigación y consecuentemente las respuestas brindadas por los profesionales de la salud mental.

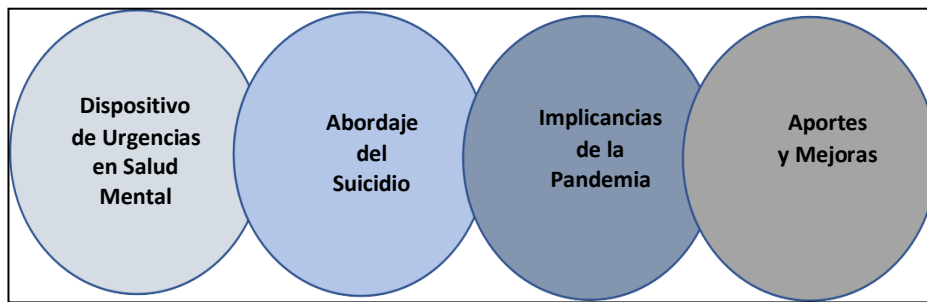


Figura 1 – Secciones estructurales

Sección 1 – Dispositivo de Urgencias en Salud Mental

La lógica de esta primera sección pretende conocer, las potencialidades y limitaciones del dispositivo en el abordaje general de la salud mental en un contexto determinado como es el hospital polivalente, en tanto, infraestructura, recursos humanos disponibles y capacitados, el trabajo interdisciplinario, la posibilidad de contención de tal espacio y sus diferencias con las instituciones monovalentes. A continuación, se graficarán, en la Tabla 2, las respuestas obtenidas por los profesionales en tales dimensiones.

Tabla 2 – Dispositivo de Urgencias en Salud Mental

Dispositivo de Urgencias en Salud Mental	
Dimensión	Respuestas
<p>Recursos Humanos e Infra-estructura</p>	<p>“Los espacios y los recursos humanos son destinados y capacitados para la atención clínica médica”, “Es una lucha constante lograr que nos destinen mayor infraestructura”, “Los consultorios y espacios de internación no cuentan con doble circulación”, “Los recursos humanos no alcanzan” , “No hay la infraestructura necesaria en los hospitales generales, justamente la deficiencia es edilicia y también la formación”, “La infraestructura es muy poco beneficiosa, no hay ningún servicio general que esté preparado para recibir un paciente psiquiátrico”, “Viene una persona en crisis a la guardiade cualquier hospital general y está al lado de una embarazada que espera su turno obstétrico o un nene que espera la guardia pediátrica”, “Se supone que el hospital cuentacon guardia en salud mental para mayores de 18 años las 24hs todos los días pero actualmente, por falta de personal esto no se cumple”, “Muchas veces no hay lugar, y atendemos en los pasillos”, “A veces atendemos en un box y pegado hay otro paciente con patología orgánica”</p>
<p>Posibilidad de alojar Internaciones</p> <p>Salas / Sectores específicos</p>	<p>No existe un lugar físico específico para internación por salud mental de pacientes”, “No existen salas o sectores específicos, los pacientes se mezclan, comparten losespacios con patologías en su mayoría orgánicas”, “No hay una seguridad adecuada, es muy complicado teniendo en cuenta que es un paciente, ya sea con ideación suicida o con un cuadro psicótico que se haga necesario un seguimiento muy estricto”, “Las camasquedan escasísimas para el nivel de demanda que hay”, “No pueden estar mezclados con los pacientes clínicos, no sabemos que puede despertar en el paciente psiquiátrico lo queve al costado”, “Un paciente que tenían que extirparle los ojos porque tenía cáncer, y allado tenía un internado de salud metal que se estaba trepando a las ventanas” , “La guardia en salud mental debería estar separada”,</p>
<p>Articulación y Trabajo conPersonal Sanitario</p> <p>Resistenciasy Prejuicios</p>	<p>“Los pacientes que presentan alteración de conducta, estos generan gran resistencia por parte de médicos y personal sanitario en general”, “En ocasiones hay insistencia para derivación con el objetivo de priorizar la disponibilidad de camas para pacientes con patologías orgánicas”, “Los egos, o la predominancia del modelo clínico de la salud haceque los profesionales de la salud mental tengan que permanecer como en un segundo plano”, “El psicólogo, por no ser médico, es visto como en un segundo escalón, inferior”, “Resistencia si, subvaloración de la profesión también, el medico tiene una estructura muy piramidal y todos los demás parecen sus súbditos”, “Se observa cierta resistencia del servicio de clínica médica para la atención de pacientes internados por salud mental”, “Resistencias y perjuicios si hay y estoy convencida que tiene que ver con lo poco que ha circulado la Ley de Salud Mental”.</p>
<p>Derivación a Monovalentes</p>	<p>“Si, en casos de cuadros que no remiten a internaciones breves y requieren un sistema más intensivo”, “Muchos, ideación suicida u ideación homicida o brotes psicóticos complejos”, “Persona en crisis, autolesionada, con situaciones de consumo fuerte, se le brinda la primera atención y luego se deriva a un hospital especializado”, “Si y ahí empieza todo el tema de conseguir un lugar, muchas veces los monovalentes no tienen y te piden que lo aguantes que lo contengas”, “Si, nuestro hospital no tiene sala de internación, con lo cual todas las personas que tienen criterio de internación por salud mental se establecen derivaciones vía red de Same”, “Se pide la derivación, nunca son en el día, entonces las personas comienzan a cursar su internación en la guardia, en un box”, “Si, en los casos de internación o de dispositivos intensivo, por ejemplo, para el tratamiento de adicciones o TCA</p>
<p>Eliminación de los Monovalentes</p>	<p>“Los monovalentes pueden hacerse cargo del paciente de otra manera, el hospital generalno está preparado para paciente psiquiátricos, siempre estos molestan, no saben cómo tratarlos”, “No, estos cuentan con dispositivos específicos (hospital de día, equipos especializados en TCA, adicciones, patologías crónicas invalidantes)”, “En una guardia no pueden internar a un paciente descompensado como lo harían en un monovalente”, “Se saca la Ley en el 2010, en ese sentido es interesante pero el problema está en la reglamentación y el sistema no estaba preparado y en la actualidad tampoco hay una incrementación de recursos suficientes como para albergar este tipo de pacientes sin derivar a un monovalente”, “No prescindir no, buscaría inversión y hacerlo crecer para que haya más contención, no verlo como un lugar de reclusión / encierro, sino que se busque trabajar con la sociedad y con la familia para que la persona pueda ser reinsertado”, “No, los pacientes que se atienden en el Borda difícilmente puedan ser debidamente atendidos en un polivalente, es difícil poder integrarlos, son pacientes graves, pacientes que demandan un seguimiento”.</p>

Sección 2 – Abordaje del Suicidio

La dirección trazada a lo largo de la investigación nos conduce a la búsqueda de un nivel mayor de complejización en el estudio de las variables, por lo tanto, resulta de gran pertinencia ahondar en las posibilidades y limitaciones del dispositivo de urgencias ante la presentación de cuadros de suicidio. La forma de medir tales condiciones resulta a partir de interrogar a los profesionales acerca de que limitaciones encuentran en las guardias de los hospitales generales, que nivel de capacitación consideran que tiene el personal sanitario sobre la problemática y si la infraestructura puede albergar las potenciales internaciones, brindando adecuadas condiciones de seguridad y el necesario seguimiento de los pacientes. Los resultados obtenidos en esta sección se disponen en la Tabla 3.

Tabla 3 – Abordaje del Suicidio

ABORDAJE DEL SUICIDIO	
Dimensión	Respuestas
Acompañamiento y Capacitación del Personal Sanitario en la Problemática.	<p>“El hospital general en si no cuenta en su plantilla con los recursos capacitados para tal acompañamiento”, “El personal sanitario cuenta con capacitación medica-orgánica, viéndose superado en estos casos”, “Aquel familiar que lo acompaña tratamos que continúe con su acompañamiento”, “Hay muy pocos enfermeros formados en lo que tiene que ver con el paciente de salud mental, suicida o psicótico, y la mayoría de estos está en el monovalente”, “No hay acompañamiento, en forma privada si, te derivan por ahí un acompañante terapéutico, pero en general no existe, algún efector del hospital no”, “Si la persona acude con el familiar se le indica que se quede, pero a veces la persona va sola, se la médica y queda en el box mientras se atiende otras consultas”, “Si vos tenes 10 o 15 pacientes y 5 de salud mental, pero tenes 3 enfermeros como que no podes disponer de uno, además no están capacitados en suicidio. Otro tema es un acompañamiento terapéutico, pero ahí ya no estamos hablando de personal sanitario de planta”, “El personal de enfermería se dedica estrictamente a lo higiénico y cuestiones de signos vitales”, “No, el servicio de acompañantes terapéutico no está, el servicio de enfermería especializado en salud mental en el hospital general no hay”</p>
Infraestructura para la internación y seguimiento	<p>“Clínica médica no tiene espacio de internación para pacientes psiquiátricos, quedan en un box en observación en guardia general, con muchos riesgos y sin los cuidados que la patología necesita”, “No hay lugar, el paciente queda en un box, solo es posible en casos de internaciones muy breves para estabilizar y listo”, “No cuenta con salas específicas para la internación por intento de suicidio, ni siquiera para salud mental”, “No existe infraestructura con los cuidados que se necesitan para tal abordaje, por lo tanto muchas veces se intenta externalizar al paciente internado por salud mental, priorizando las patologías orgánicas”, “Infraestructura para internar a un paciente suicida no, ya sea una clínica privada u hospital público es la misma sala para todos los pacientes”, “Un paciente accidentado que requiere una aguja, un bisturí, medicación, no puede usar la misma sala que un paciente con esta problemática, son muchos los factores que se vulneran, la seguridad del espacio para contener la crisis no puede darse”, “No dispone las herramientas para contener en guardia, puede pasar que el paciente se escape”, “La infraestructura es limitante porque no hay espacios seguros que puedan permitir un abordaje y cuidado para alguien que puso su vida en riesgo y que probablemente tenga intencionalidad de sostener esa decisión, no hay un espacio preparado para el descanso, no hay espacio para acompañamiento permanente del paciente”, “A veces ingresa una persona con intento de suicidio que está en un estado muy crítico y al lado por ahí tiene a alguien que está gritando del dolor porque tuvo un accidente en vía pública”.</p>

Sección 3 – Implicancias de la Pandemia

El contexto reciente y actual se transforma en una variable cuando sus características de fatal adversidad irrumpen generando fuertes desajustes y cristalizando limitaciones ya existentes en el dispositivo de urgencia del hospital polivalente, pero como si esto fuera poco, generando nuevos trastornos a consecuencia del bombardeo que colapso el sistema de salud mundial en general, pero particularmente, las guardias de los hospitales generales. En este sentido, investigar las vivencias de los protagonistas de la primera línea de atención resulta de gran valor para revelar cuáles fueron los daños colaterales en la salud mental. A continuación, en la Tabla 4 se despliegan los resultados obtenidos.

Tabla 4 – Implicancias de la Pandemia

Implicancias de la Pandemia	
Dimensión	Respuestas
Aspectos más perjudicados del dispositivo	<p>“Se agudizaron los problemas, si antes la mayoría de los recursos, esfuerzos, infraestructura eran destinados a lo medico clínico, con la pandemia todo quedo abocado a pacientes Covid”, “Se presentaron dificultades para la derivación e inicio de tratamiento en zona de residencia (dispositivos de 1º nivel que no tenían ni recursos humanos, ni turnos para brindar) por cierre de dispositivos ambulatorios”, “No se permitía el ingreso de acompañantes”, “La salud mental, quedo más relegada de lo que ya estaba, a eso súmale el miedo, el encierro, las ansiedades de la incertidumbre, hicieron un coctel mortal del cual hoy se ven las consecuencias en la clínica”, “El aumento de incidencia de casos de intento de suicidio o ideación suicida franca”, “Se destinaron recursos a cuestiones de urgencias médicas, terapia intensiva y se relego el tema de salud mental. Eso está vinculado a temas de recursos y políticas públicas”, “Disminuyo la asistencia y además paso a ser virtual y un paciente en urgencia no puede ser evaluado virtualmente porque uno necesita la observación en vivo, in situ y de cuerpo entero”, “Si se detectaba riesgo para si o para tercero esto se complicaba mucho más porque no se podía internar, había que mandar a hisopar”, “El criterio de internación se subió, peligrosamente, el umbral de gravedad para considerar quien debía ser internado o no”, “Están emergiendo las secuelas de todo lo socioeconómico que genero estados de depresión mayor e intentos de suicidio”</p>

Sección 4 – Aportes y Mejoras

Después de explorar el dispositivo general, su aplicación en el abordaje del suicidio y las secuelas de la pandemia en tal sistema, el cierre de la investigación fue dirigido a encontrar en los actores principales las propuestas de mejoras y los aportes que consideran necesarios para poder revalorizar la asistencia y el abordaje de una patología que requiere una atención especial. Este relevo tiene como finalidad poner en palabras aquellas cuestiones que se encuentran contempladas en la normativa vigente, pero en la práctica no están pudiendo ser cumplidas como tales. En este sentido, se presentan los datos recabados en la tabla 5.

Tabla 5 – Aportes y Mejoras

Aportes y Mejoras	
Dimensión	Respuestas
Mejoras de relevancia para el abordaje del suicidio en la urgencia	<p>“Necesitamos si o si mayor infraestructura y más recursos humanos, la salud mental es el último “orejón del tarro”, “Faltan dispositivos de capacitación tanto para el personal sanitario en materia de salud mental, como así también a la población en general, hacer grupos con los familiares y marcar signos de alarma respecto del suicidio”, “Necesidad de articular la especificidad del hospital en el marco de la Leyde Salud mental, de garantizar los derechos del paciente y la implementación de unabuenta política y gestión”, “Es imprescindible un real abordaje multidisciplinario”, “Crear lugares adecuados para albergar este tipo de pacientes durante periodos de tiempo cortos y medianos”, “La formación de los enfermeros, formar personal que esté capacitado para este tipo de pacientes”, “La formación en patología psiquiátrica o aguda en los profesionales de la guardia externa, los médicos clínicos”, “La prevención no puede hacerse esperar más en una problemática como el suicidio”, “Sea con intento o ideación, estamos hablando de distintas patologías que pueden estar detrás, esta es la punta del iceberg, el paciente luego necesita rápido acceso a continuidad de tratamiento”, “Más cuidados, recursos y políticas”, “Contar con guardia las 24hs de personal capacitado tanto para adultos como para menores de edad”, “Realizar ateneos que aborden los problemas de salud mental y convocar a todos los servicios, es necesaria cierta organización institucional y disposición de las autoridades hospitalarias”, “Necesariamente una formación obligatoria y una supervisión para que todas las personas que intervienen en el dispositivo de urgencias de salud mental tengan conocimiento y manejen el protocolo de evaluación de riesgo e intervenciones basadas en evidencia para conductas suicidas y para suicidas”, “La posibilidad de acceder a una red de acompañamientos terapéuticos”, “En cuanto al suicido, tendría que haber mucha más prevención pero también considero necesaria la postvención”, “La puesta en funcionamiento de dispositivos de atención específicos para esta problemática”, “La modificación edilicia, contar con servicio de enfermería capacitada en salud mental, servicios de psiquiatras en todas las guardias de los polivalentes porque ha crecido mucho el índice de suicidio en los últimos tiempo”.</p>

Discusión

Los resultados obtenidos han evidenciado que para la totalidad de los profesionales interrogados los recursos humanos y la infraestructura con la que cuentan hoy los dispositivos de salud mental en hospitales generales no es suficiente ni la adecuada. Bajo esta línea de análisis, Sotelo (2011), advierte que la asistencia en los hospitales polivalentes en Argentina se asemeja a la guardia clínica médica tradicional, apuntando a una rápida solución del motivo de consulta, pudiendo determinadas instituciones no contar con psicólogos o psiquiatras de guardia ni con los espacios destinados para brindar la adecuada asistencia a la patología que se presenta.

Sobre estas problemáticas desarrolladas, el marco normativo vigente enuncia la importancia de que los dispositivos de urgencias en salud mental cuenten con los recursos necesarios para brindar una adecuada atención, implicando esto, una mayor inversión en el sector que permita contar con el personal necesario en diferentes disciplinas y roles, como así también la infraestructura apropiada para cumplir el derecho del paciente a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto donde sea resguardada su intimidad, haciendo hincapié en el pleno respeto de su vida privada y su libertad de comunicación.

A partir de lo enunciado anteriormente, podemos inferir entonces, un primer desfase estructural entre lo propuesto por la reglamentación y lo que acontece en la realidad diaria de los dispositivos, confirmado lo investigado anteriormente por Diaz et al. (2018) quienes revelaron limitaciones en los espacios físicos para el abordaje de la urgencia en los hospitales polivalentes entremezclando la necesidad de cuidado y tranquilidad de pacientes con problemática orgánica con el abordaje de situaciones de excitación psicomotriz y crisis subjetivas.

Por otra parte, la normativa que rige desde el año 2010 plantea que los hospitales generales deben contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental, como así también, la construcción de nuevos hospitales con áreas destinadas a la atención e internación específicas y planes de apoyo para la ampliación de estos, con el mismo objetivo.

En este sentido, los resultados obtenidos al indagar en los profesionales acerca de la posibilidad de alojar internaciones y la existencia de salas o sectores específicos en los hospitales generales muestran la extensa lejanía entre lo reglamentado y las posibilidades de cumplimiento de tales dispositivos. La inexistencia de lugares físicos para la internación en salud mental genera que los pacientes queden, en la mayoría de casos, depositados en un box de observación o sean internados con pacientes que padecen patologías orgánicas, representando esta situación un riesgo para ambos dado que se trata de cuadros muy dispares, con distintas necesidades y diversas manifestaciones clínicas y sintomáticas no compatibles.

Sí bien es necesario aclarar que la Ley vigente prevé que la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios interdisciplinarios, considerándose la misma como un recurso terapéutico restrictivo utilizable en los casos que aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones posibles realizables en otros entornos, también determina que estas deben llevarse a cabo en los hospitales generales, y estos, a su vez, presentan ya de por sí, una sustancial limitación para albergar las internaciones clínicas médicas y, por lo tanto, una imposibilidad de destinar espacios y recursos para la asistencia de la salud mental en este sentido.

Continuando en esta línea de análisis, de acuerdo con lo establecido por la reglamentación vigente en Argentina, en tanto suponía en su creación el reemplazo total de las instituciones monovalentes por dispositivos comunitarios de abordaje para el año 2020, resultó pertinente indagar en los actores principales acerca de la necesidad de derivación, producto de la imposibilidad de alojar determinadas demandas en los hospitales generales, a instituciones monovalentes, como así también, su opinión acerca del cierre de las mismas. En todos los casos entrevistados se relevó que, por

cuestiones edilicias, de imposibilidad de contención, de baja disponibilidad y capacitación de los recursos, de incapacidad de abordaje de cuadros psicopatológicos complejos que requieren de estrategias que superan los límites del dispositivo y por la inviabilidad de internación, efectivamente se realizan numerosas derivaciones a hospitales especializados. De igual manera, fue unánime el criterio de los profesionales en cuanto a que no es posible el cierre de las mencionadas instituciones.

En este sentido, Di Nella et al. (2011) afirmaron que, en Argentina, a lo largo de la historia, la salud mental fue excluida del sistema hospitalario y en la mayoría de las instituciones las personas son derivadas al tercer nivel, es decir, a hospitales monovalentes, y que hasta tanto el sistema de atención no logre abordar la demanda en el primer y segundo nivel de atención las personas con padecimientos mentales son condenadas a la manicomización. Esta interpretación es compartida por Tisera et al. (2013), quienes sostienen que internacionalmente el proceso de desmontaje manicomial se llevó a cabo en paralelo con la creación de servicios y dispositivos sustitutivos para poder ensamblar la demanda sin dejar de brindar asistencia a quienes así lo requieran. En la misma línea de pensamiento, los autores plantean el interrogante de si únicamente la reglamentación de la Ley de Salud Mental puede garantizar el acceso a derechos, sin contar paralelamente, con el acompañamiento eficaz del Estado con políticas públicas y el desarrollo de prácticas y saberes que habiliten el cambio de paradigma pretendido.

Conforme avanzó la presente investigación se logró mayor especificidad en las limitaciones y posibilidades del dispositivo de urgencias en el abordaje del suicidio. En este sentido, los datos obtenidos muestran que los entrevistados, unánimemente, acordaron en que las guardias generales no están preparadas para recibir y abordar casos de suicidio, ediliciamente no se encuentran dispuestos los espacios presentando elementos de suma peligrosidad tales como agujas, bisturís, medicación, entre otros, no pudiendo garantizarse la seguridad del paciente. Por otra parte, la excesiva demanda no permite la dedicación de tiempo que un paciente con tales condiciones necesita, ni tampoco la posibilidad de brindarle un espacio físico para su contención.

De acuerdo con lo relevado entonces, se evidencia otra profunda separación entre lo que la reglamentación vigente procura y la realidad de la asistencia que los dispositivos generales pueden brindar actualmente. Garantizar las condiciones de cuidado evitando la presencia de elementos potencialmente riesgosos, como evitar la cercanía a ventanas y puertas, son pilares de los lineamientos desarrollados para la atención de urgencias y estos no pueden ser garantizados en la actualidad según lo expuesto por los profesionales que allí desarrollan su trabajo.

Por otro lado, en el abordaje del suicidio, resulta de carácter indispensable el acompañamiento in situ y permanente del paciente, no debiendo permanecer solo en ningún momento, sobre todo si las condiciones de seguridad restantes no están garantizadas. En este sentido, los lineamientos para la atención en la urgencia enuncian que no se debe dejar solo al paciente y se debe garantizar su acompañamiento por parte del equipo de salud. En cuanto a esto, se encontró en la experiencia de los profesionales entrevistados que en los casos que el paciente debe quedar en observación con acompañamiento resulta muy dificultoso poder brindar el mismo dado que el hospital general no cuenta con los recursos humanos para tal servicio y es muy difícil conseguir la figura del acompañante terapéutico.

Más próximos al final se manifestó la necesidad de indagar acerca de cómo impactó la pandemia en los dispositivos de urgencia generales, cuáles fueron los aspectos más perjudicados y que problemáticas ya existentes fueron cristalizadas. En este sentido, se detectó en el relato de los profesionales que se agudizaron dificultades en torno a la adjudicación de recursos y esfuerzos en salud mental, quedando todos destinados a la atención COVID, las urgencias médicas y terapia intensiva, profundizando de esta manera, la poca relevancia de la salud mental en las instituciones

polivalentes. A su vez, trajo aparejado la imposibilidad del ingreso de acompañantes a las instituciones, agravándose de esta forma lo planteado anteriormente en torno al acompañamiento de pacientes que no pueden permanecer solos.

Por otro lado, se encontró una fuerte dificultad para la derivación de pacientes y el inicio de tratamientos en zona de residencia, los profesionales alegaron que los dispositivos de primer nivel no contaban con recursos humanos para brindar la atención adecuada y a su vez tampoco la posibilidad de brindar turnos para la atención ambulatoria. Asimismo, los especialistas sostuvieron que hubo un incremento de casos de intento de suicidio o ideación suicida franca durante la pandemia, esto se veía agravado por la disminución de asistencia y la imposibilidad de internación al detectar riesgo inminente para si o para tercero.

Los resultados encontrados confirman lo expuesto por Camacho (2021) en cuanto al incremento de la conducta suicida durante el transcurso de la pandemia provocada por el Covid - 19 y particularmente por el confinamiento y los factores asociados a este. De igual forma, se comprueba lo investigado por Ardila - Gomez et al. (2021) en cuanto a la reducción asistencial en salud mental, como así también, lo afirmado por Del Sol Calderon (2021) en cuanto al aumento de los intentos de suicidio producto de la pandemia.

4.1 Conclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante los testimonios recogidos de los profesionales de salud mental, a partir a su experiencia diaria en los dispositivos de urgencias en hospitales polivalentes, se concluye en que se logró dar cumplimiento a los objetivos propuestos para la presente investigación, en tanto, se consiguió un pertinente relevamiento de las limitaciones y posibilidades que experimentan tales dispositivos en el abordaje del suicidio.

A su vez, del análisis de los datos obtenidos se desprende la imperiosa necesidad de lograr una articulación e implementación más real y concreta de lo planteado por la Ley de Salud Mental, hace 13 años atrás, en la actualidad de los dispositivos de urgencias de los hospitales polivalentes. Si bien, el cambio paradigmático propuesto por la misma fue pensado como progresivo, con metas diseñadas para ser alcanzadas el año 2020, se observa que las mismas, más allá de los años de pandemia atravesados los cuales complicaron sustancialmente el panorama del sistema de salud en general y consecuentemente la salud mental, no se encuentran próximas a ser cumplidas.

Los alcances esperados para la aproximación al logro del nuevo paradigma en salud mental, resultan ser una utopía si no van acompañados de una fuerte decisión política y del aparato del Estado sosteniendo tales cambios paradigmáticos. La realidad demuestra que pensar en el cierre total de las instituciones monovalentes en la actualidad no es más que una fantasía imposible de realizar. Más bien, pensar en la adecuación de tales instituciones en servicio de la atención basada en la comunidad, acompañado de una paulatina adecuación de las instituciones polivalentes en tanto infraestructura, recursos humanos, capacitación e interdisciplina, resulta ser más realista y alcanzable, siempre y cuando las políticas estatales de gestión e inversión así lo decidan.

Por su parte, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, si bien cuenta con poco tiempo de reglamentación, debe ser puesta en marcha de inmediato en tanto capacitación, prevención y postvención de la problemática, dado que el curso de la pandemia vivida aceleró sustancialmente las manifestaciones de la patología en la sociedad mundial.

Resulta pertinente concluir afirmando que la realidad de los dispositivos de urgencias en salud mental en los hospitales polivalentes tienen la impostergable necesidad de que la salud mental sea efectivamente considerada política de Estado, para lo cual debe ser incluida fácticamente dentro

de las políticas del sistema de salud general, resaltando el ineludible deber del Estado de atender y procurar la asistencia del padecimiento mental como cualquier otro padecimiento, concentrando sus esfuerzos en la prevención, tratamiento y postvención del suicidio, en tanto constituye una problemática de salud pública que no está debidamente atendida y crece significativamente a nivel mundial día a día.

Referencias

- Ardila-Gómez, S., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Díaz, A. V., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021) Camacho, É. B. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Revista de Medicina y Ética*, 32(1), 15-39.
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 0-0
- Daray, F. M. (2015). La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 382-389.
- Del Sol Calderón, P., Balaguer, A. P., Heresmann, L. M. S., Benito, E. G., Aranguéz, B. S., Moreo, L. G., & de Arce Cordón, R. (2021). Análisis de la demanda asistencial de conductas suicidas en urgencias psiquiátricas durante el primer mes tras declaración de estado de alarma por COVID 19. *Psicosomática y Psiquiatría*, (16).
- Díaz, A. V., Tosi, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Antezza, G., & Córdoba, G. (2018). Salud mental en hospitales generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(142), 255-262.
- Guzzo, E., Taragano, F., Heisecke, S., Krupitzki, H., & Tondo, L. (2018). Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes. *V Xerte*, 172.
- Haedo, E. (2022). "Análisis de las limitaciones y potencialidades del dispositivo de urgencias en salud mental para el abordaje del suicidio, desde la mirada de psicólogos/as y psiquiatras que trabajan en hospitales polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Trabajo Final Integrador de la Carrera de Grado. UFLO Universidad.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 4ta edición. Mc Graw Hill.
<https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Ley N.° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental (25 de Noviembre de 2010).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley N.° 27.130. Ley Nacional de Prevención del Suicidio (11 de Marzo de 2015).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.html>
- López Steinmetz, L. C. (2017). Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(1), 00-00.
- López Steinmetz, L. C. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89-100.
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. Kerman, B. y Rodríguez Ceberio, M. (Comps.) En búsqueda de las ciencias de la mente. *Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica*, 159-167.
<https://www.academica.org/analia.veronica.losada/17>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social República Argentina (2019). Atención de las Urgencias en Salud Mental. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001401cnt-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental-2019.pdf>

OMS. Serie Prevención del Suicidio Transtornos Mentales y cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanía. Ginebra, 2008. ESP. OMS. Prevención del Suicidio un instrumento para trabajadores de la atención primaria de salud.

Sotelo, I. (2011). Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Tisera, A., Léale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. L., & Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Anuario de investigaciones, 20(1), 251-258.

Fecha de recepción: 09 de marzo de 2023

Fecha de Aceptación: 30 de mayo de 2023