

margen N° 76 - marzo 2015

Riesgo suicida en enfermedad progresiva grave. Reconstrucción de una experiencia de trabajo Interdisciplinaria e intersectorial

Por María Victoria Camp, María Inés Casal y Hernán Moure

María Victoria Camp. Psicóloga.

María Inés Casal. Trabajadora social.

Hernán Moure. Médico psiquiatra.

Equipo interdisciplinario de salud mental Hospital Gral. de Agudos Dr Tornú Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Reseña del caso

La paciente, a quien llamaremos “Ana”, ingresa a guardia del Hospital General de Agudos Tornú (Ciudad de Buenos Aires, Argentina) en ambulancia de SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencias) por politraumatismo, luego de intentar suicidarse en las vías del Ferrocarril San Martín (mayo 2013).

Es una mujer de 65 años de edad, extranjera, radicada en el país hace más de 30 años y que reside en Ciudad de Buenos Aires junto a su familia.

En noviembre de 2012 recibe repentinamente diagnóstico de cáncer de endometrio localmente avanzado Grado IV (había consultado por dolor abdominal y metrorragias)

Al momento de ingreso a guardia estaba realizando tratamiento oncológico y tratamiento psiquiátrico en distintos hospitales. Éstos estaban desconectados, por lo que se ubicaba una fragmentación de la asistencia con ausencia de un referente confiable.

Luego de recibir el diagnóstico, Ana realiza dos *Sobre ingestas Medicamentosas* con intencionalidad autolítica. Vale decir que realiza tres intentos de suicidio en lapso de 7 meses siendo una persona sin antecedentes psicopatológicos.

En un primer acercamiento del equipo de salud mental de guardia (formado por psicóloga, Trabajadora social y psiquiatra) Ana se niega a recibir asistencia, tampoco accede a aportar datos para convocar a su familia.

Sólo dice que *“tiene cáncer, se va a morir y se quiere matar... y que no quiere ser una carga para sus hijos”*.

Es un momento en que el abordaje a través de la palabra resulta dificultoso, se produce un desfallecimiento de lo simbólico, de la eficacia de la palabra. Para Ana, en ese momento *“no tiene sentido hablar”*.

La presencia y el acompañamiento permanente del equipo, ofrecieron el marco y el sostén indispensables para que accediera posteriormente a que llamáramos a sus hijos.

Asimismo, la medicación psicofarmacológica ayuda a crear las condiciones para posibilitar el despliegue simbólico, el relato singular de Ana acerca de su padecimiento.

Las entrevistas permitieron identificar algunos de los factores que estuvieron presentes en el desencadenamiento de la crisis que provocó la urgencia. Entre ellos se destacan:

- El efecto traumático de la comunicación inicial de la información diagnóstica y pronóstica. Tanto Ana como sus hijos ubican un antes y después de la noticia del diagnóstico.: *“desde ese momento no puedo reír ni llorar”*, ubican también un apego excesivo a su hija mujer, intenso temor por el que no toleraba estar sola; lo cual nos lleva a reflexionar acerca de la importancia del modo de transmitir esta información y la necesidad de acompañamiento y contención por parte de quienes están encargados de transmitirla. Tal como vimos durante el curso, se visibiliza la importancia de contar con profesionales del campo de la salud mental en los equipos, desde el momento mismo del diagnóstico.

- Presencia de dolor mal controlado.

- Insomnio, ansiedad.

- Inminencia de inicio de nuevo ciclo de QT: la paciente refería efectos adversos “intolerables” en 3 ciclos previos, y se negaba a continuar con el tratamiento. La muerte auto provocada se presentaba como alternativa debido a que, entre otras cosas, la paciente no había recibido la información de que era su derecho tanto aceptar como rechazar un tratamiento. Frente a esta sensación de sin salida del dolor y no habiendo tenido oportunidad de vislumbrar otras posibilidades se precipita en las vías del tren.

Al respecto podemos pensar acerca del respeto por la autonomía del sujeto en la toma de decisiones relativas a su salud, como ejercicio de la ética y del respeto por la dignidad de quienes, no por estar enfermos pierden su condición subjetiva, y su derecho a decidir aún en los contextos más adversos.

- El Impacto psicológico de los cambios en su imagen corporal: Especialmente la Caída del cabello, que era para la paciente un “estigma” de la enfermedad, y le devolvía una imagen desvalida de sí misma, que le resultaba intolerable.

- Cambio de rol en la familia: Ana, había sido históricamente el sostén de su familia. Tanto en lo emocional como en lo económico. Le resultaba muy difícil asumirse estando enferma y vulnerable, dependiente. Siendo ella quién necesitaba recibir cuidados en lugar de prodigarlos.

- Caída de sostenes identificadorios: La enfermedad aparecía como amenaza a su identidad, en tanto las identificaciones en las que se había sostenido y reconocido comenzaban a tambalear a causa del cáncer (“Ser fuerte, útil, trabajadora”)
- Pérdida y limitación de actividades significativas de su vida: Había tenido que abandonar el Trabajo (cuidaba enfermos) y las actividades domésticas en las que encontraba placer (cocinar, tejer) por cansancio, dolor, y también por sobreprotección familiar. Esto generaba y reforzaba la sensación de inutilidad, de ser “una carga” para la familia y la pérdida del sentido de su vida.
- Significaciones atribuidas a la enfermedad: La convicción de ser una carga para la familia, ideas de inutilidad y pérdida de valor, condicionaban su estado de ánimo hacia el polo del displacer.
- Impacto en la red familiar: Los hijos de la paciente se encontraban desbordados por la situación, mostrando dificultades para asumir nuevos roles, e incluso tomar decisiones cotidianas que siempre habían estado a cargo de Ana. También presentaban dificultades para organizarse en los cuidados y el acompañamiento que oscilaban entre la sobreprotección (no permitiéndole hacer nada) y la desprotección (no pudiendo resolver o acompañar cuando Ana los necesitaba por estar ellos mismos sumidos en angustia).

Intervención en la urgencia:

A partir de la evaluación de la presencia de riesgo y ponderando también los factores de protección, se decidió dar intervención al equipo de cuidados paliativos y tratamiento del dolor, para elaborar de manera conjunta una estrategia de abordaje ajustada a las necesidades de la paciente y su familia. De este modo evaluamos la necesidad de que la paciente permaneciera en la guardia por 48 hs, para luego ser internada en la Unidad de cuidados paliativos, recibiendo también allí la asistencia del equipo interdisciplinario de salud mental. Tanto Ana como sus hijos acordaron con esta estrategia, que requería de su participación activa y consentimiento para ser eficaz.

Alojando su padecimiento, favoreciendo el despliegue del discurso singular de Ana acerca de sus circunstancias, con la participación y contención de la familia y el equipo, se produce la primera rectificación sostenida también en su fe religiosa y en la búsqueda de trascendencia: “Soy Cristiana, quiero estar para ver que mis hijos estudien y progresen”.

Desde el punto de vista del diagnóstico psiquiátrico, nos manejamos con la hipótesis de una depresión secundaria o reactiva a la enfermedad y su tratamiento. Sin desconocer las relaciones entre depresión y enfermedad oncológica se identificaron los síntomas principales y secundarios de la depresión.

Síntomas principales:

Estado de ánimo depresivo y Anhedonía (pérdida de interés y placer en casi todas las actividades)

Síntomas secundarios:

Sentimientos de inutilidad, Culpa e Ideación suicida.

Indicadores de sufrimiento existencial:

Cansancio de la vida

Pérdida de sentido de la vida,

Sentimientos de minusvalía (“Carga”) y de indignidad asociados a la enfermedad como “condición”.

Estrategias de intervención (durante la internación)

En cuanto al abordaje terapéutico durante la internación, se trabajó desde una perspectiva interdisciplinaria e integral. Intentando contemplar todos los aspectos intervinientes en esta compleja situación. (Aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, etc.).

Se realizaron intervenciones tendientes a la construcción de nuevos sentidos, a la resignificación, a la recuperación de vínculos, intereses y actividades significativas desde lo social, espiritual e historia de vida de Ana.

- ✓ Frente al Mal manejo del dolor: se implementó un Plan farmacológico adecuado
- ✓ Seguimiento por psiquiatría y psicología. Medicación. Organización de red de asistencia
- ✓ Abordaje familiar. Recomposición de lazos. Organización de los cuidados. Visitas transitorias. Reuniones periódicas con la familia y entrevistas vinculares.
- ✓ Abordaje de TO: Organización de rutina hospitalaria y domiciliaria/ ocupaciones significativas (roles).

Ana participó activamente de diferentes talleres, particularmente aquellos vinculados a sus áreas de interés. Espontáneamente tomó a su cargo la realización de algunas tareas domésticas similares a las que hacía en su hogar: ordenaba, lavaba tazas “estos doctores son unos desprolijos” decía.

De este modo se propició un “reencuentro” de la paciente consigo misma, y con su familia, que permitió trabajar luego sobre aquellos aspectos vinculados a los cambios producidos por la enfermedad y la toma de decisiones acerca de cómo continuar mediante un proceso de deliberación informada.

El alta se produjo una vez que pudo organizarse su atención ambulatoria de manera tal de no

reproducir la fragmentación en la asistencia que dio origen a esta situación.

Ana continuó concurriendo a la U.C.P. una vez a la semana, lugar que ofició de articulador con los demás equipos intervinientes en su tratamiento (oncología y psicopatología), constituyéndose en un sitio de pertenencia y referencia para todo el grupo filiar.

Actualmente, la enfermedad ha recrudecido, los dolores han reaparecido, pero entendemos que la intervención en su conjunto ha dejado huellas, marcas y herramientas que están posibilitando un atravesamiento diferente.