

Lovaiza, Vanesa Andrea

**Rol del psicólogo clínico en un
equipo interdisciplinario de salud
mental, ante el abordaje de
personas con conducta suicida:
experiencia en un hospital público
de urgencias**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Director: Ferrero, Dina Gricelda

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE
SALUD MENTAL, ANTE EL ABORDAJE DE PERSONAS CON CONDUCTA
SUICIDA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE URGENCIAS”**

Vanesa Andrea Lovaiza

2023

**“ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE
SALUD MENTAL, ANTE EL ABORDAJE DE PERSONAS CON CONDUCTA
SUICIDA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE URGENCIAS”**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Sistematización de experiencias

Contexto Clínico

“ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL, ANTE EL ABORDAJE DE PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE URGENCIAS”

Autora: Vanesa Andrea Lovaiza

Directora: Lic. Gricelda Dina Ferrero

2023

Agradecimientos

Este trabajo representa para mi mucho más que un proyecto académico, cuando en 2018 inicié este camino nunca pensé que fuera a convertirse en una pasión, es más, lo primero que pensé es que solo iba a estudiar lo que pudiera, como un hobby, y a medida que fue avanzando el tiempo y las cosas en mi vida personal se ponían difíciles, la ausencia de mi mamá, la pérdida de mi hermano y mi suegro, la pandemia, realmente hubo momentos en los que sentí “ya está, no voy a poder”. Pero la facultad se volvía más y más imprescindible y yo me aferraba cada vez más fuerte a este hobby que se convirtió en un sueño. Por eso primero que nada gracias a la UCC, gracias por el café de cada mañana, por las amigas que me llevo, por el calor de sus aulas, por sus pasillos esperanzadores, por sus profesores tan amorosos y dedicados, por ser mi lugar y mi refugio.

Gracias a mi familia, Federico, Martina y Blas, quienes me apoyaron incondicionalmente en cada instancia, sin ellos nada sería igual.

A mis hermanas, por acompañarme siempre, nadie más que ellas sabe lo que costó llegar hasta aquí.

A mis padres, que vivirán por siempre en mi corazón.

A mis suegros, Nélica y Rubén, quienes estuvieron presentes desde el primer día, ofreciendo su amor, sus consejos, su contención.

A mis amigas, las de la facultad porque no lo hubiera logrado sin ellas Guada, Coni, Emi. A las de la vida incondicionales aliadas que hicieron este camino más fácil, a Silvana que más que amiga es una hermana.

Al servicio de Salud Mental del Hospital de Urgencias, Adrián, Carolina, Gustavo, María y Sofía, por recibirme y brindarme su confianza, ayuda y predisposición que sin dudas hicieron de la práctica un gran aprendizaje para mi formación profesional.

Al equipo de cátedra de intervenciones en crisis, por incluirme en sus actividades y recibirme con los brazos abiertos. Gricelda, quien además fue la directora de este trabajo y

dejó un gran vacío con su partida prematura y Alejandra , por su inmensa generosidad y apoyo.

A las profesoras Ana Silvia Y Adriana, por su valioso acompañamiento en las prácticas de la carrera.

Me voy llena de conocimientos, valores, amistades y momentos que atesoraré por siempre.

ÍNDICE

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	9
I. INTRODUCCIÓN	11
II. CONTEXTO DE PRÁCTICA	13
II.1 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SUS INICIOS	14
II.2 PROFESIONALIZACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN ARGENTINA	15
II.3 EL ROL PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	16
II.4 REGULACIÓN LEGAL DE LA PROFESIÓN	17
III. CONTEXTO INSTITUCIONAL	19
III.1 SERVICIOS QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN	20
<i>III.1.1 ORGANIGRAMA HMU</i>	23
<i>III.1.2 ORGANIGRAMA SSM</i>	25
III.2 INFRAESTRUCTURA	26
IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	28
V. OBJETIVOS	30
V.1 OBJETIVO GENERAL	31
V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
VI. PERSPECTIVA TEÓRICA	32
VI.1 LA URGENCIA	33
VI. 2 CONCEPTUALIZACIONES ACERCA DE LA CONDUCTA SUICIDA	34
VI. 3 LAS INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO	38
VI.4 EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA.	39
VI.5 TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS	41
VII. MODALIDAD DE TRABAJO	43
VIII. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA	48
VIII.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	49
<i>VIII.1.1 EL RECORRIDO DIARIO</i>	50
<i>VIII.1.2 LAS ALTAS MÉDICAS</i>	52
<i>VIII.1.3 LENGUAJE HOSPITALARIO</i>	53
<i>VIII.1.4 LA CONDUCTA AUTOLESIVA</i>	53
<i>VIII.1.5 ¿QUE SISTEMATIZAR DE LA EXPERIENCIA?</i>	55
VIII.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	57
<i>VIII.2.1 DE LA RECONSTRUCCIÓN AL ANÁLISIS</i>	57

<i>VIII.2.2 EL ABORDAJE CLÍNICO DE LA CONDUCTA SUICIDA</i>	59
<i>VIII.2.3 CIRCUITO HOSPITALARIO EN URGENCIAS</i>	64
VIII.3 LA SALUD MENTAL, SUS INICIOS EN LA INSTITUCIÓN Y LA FORMACIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LA URGENCIA.	66
<i>VIII.3.1 ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL HMU.</i>	73
VIII.4 CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE LOS REGISTROS DE LA EXPERIENCIA.	75
<i>VIII 4.1 DATOS FILIATORIOS</i>	76
<i>VIII 4.2 RELEVO DE LAS PARTICULARIDADES PROPIAS DEL ACTO SUICIDA</i>	80
VIII.5 DE PRINCIPIO A FIN, MI REPASO POR LA EXPERIENCIA.	93
IX. CONCLUSIONES	96
BIBLIOGRAFÍA	100
ANEXO 1	105
ANEXO 2	107
ANEXO 3	109

ÍNDICE DE SIGLAS

- HMU: Hospital Municipal de Urgencias.
- PPS: Práctica profesional supervisada
- SSM: Servicio de Salud Mental
- TIF: trabajo integrador final
- UCC: Universidad Católica de Córdoba

I. INTRODUCCIÓN

El presente escrito constituye la totalidad del trabajo integrador final correspondiente a la sistematización de experiencias llevada a cabo en el año lectivo 2022.

En el recorrido de este trabajo se desarrolla y expone, la experiencia vivida durante el desempeño de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), de la carrera de psicología, en el contexto de la psicología clínica durante el periodo, del mes de abril al mes de noviembre del año 2022, en el Hospital Municipal de Urgencias (HMU) de la ciudad de Córdoba, en el Servicio de Salud Mental de la institución (SSM), desempeñando el rol profesional desde el lugar de observador no participante.

Estas prácticas son necesarias para la obtención del título de grado y mediante las cuales, como estudiantes, tenemos la posibilidad de acceder a instituciones de renombre. Con el privilegio de poder recorrer este camino inicial de la profesión con tutorías personalizadas que nos brindan la tranquilidad y el amparo de la universidad y los docentes a cargo.

El escrito contiene un breve recorrido sobre el contexto de la práctica, el surgimiento de la psicología clínica, el rol del psicólogo en un equipo interdisciplinario y otros aspectos importantes a considerar de la profesión en el área clínica. Además en el punto III se exponen datos históricos del contexto institucional y la organización actual del hospital.

Otro apartado corresponde al recupero de la experiencia hasta el mes de noviembre, seguido por el eje de sistematización del trabajo: *El rol del psicólogo clínico en un equipo interdisciplinario de salud mental, ante el abordaje de personas con conducta suicida.*

A partir del eje surgieron los objetivos (general y específicos), que ordenaron la forma de recolección de datos expuesta en el apartado de modalidad de trabajo y la perspectiva teórica utilizada tomando los aportes de la Suicidología y la teoría de la Intervención en Crisis.

Cada uno de estos apartados, sentaron las bases para llegar al análisis y síntesis de la experiencia propuesto en el apartado VIII.

Por último, en este documento, se presentan mis conclusiones teóricas y prácticas obtenidas a lo largo del proceso de análisis, que además de ser el resultado de los aprendizajes alcanzados espero sean un aporte a la institución y de ayuda para futuras experiencias.

II. CONTEXTO DE PRÁCTICA

Como se anticipa en la introducción, la PPS se desarrolla en el contexto de la psicología clínica dentro del equipo de Salud mental del HMU.

Ahora bien, la psicología como disciplina posee un vasto recorrido histórico a nivel mundial, en tal sentido surge como disciplina independiente en 1879 en Leipzig Alemania con la implementación del primer laboratorio de psicología experimental al mando de Wundt, y a su vez en 1899 Horacio Piñero implementaba el primer laboratorio de psicología experimental en Argentina inicialmente en el colegio Nacional y algunos años después en la facultad de filosofía y letras. (Klappenbach, 2006).

Si bien los inicios de la psicología en el mundo son relevantes, en el presente trabajo se hará foco solo en algunos aspectos y fundamentalmente en el desarrollo que se da en nuestro país, sus inicios en la clínica, la profesionalización de la carrera como también el marco legal que regula el ejercicio de la psicología en la actualidad.

II.1 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SUS INICIOS

Tomando los aportes de José Buendía (1999), el autor sostiene que a partir de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) comienza la transformación del trabajo clínico tomando la demanda masiva de ese entonces como puntapié inicial para el reconocimiento de la labor profesional clínica del psicólogo. Además Buen Dia (1999) afirma “ En 1946 la asociación civil de veteranos en EEUU define el psicólogo clínico como el profesional que se dedica al diagnóstico, al tratamiento y a la investigación de los desórdenes de comportamiento de los adulto” (p.12) y partir de la década del 60 será donde se produce el reconocimiento del psicólogo clínico no solamente en los factores psicopatológicos, (los que venían como resultado de la guerra), sino en aportes a las nuevas concepciones sobre problemas de salud.

II.2 PROFESIONALIZACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN ARGENTINA

En el año 1954 en Tucumán tiene lugar el primer congreso Argentino de Psicología donde se plantea la necesidad de la creación de una carrera universitaria para la profesionalización del psicólogo a nivel nacional y En 1956 en la ciudad de Rosario se da inicio a la primera carrera de psicología en el país seguida por la universidad de Buenos Aires en 1959 y dentro de las orientaciones rápidamente se impuso la clínica. (Degiorgi, 1999). Desempeñarse como psicólogos clínicos no fue tarea fácil principalmente por parte de la medicina, al respecto Degiorgi (1999) sostiene “la búsqueda del perfil clínico por parte de los psicólogos encontró resistencias importantes del lado de las profesiones ya constituidas” (p.7)

A medida que iban surgiendo los primeros profesionales de la materia la crisis política, social y económica del país se acentuaba cada vez más y en el año 1966 “*la noche de los bastones largos*” genera una marcada grieta que acrecienta las diferencias en el territorio nacional e impacta principalmente en toda la sociedad pero especialmente en estudiantes, investigadores y docentes provocando la desaparición y el exilio de estos, quienes eran perseguidos por sus ideologías intelectuales y en la década del 70, los golpes de estado profundizan aún más los conflictos en la carrera y en el desarrollo de la profesión. Luego de varios años a partir de 1980, y de manera paulatina con la llegada de la democracia, se comenzó a normalizar el ingreso y plan de estudios en las diferentes universidades del país. (Degiorgi,1999).

II.3 EL ROL PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003) define a la Psicología Clínica como “una disciplina científico profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (p.1)

Para continuar, el tema que nos ocupa con respecto al rol específico del psicólogo en el área clínica, encontrar una definición no es tarea fácil, ya que si bien la Psicología Clínica posee una amplitud de interpretaciones, en el HMU se conjugan para conformar un rol integral que además, en este contexto en particular se aboca a la situación de crisis y urgencia, tanto como el seguimiento que se ejerce a personas que cursan internaciones prolongadas.

Teniendo en cuenta esta complejidad para delimitar el rol, un aporte muy atinado, al campo de acción que ocupa el Psicólogo clínico en la actualidad como miembro de un equipo de salud, son los desarrollos teóricos de Haz, Diaz, y Ragliant (2002), donde se aclara que formar parte de un equipo de salud es un desafío para el Psicólogo clínico, y se plantea que la inserción en un grupo de trabajo conformado por diferentes profesionales y agentes de salud que son parte de la red psicosocial del paciente es potencialmente necesario.

Siguiendo lo expuesto anteriormente es pertinente nombrar las funciones que hacen al desempeño del Psicólogo clínico en la actualidad, estas son : la evaluación psicológica, la investigación, el tratamiento psicoterapéutico individual o grupal, la enseñanza y la prevención (Buendía, 1999).

Cabe aclarar que la identidad del profesional se va adaptando a las necesidades del medio en el que ejerce su labor, como en el caso del hospital donde se conjugan las diferentes competencias de la profesión en un trabajo transdisciplinario e interdisciplinario de constantes cambios.

En tal sentido, el trabajo clínico responde a una naturaleza interdisciplinaria y cada profesional conforma un eslabón imprescindible para llevar adelante la atención, desde el ingreso del paciente hasta el diagnóstico o intervención correspondiente. Este desempeño

también implica para el psicólogo tomar conocimiento de otras áreas que permitan un buen núcleo de trabajo interdisciplinario, para actuar y comprender las manifestaciones de la persona desde lo psicológico y puramente intrapsíquico como también la respuesta fisiológica y emocional que devenga.

II.4 REGULACIÓN LEGAL DE LA PROFESIÓN

Para culminar con este apartado, es importante destacar el marco que regula el ejercicio legal de la profesión en el país y en la provincia. Adjuntando las principales leyes que contribuyen al desempeño lícito de la Psicología, en primer lugar la Ley Nacional 23.277: del Régimen legal del ejercicio de la Psicología sancionada en 1985, la Ley Provincial 8312: de la Constitución del Colegio de Psicólogos promulgada en 1993 , la Ley Provincial 7106 sancionada en 1984 : donde figuran las disposiciones para el ejercicio legítimo y permitido de la Psicología, El estatuto del Colegio de Psicólogos (Resolución No 118), El Código de Ética Profesional (Resolución No 5), Las Normas de Procedimiento del Tribunal de Ética (Resolución No 4806), Las incumbencias de los títulos de Psicólogos y Licenciado en Psicología (Resolución 2447), y además la Ley Nacional de Salud Mental 26657 promulgada en el año 2010, que promueve el buen desempeño ético y profesional en Salud Mental, respalda el derecho de los usuarios, propone la interdisciplinariedad en los equipos, la igualdad de condiciones y capacidades de los profesionales a la hora de conducir un cargo directivo en una institución.

Por último la Resolución del Ministerio de salud 2340/2015 donde se explicita (presentada en 2006) la especialidad de Psicología Clínica en la profesión de Psicología, la Asociación de unidades académicas de Psicología (AUAPSI) y la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPA) respaldaron dicha propuesta. y el artículo 1º de dicha

resolución aclara — “Apruébese la especialidad Psicología clínica como especialidad de la profesión de Psicología”.

III. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El HMU posee un extenso recorrido histórico, esta institución fue creada en 1944 e inicialmente estaba ubicada en la calle corrientes 64 de barrio Centro de Córdoba Capital, al mando de un reconocido médico, por aquellos años abrió sus puertas con solo once camas y destinado a atender solo casos urgentes (Fuentes, 2014).

En 1948 se traslada a la calle Santa Rosa 360, un lugar más acorde a la demanda que presentaba, pero luego en 1979 se comienza a negociar un nuevo traslado que se concreta en 1980 donde se comienza a construir el edificio en la manzana que actualmente se encuentra. Por ese entonces era el único hospital del país que se dedicaba de lleno a la urgencia (Fuentes, 2014).

En la actualidad el Hospital Municipal de urgencias está ubicado en la calle Catamarca 44, barrio Centro de la ciudad de Córdoba, y cuenta con guardia 24 horas abocado a las urgencias, además posee atención médica por consultorio externo de lunes a viernes por la mañana, este hospital es uno de los nosocomios que integra la red Municipal de Salud, dependiendo directamente de la Dirección de Salud Mental Asistencia a Víctimas de Emergencias y Catástrofes de la Municipalidad de Córdoba, bajo la dirección general, seguida de la Sub dirección de atención integral y Subjetividades Diversas y Subsecretaría de atención hospitalaria , a su vez el Hospital Municipal de Urgencias se organiza con su propia dirección y subdirección de los cuales depende los demás departamentos, divisiones y secciones que integran cada especialidad y áreas de trabajo.

III.1 SERVICIOS QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN

En el hospital funcionan de manera articulada diferentes especialidades médicas destinadas a abordar el trauma de urgencia de toda la ciudad de Córdoba, trabajando de manera conjunta con el servicio de emergencias del 107, entre las especialidades presentes se encuentran los servicios de: Bacteriología, Cirugía de tórax, Cirugía general, Cirugía plástica,

Cirugía vascular, Clínica médica, Diagnóstico por imágenes, Emergentología, Gastroenterología, Kinesiología, Laboratorio, Medicina legal, Medicina transfusional, Neurocirugía, Salud Mental, Toxicología, Traumatología, Ortopedia y Urología. Además cuenta con equipamientos y estudios de complejidad como Ecografía, Laboratorio especializado en Toxicología, Laboratorio especializado en Bacteriología, Laboratorio de análisis clínicos, Radiología y Tomografía axial computarizada.

El SSM, en el que se llevó a cabo la PPS, funciona en el hospital de lunes a viernes de 7 a 14 horas y guardias los fines de semana y feriados, desde el año 2000 y está integrado por un médico Psiquiatra, quien ejerce la jefatura del área e integra el SSM desde sus inicios, y subordinados a este, dos médicos Psiquiatras que trabajan de manera articulada con tres licenciadas en Psicología. Este servicio depende de manera directa de la dirección general del hospital lo que permite trabajar de manera independiente en todas las áreas.

Además dentro del HMU, funciona una oficina de trabajo social la cual es un eslabón fundamental para pacientes en situación de calle o sin recursos económicos para afrontar el gasto de material quirúrgico solicitado. Por otra parte los profesionales a cargo trabajan de manera articulada con el área de Salud Mental en los casos de violencia intrafamiliar, maltrato, violencia de género o personas en extrema vulnerabilidad, siendo un nexo con el Ministerio de Desarrollo Social, el Polo de la Mujer y el juzgado.

Es de suma importancia destacar que en el HMU funcionan diferentes comités, que se detallan a continuación:

- Comité de bioética.
- Comité de desastres y catástrofes.
- Comité de infecciones.
- Comité de pacientes neuro- críticos con abordaje familiar.

Los equipos que integran los comité son de conformación espontánea e interdisciplinaria y transdisciplinaria, se trabaja mediante reglamentos previamente acordados con la dirección.

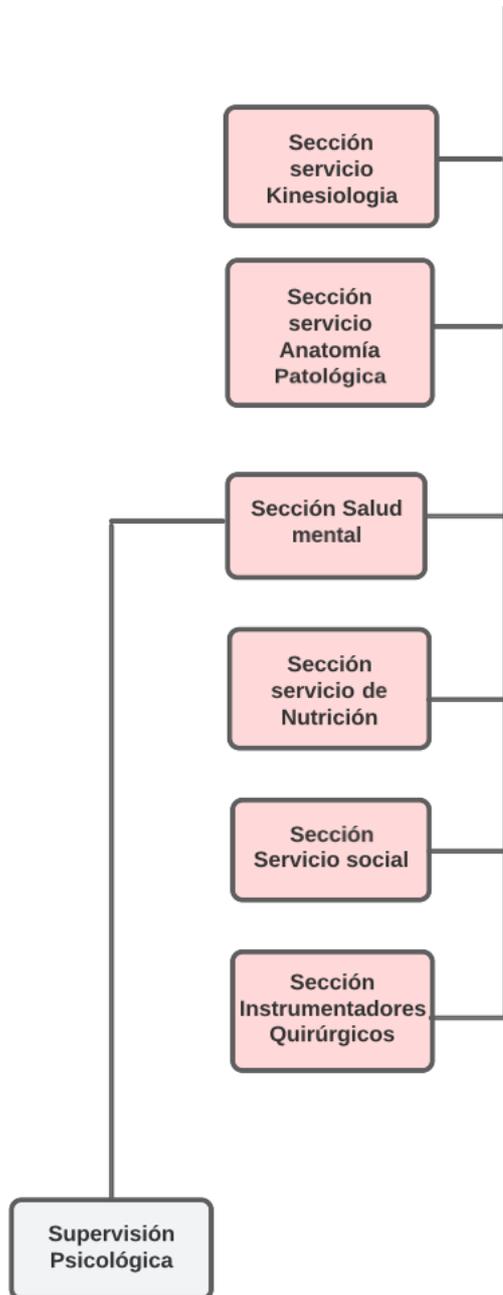
Para continuar, se debe agregar que hay algunos puntos que hacen al HMU un referente del área de salud, que si bien no son propios de la psicología se trabajan de manera articulada

con la medicina, en primer lugar la donación de órganos, algo tan complejo de llevar a cabo pero que posiciona al hospital como uno de los mayores donantes de la provincia, otro punto a destacar de la institución es que bajo el Departamento de Capacitación y Docencia se brindan las residencias clínicas en Medicina de Emergencias, Traumatología, Ortopedia, y Emergentología con especialización en Ortopedia.

Para concluir con los aspectos referentes al área institucional, se adjunta el organigrama del lugar, el cual actualizamos y digitalizamos conjuntamente con el jefe del servicio y las psicólogas del SSM, quienes mediante un arduo trabajo venían elaborando desde hace algunos años.

Figura 2

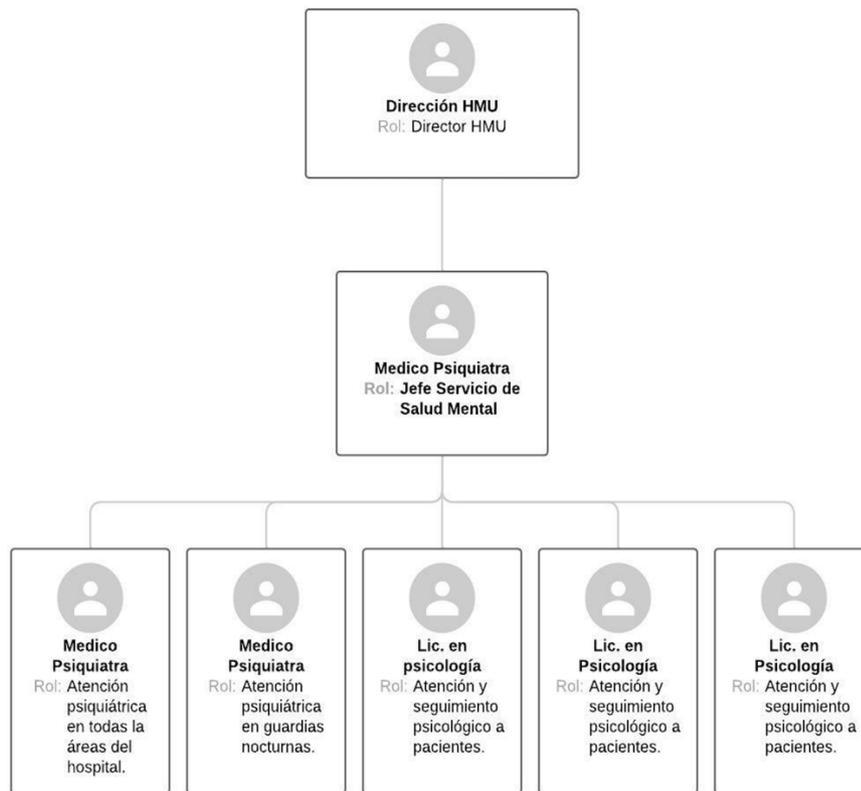
Recorte, donde se logra visualizar la localización del SSM en el organigrama del HMU.



III.1.2 ORGANIGRAMA SSM

Figura 3

Distribución del SSM



Fuente: elaboración propia.

III.2 INFRAESTRUCTURA

Para contextualizar el lugar es pertinente detallar la distribución del edificio ya que fue uno de los primeros desafíos en la práctica, conocer la ubicación del SSM y los demás sectores. El ingreso por calle Salta está preparado con rampa para el acceso de ambulancias que desemboca en la entrada con mayor tráfico del hospital, este primer sector se divide en tres, la guardia donde ingresan los casos que no presentan riesgo de vida donde hay 6 camas, el shock room que cuenta con 4 camas, donde se asiste a personas con riesgo y aquí la atención y el equipamiento es de alta complejidad, luego en el extremo del pasillo se encuentra la unidad de cuidados intensivos con 9 camas disponibles. Todo este sector se encuentra en planta baja donde también tienen lugar consultorios externos de las diferentes especialidades médicas.

Al igual que, en planta baja en la entrada ubicada sobre calle Catamarca se puede acceder a las oficinas de administración, dirección, servicios sociales, mesa de entradas, el aula donde se dictan las clases de las residencias, la capilla, una sala para juntas médicas y el punto mujer, también este extremo del edificio cuenta con una sala de esperas para los pacientes que asisten a control de cirugías.

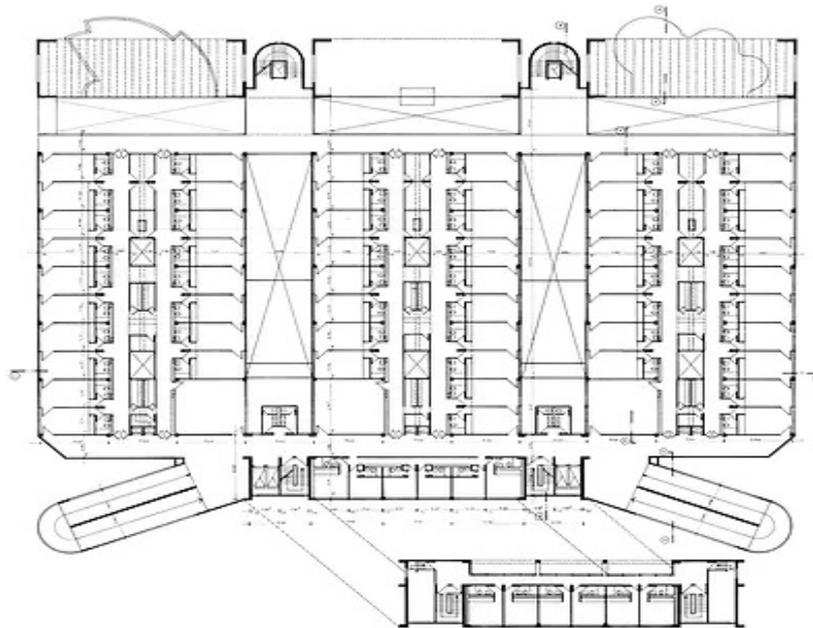
Cabe destacar que durante los primeros meses del transcurso de la práctica, si bien la etapa pandemia estaba casi concluida, las puertas del lugar estuvieron cerradas al público en general, y solo ingresaban al hospital las personas que asistieran a turnos o en horarios de visita una persona por paciente sin excepción. Estas medidas fueron planteadas para disminuir el flujo de personas, esto provocaba el agrupamiento de familiares en la playa de estacionamiento o en la vereda a la espera de la apertura de los horarios de visita o el llamado de los guardias para la comunicación del parte médico diario de sus seres queridos.

No es dato menor resaltar que el lugar posee señalización para casos de emergencias o catástrofes que requieran atención urgente a un número importante de personas (triage hospitalario), para tal caso los pasillos están marcados con diferentes colores (verde, amarillo y rojo) que permiten desenvolverse con eficacia por corredores rápidos en casos extremos.

Siguiendo con la descripción de la infraestructura, en la planta alta del lugar se encuentran el internado A, destinado especialmente a casos de intervención traumatológica y el internado C que recibe los demás pacientes como por ejemplo, heridas de arma de fuego, heridas de arma blanca, entre los casos más habituales, cada uno de estos espacios cuenta actualmente con solo 16, de las 36 camas disponibles, esto según relato de un trabajador del área, se da por falta de personal de enfermería para asistir más pacientes.

Por último en el área del subsuelo se encuentra la morgue, el lavadero, espacios de descanso del personal de limpieza, la cocina, el comedor para el personal médico y la farmacia.

La siguiente imagen representa un plano del lugar, donde se aprecia la distribución de izquierda a derecha sector A, sector B (consultorios varios), sector C.



Fuente: sitio web Arquitecto Miguel Ángel Roca.

IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Rol del psicólogo clínico en un equipo interdisciplinario de salud mental, ante el abordaje de personas con conducta suicida: experiencia en un hospital público de urgencias.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar el rol del psicólogo clínico, en un equipo interdisciplinario de salud mental ante el abordaje de personas con conducta suicida en un hospital público de urgencias.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las intervenciones específicas del psicólogo clínico para el abordaje de pacientes con conducta suicida ingresados por guardia a un hospital público.
- Analizar el trabajo interdisciplinario del SSM, ante el abordaje de personas con conducta suicida, en un hospital público abocado a la urgencia.
- Caracterizar la conducta suicida desde los registros observacionales obtenidos en el transcurso de la práctica.

VI. PERSPECTIVA TEÓRICA

VI.1 LA URGENCIA

A modo introductorio, es preciso definir la urgencia que citando lo expuesto en el diccionario de la RAE, es:

- 1- Cualidad de urgente
- 2- La sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos

En lo que respecta a la Salud Mental y más precisamente al eje elegido para sistematizar esta práctica, es oportuno citar al autor Álvarez (2021), quien postula que, la urgencia psiquiátrica está caracterizada por una situación con síntomas psicopatológicos o trastorno de la conducta que se perciban como perturbadores para el propio individuo como para el entorno. Entre las manifestaciones más frecuentes el autor detalla, la conducta suicida en primer lugar, seguido de la crisis de angustia, la agitación psicomotriz y los síndromes confusionales.

Además Álvarez (2021) amplía postulando un esquema de intervenciones ante una urgencia en salud mental, para ello toma en primera instancia la realización de una evaluación que identifique si existe el riesgo de muerte, el riesgo de violencia y lo que respecta a la seguridad tanto del paciente como de la familia, para ello se procede a una exploración somática, psiquiátrica y psicosocial del sujeto. El segundo paso propone el manejo clínico interdisciplinario para intervenir la conducta de riesgo, que consta de un tratamiento psicofarmacológico, acompañado de tratamiento psicoterapéutico y establecer red de apoyo con familiares y personas del círculo cercano. Como último paso se efectúa un plan de acción para el seguimiento de la persona dependiendo de los resultados obtenidos en cuanto al riesgo en los pasos anteriores, ya sea irse a su domicilio, con seguimiento ambulatorio o el ingreso a hospital general o psiquiátrico.

VI. 2 CONCEPTUALIZACIONES ACERCA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Luego de destacar que la conducta suicida constituye la urgencia en salud mental, es adecuado continuar este apartado postulando las principales teorizaciones acerca de esta temática, para luego proseguir con las intervenciones propias que requiere el abordaje por parte del profesional psicólogo.

El concepto de suicidio, tomando la definición que ofrece el diccionario de la real academia española, proviene del latín “suicidium, como acción o efecto de suicidarse, conducta que perjudica muy gravemente a quien la realiza”.

Profundizando en el contexto sociohistórico, el suicidio es un tema tratado desde la antigüedad, hay registros de castigos a los suicidas desde la antigua Grecia y también en el Imperio Romano, en este último se contemplaba la legalidad y el castigo del acto dependiendo las condiciones de la persona que lo cometa, ya con el surgimiento de la edad media y el auge de la religión cambia la visión de las personas acerca del suicidio (Rivera, 2015).

Con los cambios que se dan posterior a la revolución francesa se despenaliza el suicidio en toda Europa, hasta el momento había dos grandes pensamientos, se lo podía asociar a un acto de valentía o también era pensado como una falla cerebral (Rivera, 2015)

Los primeros datos estadísticos surgen a partir del siglo XIX, donde se le atribuye al suicidio connotaciones más de índole psicopatológico, por lo que pasa a formar parte de los estudios de la psiquiatría de la época. El reconocido psiquiatra francés Esquirol, quien además fue alumno de Pinel, en 1821, es quien expone algunas concepciones sobre el suicidio asociado a la enfermedad mental y concluye que todo acto suicida representa características o síntomas de alienación (Daray, Grendas & Rebok, 2016).

En el año 1897 el principal exponente en el tema que nos compete es el clásico sociólogo Emilé Durkheim,(1989) quien define el suicidio como:

Toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir

ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino antes que dé como resultado la muerte (p5).

Y además categoriza el suicidio en cuatro pilares fundamentales

- . Suicidio egoísta
- . Suicidio anómico
- . Suicidio altruista
- . Suicidio fatalista.

Es importante acentuar, que en la actualidad el acto suicida se considera un hecho de multicausalidad y multifactorialidad, que posee un vasto recorrido histórico que en el presente trabajo solo se esboza, pero las investigaciones que se han dado a nivel mundial han determinado, que el acto no depende exclusivamente de aspectos asociados a los trastornos psicopatológicos, de las víctimas, como se creía inicialmente por médicos y científicos en estudios hasta los años 1950-1960.

Un referente en el área es el autor Shneidman, fundador en 1971 de la primera organización profesional dedicada al estudio del suicidio, La asociación Americana de Suicidología, quien además acuña por primera vez el término de Suicidología, y es quien estudia en base al suicidio y su multicausalidad, analizando también las variables psicológicas y sociológicas del acto. El autor además profundiza en considerar al suicidio como una crisis psicológica comprendiendo que podría evitarse. En su larga trayectoria profesional categorizó la conducta suicida y teorizó conceptos como autopsia psicológica, posvencion, muerte sub-intencionada, dolor psicológico. (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010).

Paralelamente en el año 1970 en Estados Unidos desde el instituto de salud mental, el comité en clasificación y nomenclatura integrado por Aaron Beck, elabora la propuesta del concepto suicidio en tres partes:

- Suicidio
- Intento de suicidio
- Ideas suicidas

En la actualidad La Organización Mundial de la Salud en sus recientes estudios profundiza que el suicidio en todas sus aristas es un tema de salud pública y la cuarta causa principal muerte entre las personas de entre 15 y 29 años, resalta que en 2019 se suicidaron 700 mil personas en el mundo (OMS, 2021).

Como también propone estrategias de prevención, entre ellas se destacan el acompañamiento y apoyo para los adolescentes quienes revisten la población más vulnerable ya que en esta etapa de la vida se manifiestan conductas de tipo más impulsivas asociadas a los cambios orgánicos y neurocognitivos de los sujetos. La OMS por otra parte, enfatiza en la importancia de la detección temprana y seguimiento de personas en riesgo, esto aplica a las personas que han incurrido en intentos de suicidio y han sido sobrevivientes de la situación.

Otro aporte de interés al tema que nos compete en este escrito, es la clasificación del término suicidio de la nomenclatura que ofrece el manual diagnóstico DSM-IV, el cual incluye al concepto suicido ya sea por ideación o intento desde un modelo categorial, lo que supone un síntoma producto de un trastorno mental, como del trastorno depresivo mayor o trastorno límite de la personalidad . Aunque además también se da en comorbilidad con otros trastornos como pueden ser el psicótico, el trastorno de ansiedad, el trastorno de personalidad y el trastorno por abuso de sustancias . Siendo estos dos últimos los trastornos más observados en la PPS.

En la 5ta. Edición del Manual Diagnóstico (DSM-5), se descarta la evaluación anteriormente propuesta y dentro de la sección tercera del manual (Medidas y modelos emergentes), en el apartado titulado: afecciones que necesitan más estudio, se puede observar una serie de cuadros, entre los que se encuentra el trastorno de comportamiento suicida y el de autolesión no suicida. Lo que permite una mirada más abarcativa del comportamiento suicida.

En el manual de clasificación internacional de enfermedades CIE 10 figura en el capítulo XX de causas externas de morbilidad y mortalidad, los apartados X60 -X84 de lesiones autoinfligidas intencionalmente donde se detallan diferentes tipos de métodos autolesivos incluyendo envenenamiento o lesión intencionalmente autoinfligida, suicidio e intento de suicidio.

Para culminar con el recorrido histórico acerca del concepto suicidio y sus derivados se resume lo dicho anteriormente en la siguiente puntualización para generar claridad y continuar con el análisis.

- **Real academia**

Del lat. mod. suicidium, y este del lat. sui 'de sí mismo' y -cidium '-cidio'.

1. Acción y efecto de suicidarse.
2. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.

- **Durkheim Sociología**

Todas las causas de la muerte resultantes directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que dará lugar a este resultado.

- **Shneidman Suicidología**

Acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución.

- **Organización mundial de la salud**

El acto de matarse deliberadamente, iniciado y llevado a cabo por la persona en cuestión con total conocimiento o expectativa de su resultado fatal.

Aquí en el presente trabajo se hará foco particularmente en los casos observados en la práctica que presenten, intento de suicidio, una intención suicida detenida por alguna circunstancia, ya sea por la persona que de aviso del acto para ser rescatada en un posible arrepentimiento, o también se tomará en cuenta los casos en que la persona es rescatada por alguien presente accidentalmente en el lugar del hecho, pudiendo este tercero detener el acto de muerte, para tal análisis es propicio tomar la definición del autor Stengel (s/f) quien distingue entre el suicidio como el acto fatal y el intento de suicidio como el “acto deliberado intencional de autoperjuicio del cual no puede el sujeto estar seguro de sobrevivir a cometerlo”

En los apartados subsiguientes además, se presenta el análisis de la debida atención interdisciplinaria que debe brindarse al sujeto que comete un hecho autolesivo, siendo otro objetivo identificar las intervenciones específicas realizadas por el psicólogo clínico.

VI. 3 LAS INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

Remarcando lo dicho en el punto anterior, el relieve en la ponencia es analizar las intervenciones posibles en los casos en que la persona, afortunadamente, no ha perdido la vida. Estos pacientes a quienes tenemos la oportunidad de ayudar, son sujetos con dolor psíquico (Shneidman, 1976) en los que se entrecruzan factores de riesgo de índole biológicos, psicológicos, sociales y económicos que pueden ser parte de la causalidad del acto.

La atención por parte del equipo es una intervención en crisis, lo cual al decir de Slaikeu (1999) es un método de ayuda para auxiliar a una persona o grupo, en este caso el sujeto acude a la guardia por sus propios medios o por un tercero, y una vez estabilizado físicamente, se procede a la interconsulta con salud mental. Esto puede darse de manera inmediata o en algunos casos puede tardar días, dependiendo la agresividad del acto suicida cometido.

La crisis es un cambio que apresura a tomar decisiones, la característica principal en la atención hospitalaria de urgencias, es que en la mayoría de los casos el paciente es visto una sola vez, y es allí donde se realizan las intervenciones necesarias. Pero, por otra parte, dependiendo la gravedad del caso las intervenciones pueden ser las siguientes:

- Primera entrevista
- Entrevista con familiar
- Trabajo interdisciplinario con psiquiatría para evaluación de riesgo suicida
- Trabajo interdisciplinario con trabajo social
- Derivación mediante el trabajo interdisciplinario con clínica médica
- Proceso de judicialización en los casos que el riesgo sea inminente
- Internación voluntaria o internación involuntaria

Cada una de estas intervenciones van a variar en el caso por caso y en cada circunstancia se requiere de técnicas específicas que amplían el uso de las técnicas habituales usadas por el psicólogo clínico en consultorio.

Al decir de Martínez (2007) cuando existe una alta demanda de conducta suicida, el abordaje necesariamente se tiene que dar de manera poblacional y comunitaria, el autor puntualiza programas preventivos y posventivos a tener en cuenta para afrontar la problemática, y en los casos de los profesionales de salud que reciben a los pacientes en las guardias de los hospitales agrega la relevancia de saber evaluar el riesgo suicida, coordinar el grupo de sostén allegados a la persona con la idea suicida, derivar a tratamiento, además de sugerir internación en el caso que se identifique riesgo inminente.

VI.4 EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA.

Para evaluar el riesgo suicida en el paciente, la entrevista es el principal instrumento utilizado por el psicólogo clínico, como además es la técnica psicológica por excelencia en todos los ámbitos del desempeño profesional. En cuanto a la situación de crisis, esta tiene sus propias reglas empíricas en el área.

Tomando a Portilla Arroyo (2004), el autor propone observar los aspectos generales del entrevistado dentro del ámbito de la urgencia y aclara, que no siempre se dan las condiciones óptimas para la exploración correcta del paciente suicida, ya sea porque no se dispone del tiempo suficiente cómo además el espacio físico no siempre es seguro de privacidad ni silencio. Aunque es conveniente intentar preservar estos aspectos dentro de lo posible, ya que si el paciente se siente a gusto podrá expresarse de mejor manera y así obtener una mejor información.

Siguiendo con las ideas del autor Portilla Arroyo (2004), lo primero que debe hacerse al recibir un paciente en estas condiciones es presentarse, esto además de contribuir a una buena relación terapéutica disminuye defensas, y para continuar explicar de manera breve el sentido de la intervención. Lo siguiente será consultar por su visión personal y general acerca de la situación que atraviesa y escucharlo sin interferir en su testimonio.

Siguiendo la misma línea teórica, se da continuación a la entrevista siendo más directivos, es decir, interrogando de manera directa para pesquisar los factores de riesgo presentes, avanzando desde lo más general hasta aspectos más específicos de los síntomas, evaluando, desesperanza y pensamientos suicidas en la persona.

Además es importante evaluar la actitud cultural y religiosa que tenga el paciente respecto a la muerte, determinar el grado de impulsividad mediante el relato de su historia, consultar si hubo planificación en el acto, como también tomar conocimiento sobre el método utilizado y la letalidad del mismo. En resumen, poder esclarecer los factores de riesgo y factores protectores presentes en el sujeto.

Continuando con las ideas de Portilla Arroyo (2004) el autor detalla los siguientes: el sexo, ya que el hombre según datos epidemiológicos es más propenso a cometer actos suicidas exitosos, el estado civil por ejemplo estar soltero, viudo, o afrontando un duelo por separación serán datos a tener en cuenta a la hora de evaluar al paciente, en lo que respecta a la ocupación una situación laboral poco cualificada, el desempleo, una situación domestica estresante o conflictos familiares podrán ser factores de riesgo, como además el faltante de soporte social, los diagnósticos psiquiátricos de trastornos como también el consumo problemático de sustancias, también los antecedentes de intentos de suicidio previos, los antecedentes familiares de intentos o suicidios consumados, los sentimientos de culpa o desesperanza, las ideas obsesivas respecto al suicidio, el dolor o la enfermedad orgánica crónica, o haber utilizado un método de alta letalidad y por último la resistencia o baja adherencia a tratamientos.

Asimismo, otro dato importante a recabar en la entrevista es el grado de ideación suicida presente en el sujeto, para ello citando a Bobes García (2004) es fundamental averiguar qué expectativa que tiene sobre la letalidad del método, preguntar de manera directa si realmente quería matarse, si su pensamiento era llegar al final, si tuvo en cuenta que el acto sería irreversible, y por último qué tiempo implementó en la planificación.

Conjuntamente con la ideación suicida, se tendrá en cuenta, al decir de Shneidman (1976), la perturbación, dicho concepto refiere a sintomatología, su historia y la situación clínica, como también conocer cuáles son los problemas que pretende resolver quitándose la vida, estos aportes también estarán presentes para una correcta evaluación.

Luego de realizar la evaluación del riesgo suicida se procederá a la derivación y posterior seguimiento, para prevenir un futuro acto.

VI.5 TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS

Para postular la relevancia del trabajo que se realiza en un hospital público como el HMU, es propicio articular algunas cuestiones ligadas a la Ley vigente de Salud Mental 26.657, sancionada en noviembre de 2010, donde se explicita, entre otras cuestiones, la importancia del trabajo interdisciplinario.

Puntualizando en lo vivido en la experiencia, las dinámicas de la institución se dan de manera eficaz, enfocadas en que cada profesional aporte al debate de lo relacionado con el sufrimiento del paciente.

Es muy importante además brindar el apoyo a los demás profesionales sin entorpecer el trabajo, ya que en los casos de urgencias en salud mental como es el caso de la conducta suicida es tan importante, la estabilización física, como la atención psiquiátrica paralelamente con la intervención psicológica, y en los casos de pacientes con factores de riesgo relacionados a la precarización, como es el caso de personas en situación de calle, o sin recursos económicos para afrontar gastos que pudieran surgir del tiempo que permanece en la institución, el trabajo social propondrá intervenciones tendientes a mejorar las condiciones.

La citada Ley 26.657 refiere que el estado debe garantizar el derecho de toda persona tanto a acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a la atención integral de la salud mental, y que esta sea desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, mediante un abordaje interdisciplinario e intersectorial; estando los profesionales de salud con título de grado en igualdad de condiciones, la persona deberá ser atendida en hospitales generales, sin discriminación, también invalida la creación de nuevos manicomios, y exige a los existentes adaptaciones a lo estipulado por esta ley, hasta su futura sustitución por dispositivos basados en la comunidad.

Otro aspecto a considerar y que también detalla la ley son los casos de internación involuntaria en el caso de encontrar riesgo inminente para sí o para tercero en ese caso, se podrá proceder a la judicialización de la persona.

Además, es fundamental examinar el Protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencias en Salud Mental (2018) de la provincia de Córdoba, donde se detallan aspectos esenciales a tener en cuenta para llevar a cabo una adecuada práctica profesional, entre ellos se destacan comprender al sujeto en un entramado social multifactorial, garantizar un modelo comunitario de atención en salud mental, apuntar a prácticas de cuidado con el objetivo de mejorar las condiciones preexistentes de la persona si fuera necesario, como además enumera una serie de deberes y derechos orientativos a la hora de realizar intervenciones de este tipo.

Deber y derecho a :

- Ser oído como parte de la estrategia terapéutica
- De participación
- A la integridad
- De fidelidad
- De interdisciplinariedad
- De no discriminación
- De confidencialidad
- A ser informado

Este abordaje de la urgencia comprende al sujeto y a su padecer como un proceso de salud- enfermedad y cuidado principalmente enfocado en la integralidad biológica, psicológica y social de la persona. (OPS, 2009)

Por todo lo desarrollado hasta aquí, es oportuno mencionar que esta nueva mirada contribuye a un cambio de perspectiva en salud mental trabajando así desde el paradigma de la complejidad siempre pensando a las personas como sujetos de derechos.

VII. MODALIDAD DE TRABAJO

La práctica se llevó a cabo con la finalidad de elaborar un trabajo integrador final bajo la modalidad de sistematización de experiencia.

Tomando los aportes de Jara (2011) la sistematización de experiencia trata de reflexión e interpretación crítica de la práctica y desde la práctica, donde se reconstruye y ordena todo el material obtenido en la experiencia con el objetivo de extraer aprendizajes y poder compartirlos.

La técnica utilizada para obtener datos durante el proceso fue principalmente el registro de campo, así como también cuatro entrevistas realizadas a referentes del área de salud mental consignadas con los números 1 -2-3 y 4, asimismo en las citaciones presentes en el capítulo de análisis y síntesis de la experiencia los profesionales entrevistados llevan como identificación las siguientes abreviaturas:

P1, P2, P3: para referirme a las psicólogas del SSM.

A, B, C : para referirme a los psiquiatras del SSM.

No es dato menor distinguir que la posibilidad de asistir a los ateneos médicos, a congresos de Salud mental, así como también, capacitaciones a cargo del gobierno de la provincia de Córdoba y dirigida a profesionales del área de salud, también fueron datos relevantes que aportaron y enriquecieron a la realización del TIF.

Es importante poner en relieve que la fuente más valiosa, en mi criterio, para estudiar el rol del psicólogo clínico en el abordaje de pacientes en crisis en una institución hospitalaria, es la observación no participante, que he tenido la oportunidad de desempeñar desde el primer día de iniciada la experiencia.

Para proseguir en este apartado, otro aspecto a determinar son los sujetos con los que se trabaja durante la experiencia de práctica, estos son las personas ingresadas al HMU y con las que posteriormente se articula interconsulta con salud mental. Comprendiendo que la localización de estos sujetos se extenderá en los diferentes sectores de la institución como: guardia, shock room, terapia intensiva, internado sector A, e internado sector C.

En los casos observados de conducta suicida el registro de campo se elaboró a partir de planillas, como la que se presenta a continuación, y de las cuales elegí cuarenta y cuatro (44) para realizar el análisis de datos, estas planillas tienen por objetivo dejar plasmado las características del acto suicida y los factores de riesgo suicida, presentes en el sujeto.

Datos a tener en cuenta para valoración de riesgo suicida.	Registros
Datos de filiación	Nombre y datos personales
Cobertura médica	Cobertura médica privada, obra social, dependiente de los servicios públicos.
Medio por el que ingresa	Ambulancia, familiares o medios propios.
Fecha y horario	
Método utilizado	Registrar de qué manera intento dañarse o quitarse la vida.
Intentos autolesivos previos	Registrar cantidad de intentos previos, y métodos utilizados.
Planificación del intento	Se consulta al sujeto si ha planificado previamente el acto, y de qué manera.
Aviso	Se consulta al sujeto o a los familiares si dejó aviso previo y durante el acto suicida.
Entorno familiar	Se registra con que afectos cuenta el sujeto.
Ocupación	Tipo de trabajo y escolaridad.
Domicilio	Provincia, ciudad o lugar de residencia.
Trastorno psiquiátrico diagnosticado	Se deja asentado, tipo de trastorno, año de diagnóstico, lugar de tratamiento.
Consumo problemático de sustancias	Se le pregunta de manera directa sobre el consumo de sustancias, y se establece la distinción entre consumo ocasional o problemático.

Hechos significativos que pudieran resultar traumáticos para el sujeto	Pueden surgir en la entrevista conflictos que el sujeto refiera como traumáticos.
Tratamiento psicológico o psiquiátrico actual o previo	Recabar información de lugar y profesional a cargo, realizar contacto telefónico con el equipo tratante.
Suicidio en entorno familiar o cercano	Se interroga acerca de la existencia de algún caso cercano al sujeto, que haya quitado la vida.
Medicación prescrita	Se registra el tipo de psicofármaco, que refiera el sujeto, tomar en la actualidad.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Respuesta del sujeto a las preguntas, ¿ quisiste quitarte la vida ?, ¿lo volverías a hacer?
Resultado de análisis toxicológico	Se obtienen de la historia clínica.
Derivación	Dependiendo el riesgo evaluado, se deriva a tratamiento ambulatorio, a clínica de salud mental para valoración de urgencia, a continuidad de tratamiento vigente.
Frases textuales de la entrevista.	Se registran de manera textual frases de la entrevista. (motivaciones, desesperanzas, conflictos, arrepentimiento. etc.)
Desencadenante de autoagresión (lo que refiere el sujeto)	Se toma nota del motivo desencadenante del acto suicida por ejemplo conflictivas familiares, laborales, económicas, duelos, enfermedades crónicas, entre otras.

Una vez culminada la PPS, se dio inicio al análisis de los datos e información obtenida bajo los procedimientos anteriormente mencionados, intentando plasmar en el trabajo conocimientos y desafíos, contextualizando los mismos en la actualidad post pandemia

COVID19, la cual atravesó a los sujetos de análisis tanto como a la población en general y por sobre todo a los profesionales del área de salud, generando así condiciones para elaborar material, como producto de esta sistematización, que esté vinculado a las temáticas y producciones actuales de la sociedad en la que se realiza.

Reforzando lo dicho anteriormente es oportuno mencionar que la sistematización de experiencia no es una mera descripción de registros y conocimientos adquiridos durante el proceso sino que, tomando la palabra de Jara (2011) es interpretación crítica de lo acontecido. Para ello como plantea la autora Pérez de Maza (2016) elaborar un plan de sistematización facilitara el ordenamiento del material lo que permitirá mayor claridad al momento de elaborar el análisis, teniendo en cuenta pasos como, el resumen de la experiencia que proporciona información sobre los sujetos que participaron, otro ítems es intentar indagar la pregunta de ¿Por qué sistematizar lo propuesto en el eje? argumentando la validez y relevancia del tema seleccionado, y por último diseñar un cronograma de tiempos, técnicas y recursos a utilizar. Para luego como último paso se procederá a socialización de la experiencia, destacando los aprendizajes obtenidos, durante el proceso.

Para finalizar este apartado cabe recordar que todos los nombres que figuran en el escrito son ficticios para resguardar la identidad de las personas, los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta para la implementación de cada técnica como también el posterior análisis, fueron los establecidos por el Código de Ética de la Federación de psicólogos de la República Argentina como así también se respetaron los aspectos Deontológicos que rigen el ejercicio legal de la psicología y el Código de Ética del colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

VIII. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

VIII.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Dentro de este punto mediante la narración de algunos hechos de la experiencia daré una visión particular, y en primera persona, del proceso vivido entre los meses de abril a noviembre de 2022.

El día 28 de abril tuvo lugar a la primera reunión que dio inicio a esta práctica, desde allí me sentí parte de un espacio único, si bien en una primera instancia la ansiedad se cobró su parte, con el correr de los días todo se volvió más ameno.

En esta primera reunión, nos juntamos con mi compañera de practica en la puerta del Hospital a las 9 de la mañana donde nos esperaba la referente en el SSM para comentarnos el manejo del lugar y acordar días y horarios semanales . En el encuentro estuvieron presentes el jefe del servicio, la Licenciada referente en psicología, la profesora que realiza nuestra tutorías, y nosotras, dos practicantes llenas de ansiedad, nervios pero con una alegría inmensa de haber llegado a esta instancia de la carrera tan esperada.

Lo hablado en la reunión me llenó de expectativas, éramos las primeras practicantes de psicología en unirse al servicio y además de poder enriquecer nuestra formación con la experiencia, se planteó la idea de colaborar con la recolección de datos de los pacientes que ingresan por intentos de suicidio y los que presentan tóxicos positivos. Este pedido me motivó mucho más todavía, sin dejar de lado que miles de interrogantes surgían en mi mente, ¿ cómo lo hacemos?, ¿dónde lo hacemos?, ¿cómo obtendremos los datos?, ¿ cómo sabemos qué información es relevante para llevar a cabo el trabajo?, con la suerte de que con el transcurso de los días fuimos respondiendo a cada duda y llegamos a disertar con mi compañera de práctica, el día 4 de noviembre de 2022, en el congreso del HMU con los resultados de la labor pedida.

VIII.1.1 EL RECORRIDO DIARIO

El trabajo en el hospital es sumamente variable y fascinante, se interviene en todas las áreas de la institución, el horario de ingreso de los profesionales del SSM, tiene lugar a las 7 de la mañana partiendo inmediatamente a la primera ronda por guardia, donde se relevan los casos ingresados la noche anterior y si existe la necesidad de interconsulta con salud mental, la primera medida es estabilizar al paciente a nivel físico por personal de medicina de emergencias y luego se derivan si fuera necesario.

Los casos que habitualmente abordamos en la guardia son personas ingresadas por golpes dudosos, donde se lleva a cabo una entrevista para recabar información al respecto y establecer las redes de ayuda correspondientes si se constata que sea víctima de violencia de género.

Otro tipo de paciente es la persona que ingresa por intoxicación ya sea medicamentosa o por sustancias de abuso, donde también mediante entrevistas se intenta esclarecer los motivos que llevaron a esa persona a la acción.

Las autolesiones también son motivos de consulta con salud mental, estos últimos se trabajan de la misma manera se articula con red familiar, se realiza derivación correspondiente a clínicas de salud mental que pueda dar continuidad al tratamiento y se sugiere volver al hospital para seguimiento.

En los casos que no se encuentra red familiar del paciente se articula con servicios sociales, pero en ningún caso que se encuentre riesgo para la persona o un tercero se dará el alta de manera inmediata.

Como observadora recorrí todo el hospital y estuve presente en las intervenciones que realiza mi referente, tuve acceso a las historias clínicas, brindé mi colaboración para la realización de derivaciones, recabé información necesaria para articular con un posterior tratamiento del paciente en alguna institución de la red municipal o provincial, por ejemplo si una persona es de barrio Centro, buscamos en el recursero municipal o provincial el centro de

salud disponible en ese barrio, nos comunicamos telefónicamente, consultamos qué profesional está disponible para el caso y lo dejamos todo asentado en la derivación y en historia clínica.

Además todas las mañanas, a las 8,30 hs, se realiza el pase de revista donde se da información sobre las personas internadas o en guardia, nombre y apellido, edad, los motivos de ingresos, los días que llevan en la institución, si cuentan con servicio de obra social o medicina prepaga y los parámetros de salud que presentan. En este espacio se realizan debates entre profesionales, e interconsultas con salud mental y los días jueves además de la revista de sala se brindan los ateneos donde se presentan casos de diferentes especialidades. Estuvimos presentes en cada uno de estos encuentros y llevamos nota de los pacientes que son derivados, para luego en el consultorio armar el recorrido diario por los sectores de internación.

En el área del internado las intervenciones son sumamente cambiantes, pero la crisis siempre está presente, en general los pacientes que requieren consulta con salud mental, son personas que cursan internaciones prolongadas lo que aflora conflictos personales, angustia, problemas para dormir y malestar psíquico, con estos sujetos se realiza seguimiento durante su estadía en el hospital.

En el SSM las referentes a cargo siempre estuvieron dispuestas a contribuir a nuestra formación profesional, en algunas ocasiones fui observadora de la Lic.p1 y otras veces de la Lic. p2 ambas profesionales brindan el espacio necesario para el aprendizaje, como también estuvieron abiertas a la escucha de mis conocimientos y opiniones, haciendo del paso por este espacio algo realmente enriquecedor.

Es fundamental remarcar que al ser un hospital público Municipal la práctica está atravesada por contingencias que no son específicas de la profesión pero que hacen al contexto social y cultural que habitamos, como las luchas gremiales, que repercuten en las luchas de poder instaladas dentro de la institución, el impacto político de la gestión a cargo, asambleas y el descontento que estas generan en el personal de salud como además en las personas que acuden al hospital. Pero comprendo que las luchas son necesarias para defender los derechos como trabajadores del área de Salud Mental y la calidad de servicios que se brinda.

A colación del párrafo anterior surge la necesidad de exponer que en los primeros días de la práctica, lo gremial estuvo muy presente en el servicio y en todo el hospital y decidimos (con mi compañera) acompañar a los profesionales a las asambleas y estar presentes en las charlas que fueron brindadas los días y horarios que estábamos dentro del hospital, en lo

personal me pareció una forma de reinventar la práctica de aprovecharla con todo lo que incluye y entender que esas marchas que no aparecen en los textos también son parte de la profesión, porque la salud mental es un sector muy desvalorizado y para que las cosas cambien hay que hacerse escuchar.

VIII.1.2 LAS ALTAS MÉDICAS

El proceso de las altas hospitalarias, de internaciones prolongadas, en mi opinión fue una experiencia sumamente conmovedora, en algunos casos las personas han estado meses en recuperación. Personalmente me tocó vivir dos altas importantes, de personas que tuvieron accidentes de tránsito con riesgo de vida, y me emociono ver como cada profesional del hospital se acercaba a despedirse y familiares manifestaban su alegría de abandonar el lugar.

Es oportuno plantear que la intervención del equipo de salud mental en estos casos es fundamental ya que la persona que se retira, vuelve a la vida social bajo nuevas condiciones de adaptación. En algunos casos con internación domiciliaria o con elementos de uso diario que no eran los habituales antes de su paso por el hospital, como tubos de oxígeno, andadores, muletas, drenajes entre otros.

En uno de los casos mencionados anteriormente los días de internación fueron aproximadamente 150, este paciente de 25 años, tenía un hijo de 2 años, al cual no pudo ver durante el tiempo que estuvo en el nosocomio, por cuestiones de cuidado y seguridad en el hospital. El trabajo y las intervenciones con él, desde el SSM, durante los días previos al alta hicieron foco en esos cambios, que habían sucedido tanto en su cuerpo como en el entorno que lo rodea, se realizaron preguntas abiertas para conocer su expectativa de salida del hospital, apuntando a colaborar con la elaboración del duelo por lo que representaba su forma de vida previa al accidente y la aceptación de su nueva realidad.

VIII.1.3 LENGUAJE HOSPITALARIO

Cada mañana, como se detalló anteriormente, bajo el dispositivo de “pase de revista” se da una reunión grupal interdisciplinaria en la que se informa los pacientes alojados en cada sección y el motivo de ingreso al hospital, como además, las posibles interconsultas que surjan.

Con los integrantes del SSM acudimos al pase llevando una planilla, donde figuran nombre y apellido de cada persona, edad, motivo de ingreso, número de historia clínica y obra social. Mediante estos datos y los expuestos por los médicos se elabora el plan de acción a llevar a cabo para cada caso en el día.

Los primeros días que asistí me resultó bastante complicado y abrumador entender las abreviaturas que se utilizan habitualmente, como por ejemplo, TEC GRAVE, que significa traumatismo de cráneo grave, o HAF, herido de arma de fuego, HAB, herida de arma blanca son algunos de los muchos abreviados que se utilizan para completar planillas, informes e historias clínicas. Otro término que se usa bastante es el paciente “social”, se utiliza para denominar a una persona que es responsabilidad de todos, para ser más explícita, es un paciente que vive en situación de calle, sin recursos económicos ,ni afectivos fuera del hospital, por lo tanto no posee las condiciones de un alta, en estos casos, los profesionales de trabajo social se encargan de conseguir un hogar al que pueda asistir la persona cuando abandone el nosocomio.

VIII.1.4 LA CONDUCTA AUTOLESIVA

En las primeras charlas, en las que estuve presente en el consultorio, los referentes comentaron que los inicios del SSM en el hospital se deben a una necesidad de dar respuesta a

las “conductas autolesivas o autolíticas”, (así es mencionada en el lenguaje diario la conducta suicida por los profesionales del hospital), que se presentan en la guardia, luego se fue ampliando a las demás áreas de la institución.

Sin dudar lo más habitual en el transcurso de mi experiencia en la práctica, fue la atención diaria de estas personas que ingresaban por guardia y figuraban posteriormente en las planillas del sistema hospitalario con diagnóstico de autolesiones.

El personal médico por cada uno de estos ingresos tiene la obligación de seguir un protocolo de atención que contempla la salud física tanto como la salud mental del paciente y su entorno, dicho protocolo se adjunta en el anexo 1.

El SSM, es el encargado de evaluar el estado del paciente y determinar, luego de la estabilización física, los pasos a seguir para el alta, teniendo en cuenta el resultado de la evaluación del riesgo suicida, realizada mediante entrevista.

En los inicios, en el mes de abril, no tenía el conocimiento de la fundamentación teórica que reviste esta problemática y fui registrando frases textuales y datos de filiación de la persona a medida que me interiorizaba de bibliografía clásica y actual de Suicidología.

Las referentes a cargo solicitaron que, a medida que transcurría la entrevista, era importante pesquisar en el sujeto, el tipo de contención familiar y social presente, la existencia de autolesiones previas, situaciones conflictivas que pudieran ser traumáticas en su historia vital, presencia de algún trastorno mental diagnosticado, las condiciones sociodemográficas, factores genéticos asociados a algún trastorno mental, suicidios en el entorno afectivo cercano, intención persistente de autolesionarse o quitarse la vida, planificación suicida de alta letalidad, la existencia de avisos como por ejemplo cartas, además observar en el relato y manifestaciones del sujeto la angustia, la motivación y la desesperanza.

En base a estas indicaciones y a mi necesidad como practicante de sistematizar la experiencia, elabore una planilla que facilitara el trabajo pedido y los registros de campo.

En lo personal los primeros casos no me resultaron fáciles de escuchar, recuerdo de manera textual frases de las primeras entrevistas, realizadas el primer día de práctica, recuerdo sus caras, tan distintas y tan atravesadas por la misma problemática, desde ese momento me apasione con el tema y comencé a consultar bibliografía que pudiera unirse a mis conocimientos

previos pero que fuera más pertinente en el área, así es como me encontré leyendo apuntes de Suicidología y todo tipo de autores que también, muy generosamente, me prestaron en el SSM.

VIII.1.5 ¿QUE SISTEMATIZAR DE LA EXPERIENCIA?

En cuanto al proceso de elección del eje a sistematizar, de mi experiencia en HMU, se dio de manera muy clara a partir del proceso vivido en la práctica y por cuestiones de interés personal en esta área de estudio, sentí especial interés en el rol del psicólogo clínico en el abordaje de personas que ingresan al hospital producto de autoagresiones, destacando que es una temática para lo cual no me sentía preparada en los inicios pero con el correr de los días pude advertir que es un área que me apasiona.

Desde el inicio de esta experiencia la referente planteó que había dos temáticas predominantes en la atención diaria del SSM, una de ellas los intentos de suicidio, y otra, lo que respecta al consumo problemático de sustancias, algo que me parece sumamente interesante pero también complejo porque las intervenciones en este campo requieren, a mi criterio, un seguimiento que en este contexto de atención de urgencia no se puede lograr, como además se trabaja desde la psiquiatría siendo la medicación un factor esencial en el abordaje de estos casos.

Luego de las primeras entrevistas a las que tuve acceso en la guardia a personas con autoagresiones, observé las preguntas que se utilizaron, la forma de intervenir, la interconsulta médica, el contacto con el entorno familiar, estos registros me dieron los primeros indicios de que es un área en la que me gustaría especializarme luego de culminada la práctica.

Además tuvimos la posibilidad, con mi compañera de práctica, de acudir a una capacitación brindada por el Gobierno Provincial y destinada a trabajadores de equipos de salud en la que accedimos a material bibliográfico para abordaje de personas con riesgo suicida, como también conocimos a los principales referentes locales en lo que respecta a la prevención del suicidio en la provincia. Tuvimos también, la oportunidad de ser parte de una reunión en la que

estos referentes plantearon la temática con el director del HMU y el equipo del SSM, donde se propuso trabajar de forma integrada el registro de los pacientes del hospital que presenten lesiones autoprovocadas para poder sumar, a futuro, alguna estadística que demuestre que es una problemática invisibilizada pero muy presente en la sociedad actual y así colaborar para conseguir mayores recursos por parte del gobierno para la prevención y tratamiento integral correspondiente.

Como se menciona en los inicios de este apartado, a los pocos días de ingresar al hospital se nos propuso, a ambas practicantes, colaborar con el registro y la realización de un trabajo que plasmara las características de los sujetos que ingresan al hospital por conductas autolesivas, y donde además se tomara en cuenta el consumo problemático de sustancias. Este registro se realizó con revisión de historias clínicas desde enero del 2022 y con los pacientes atendidos entre los meses de mayo a octubre de 2022, donde estuvimos presentes como observadoras no participantes.

Para ello se nos proporcionó un trabajo anterior realizado por SSM en el año 2020 y además bibliografía de consulta.

Con el correr de los meses fuimos avanzando con el trabajo, hasta lograr un lugar en el congreso médico que organiza la institución, el día 4 de noviembre de 2022, donde pudimos disertar acerca de la importancia de la valoración de riesgo suicida como medida de prevención y expusimos las principales características observadas en los sujetos evaluados. En el anexo 2 se adjuntan algunas de las filminas que se presentaron en dicha ponencia.

Las repercusiones de esta presentación, nos llevaron a poder exponer nuevamente nuestro trabajo, frente a los estudiantes de medicina de la especialidad de psiquiatría de la universidad de Villa María, quienes hicieron una visita al hospital la segunda semana del mes de noviembre del 2022. El encuentro tuvo lugar en el salón de usos múltiples del HMU, donde se profundizó en la importancia de la atención de salud mental en los hospitales, como también se complementó con técnicas de abordaje a pacientes psicóticos y con excitación psicomotriz, a cargo del psiquiatra del SSM.

En lo personal me sentí muy valorada como estudiante, al recibir las felicitaciones por el trabajo presentado, como también las devoluciones posteriores al encuentro con los estudiantes de psiquiatría, las cuales además fueron muy positivas, y generaron en mi mucha seguridad para seguir avanzando con la realización del anteproyecto, y posterior TIF, basado

en el rol del psicólogo clínico en referencia a las intervenciones que se realizan de urgencia a pacientes que ingresen al hospital con comportamiento suicida.

VIII.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

VIII.2.1 DE LA RECONSTRUCCIÓN AL ANÁLISIS

Luego de reconstruir el proceso vivido, comencé a destacar momentos significativos, a ordenar la información por tipo de actividades en tiempo y espacio, a ubicar personas que estuvieron involucradas en cada actividad, como así también visualizar mi lugar en cada momento de la experiencia, y de esa manera fue más sencillo identificar los aprendizajes que me llevo como también pude responder las preguntas que inicialmente surgieron cuando esta práctica era solo un esbozo.

Todo este proceso me llevó a reflexionar y poder avanzar, realizando una interpretación propia de esta experiencia, que no sea netamente narrar lo vivido, si no responder las preguntas que me planteé al inicio cuando comencé a pensar en el eje de este trabajo. Esas preguntas fueron mis guías al momento de concluir mi paso por el hospital, para clasificar la información valiosa que llevo en mis registros de campo y afinar la lectura teórica para responder pero también para generar nuevos interrogantes.

Una de las preguntas planteadas en los primeros cuadernos de campo, y la que abrió camino hasta la construcción del eje definitivo a sistematizar, era la siguiente:

- ¿Cuál es el quehacer diario de un psicólogo clínico dentro de un servicio de salud mental, en un hospital público de urgencias médico quirúrgicas y cuáles son las intervenciones más utilizadas en este ámbito?

Las respuestas a estos planteos fueron muy amplias, pero se fueron delimitando con el correr de los días, ya que lo más relevante en mi paso por la práctica siempre fue la intervención en urgencia en el abordaje de la conducta suicida, por tal motivo luego de transcurrido unos meses mi atención y registros siempre tuvo una especial interés a todo lo que refiera a suicidio. Y de allí surgieron nuevas preguntas que darían paso a nuevos objetivos más específicos para poder resolver interrogantes acerca de esta temática.

- ¿Cómo se interviene la conducta suicida desde la psicología?
- ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario para el abordaje de la conducta suicida en un hospital público en el que se destaca la atención de urgencias médico quirúrgicas?
- ¿Cuáles son las principales características del sujeto que ingresa al hospital luego de haber cometido un hecho autolesivo?
- ¿Cómo se evalúa por parte del servicio de salud mental el riesgo suicida en una persona que ingresa por autolesión?

Siguiendo estas preguntas, intentaré, en palabras de Jara (1994) realizar reflexiones de fondo, analizar, sintetizar y comprender, “¿por qué pasó lo que pasó?” (p.11) en mi paso por el HMU, y así es que podré responder, tanto el objetivo general como los objetivos específicos.

Por todo lo expresado el interés principal en el presente apartado es analizar la práctica de manera crítica e interpretativa, y ordenar esta narración teniendo en cuenta los interrogantes y por sobre todas las cosas el eje del trabajo. Desde los aportes de la Suicidología como subdisciplina de la psicología clínica, y la teoría de la intervención en crisis, la cual es la base de la formación suicidológica para el abordaje clínico de la conducta suicida, ya que en mi parecer, son los desarrollos más apropiados y actuales para recorrer transversalmente este análisis.

Al igual que articulando registros de campo y entrevistas a profesionales del HMU realizadas durante el año lectivo 2022.

VIII.2.2 EL ABORDAJE CLÍNICO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Luego de esta breve introducción al orden del análisis, es momento de continuar con el trabajo y ahondar en la articulación e interpretación crítica de todo lo referido a la experiencia, por lo tanto es oportuno iniciar resaltando el rol de la psicología o más específicamente del profesional psicólogo en el abordaje de la conducta suicida, para lo cual tomando de referencia a Gómez (2018) el autor elabora una serie de recomendaciones fundamentales para el abordaje del riesgo suicida, para ello, lo primero que menciona es la intervención mediante la evaluación de riesgo suicida, la cual es llevada a cabo con el relato del paciente y de otras fuentes como familiares o amigos, también resalta que el suicidio al ser un proceso multicausal requiere un abordaje interdisciplinario para efectuar un correcto diagnóstico.

Rossi (2006) resalta la importancia de tener en cuenta las etapas de la construcción de la conducta suicida y postula tres etapas por las que pueda estar atravesando el sujeto, la primera es la consideración de la idea suicida como un medio para la resolución de problemas, la segunda es la etapa de ambivalencia en la que se pueden identificar indecisión ante la autoeliminación y la tercera es la decisión tomada de quitarse la vida que se expresa a través de conductas, cambios de ánimo, angustia, planificación, avisos entre otros .

En las entrevistas, realizadas a pacientes con conducta suicida, en el HMU entre los profesionales se realiza hincapié en identificar la ideación suicida en el sujeto si es activa o pasiva, como también en algunas oportunidades se identifica como idea ambivalente.

Para Portilla Arroyo (2004) el interrogatorio para determinar las ideas de suicidio debe ser directivo, también consultando si existió planificación del acto, si posee accesibilidad al método, y no banalizar ni descartar clínicamente las personas que dieron aviso de pedir ayuda o los que utilizaron medios autolesivos menos letales.

En el relato de la entrevista realizada a la Psicóloga P2 en cuanto al interrogatorio sobre la ideación suicida, ella refería:

Por ejemplo un paciente que le pregunto ¿ que piensas de lo que hiciste? y me contesta, y...., no la verdad que fue una metida de

pata..., o me contesta, ¡ yo lo volvería a hacer !, tengo todo listo para volverlo a hacer, o casos en que los pacientes por sus respuestas no tienen la idea suicida activa pero prefiere irse del hospital solo sin compañía, mmmm (hace gestos de duda)”. (Entrevista P2, 04/10/2022)

Y Además P2 agrega que existen pacientes en los que sí se puede notar que la idea de muerte no está presente pero también hace referencia al parasuicidio diciendo:

(...) Súmale a que últimamente vemos todos estos casos de parasuicidio que en realidad, no tienen una ideación activa de quitarse la vida, por ejemplo el ahorcamiento por consumo, nosotros hemos valorado un montón y en el contexto de la intoxicación esta entre que el paciente no se acuerda bien que pasó, propio del intento de ahorcamiento por una cuestión de oxigenación y después que la misma conducta de consumo es autoagresiva no le valoramos una ideación suicida de querer quitarse la vida puntualmente en el acto de colgarse (Entrevista P2 04/10/2022)

De los pacientes que fui observando y registrando desde mil rol en la práctica, pude identificar un grupo que considera firmemente la idea de quitarse la vida, otro grupo que demuestra un arrepentimiento absoluto acerca de lo sucedido y un tercer grupo en el que se puede observar momentos ambivalentes en el que no se logra identificar si la ideación suicida está completamente activada.

Para ejemplificar esto último, la ambivalencia, se puede observar en el registro del relato del caso Flavia, quien al momento de la entrevista expresó, “(...) estoy muy cansada me quiero morir”, y una vez avanzada la entrevista se angustia y afirma, “ me quiero poner las pilas” Cambiando su expresión ante lo ocurrido. (Registros de campo, 23-08-2022).

Otro es el caso de pacientes que poseen una decisión firme de acabar con su vida sin titubeos como en el caso de Irene quien a lo largo de la entrevista refiere frases como “ (...)ya no tengo sentimientos, deje de sentir”, y se angustia pero afirma que intentó quitarse la vida en otras oportunidades dejando en claro que hay posibilidades que lo vuelva a intentar. (Registros de campo, 03/07/2022)

En los apartados subsiguientes de este escrito se presenta el análisis más profundo realizados a estos pacientes.

Ahora bien, prosiguiendo con el objetivo de plasmar el rol que debe tomar el psicólogo clínico en las intervenciones con el paciente suicida, el autor Gazzano (1973) refiere que la importancia de la formación profesional es fundamental para mantener una posición empática en la terapéutica con el paciente suicida poniendo especial intención en que esta práctica se asocia a la prevención del suicidio, y se explaya en tres momentos de intervención que relacionan con las tres etapas nombradas en los párrafos anteriores, el primero destaca una intervención previa a que el paciente haya cometido un acto suicida, un segundo momento plantea brindar asistencia durante una tentativa de suicidio o posterior a cometer un intento que no haya dado como resultado la muerte y en tercer lugar la llamada autopsia psicológica, término de la Suicidología, que hace referencia a la intervención luego de consumado el suicidio.

Puntualmente en el hospital las intervenciones en las que más participe fue en los llamados intentos de suicidio, sujetos que luego de un hecho autolesivo con intencionalidad suicida no tuvieron como resultado la muerte y fueron los datos y registros que tuve en cuenta para poner en marcha este trabajo.

Cabe destacar que también presencié intervenciones en casos parasuicidas en los que no hay una clara intención de quitarse la vida , como refería P2 en la entrevista, pero la persona se expone a riesgos extremos por ejemplo accidentes de moto a gran velocidad sin casco y con consumo de sustancias, como también presencié ingresos de personas con heridas de armas de fuego autoprovocadas en las que el resultado fue el suicidio consumado, pero, esos casos fueron descartados a la hora de trabajar con los datos y realizar este análisis , para hacer especial foco en las intervenciones en las que se pudo llevar a cabo la entrevista de evaluación de riesgo suicida.

Este tipo de intervenciones se da en el hospital mediante entrevistas protocolizadas que establecen el riesgo suicida , y los motivos que circundan el acto, para ello se evalúa interdisciplinariamente al sujeto. y en esta evaluación se tienen en cuenta objetivos como conocer el nivel intencionalidad, observar con qué recursos cuenta la persona, entablar buena comunicación en la entrevista, valorar la idea suicida, el planeamiento, la existencia de hechos autolesivos previos, realizar una descripción de la situación lo más clara posible para la elaboración de la historia clínica, identificar factores de riesgo, y por último proponer ayuda y seguimiento con el consentimiento del paciente (Portilla Arroyo, 2004) .

Además Portilla Arroyo (2004) propone un tipo de técnica de entrevista, en la que se comience por lo más general hacia aspectos más específicos del acto suicida, y afirma que la posibilidad de tener un encuentro en un espacio tranquilo en el que el paciente se sienta cómodo va a permitir la obtención de mayor información, también aclara que es posible que en los servicios de urgencias no se den las mejores condiciones, ni se disponga del tiempo suficiente, así mismo es importante brindar tranquilidad a la persona para lograr una correcta exploración.

Destacando lo expresado en el párrafo anterior en cuanto a las condiciones en que se dan las entrevistas en los servicios de urgencia, me pareció interesante explicar mi experiencia de modo general en estas situaciones en las que estuve presente desde mi rol de practicante y exponer en palabras como se efectuó la toma de registros de campo que luego clasifique para caracterizar los sujetos.

Muchas de estas entrevistas se han dado en condiciones no tan amenas para entablar una buena comunicación, con pacientes recostados en camillas en algunos casos aún pueden verse cortes en la piel, o elementos de cuidado médico como sonda nasogástricas (se utilizan en la mayoría de los casos que presenten intoxicación), respirador, drenajes, sueros etc.

En algunas oportunidades, dichas entrevistas, se han dado en terapia intensiva después de algunos días de haber ingresado, como también he tenido la oportunidad de acompañar a pacientes en salas de aislamiento que se utilizan en algunos casos de envenenamiento. Estos elementos hacen dificultoso el diálogo de la entrevista, pero sin duda si la voluntad de hablar está presente en el sujeto encontrará la manera de comunicarse de manera verbal o por medio de un escrito, como además, en situaciones en las que fue imposible obtener respuestas, se ha trabajado solo con la red de contención inmediata a la persona, mayormente fue la familia y en algunos pocos han sido amistades.

Es de gran importancia mencionar que hubieron situaciones que se salieron de control con sujetos con excitación psicomotriz y en esos casos se debió intervenir físicamente a la persona, trabajar en conjunto médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros y familia para evitar el riesgo inminente de que el sujeto se haga daño o ejerza daño a un tercero.

Y así lo referiría el psiquiatra A del SSM, en la entrevista que mantuvimos con él nos comentaba otras situaciones de pacientes que ingresan muy intoxicados y muy agitados, refiriéndose a las drogas fundamentalmente, psiquiatría tiene la posibilidad de realizar una evaluación más global y afirma “(...) ver lo clínico y también lo psicológico ” pero además

agrega que cuando el paciente ya está en condiciones más relajadas de hablar intervienen las psicólogas. (Entrevista - A 01/11/2022)

En el ambiente de la entrevista con el sujeto suicida se puede percibir el sentimiento de angustia, el llanto contenido, la pérdida, el dolor, el duelo, la situación de crisis que se da en los sujetos que se arrepienten de sus actos, que expresan lo insoportable de estar vivo, como así también la tristeza de los afectos cercanos que permanecen en la sala de espera y que temen por la vida de este ser querido en riesgo, mezclada por la alegría de que lo peor no haya pasado.

Sin duda necesité de mi formación profesional , para ayudar, sostener, acompañar, apuntalar, entender las diferentes reacciones, poder leer la situación, y ser de ayuda, intervenir sin entorpecer, medir mis movimientos, mis caras, mis gestos y muchas veces hasta contener mi propia tristeza.

De hecho en la entrevista con P3, ella mencionaba cuales son las condiciones en las que se lleva a cabo la entrevista, de la siguiente manera:

Nosotros salimos del espacio del consultorio para estar al lado del paciente y estar ahí, incluso cuando esperan la muerte de un paciente los entrevistamos (haciendo referencia a los familiares) en espacios públicos donde ellos están esperando que los llamen, (...) hace años las familias acampaban (en la sala de espera) y ahí debíamos entrevistar. (Entrevista P3 11/10/2022)

También refiere que con la pandemia del COVID las restricciones se mantuvieron hasta junio de 2022 y solo ingresaba un familiar por paciente entonces entrevistaban en la puerta del hospital. (Entrevista P3 11/10/2022)

Para cerrar, quiero plasmar que la intencionalidad de este relato es, más allá de analizar el rol del psicólogo clínico en mi experiencia práctica es que el lector pueda comprender que la información obtenida para realizar este análisis se dio de diversas maneras, y en circunstancias que fueron cambiando en el caso por caso. Como además resaltar que los nombres que figuran en este análisis, tanto de los pacientes como de profesionales, son ficticios para resguardar la identidad de las personas.

Por último, a colación de lo expuesto hasta aquí, cabe mencionar que mis registros originales de las entrevistas a pacientes con conducta suicida además fueron entregados al

servicio de salud mental del HMU, por pedido del jefe de dicho servicio, como parte de un aporte a sus datos estadísticos sobre la temática suicidio.

VIII.2.3 CIRCUITO HOSPITALARIO EN URGENCIAS

Continuando con la intención de analizar el abordaje de la conducta suicida por parte del psicólogo clínico en el área hospitalaria de urgencias, realice el siguiente gráfico que brinda una visión macro para transmitir mi experiencia vivida dentro de la institución.

Es importante aclarar y reiterar que, en el ingreso de los pacientes al hospital se procede inmediatamente a la preservación de la vida, a la estabilización física con todos los cuidados médicos que eso conlleva y en un momento posterior se procede por medio de interconsulta, a la entrevista psicológica en la que se sigue estrictamente el protocolo vigente en el HMU, que debe respetarse en los casos como estos, en los que el paciente haya atentado voluntariamente contra su vida.

Asimismo, este protocolo cumple con los lineamientos de la ley 27.130 de prevención del suicidio, que establece la atención biopsicosocial con el objeto de disminuir los actos suicidas mediante la prevención, la asistencia y la posvención. Articulando un abordaje interdisciplinario e interinstitucional conformado en los términos de la ley de Salud Mental 26.657.

Figura 3

Circuito de atención a personas con conducta suicida ingresadas a la guardia del HMU.



Fuente: elaboración propia

VIII.3 LA SALUD MENTAL, SUS INICIOS EN LA INSTITUCIÓN Y LA FORMACIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LA URGENCIA.

El protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencias en salud mental (2018) de la ciudad de Córdoba plantea que “La urgencia es un emergente del estado de malestar, se produce cuando el sujeto, la situación social o familiar ha llegado al límite y requiere resolver algo en el aquí y ahora”. (p18)

En la entrevista realizada, al jefe del servicio de salud mental durante el transcurso de la práctica obtuve información acerca de los inicios del equipo de salud mental en el hospital, el abordaje de la conducta suicida, y también como fue avanzando el trabajo interdisciplinario en el nosocomio. Para aportar mayor claridad al escrito, cité la siguiente respuesta, que daba el ya mencionado jefe al cual llamaremos A, y él comentaba lo siguiente:

Si, el director de ese momento el cirujano Avalos, estaba a cargo del hospital y vio que los intentos de suicidio, “se los lavaban” , como se decía en ese momento, cuando eran con sustancias o por consumo de sustancias, el famoso “lavaje de estómago”, se les realizaba y cuando estaban en condiciones se los entregaba a la familia o se los dejaba ir, pero sin ningún tipo de intervención en salud mental. Entonces concluye que necesitaba tener gente en Salud mental para conformar un servicio, esto fue antes del año 2000”. (Entrevista A 01/11/2022)

Al decir de Martínez (2007) en referencia a lo expresado por A, en la entrevista, es sumamente necesario la capacitación de personal en todos los niveles de atención, y en el caso del hospital en todos los profesionales que tienen contacto con el sujeto antes de establecer el contacto con salud mental, estas capacitaciones deben tener sus bases en la teoría de la intervención en crisis para el correcto abordaje del paciente suicida como también para el resguardo de la salud psicofísica de los profesionales intervinientes.

Otra información detallada que refiere A en la entrevista es como fueron los inicios del servicio de salud mental en el hospital en el año 2000, y las dificultades que afrontaron para

poder ser finalmente, un servicio independiente y autónomo dentro de la dinámica de la institución.

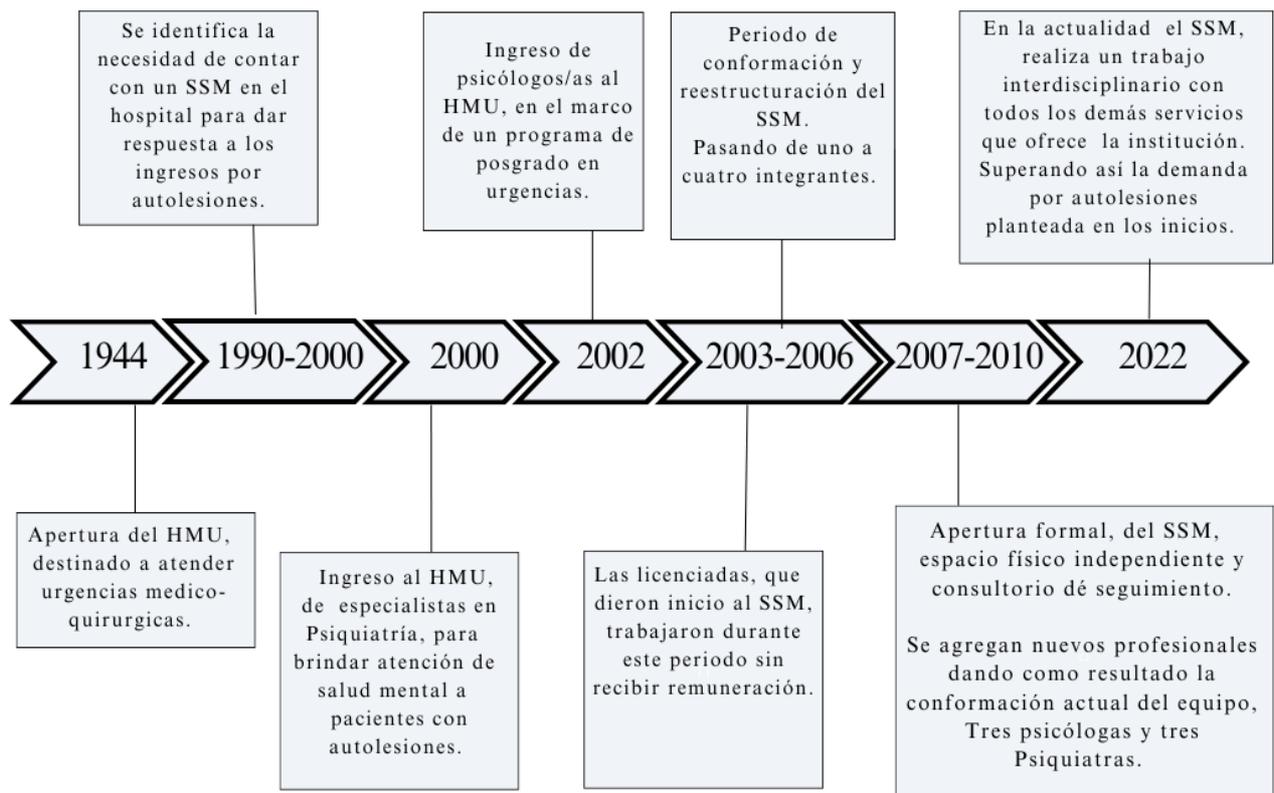
(...) Estábamos como flotando, estuvimos en traumatología, en cirugía, en la guardia, pero con la doctora trabajamos así por bastante tiempo, hasta que Marta empieza a recibir agregados de oncología para preparar. (...) Ese tiempo estuvimos solos hasta que empieza a recibir sus agregados, sin espacio físico para estar, no teníamos donde dejar la ropa, ni donde estar porque no existíamos en el organigrama del hospital, Marta empieza a formar gente con cursos anuales y formó varias camadas entre las que estaban dos de las psicólogas que hoy forman parte del servicio, Marta se jubila y se va del hospital y quedo yo solo, y le pido a las psicólogas, que habían quedado, que se queden trabajando para pedir que las nombren en algún momento. Y trabajaron así casi 4 años sin cobrar nada de dinero, hasta que logramos que viniesen a dar apertura al servicio. (Entrevista A, 01/11/2022)

Con el relato de A se puede pensar en un tiempo pasado, no tan lejano, en el que la salud mental todavía no estaba pensada con la integralidad que se trabaja hoy y tampoco asociada a un trabajo interdisciplinario, como lo cuenta A, primero dependiente de otros servicios para luego ejercer la autonomía de la toma de decisiones como también ser valorados para el trabajo en equipo.

Para aportar claridad elabore de manera gráfica la siguiente línea que refleja el paso del tiempo, la inserción del psicólogo clínico y la evolución del servicio de salud mental en el HMU.

Figura 4

Línea de tiempo, evolución del rol del psicólogo clínico dentro del equipo de salud mental en el HMU.



Fuente: elaboración propia, mediante la síntesis y análisis, del relato emergente en las entrevistas realizadas a profesionales del SSM.

Otra consulta constante a los profesionales fue las bases de formación para afrontar el abordaje suicida y la respuesta que obtuvimos tanto de psicólogos como psiquiatras es que todo lo que respecta a capacitaciones debe ser constante, un dato de color es que tanto yo como mi compañera de practica tuvimos la suerte de acceder a congresos y capacitaciones destinada a profesionales del servicio público durante el tiempo que estuvimos como practicantes en el hospital, y allí pudimos observar las bases teóricas utilizadas, y los tipos de intervenciones apropiadas.

En otras de las entrevistas la psicóloga a la que llamaré P1 nos decía:

Yo cuando empecé a trabajar acá en el hospital, hice un posgrado de intervenciones en Suicidología en la nacional con Carlos Martínez y Alejandra Rossi, y estuve 4 años trabajando acá en proceso de formación con otra compañera, si tenemos algún congreso a nosotros el hospital nos da la posibilidad de pedir los días. (...) la formación es constante pero llegado el momento improvisamos con lo que tenemos, porque cada caso es diferente acá. (Entrevista P1, 08/09/2022)

En otra de las entrevistas realizada a la psicóloga del servicio que llamaré P2 ella hace referencia a que su tesis de graduación de la licenciatura en psicología se basó en la ideación suicida, y en cuanto a la formación profesional, sostiene, que se “autogestionan” capacitaciones ya que el hospital les provee los días pero no les acerca congresos o actividades profesionales en las que puedan participar. (Entrevista P2, 04/10/2022)

Ampliando en la misma línea, P2 decía “.....me forme en un seminario de suicidio cuando entre al hospital, (...) mi tesis fue de suicidio, hice además una formación con la licenciada Graschat , que era de acompañamiento terapéutico en paciente con ideación suicida”. (Entrevista P2, 04/10/2022)

Me parece propicio articular los dichos de P2 con el autor Edwien Shneidman (1985), quien es el llamado padre de La Suicidología, y afirma que esta disciplina pertenece la psicología, como además postula que es la ciencia que se dedica al estudio de las conductas autodestructivas incluyendo sentimiento y pensamientos, la misma cuenta con desarrollos actuales en Norteamérica, Latinoamérica, Europa y a nivel global desde la organización mundial de salud quienes además trabajan en actualizaciones permanentes generando conciencia de esta problemática multicausal desde la salud pero reconociendo el entramado biopsicosocial que atraviesa.

Para continuar con lo expresado en el anterior párrafo, en nuestro país la asociación argentina del suicidio, ha definido a la Suicidología como una articulación interdisciplinaria que busca detectar factores psicológicos pero también biológicos, éticos y socioculturales que dan origen a la conducta suicida haciendo foco en las intervenciones que den lugar a la prevención como también a la creación de condiciones dignas de vida tanto para el sujeto como para su entorno. (Martínez, 2007).

Siguiendo con la entrevista realizada a P2, ella destacaba que, las intervenciones en crisis son el principal pilar teórico de quehacer diario del psicólogo hospitalario, al respecto sus palabras eran las siguientes:

(...)Trabajamos desde la intervención en crisis, (...) en el paciente que ingresa con intento de suicidio por intoxicación, para dar acompañamiento y contención al paciente, una entrevista familiar, una articulación en el caso de que el paciente no esté en tratamiento, o con su equipo tratante en el caso de que este concurriendo a un tratamiento. (Entrevista P2, 04/10/2022)

Para dar continuidad a lo planteado me parece importante ampliar esta cuestión de la formación profesional, ya que fue un dato que me llamó la atención desde el inicio, y poner en relieve para ello la principal base para llevarla a cabo, por tal motivo exployarme en la importancia del surgimiento de la teoría de la crisis, siendo una disciplina relativamente nueva en el campo de la psicología, y puntualmente a que refiere, para ello es necesario nombrar el principal referente de la materia como SLAIKEU, KARL quien inició su recorrido de estudios en Nueva York y en el Servicio de prevención de suicidios y atención a crisis de Buffalo. Es, en mi parecer, bibliografía obligatoria en la capacitaciones para el abordaje de la crisis, su libro “Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación” de 1984, donde figuran algunas técnicas de intervención en crisis que además son sumamente útiles en el abordaje del trabajo en terreno de la psicología comunitaria. Este autor se basa en la teoría del desarrollo de Ericsson y nos presenta la intervención magistral en crisis de “ los primeros auxilios psicológicos” que pueden ser desempeñados y de utilidad para la capacitación de cualquier persona que esté asistiendo los primeros momentos de una crisis.

Resaltando del párrafo anterior, los primeros auxilios psicológicos, en el hospital están a cargo del personal de paramédicos antes de subir a la ambulancia, o en los casos que el ingreso sea por otros medios por personal de enfermería o médicos clínicos.

Asimismo lo afirmaba el psiquiatra y médico emergentólogo del servicio, al que llamaré B, el mencionaba en una de las charlas a la que fui invitada a disertar sobre mi experiencia, que cuando le ha tocado ir al lugar de los hechos procede efectuando esta técnica, que vale la pena describir para brindar claridad a este relato. Los primeros auxilios psicológicos se pueden observar en variada literatura, pero son el aporte principal del ya mencionado autor Slaikou (1999), y cuenta con los siguientes cinco componentes que permiten evaluar la situación:

- Realizar el primer contacto psicológico
- Analizar las dimensiones del problema
- Sondar posibles soluciones
- Asistir a la ejecución de pasos concretos
- Seguimiento para verificar el proceso. (Slaikou, 1999. p115)

Cabe reiterar que el hospital además prevé su propio protocolo de atención en caso de ingresos de personas con intento autolítico, diseñado por miembros del servicio de salud mental, donde se ahonda en los principales factores de riesgo asociados a la posibilidad de quitarse la vida. Se apunta a un análisis del riesgo suicida tomando en cuenta los modelos que entienden la problemática de la conducta suicida desde diversas perspectivas integrando factores de ámbitos diversos teniendo en cuenta lo biológico tanto como lo sociodemográficos, individuales, familiares y psicopatológicos.

Para culminar este apartado realice un cuadro comparativo donde se puede observar el quehacer del psicólogo clínico en los inicios del servicio de salud mental en el hospital y el desempeño actual dentro de la institución, realizado en base al resumen de los relatos obtenidos en las entrevistas.

Tabla 1

Contraste en cuanto al desempeño de la psicología clínica en los inicios del SSM y en la actualidad.

Desempeño de la psicología clínica en los inicios del SSM en el HMU. (2000-2006)	Desempeño actual de la psicología clínica en el HMU. (2022)
<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo no remunerado. - Desempeño bajo la supervisión de psiquiatría y la subordinación de clínica médica. - Intervenciones destinadas a dar respuesta a la demanda por ingresos de personas con lesiones auto-provocadas. - Sin espacio físico definido dentro de la institución. - Sin posibilidades de intervenir en los casos que no haya interconsulta médica previa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo remunerado. - Desempeño mediante el trabajo interdisciplinario con psiquiatría y otras disciplinas. - Intervenciones en todas las áreas del hospital, seguimiento a internaciones prolongadas, demandas por violencia de género, abordaje del consumo problemático, abordaje psicológico en personas que requieran amputaciones, estrés post traumático, pacientes neurocríticos etc. - Consultorio para registro, y seguimiento de casos. - Autonomía de intervención, en cualquier área del hospital, cuando el/la profesional lo considere necesario.

VIII.3.1 ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL HMU.

Siguiendo a Martínez (2007) el mencionado autor toma desde la Suicidología el concepto de posvención y refiere que se utiliza como intervenciones posteriores a un hecho autodestructivo, el mismo autor además refiere que la Suicidología no es actualmente una disciplina estudiada en los programas universitarios vigentes. Y si bien actualmente existe un acceso mucho más vasto al material de formación todavía algunos aspectos es un tabú hablar todo lo referido a suicidio.

En el hospital se articula de manera interdisciplinaria el ingreso y permanencia del paciente con conducta suicida siguiendo los pasos que propone el gráfico de, circuito de ingresos, planteado anteriormente (figura 3). De la misma manera que se trabaja conjuntamente para conocer epidemiológicamente el riesgo suicida presente en la comunidad para que, al decir de Martínez (2007) esos datos sean la posibilidad de implementar acciones preventivas frente esta gran problemática multicausal como es la conducta suicida.

Como intervención, para evaluar el riesgo suicida presente en el sujeto, se propone recolectar mediante una entrevista de aproximadamente 90 minutos, datos de filiación del paciente, motivo de consulta, antecedentes de intentos de suicidio, composición familiar, personas convivientes, perteneciograma, indicadores de riesgo, plan suicida, red de sostén y tratamientos psicológicos psiquiátricos. (Martínez 2007)

Al igual que es importante la orientación que debe poseer el evaluador dependiendo de la situación en la que se establezca la entrevista, ya que si se evalúa un alto riesgo se debe intervenir de manera inmediata con acciones concretas como puede ser el caso de una internación involuntaria o intervención policial o judicial. (Martínez 2007)

En el caso de la intervención judicial e internación involuntaria, en la entrevista que mantuvimos con los profesionales del servicio cada uno exponía su punto de vista, ya que también se relaciona directamente con lo propuesto por la ley de salud mental 26.657, y los derechos del paciente.

El profesional A, planteaba : “Estamos en un momento de transición en que la ley intenta cambiar que el paciente no tenga internaciones innecesarias(...)” y remarca que cuando se conjugan la salud física y la salud mental en un paciente es muy difícil brindarles atención integral ya que todavía no hay las camas necesarias para salud mental en los hospitales polivalentes y los hospitales monoivalentes están en este proceso de cambio y textualmente afirma “ (...) hay guardias sobrepasadas que no llegan a responder a la demanda.” (Entrevista A, 01/11/2022)

P2 comentaba al respecto:

Mira acá desde este hospital no somos un hospital que este incluido en la implementación de la ley de salud mental porque somos un hospital monoivalente de trauma médico quirúrgico, y lo que plantea la ley de salud mental es que todos los hospitales polivalentes tienen que tener equipo tratante de salud mental activo, camas disponibles para salud mental, disposición de que los pacientes puedan realizar tratamiento dentro del hospital. (Entrevista, P2 04/10/2022)

P3 manifiesta que :

(...) La urgencia en salud mental es por ejemplo un intento de suicidio así que si se aborda. Lo que no se aborda en general es el brote psicótico aunque si traen un paciente descompensado de la calle si se aborda o pacientes bajo el efecto de las drogas (...) la policía los trae para acá, y acá se valora eso es una urgencia en salud mental porque el paciente físicamente no tiene nada. (Entrevista P3 04/10/2022)

Analizando lo dicho por los profesionales entrevistados me parece adecuado realzar que toda urgencia que se presente en el hospital será abordada de la manera adecuada, siendo en la mayoría de los casos mediante un trabajo interdisciplinario, pero sobre todo se dará continuidad de internación a personas que requieran atención médico quirúrgica y no así a pacientes que precisen solo atención en salud mental, a quienes luego de una entrevista y estabilización física se los derivara a instituciones especializadas o tratamientos ambulatorios.

VIII.4 CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE LOS REGISTROS DE LA EXPERIENCIA.

De los sujetos en los que tuve la oportunidad de presenciar desde mi rol de observadora no participante, la entrevista protocolar de riesgo suicida, elegí cuarenta y cuatro ($n=44$) y realice, (en base a las planillas de recolección de datos planteadas en el apartado de metodología y los registros de campo), un formulario que me permitió organizar y caracterizar la conducta suicida en mi experiencia práctica dentro del hospital.

Es oportuno remarcar para no crear confusión que los cuarenta y cuatro ($n=44$) casos elegidos son pacientes a los que conocí personalmente, entre el mes de mayo y el mes de octubre de 2022, por el contrario el registro que se realizó como demanda del hospital, incluía el registro de pacientes de manera conjunta con mi compañera de práctica y miembros del SSM tomando además un periodo de tiempo más amplio.

Volví a revisar uno a uno minuciosamente los casos para dar orden a estos registros, y adjuntarlos en el anexo de este trabajo. Estas fichas además que me permitieron lograr claridad a la hora de trabajar y analizar, me permitieron transformar lo que solo eran escritos en mi libreta de campo en sujetos identificados por un patrón común como lo fue el ingreso al hospital por haber cometido un hecho autolesivo.

La importancia de recabar información de este tipo es ahondar en los factores de riesgo y los factores protectores, los cuales constituyen los principales indicadores para realizar la evaluación de riesgo suicida. Gomez e Ibañez (2018) sostienen que:

En relación al problema del suicidio, la detección de factores de riesgo permite:

- Identificar grupos o individuos en que la probabilidad del suicidio es mayor
- Reducir el riesgo de suicidio removiendo o atenuándolos.
- A nivel epidemiológico, aportar al diseño de políticas públicas orientadas a tal fin. Los FR pueden ser múltiples, e interactuar de diversas maneras, sumativa o multiplicativamente (p 28).

Además los autores Gómez e Ibáñez (2018) exponen los principales factores que serán las señales de alarma que indiquen mayor riesgo, para cometer nuevamente un hecho autolesivo, en primer instancia postulan la *Suicidalidad*, término acuñado por Beck que integra “ideas suicidas, intentos suicidas y el suicidio consumado”(p 29). Otros de los factores que elevan el riesgo son, *las enfermedades médicas y los trastornos psiquiátricos, los factores psicosociales* como por ejemplo sucesos vitales negativos y escasa red de apoyo social, *los Factores genéticos y familiares*, como el suicidio de un familiar o cercano, o el atravesamiento de etapa del desarrollo vulnerable para la persona entre otros, y por último *los Factores cognitivos y de la personalidad*.

Por último un dato no menor es aclarar, que los nombres propuestos en este análisis de factores son ficticios y que el consentimiento informado para el uso de estos datos se obtuvo como finalidad de la práctica la cual permite el registro de campo mediante el rol de observador no participante de las intervenciones y el desempeño del psicólogo clínico en el área hospitalaria.

VIII 4.1 DATOS FILIATORIOS

Lo primero a tener en cuenta son lo que constituye factores sociodemográficos y datos filiatorios por tal motivo registré: nombre, fecha de ingreso, tipo de cobertura médica que posee, género, edad, ocupación, lugar de residencia, medio por el que ingresa al hospital, grupo familiar presente en la vida del sujeto y nivel de escolaridad.

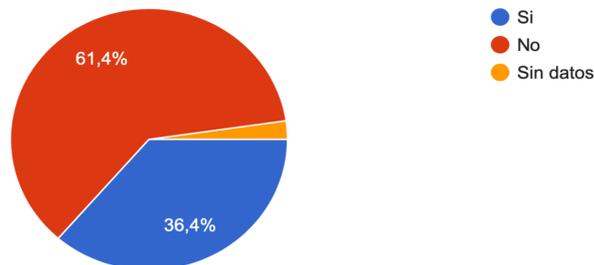
Los resultados que obtenidos fueron los siguientes: el mes que más casos registra fue el mes de septiembre con 12 casos de 44. Los demás están repartidos 3 en mayo, 7 en junio, 8 en julio, 8 en agosto y 4 en octubre. 40 de los 44 casos fueron residentes de Córdoba capital.

De la totalidad de los casos, 25 de ellos fueron mujeres y 19 hombres. Las edades oscilan entre los 13 y los 60 años.

Se obtuvieron 44 respuestas, lo que constituye la totalidad de la muestra, en cuanto a la variable cobertura médica privada, medicina prepaga u obra social. Registre los casos que si poseen alguna de estas posibilidades como SI posee cobertura médica privada y los casos en que el sujeto solo depende de los servicios públicos de salud como NO posee cobertura médica privada, de la totalidad de los sujetos el 61,4 % (27 casos) refieren no poseer cobertura médica privada, y el 36,4 % (16 casos) afirman contar con opciones de servicios privados, cabe destacar que solo hubo 1 caso 2,3% en el que no se pudo obtener datos al respecto, ya que el paciente abandonó el lugar antes de culminar la entrevista.

Figura 5

Cobertura médica



En cuanto a la variable ocupación, se realizaron 44 registros tomando en cuenta el trabajo como también el estudio ya que debido a la edad de algunos sujetos la formación académica en curso pasa a ser una ocupación de tiempo completo, y lo más relevante fue lo siguiente:

El trabajo en relación de dependencia, (lo que incluye tanto el empleo registrado como el trabajo informal) fue el registro más alto con 29,5% (13 casos), luego el trabajo independiente (emprendedores, profesionales independientes), registró de 11,4% lo que representa 5 casos, al

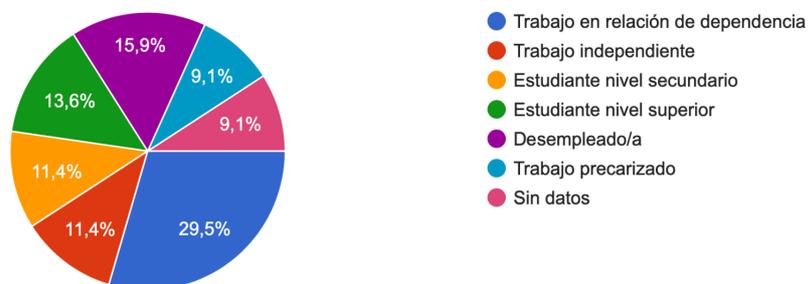
igual que los estudiantes de nivel secundario 11,4 % (5 casos). Los estudiantes de nivel superior (terciario, universitario) fueron el 13,6% (6 casos) del total de muestra.

El desempleo constituye el 15,9%, seguido por el trabajo precarizado (cartoneo, changas poco habituales, trabajo sexual) con el 9,1% (4 casos) del total de la muestra. Y por último 9,1 % (4 casos) se registraron sin datos que den información acerca de la ocupación actual del sujeto. Cabe resaltar que no se registro ninguna persona que afirme ser jubilado o pensionado.

En el siguiente gráfico se pueden observar los resultados que acabo de mencionar y que refiere a la ocupación.

Figura 6

Resultados de los registros de ocupación



El medio por el que el sujeto ingresa al hospital se registró de la siguiente manera siendo 44 casos la totalidad registrada en esta variable:

- En compañía de un familiar o red de sostén cercana: 54,5% (24 casos)
- En ambulancia : 34,1% (15 casos)
- Ingresa por sus propios medios: 6,8% (3 casos)

- Con la policía: 2,3% (1 caso)
- Sin datos :2,3 (1 caso) no se obtuvo información de ingreso.

En cuanto al **grupo familiar o cercano** que mencionaron los sujetos en la entrevista y se puede identificar como red de apoyo, prefiero no exponer estos datos de manera cuantitativa, cualitativamente en los registros se pudo observar que lo más nombrado en los relatos fue la presencia de madre, padre y hermanos, seguido por hijos que fueron de sostén emocional de sus padres, parejas y lo menos registrado como red de sostén cercana al sujeto fueron abuelos, tíos, amigos y familia política.

El nivel de escolaridad presente en los sujetos fue el siguiente, de una totalidad de 44 casos se registró que:

- Primario incompleto: 0 % (0 casos)
- Primario completo: 2,3 % (1 caso)
- Secundario incompleto: 29,5% (13 casos)
- Secundario completo: 22,7% (10 casos)
- Terciario incompleto: 2,3% (1 caso)
- Terciario completo: 6,8% (3 casos)
- Universitario incompleto: 13,6 % (6 casos)
- Universitario completo: 4,5% (2 casos)
- Sin datos : 18,2 % (8 casos)

VIII 4.2 RELEVO DE LAS PARTICULARIDADES PROPIAS DEL ACTO SUICIDA

En cuanto a las particularidades del acto suicida, lo primero que se registró fue el método de autoagresión, y en los casos que el método fue el consumo de sustancias además se registró que tipo de sustancias se utilizaron, como también si existió la planificación del acto suicida, y si dio aviso de lo ocurrido, el tipo de aviso, manifestación de algún motivo desencadenante, tipo de motivo, si presenta ideación activa de muerte al momento de la entrevista, los antecedentes de autolesiones previas como además cuando hubo posibilidad también se registró el método previo de autolesión.

Con respecto a los **métodos de autoagresión**, cabe aclarar que el total de muestra ($n=44$) fueron personas ingresadas al hospital por conductas autolesivas, pero los métodos utilizados fueron diferentes y los registré de la siguiente manera:

Otra aclaración es que se obtuvieron 44 registros pero algunos casos presentan método autolesivos combinados por ejemplo consumo de sustancias e intento de ahorcamiento, por tal motivo la sumatoria de registros es más que la totalidad de los casos que son 44.

35 del total ($n=44$) de sujetos ingresaron al hospital por consumo de sustancias ya sea medicamentos, psicofármacos, veneno o drogas, 6 sujetos de la totalidad presentaron intento de ahorcamiento con diferentes elementos como cintos, cables, sogas entre otros, 6 sujetos de la totalidad de la muestra presentaban cortes con arma blanca en diferentes partes del cuerpo pero lo que más se observó fueron cortes en los miembros superiores, solo 1 sujeto ingresó al hospital por caída de altura exactamente 8 pisos (recordemos que sólo registre los casos en los que la muerte no fue el resultado), y por último 1 sujeto ingresó con disparo en cráneo por arma de fuego.

Es notable que la gran mayoría utilizó como principal método autolesivo el consumo, por ello se registraron las sustancias más presentes y fueron las siguientes:

La sustancia más utilizada fue el consumo de psicofármacos en algunos casos solo y en otros combinado con alcohol, marihuana y otros medicamentos, otra de las sustancias más

observadas fueron los medicamentos de venta libre como el paracetamol en uno de los casos el sujeto ingirió 60 pastillas de diferentes sustancias que encontró en un botiquín en la casa, también se destaca el consumo de veneno para insectos y roedores de venta libre y la ingesta de drogas varias como alcohol y cocaína.

Lo más observado, en las 35 personas que se intoxicaron fue en 8 de ellas el consumo agresivo de solo psicofármacos, seguido por 6 en los que el consumo fue de psicofármacos combinado con alcohol, marihuana y otros medicamentos, en 4 de los casos se registró el consumo de medicamentos de venta libre como paracetamol, antibióticos varios entre otros, 5 personas ingirieron venenos para insectos y roedores (1 de estos 5 casos también presentaban cortes y otro de esos 5 casos además del veneno se inyectó insulina), por último 2 sujetos sufrieron intoxicación con cocaína uno de esos casos manifestó la toma de 3 gramos de la sustancia, y una sola persona de las 35 registradas ingirió una botella de vodka.

Otra variable fue detectar, de los 44 sujetos, cuantos habían realizado una **planificación** previa del acto suicida y se registró que el 50% de los casos (22 sujetos) afirmaron haber premeditado minuciosamente la acción, como además el 54,5 % (24 sujetos) dieron **aviso** del acto que iban a cometer por diferentes medios. El siguiente gráfico representa los resultados ya mencionados.

Figura 7

Planificación del acto suicida

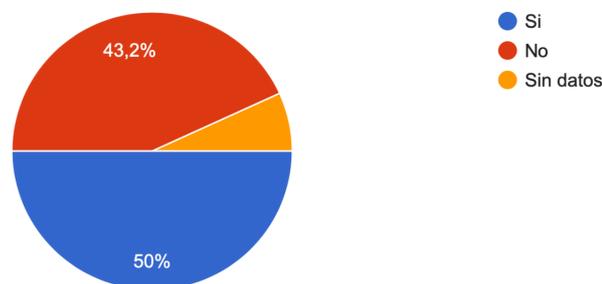
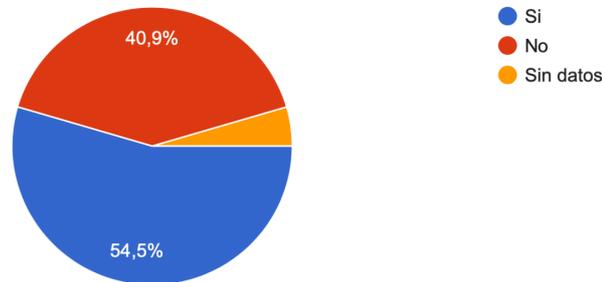


Figura 8

Realizo aviso de la intención que quitarse la vida



En algunos casos se pudo registrar el **tipo de aviso** que había realizado el sujeto, entre estos se pueden observar relatos como los siguientes:

- Deja cartas y envía fotos por WhatsApp, de los cortes, a los amigos para pedir ayuda. (Roberto 59 años, 01/10/2022).
- Le envía mensajes de texto a la madre para dar aviso (Camila, 25 años 04/07/2022).
- Ingiere las pastillas delante de un miembro de su familia (Flavia, 38 años 23/08/2022).
- Envía mensajes a la familia de despedida y les recuerda que los quiere mucho. (Julia 26 años, 04/07/2022).
- Coloca estados de despedida por WhatsApp. (Leonardo 42 años, 29/07/2022)
- Deja cartas y dibujos donde se ve la familia y un globo con forma de corazón que se eleva. (Ornella 18 años, 13/10/2022)
- Se encierra en el lavadero y amenaza con matarse (Gabriel 44 años, 07/09/2022).

Otro pregunta que se realiza al sujeto es si existe algún **motivo desencadenante** del acto suicida, y se pudo observar que el 70,5% (31 casos) de la totalidad de la muestra ($n=44$) identifica tal motivo y las respuesta fueron variadas pero lo más escuchado fueron los conflictos de parejas, ex parejas y familiares, pero me parece propicio ejemplificar algunos de los sujetos mediante recortes de las entrevistas.

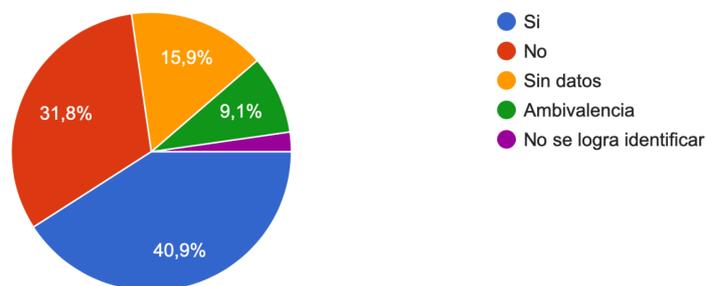
- Wanda, de 16 años, refiere que se corta para aliviar la ansiedad y, que el motivo desencadenante de la autolesión por la que ingresa al hospital el día 25/07/2022 es haber sido víctima de un *abuso sexual*.
- Mariana de 45 años, refiere que los *problemas económicos* fueron el desencadenante del acto de consumo de fármacos (Litio) por el que ingresa al hospital el día 04/09/2022.
- Roberto de 59 años, ingresa al hospital el día 01/10/2022 por lesiones autoprovocadas con arma blanca, en diferentes partes del cuerpo, y manifiesta que el desencadenante del acto fue, la *separación de su pareja* hace algunas semanas, él dice sentir que sin ella no va a poder vivir.
- Víctor de 57 años ingresa el día 07/07/2022 por ingesta de veneno para ratas e inyecciones varias, refiere que el desencadenante del acto suicida fue, *escuchar recurrentemente la voz de su mamá muerta* diciendo, que se lo quiere llevar, y agrega que la madre se murió hace varios años, en sus brazos, y el mismo la tuvo que cremar.
- Guillermina de 33 años, ingresa el día 04/09/2022 por intoxicación autoprovocada mediante la ingesta de veneno para ratas e identifica que, el desencadenante del acto es *la enfermedad* que padece, (VIH) y piensa que se va a morir.
- Hada de 13 años, ingresa el día 07/09/2022 por ingesta de fármacos, e identifica que el desencadenante del consumo es *el suicidio de una amiga*.
- Leonardo de 30 años, quien ingresa por intento de ahorcamiento en situación de consumo el día 29/ 09/2022, refiere que el desencadenante de acto es principalmente, *el rechazo de su hija* producto de conflictos relacionados al consumo problemático que padece hace tiempo y Leonardo sostiene, "no puedo manejarlo".
- Mariela de 46 años, quien ingresa el día 12/05/2022 por intoxicación con alcohol y psicofármacos autoprovocada, comenta que el desencadenante de la acción fue haber recibido mensajes de su *expareja*, con quien tiene restricción por violencia de género, además sus dos hijos más pequeños (mellizos) tienen problemas de salud y

están en su casa con internación domiciliar y una enfermera 24 horas, refiere que toda esta situación la agotó y solo quería dormirse.

En cuanto al tipo de **ideación suicida** presente en el sujeto, se identificó en la entrevista mediante 5 opciones:

Figura 9

Ideación suicida al momento de la entrevista



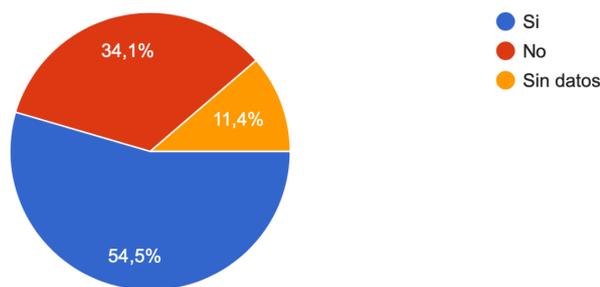
- SI, en los casos que la persona manifieste intención activa de muerte sin arrepentimiento de lo ocurrido afirmando que lo volvería a hacer. El 40,9% (18 casos) del total de los sujetos manifestó una idea activa de muerte al momento de la entrevista.
- NO, en los casos que se pudo observar arrepentimiento y pedido de ayuda ante lo sucedido. Se identificó que el 31,8% (14 casos) del total de la muestra refirió arrepentimiento por lo sucedido.
- SIN DATOS, para dejar registrado los casos en que no se pudo valorar la ideación suicida en la entrevista, el porcentaje obtenido sin datos fue de 15,9 % (7 casos) del total de los sujetos.
- AMBIVALENCIA: en los casos que se observó la intención manifiesta de quitarse la vida conjuntamente con el arrepentimiento. 9,1% (4 casos) fueron consideradas respuestas de tipo ambivalentes ante la idea de intentar nuevamente quitarse la vida.

- **NO SE LOGRA IDENTIFICAR:** para los casos en que se pudo realizar entrevista y consultar a la persona sobre la intención de quitarse la vida y no existió una respuesta que permita registrar si, no o ambivalente. 2,3% (1 caso)

Otra consulta que se realiza en la entrevista, por protocolo, es para conocer si existen **hechos autolesivos previos** en la historia del sujeto, y en los 44 casos reunidos para este análisis se puede observar que 54,5% (24 sujetos) presentaban algún tipo de autolesión previo lo más registrado fueron cortes, el 34,1% manifestó no haber cometido ningún acto autolítico previo y el 11,4% se registraron sin datos.

Figura 10

Existencia de hechos autolesivos previos en los sujetos



En los casos que manifestaron haberse autoagredido en otra momento se registraron los métodos más mencionados y son los siguientes:

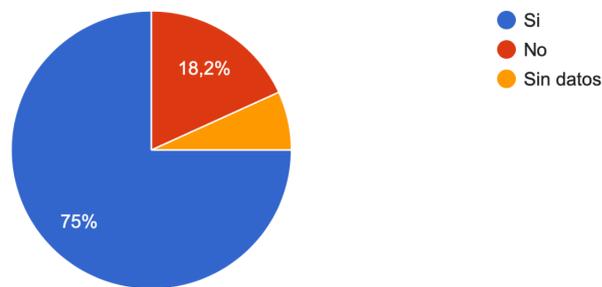
- La mayoría de los sujetos refirieron, haberse realizado autolesiones en ocasiones previas, mediante cortes en diferentes partes del cuerpo, un grupo menor manifestó el consumo de fármacos como método autolítico, el alcohol e intento de ahorcamiento también fueron métodos registrados en autodaños previos, solo una persona sostiene haber “metido la cabeza en el horno” y otra haber intentado tirarse de un vehículo en movimiento.

Salud mental: para identificar en esta posversión todo lo que respecta a la salud mental de los sujetos, me propuse identificar los casos en los que el paciente refirió estar bajo tratamiento psicológico psiquiátrico o integral tanto sea previo al acto o actualmente.

Y se registraron que el 75 % (33 casos) de la totalidad de los sujetos refirió estar o haber estado con tratamiento de salud mental, el 18,2% (8 casos) refiere nunca haber consultado a algún especialista en salud mental, y 6,8% (3 casos) se registró sin datos.

Figura 11

Registro de la realización de tratamiento psicológico o psiquiátrico anterior o actual en el sujeto.



Los casos en que el sujeto refirió tener **previamente diagnosticado** algún tipo de trastorno en salud mental fueron 65,9% (29 casos), las 29 respuestas fueron las siguientes.

De los 29 casos registrados, 6 personas refieren trastorno por consumo problemático de sustancias, 8 personas se reconocen diagnosticadas con trastornos del estado de ánimo (5 con depresión y 3 con bipolaridad), 5 personas manifiestan tener psicosis, 4 personas comentan padecer trastorno de ansiedad , 3 personas refieren trastorno límite de la personalidad diagnosticado, 2 personas mencionaron sufrir trastorno de la conducta alimentaria y por último un sujeto manifiesta tener trastornos del sueño desde niño.

Consumo de drogas: además de ser un trastorno el consumo problemático de sustancias, se tomó registro diferencial del tipo de sustancia y de la habitualidad del consumo diferenciando registrando primeramente de la totalidad de los sujetos 44, si refieren consumir algún tipo de droga, lo que obtuve fue que el 59,1% (26 sujetos) refieren consumir algún tipo de sustancias y el 69,2% (18 casos) de esos 26 sujetos que refieren consumir afirman tener un

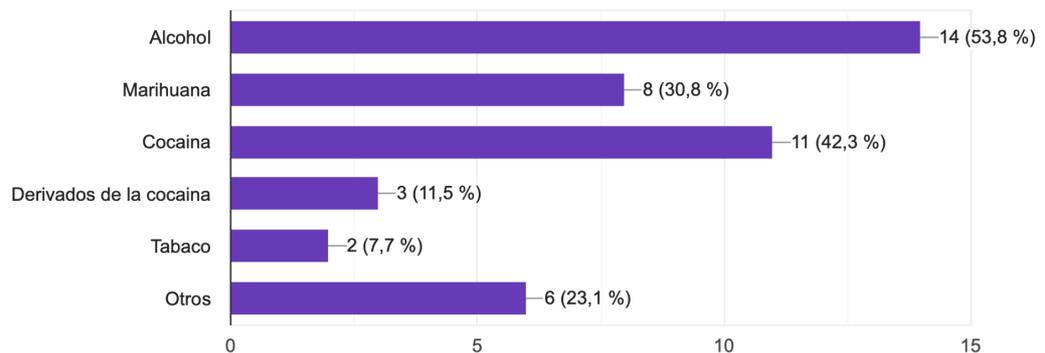
consumo problemático de sustancias y el 30,8% (8 casos) de esos 26 sujetos refieren hacerlo solo de manera ocasional.

Eleta (2018) resalta que la dependencia de alcohol y otras sustancias constituye un factor de riesgo que se asocia directamente a la ideación suicida y es sumamente importante a la hora de evaluar al sujeto y sus particularidades.

Entre las sustancias más nombradas, en la muestra, se encuentra el alcohol, la cocaína y sus derivados seguido por la marihuana, cabe aclarar que algunos sujetos consumen más de una sustancia de manera habitual.

Figura 12

Sustancias mencionadas en la entrevista que hacer referencia al consumo problemático



Historia vital traumática: cuando el sujeto es consultado si en su vida existe algún hecho del que definiría como traumático o que haya representado un antes y un después en la vida del sujeto, que no sea precisamente el hecho que desencadenó el acto suicida, sino algo que lo angustie o lo perturba de alguna manera.

En la entrevista los psicólogos consultan al paciente si hay algo más en sus vidas que nos quieran contar , o que les genere malestar.

En la siguiente tabla se agrupan los registros de cada entrevista por similitudes sin dejar de lado la individualidad de cada caso.

Tabla 2*Hechos traumáticos en la historia vital del sujeto*

<p>Tipos de hechos significativos en la vida del sujeto que refieran como traumáticos</p> <p>Número de registros total 35 (<i>n</i>=35)</p>	<p>Registros de entrevistas (cada ítems corresponde a un entrevistado/a)</p>
<p>Separaciones conflictivas y violencia de género</p> <p>(7 casos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Separación conflictiva del ex marido. (Ana 32 años) - Separación conflictiva con la ex pareja y madre de sus hijos, con idas y vueltas constantes. (Gabriel 44 años) - Violencia de género intrafamiliar, desde hace tiempo, por parte de su pareja. Pierde la tenencia de dos de sus cuatro hijos, y pasan a estar a cargo de su madre con quien no se habla. (Tatiana 26) - Abortos, violencia de género, abandono de los padres, conflictos familiares. (Camila 25) - La separación le genera mucha angustia, llanto y tristeza. (Roberto 59) - Separación conflictiva, víctima de violencia de género. (Mariela 46). - Su padre era violento y su pareja actual también es violento. (Adriana 38 años)
<p>Ex presidiarios</p> <p>(2 casos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estuvo 3 años privado de su libertad. (Nahuel 49 años) - Estar privado de su libertad, además comenta que se siente discriminado por su altura. (Damian 23 años)
<p>Consumo problemático y situación de calle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refiere que el consumo lo agobia desde chico. (Marcos 26)

(3 casos)	<ul style="list-style-type: none"> - Viven en situación de calle, con la pareja y el hijo, consumo de drogas. (Jonatan 20) - Los hijos padecen de consumo problemático de drogas. (Karina 47 años)
<p>Abusos sexuales y violencia intrafamiliar</p> <p>(9 casos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono de la madre, abusos en la infancia, pérdida de contacto con su hermana a quien ve por última vez cuando esta tenía 5 años, y son separadas en diferentes instituciones de menores. Pasa toda la vida hasta la fecha tratando de dar con su paradero. (Laura 42 años) - Abusos y maltratos en la infancia por parte de un familiar. (Ornela 18) - Abusos, por parte de un familiar, en su infancia, bullying en la escuela. (Irene 18 años) - Abuso sexual. (Wanda 16 años) - Abusos intrafamiliares en la infancia por parte de una ex pareja de la madre. ((Sonia, 23 años.) - Abusos sexuales, separación de sus hermanos, incertidumbre acerca de su historia y familia de origen. (Zulema 17 años) - Violencia ejercida por parte del padre. (Kevin 29 años) - Abusos sexuales, suicidios del hermano del cual se siente culpable. (Hada 13 años) - Es trabajadora sexual desde los 16 años y le quitan la tenencia de 3 de sus 5 hijos. (Daniela 31)
<p>Duelos</p> <p>(8 casos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La muerte de su mamá en 2008. (Flavia 38 años) - Fallecimiento de su mamá enferma de cáncer, abuso por parte de su padre a quien le inicia acciones legales. (Evelin 25 años) - La muerte de su madre y la separación de su ex pareja, se separan por celos. (Nadir 60) - La hermana que falleció de cáncer. (Elio 18 años)

	<ul style="list-style-type: none"> - La muerte del papá de un amigo cuando ella estaba presente en la casa, la separación de sus padres. (Carla 18 años) - Su mamá se le murió en los brazos, hace 8 años, y la tuvo que cremar el mismo ya que trabaja en un crematorio. (Victor 57) - El fallecimiento de su hermano en 1995. (Xavier 44 años) - El asesinato de un amigo, hace algunos años, cuando ambos residían en otro país. (Nestor 35)
La pandemia (2 casos)	<ul style="list-style-type: none"> - Según relato de la madre " el aislamiento y la pandemia le afectó demasiado " (Yamila 21 años) - La pandemia (Julia 26)
Suicidio de familiar o cercano (2 casos)	<ul style="list-style-type: none"> - Suicidio del padre, abuso sexual en dos oportunidades, relación distante con la madre. (Pamela 25 años) - El suicidio de su hermano. (Guillermina 33 años)
Otros (2 casos)	<ul style="list-style-type: none"> - Accidente en 2019, donde el diagnóstico fue TEC grave, con internación prolongada y secuelas neurológicas. (Uriel 19 años) - Se pueden identificar en la entrevista, delirios místicos con su padre y alucinaciones que lo perturban. (Benjamin 47 años)

Las derivaciones son un eslabón fundamental para la prevención del suicidio en pacientes en riesgo, por tal motivo luego de realizada la valoración por el equipo interdisciplinario se procede a dar continuidad al caso en otra institución ya que, como se menciona con anterioridad, el HMU no posee internación de salud mental ni seguimiento terapéutico por consultorio externo.

Tomando nuevamente los aporte de Portilla Arroyo (2004) el autor realiza especial mención a la importancia de la correcta derivación del paciente con conducta suicida teniendo en cuenta sobre todo el factor de riesgo que representa haber intentado quitarse la vida con anterioridad.

Eleta (2018) considera que “las barreras para obtener acceso a la atención de salud” (p 469), constituyen un factor de riesgo, sobre todo en el área de la salud mental donde se dificulta la necesidad y la comprensión de realizar un tratamiento psicológico o psiquiátrico adecuado.

En los casos aquí expuestos las derivaciones se realizaron a diversas instituciones dependiendo el riesgo, evaluado por el SSM, siempre valorando los recursos y posibilidades de la persona.

En el 88,6 % del total de la muestra relevada, (39 casos) se obtuvieron registros de derivaciones, en el 6,8 % (3 casos) no se pudo concretar la derivación correspondiente, y el 4,5% (2 casos) no se obtuvieron registros de lo sucedido en el momento del alta de los pacientes.

En estos 39 casos del total de la muestra ($n=44$), (88,6%) registre el tipo de institución al que se realizó la derivación y obtuve que el 35,9% (14 casos) fueron derivados a instituciones monovalentes de salud mental públicas, el 20,5% (8 casos) fueron derivados a clínicas monovalentes de salud mental privadas, y el 15,4 % (6 casos) a tratamiento ambulatorio público en cercanías del domicilio.

Frases textuales: por último en este análisis lo que más llamó mi atención fueron las expresiones de los pacientes, y por ello desde el inicio trate de recordar frases textuales de las entrevistas y una vez que abandonaba la habitación registrarlas. Estas frases invitan a imaginar la situación y la persona, los sentimientos, el dolor, la crisis, la desesperanza.

Eleta (2018) evalúa factores de riesgo asociados al suicidio, entre ellos la desesperanza y sostiene que “ la desesperanza asociada a desordenes psiquiátricos, también predispone a la persona a conductas suicidas” (p.467).

"Yo trabajaba bien en una lomiteria, pero cuando me pagan voy y compro para consumir", "no quiero vivir más doctora", "salgo de acá y me tiro del puente" "estoy cansado" (Marcos, 26años).

"No quiero vivir más" (Zulema, 17años).

"Los cortes me alivian la ansiedad" (Wanda, 16 años).

"Mis hijos tienen problemas de salud y consumen", "Todo mal con mi pareja" (Karina, 47años).

"Ya no tengo sentimientos", "deje de sentir", "no tengo donde desahogarme", (Irene, 18 años).

"No sabría decirte si no lo voy a hacer de nuevo, es la tercera vez que lo hago" (Pamela, 25 años).

"Tengo miedo que intervenga la senaf" (Daniela, 31 años).

"Cuando empezó la pandemia tuve un pico de estrés" (Gabriel, 44 años).

"Quería irme", además agrega que su mamá fallecida le habla y le dice "quiero que te vengas conmigo" (Victor, 57 años).

"Estoy cansada de la existencia " "quiero mejorar mi salud mental", además comenta que tiene voces en su mente que le dicen " ya te va a ir mal, ya te va a ir mal" (Carla, 18 años).

"Ya fue, no quiero morirme" (Helena, 21años).

"Fui un tonto" "no lo volvería a hacer, tengo que dar una vuelta de rosca " (Roberto, 59 años).

"Escribí un libro donde cuento mi historia" comenta, que gracias a un profesional de la salud mental que la atiende hace años se inspiró a escribir un libro.(Laura, 42 años).

"Hola mi muchachito, ¿qué pasó mi muchachito?" decía una madre mientras acariciaba a su hijo en la camilla de la guardia ingresado por intento de suicidio. (Nestor, 35 años).

"No llego a fin de mes", "Me quería morir", "quiero ponerme las pilas" (Flavia, 38 años).

" Iba por la calle y me daba miedo hacerle algo a alguien" "me tomé una botella de vodka para relajarme, estoy cansado y me quede sin casa". (Kevin, 29 años).

" Estoy cansado, hace tiempo que estoy en la nada", "el problema soy yo", (Leonardo, 30 años)

"No quiero vivir" (Tatiana, 26 años).

"Nada me motiva", "deje de disfrutar salir con mis amigos o sacarme un 9 o un 10" (Benicio, 20 años).

VIII.5 DE PRINCIPIO A FIN, MI REPASO POR LA EXPERIENCIA.

En un esfuerzo de transmitir lo vivido de manera simplificada y organizar este análisis me propuse el siguiente cuadro de doble entrada donde mediante preguntas orientadoras fui identificando como fueron los inicios de la experiencia, cuáles fueron las acciones concretas pedidas tanto por la cátedra de PPS como también las pedidas por el hospital, cuáles fueron los logros en el proceso y cuáles fueron las dificultades que se presentaron en el camino.

Por último en la parte inferior del cuadro se hace mención a los aprendizajes que me dieron además la posibilidad de elaborar una conclusión de aspectos a mejorar sobre lo vivido.

Tabla 2

Acciones, logros, dificultades y aprendizajes en el transcurso de la experiencia.

Preguntas orientadoras	Acción concreta	Logros	Dificultades
¿Cómo fue la situación inicial de la práctica?	El ingreso al hospital fue en el contexto de practicante de la licenciatura de psicología de la UCC, bajo el rol de observadora no participante de procesos de intervención psicológica e interdisciplinaria dentro del equipo de salud mental del nosocomio.	Logré adaptarme a las labores diarias de los profesionales, y participar bajo mi rol las intervenciones que se llevaban a cabo en las diferentes áreas del hospital, guardia, internado, shock room y terapia de cuidados intensivos	Llevar a cabo los registros de campo, era dificultoso. Tomar excesivas notas delante de los pacientes no estaba permitido, como además no se me permitía el uso del celular dentro de las habitaciones o box de guardias, por tal motivo comencé a llevar libretas pequeñas en el bolsillo de la chaquetilla para poder registrar en los pasillos del hospital inmediatamente después de haber abandonado la habitación en la que se encontraba el paciente.
¿Cuáles fueron las propuestas por parte del equipo de salud mental hacia las practicantes?	Se nos propuso elaborar un trabajo de relevamiento de pacientes con conducta suicida y pacientes con consumo problemático	Fue posible y muy claro el registro y relevamiento de los pacientes que ingresaban al hospital con autolesiones.	No fue posible elaborar un registro claro, conjunto y cuantitativo de los pacientes que presentaban consumo problemático, ya que fue muy difícil establecer los criterios para realizar el relevamiento.
¿Que se realizó para hacer frente a las propuestas?	Para realizar el trabajo pedido por la institución se procedió a elaborar una planilla de registro con datos filiatorios, factores protectores, factores de riesgo y datos de la entrevista realizada con el paciente en el caso de las autolesiones. Este registro lo realizábamos las practicantes con la observación no participante de las intervenciones.	Se logró ordenar y clasificar la información de manera tal que se pudieron llevar a cabo gráficos que colaboraron con los datos precisados por el servicio.	Fue dificultoso registrar los casos en los que faltaban datos para el llenar las planillas, esta problemática se dio por diferentes factores, pero sobre todo porque nosotras no estábamos presentes todos los días en el hospital.

Preguntas orientadoras	Acción concreta	Logros	Dificultades
¿Cuáles fueron los resultados ?	Una caracterización del paciente con conducta suicida ingresado al hospital entre los meses de enero a octubre de 2022. (los casos de pacientes de enero, febrero, marzo y abril se registraron a través de historias clínicas y relato de los profesionales)	Los resultados fueron expuestos en el congreso anual del HMU, con la presencia de otros profesionales a cargo, además se presentaron los resultados a estudiantes de psiquiatría de la universidad de Villa María, en una clase a cargo del psiquiatra miembro del servicio. Además los datos obtenidos colaboraron con las jornadas de actualización en salud mental dictadas por miembros del servicio.	Los datos no resultaron suficientes para la presentación de un póster científico que nos habíamos propuesto elaborar conjuntamente practicantes y miembros del equipo, no se llegó con los tiempos y la ejecución concreta del trabajo.
¿Qué aspectos reforzaron la experiencia ?	La confianza brindada por profesionales del equipo, la posibilidad de estar presente en todas las áreas del hospital, ser valorada por mi formación como futura profesional y colega.	Ampliar mi conocimiento, llevarme un aprendizaje que no hubiese obtenido por otros medios que no hubieran sido práctica en terreno.	El tiempo que tenía permitido estar en el hospital (16 horas por semana aproximadamente) fue un factor fundamental y por momentos resultó limitante, lo destacó como una dificultad en la ejecución del proceso.
¿Qué aspectos debilitaron la experiencia?	Las constantes luchas gremiales	Comprender la importancia de la salud pública y el compromiso con el que trabajan los profesionales de la salud.	Por momentos las asambleas a las que estaban adheridos los profesionales de la salud pública, generaban una incertidumbre en cuanto a la continuidad y la presencialidad de la práctica.
¿Cuáles fueron los principales aprendizajes?	Las intervenciones ante el abordaje de la conducta suicida, dando cuenta de la multidimensionalidad de factores que conforman el comportamiento suicida sin dejar de lado la singularidad de cada sujeto.	Vencer el tabú que ronda el abordaje de pacientes con conducta suicida y ampliar mi formación para el trabajo interdisciplinario en esta línea. Contribuir a generar prevención a futuras conductas de riesgo suicida.	Batallar con el dolor de la pérdida, la angustia y la escasez de recursos profesionales de salud públicos disponibles para el abordaje de la salud mental.

IX. CONCLUSIONES

A modo de cierre, en primer lugar propongo dividir este apartado en tres partes.

El primer punto, abocado a transmitir los aprendizajes que me llevo desde la practica producto del análisis focalizado en, las intervenciones del psicólogo clínico que integra un equipo interdisciplinario de salud mental ante el abordaje de personas con conductas suicidas en un hospital público en el que se destaca la atención de urgencias.

A lo largo del trabajo fue claro comprender que dispositivos como la entrevista y la evaluación de riesgo son fundamentales para lograr elaborar un plan de acción para la persona en crisis suicida, el rol del psicólogo clínico es la escucha activa y dinámica, el trabajo conjunto con el sujeto, su entorno como así también con las diversas disciplinas que integran la guardia del HMU. Las intervenciones apuntan a valorizar la singularidad del sujeto sin dejar de lado el protocolo que se utiliza en la institución para generar seguridad y prevención de un riesgo suicida inminente.

Si bien el comportamiento o conducta suicida engloba las autolesiones, los intentos de suicidio y el suicidio (Gómez, 2018). El psicólogo clínico además posee la formación necesaria para poder evaluar las ideas suicidas en la entrevista, y pesquisar la intencionalidad del acto indagando acerca del hecho actual (por el cual se ingresa al hospital) y los antecedentes de autolesiones previas conjuntamente con la letalidad de los métodos utilizados. Estos parámetros generan un debate entre el servicio para poder agilizar la derivación y posterior seguimiento de la persona.

El segundo punto de esta conclusión, está destinado a plasmar la discusión que surge entre el análisis y el objetivo de analizar el trabajo interdisciplinario dentro de un SSM en un hospital público en el que se destaca la atención de urgencia, para ello se pudo observar cómo fue en avance desde el año 2000 cuando se da apertura al SSM y luego va tomando protagonismo la profesión de la psicología dentro del hospital y se comprende y respeta por parte de los demás profesionales (en su mayoría médicos), que la formación clínica que posee el psicólogo es la necesaria para ser un agente de salud y estar a la altura de los requerimientos de la institución, aunque en oportunidades deba trabajar en desventaja, ya que se apuesta mucho más a la inversión de nuevos recursos para el área médica que para el área de Salud Mental por parte de la Municipalidad de Córdoba quienes están a cargo del mantenimiento e innovación del lugar.

Así lo afirman las profesionales en la entrevista quienes advierten que aunque se dé lugar a la Salud Mental, no poseen por el momento sector de internación destinado a tal fin, en pocas palabras si una persona se encuentra en condiciones físicas de un alta, su salud mental no será motivo de permanencia en la institución.

Siguiendo con lo que respecta al trabajo interdisciplinario destaco la interconsulta como principal fuente de información de un paciente, y necesaria para conocer la demanda, esto se da constantemente por parte de enfermeros, médicos, personal de seguridad. “...La demanda nos antecede...” refería, el profesional A, en la entrevista sosteniendo que la demanda está constantemente en el hospital pero es necesaria e indispensable la interconsulta para conocer previamente aspectos generales de la persona antes de intervenir. La interconsulta más provechosa se da en el pase de revista al inicio de cada jornada, allí participan todos los profesionales a cargo y se da un debate ágil que permite integrar ideas que trascienden los límites de una sola disciplina, para elaborar un plan de acción e intervenir de manera inmediata.

El último punto de esta conclusión es destacar las características emergentes de este análisis de los sujetos que acuden a la guardia del HMU, por conductas autolesivas con el propósito de agregar valor al aprendizaje obtenido y colaborar con futuros registros por parte de la institución.

En el año 2020 se realizó por parte del servicio de salud mental, Anuch Caviche, Álvarez, Cocco, Piccinni, Remonda y Carnelutti (2020) del HMU una caracterización similar en cuanto a casos de conducta suicida, más que nada para enmarcar la problemática vivida por la pandemia por COVID 19 entre los meses de marzo a septiembre de 2020 se relevaron 55 casos, donde sostienen que la demanda de estos casos se dio en aumento ya que el aislamiento preventivo y obligatorio redujo el acceso a servicios de salud esenciales, esta información converge con los datos obtenidos en este análisis dado que, aunque la apertura de la atención en salud, en el año 2022, ya estaba restaurada en su totalidad los ingresos por autolesiones siguieron en aumento, ¿ podría pensarse que los incrementos se deben a las secuelas del aislamiento preventivo y obligatorio del año 2020?

Por otra parte los factores de riesgo más presentes en la caracterización realizada en este escrito son: *el abuso sexual*, (más presente en mujeres) en algunos casos acompañado de situaciones violentas de pareja e intrafamiliares y *el consumo problemático* de drogas (más presente en hombres), este último, según relato de las entrevistas, se acrecienta principalmente

por el cierre de IPAD (instituto provincial de alcoholismo y drogadicción) y la redistribución de estas personas en otras instituciones donde finalmente no pudieron continuar con los tratamientos vigentes, si bien no se podría establecer que estos factores tanto el abuso sexual como el consumo problemático, sean un predictor de autolesiones podemos pensar que predispone a la vulnerabilidad extrema de las personas que lo padecen.

Otro dato emergente, luego de haber trabajado en el análisis, es que la mayoría de los sujetos entrevistados recurrieron al consumo de psicofármacos como método de autodaño, y más de la mitad además refiere poseer un diagnóstico psiquiátrico previo.

Sin ánimos de asociar los trastornos mentales a la conducta suicida dejo el planteo para futuros análisis ¿ existe una relación entre las patologías psiquiátricas y las conductas suicidas? O bien ¿podemos pensar que la enfermedad mental constituye un factor de riesgo importante y los psicofármacos pueden resultar un método letal si no tienen el correcto seguimiento profesional cuando el sujeto atraviesa una crisis?.

Por supuesto que, estas son características que surgieron de este análisis pero no precisamente son con la intencionalidad arribar a resultados, sino que más bien colaborar con el conocimiento de la comunidad que acude al HMU.

Remarcando lo dicho por Gomez e Ibañez (2018) quienes sostienen que “se observa mayor riesgo cuando existe una combinación de factores, tanto en individuos como en grupos” (p28). Como se pudo observar en algunos de los sujetos expuestos en el desarrollo del TIF, donde convergen factores de riesgo como: conductas suicidas previas, problemáticas asociadas a las conflictivas familiares, consumo problemático y haber sido víctimas de abuso sexual.

Todos estos datos son de utilidad para conocer la comunidad, generar acciones de prevención y remarcar la necesidad de registrar de manera unánime los ingresos autolesivos de cada institución en la provincia, sea pública o privada, porque no solo contribuye a las estadísticas de la problemática si no que también nos enfrenta con la gravedad que representa.

BIBLIOGRAFÍA

- Altamirano, C., Medina, S., & Dines, M. (2020). Abordaje de la conducta suicida: el protocolo LRAMP. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-007/644.pdf>
- Álvarez ,G. (2021) Urgencias en salud mental. En L, Dionisio. *Psiquiatría para médicos: nociones clínicas, diagnósticas y terapéuticas*. (361-365). Tinta Libre Ediciones.
- Álvarez, G. Anuch, A. Carnellutti, S. Cocco, M. Piccinni, C. Remonda, M. Características de los intentos suicidio en el Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba en el contexto de la pandemia Covid-19. *Revista HUCba Órgano de difusión científica del Hospital Municipal de Urgencia*, 32, 18-22. http://www.hucba.com.ar/assets/files/Hucba-2020_IV_3.pdf
- Bobes García, J. Martínez Saiz, P. Portilla Gonzales, M, P. Bascaran Fernández, M, T. Buscoño García, M. (2004) Epidemiología de los comportamientos suicidas. *Comportamiento suicida prevención y tratamiento*. (11-22). Ars Medica.
- Bonilla, A. R. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Buendía, J. (1991). *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales* (Vol. 29) Ediciones Pirámide.
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica: perspectivas actuales*. Ediciones Pirámide.
- Chávez-Hernández, A. M., y Leenaars, A. A. (2010). *Edwin S Shneidman y la Suicidología moderna*. *Salud mental*, 33(4), 355-360. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3298212>
- Comisión de Salud Mental del colegio de Psicólogos de Córdoba, (2018). *Protocolo de atención en situaciones de crisis y/o urgencias en salud mental*. Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

- Daray, F., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias médicas*, 73(3), 205-11.
- De Psicólogos, F. E. D. A. (2003). *Psicología clínica y psiquiatría*. Papeles del Psicólogo.
- Degiorgi, G. (2019) *Hacia una historización de la profesión del psicólogo en la Argentina*. En Deontología, Ética y Legislación Profesional en la Psicología, Brujas, 1a ed.
- Durkheim, E. (1989). *El suicidio* (Vol. 37). Ediciones Akal. EDITUM.
- Eleta, G. (2018) Suicidio y epidemiología. En N, Stingo. G, Espiño. *Suicidios, perspectivas teóricas y clínicas*. Erga Omnes.
- Fuentes, J. (2014). El 40° curso recuerda al hospital de urgencias. *Revista HUCba Órgano de difusión científica del Hospital Municipal de Urgencia*, 3, 32-33. <http://www.hucba.com.ar/assets/files/HUCBA-2014.pdf>
- Gazzano, A. J, Abadi, M., Garma, A., Garma, E., , Rolla, E. H., y Yampey, N. (1973). *La fascinación de la muerte*. Paidós.
- Gómez Tabares, A. S., y Montalvo Peralta, Y. B. (2021). Orientación suicida y su relación con factores psicológicos y sociodemográficos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 469-493. <https://doi.org/10.21501/22161201.3236>.
- Gómez, A. Silva, H. y Amon R. (2018) *El suicidio teoría y clínica*. Mediterráneo.
- Jara Holliday, O. (2011) *Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias*. Biblioteca electrónica sobre sistematización de experiencias.
- Jara Holliday, O. (2006) *Como sistematizar una propuesta en cinco tiempos*. CEP Alforja.
- Klappenbach, H. (2006). Periodización de la psicología en la Argentina. *Revista de la Historia de la Psicología*, 27, 109-164. En Material Anexo de Deontología y Legislación Profesional.
- Ley 22.914. *Internación y egreso de establecimientos de salud mental*. (15 de septiembre de 1983).

- Ley 26.657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias* (25 de Noviembre de 2010). Boletín nacional N.º 32041.
- Ley 7106. *Disposición para el ejercicio de la Psicología.* (13 de Septiembre de 1984).
- Ley 9848. *Régimen de la protección de Salud Mental en la provincia de Córdoba.* (20 de noviembre de 2010).
- Ley 27.130. *Ley nacional de prevención del suicidio* (10 de septiembre de 2021). Boletín oficial N.º 34745.
- Martín Pérez, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233–250. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>
- Martínez, C. (2007) *Introducción a la suicidología*, teoría, investigación e intervenciones, Lugar editorial, La ed.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS. “*Salud mental en la comunidad, segunda edición*”. 49th ed; 2009 ISBN: 978-92-75-33065-4.
- Organización Panamericana de la Salud, (1992), *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10*. Decima revisión. OMS. (Publicación Científica ; 554)
- Pérez, V. M. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/298>
- Portilla Arroyo, J, I. (2004). Evaluación del riesgo de suicidio en los servicios de urgencias. En J, Bobes García. P, A, Saiz Martínez. M, P, García-Portilla Gonzales. M, T, Bascarán Fernández. M, Bousoño García. *Comportamiento suicida prevención y tratamiento.* (282-288) . Ars Medica.
- Resolución 2447. *Incumbencias de los títulos de Psicólogo y de Licenciado.* (12 de diciembre de 2014).

- Rios, L. (2015). ¿El “externo –interno” o se configura un intersticio? *Análisis del comité de bioética del hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba*. Una bioética de andar a pié. Análisis en torno a la biopolítica, <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/5424/Rios.pdf?sequence=3&is>
- Rivera, A G. H. (2015). *Suicidio: consideraciones históricas*. Revista Médica La Paz, 21(2), 91-98. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf
- Rossi, A. (2006). *Valoración del Riesgo de Suicidio*. Material compilado para cursos. UNC,UCC.
- Shneidman E, W. (1976). *Suicide*. En: Freedman A, M. Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive textbook of Psychiatry*, Vol II. New York. Williams and Williams.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Horne.

ANEXO 1

Protocolo de atención para intentos de suicidio.



PROTOCOLO DE ATENCION PARA INTENTOS DE SUICIDIO

La atención de una persona que realiza Intento de Suicidio^a (IS) es una situación compleja que amerita el abordaje interdisciplinario por las múltiples connotaciones que este conlleva.

Las situaciones de Autoagresión^b e IS presentan en la actualidad una incidencia mayor y los Servicios de Salud Mental tanto públicos como privados se encuentran limitados para abordar la demanda habitual. Los profesionales intervinientes deberán conocer los elementos mínimos para poder resolver adecuadamente este tipo de situaciones.

En primer lugar para todo paciente que ingresa a la Guardia de este hospital con diagnóstico presuntivo de Autoagresión o IS, se deberá consignar en la ficha de atención o historia clínica datos filiatorios tanto de él como de su acompañante: Nombre Apellido, DNI, Dirección, Teléfono. También deberá consignarse si posee cobertura de obra social o prepaga; esto facilitará efectivizar la derivación correspondiente.

Una vez realizado el examen médico pertinente, con las correspondientes derivaciones a las especialidades implicadas, se decidirá la necesidad de internación no del paciente o su permanencia para observación en sala de guardia. De inmediato se informará al Servicio de Salud Mental de esta situación.

El Servicio de Salud Mental evaluará la situación global del paciente y su entorno: se indagarán los siguientes factores: situaciones desencadenantes, antecedentes previos de autoagresión o I S, adicciones, ideación suicida^c, pensamiento de muerte^d, conductas impulsivas, características de personalidad, situación emocional, modalidad de vinculación del paciente, grupo de pertenencia o de contención; presencia de patología orgánica y/o psiquiátrica previa, tratamientos realizados, historia familiar o de allegados con antecedentes de suicidios^e. Como así también la letalidad^f del método empleado. Los datos mencionados resultan de importancia a la hora de decidir la estrategia terapéutica. **Es muy importante pesquisar durante la entrevista presencia o no de ideación suicida y de un plan como predictor de riesgo.**

Ante la eventualidad de no encontrar profesionales de salud mental en el hospital, el profesional actuante deberá tener en cuentas los puntos anteriormente mencionados.

Una vez registrada en la historia clínica el alta médica que motivó la intervención hospitalaria y en función de la evaluación psicopatológica realizada, se hará la derivación correspondiente para tratamiento a centro de salud mental privado o público.

Reviste no solo importancia medico legal sino de ética medica, que el paciente al momento del alta se retire acompañado por un familiar o adulto responsable, a fin de resguardar al paciente de actuaciones que puedan poner en riesgo, nuevamente, la vida o salud del mismo. El acompañante deberá firmar en la historia clínica que se compromete a acompañar al paciente a la institución a donde se lo derivó, aclarando su nombre y DNI, vínculo y teléfono. De no presentarse un adulto competente^g se deberá consultar a Servicio Social en los horarios del mismo. Fuera de este horario será responsabilidad del médico tratante informar la situación del paciente al juzgado de turno.

Al momento del alta debe quedar registrada en la ficha o Historia Clínica todas las prestaciones realizadas por los servicios intervinientes como así también las altas correspondientes quedando el Alta Hospitalaria a cargo de los servicios de Clínica Médica o Cirugía de acuerdo al caso.

Servicio de Salud Mental

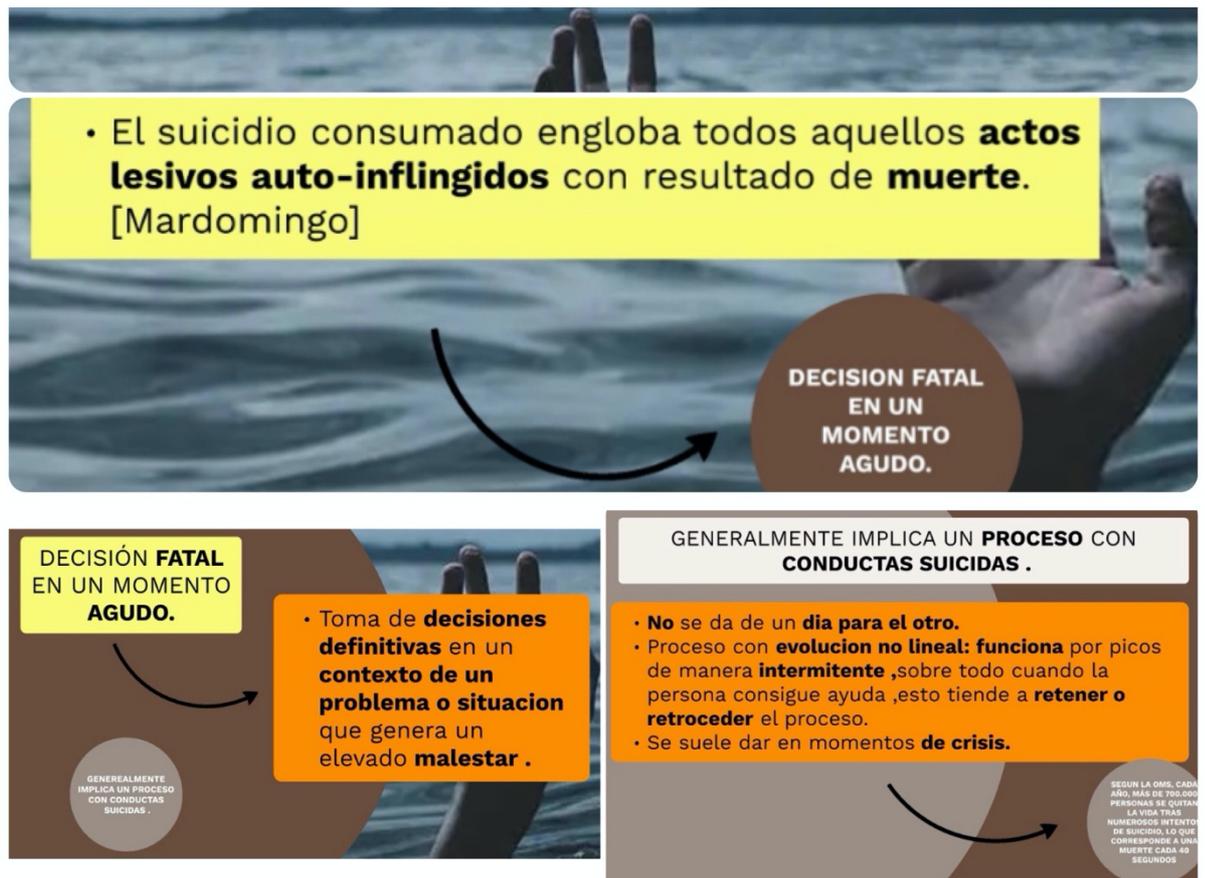
Hospital Municipal de Urgencias

El Servicio de Salud Mental realiza un registro de todos los pacientes asistidos, realizándose también un seguimiento telefónico dentro de las 48 horas, a fin de conocer el estado actual del paciente, informarnos si se pudo concretar la derivación indicada o las causas en caso de no haberse realizado. Para estos fines se ha confeccionado una ficha epidemiológica.

- ^a **Intento de Suicidio / Tentativa de Suicidio:** (IS) Comportamiento potencialmente autolesivo, sin resultado letal, en el que hay alguna evidencia, explícita o implícita, de que el sujeto tenía alguna intención de matarse.
- ^b **Autoagresión:** Toda conducta realizada por un sujeto con la intención de lesionarse.
- ^c **Ideación Suicida:** Pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o la amenaza de efectivarlo. Puede implicar riesgo de vida.
- ^d **Pensamiento de muerte:** ideación de la persona del desvalor de la vida propia y sin sentido vital.
- ^e **Suicidio:** Conducta autolesiva que da como resultado la propia muerte
- ^f **Letalidad:** Efectividad de que tiene el método implementado para causar la muerte.
- ^g **Adulto Competente:** familiar o allegado mayor de edad que acompaña al paciente al momento del alta hospitalaria y se responsabiliza de trasladarlo al centro de salud mental donde es derivado
- Actuación suicida:** Montaje escénico tendiente a producir angustia en el otro/entorno

ANEXO 2

Filminas presentadas en el congreso medico HMU, el día 4 de noviembre de 2022.





47 CURSO ANUAL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS 2022		
JUEVES 03 DE NOVIEMBRE DEL 2022		
	SALÓN AUDITORIO	SALÓN PUCARÁ
08 a 09 hs.	ACTO INAUGURAL	
09:00 a 10:30	ENFERMERIA Tema: "El perfil del enfermero de emergencias del Hospital de Urgencias". Disertante: Lic. Romero Urbano Tema: "Gestión del cuidado enfermero: habilidades que desarrolló al brindar atención a pacientes de alto riesgo". Disertante: Lic. Ríos Evangelina	SEM 107 Tema: "RCP sustentable" Disertante: TSEM: Alan Largini Tema: "107 Una mirada en números" Disertante: Coordinador General 107
10:30 a 11:00	BREAK	BREAK
11:00 a 13:00	Tema: "Intervención de enfermería en pacientes interdisciplinarios: abordaje transaccional y educación a la familia". Disertantes: Lic. Morales Patricia - Enf. Alvarez Flavia Tema: "Impacto y afrontamiento del personal de salud ante la muerte de un compañero". Disertante: Lic. Silipoti Dana Tema: "Proceso de capacitación y deserción en enfermería: una mirada desde la experiencia en Hospitales públicos y privados". Disertante: Lic. Gabriela Chioda - Lic. Ugolet Tania	FONOAUDILOGIA Tema: "Diarfagia secundaria a debilidad adquirida en UCI (DAUCI)". Disertante: Lic. Pamela Luciano
13:00 a 14:00	ALMUERZO	ALMUERZO
14:00 a 15:45	MEDICINA DE EMERGENCIAS Taller Teórico-práctico ACO, 19912 e interacción. Coordinadores: Dr. Fernando García Gómez, Dr. Andrés Camino, Dra. Paula Blanca Palomo Disertantes: Dra. Celeste Vignetta, Dra. Andrea Misa, Dr. Daniel Vioqueza, Dr. Juan Morales	SALUD MENTAL Tema: "Abordaje interdisciplinario en casos de violencia y accidentes con víctimas múltiples". Coordinador: Dr. Adrian Alouch Calista Disertantes: Carolina Pinedo (107), Guillermina Andueza (107), Hernán Candiotto (107), David Piniello (Planificación General de Defensa Civil)
15:45 a 16:00	BREAK	BREAK
16:00 a 17:15	Mesa redonda Interdisciplinaria: "Taller del A.B.C.D.E en una postmodernidad". Coordinadora: Dra. Paula Blanca Palomo Disertantes: Dr. Marcelo Rodríguez de Urrutia, Dra. Ana María Rodríguez (H. Interzonal), Gral. de Ar. - Mar del Plata. "Panelista": Dres. Fernando García Gómez, Carolina Camino, Sebastian Palomo, Adriana Lopez, Marcelo Villalba, Elias Chianale, Juan P. Rivaroli, Pablo Quintana, Juan A. Muñoz, Gustavo Mabus, Ariel Big, Noelia Guaredo."	Exposición: "Intervención psicológica con intentos de suicidio en el Hospital Municipal de Urgencias". Coordinadora: Julia Carqueval Disertantes: Carolina Pinedo, Gabriela Letime, Vanesa Lovasco
17:15 a 18:00	Tema: "Manejo del fuego en el 107". Comité de Desastres. Coordinadora: Brig. Lorena Miroslav. Disertante: Lic. Jorge Strassman (Def. Civ.) Panelista: Comité de Desastres	Exposición: "Abordaje comunitario de los consumos problemáticos en la ciudad de Córdoba". Coordinadora: Luciana López Disertante: Lucas Torrice



ANEXO 3

Fichas de sujetos atendidos en la guardia del HMU

La información presente en las siguientes fichas, se obtuvo a partir de las historias clínicas y entrevistas semiestructuradas con los sujetos, bajo la estricta supervisión de los profesionales a cargo del hospital. El consentimiento para el uso de estos datos es parte de la finalidad de la práctica, las fichas originales que contiene números de historias clínicas y datos filiatorios de cada persona fueron entregadas al servicio de salud mental del HMU, como parte de un aporte a sus datos estadísticos sobre la temática suicidio.

Es importante aclarar y reiterar que, en el ingreso de los pacientes al hospital se procede inmediatamente a la preservación de la vida, a la estabilización física con todos los cuidados médicos que eso conlleva y en un momento posterior se procede por medio de interconsulta, a la entrevista psicológica en la que se sigue estrictamente el protocolo vigente en el HMU.

Para cerrar, quiero resaltar que los nombres que figuran son ficticios para resguardar la identidad de las personas.

Datos personales: Ana

fecha: 08/08/22	Género: Femenino	Edad: 32
Obra social: Sin datos	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Estudiante universitaria
Nivel de escolaridad: universitario incompleto	Grupo familiar: ex marido, hija de 15 años	Medio por el que ingresa: Amiga

Método de autoagresión	Intoxicación con psicofármacos, alcohol y marihuana
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	Sin información
Ideación suicida al momento de la entrevista	Sí
Antecedentes de autolesión	Si
Resultado de análisis toxicológico	Marihuana, Benzodiazepinas y alcohol
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si
Refiere diagnóstico en salud mental	Si psicosis
Consumo de sustancias	Si Marihuana y alcohol
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Separación del marido hace dos semanas, brote psicótico en el 2020
Derivación:	Si al neuro equipo de lunes
Descripción general de la entrevista	Se separó hace unos días, la hija está con ella, está terminando el trabajo final de la carrera. Tiene tratamiento actual en el neuro los días lunes.

Datos personales: Benjamín

fecha: 18-06-2022	Género: Masculino	Edad:47
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba capital	Ocupación:
Nivel de escolaridad: sin información	Grupo familiar: Padre y 5 hermanos	Medio por el que ingresa: llega al HMU, por sus propios medios.

Método de autoagresión	Intoxicación con veneno para ratas
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Brote psicótico con alucinaciones perturbadoras
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	falta información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	En actual tratamiento integral en Neuropsiquiátrico provincial Córdoba, grupo 3.
Refiere diagnóstico en salud mental	Esquizofrenia
Consumo de sustancias psicoactivas	Sin información
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	No
Derivación:	Se deriva para atención de urgencia por guardia al Neuropsiquiátrico provincial Cordoba.
Descripción general de la entrevista	<p>El sujeto llega al hospital después de 4 días de haber tomado veneno, al momento de la entrevista no presenta elaboración tanática consciente.</p> <p>Paciente con evidente psicosis, impulsivo y con riesgo de paso al acto, abundantes síntomas positivos como delirios mesiánicos con el padre.</p> <p>En el hospital se procede a contrarrestar el efecto del veneno y se le proporcionan psicofármacos antipsicóticos.</p>

Datos personales Camila

fecha: 4/7/2022	Género: Femenino	Edad: 25
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba	Ocupación: desempleada
Nivel de escolaridad: Secundario completo.	Grupo familiar: Madre, hermanas, pareja y abuela.	Medio por el que ingresa: Llega por sus propios medios al hospital.

Método de autoagresión	Ingesta de psicofármacos, autolesiones en el cuerpo, consumo de alcohol y pastillas.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si, le envía un mensaje a la madre
Motivo desencadenante del acto	Refiere aparente pelea con la pareja
Ideación suicida al momento de la entrevista	Al momento de la entrevista no refiere querer quitarse la vida, comenta que ella toma pastillas solo para poder dormir. No menciona cortes.
Antecedentes de autolesión	Si menciona autoagresiones (heridas cortantes) anteriores e intoxicaciones.
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, consumo problemático de sustancias,
Consumo de sustancias	Si consumo
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Menciona abortos espontáneos.
Derivación:	A la clínica privada Saint Michel a cargo de su mamá. Para una internación involuntaria.
Descripción general de la entrevista	Refiere no haberse criado con su mamá si no con su abuela, tiene actualmente una pareja que la agrede (violencia de género), con su padre no mantiene el contacto, su novio (menciona su nombre) dice que no lo quieren en su casa porque la maltrata. Se procede a derivación, para internación involuntaria, luego de evaluarla el equipo de salud mental realiza diagnóstico presuntivo de trastorno límite de la personalidad

Datos personales: Daniela

fecha: 21/06/2022	Género: Femenino	Edad: 31
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital.	Ocupación: Trabajadora sexual.
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto.	Grupo familiar: 5 hijos a cargo, pareja	Medio por el que ingresa: 107

Método de autoagresión	intoxicación con psicofármacos y marihuana
Planificación del acto suicida	No
Aviso	no
Motivo desencadenante del acto	Refiere que la decisión la tomó luego de una pelea con su pareja
Ideación suicida al momento de la entrevista	si, amenaza con hacerse daño cuando salga del hospital.
Antecedentes de autolesión	cortaduras varias sin intención suicida, según relato de la paciente,
Resultado de análisis toxicológico	Marihuana y benzodiacepinas.
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si antecedente de tratamiento en la casa del joven
Refiere diagnóstico en salud mental	No refiere
Consumo de sustancias	Si, consumo habitual de marihuana.
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Trabajo sexual, pierde la tenencia de sus hijos
Derivación:	Se la deriva a la guardia central del neuro.
Descripción general de la entrevista	hace dos años vive en Mendoza con su pareja, se muda con dos de sus cinco hijos, los otros 3 se quedan con los papás de ella. desde los 16 es trabajadora sexual, el viernes anterior se peleó con su pareja, la internaron por guardia en salud mental. su papá es quien la busca, refiere ponerse agresiva cuando se enoja, que siempre le pasa lo mismo, hay ideación suicida activa al momento de la entrevista, poca conciencia de enfermedad, manifiesta un gran temor a que intervenga la senaf en la entrevista con su familia el padre refiere que presenta conductas agresivas e impulsivas con otras personas desde chica, se le da el alta el día 23 se ocupa de ella su papá.

Datos personales: Evelin

fecha: 11/08/2022	Género: Femenino	Edad:25
Obra social: No	Lugar de residencia: Buenos Aires	Ocupación: Desempleada
Nivel de escolaridad: Secundario completo	Grupo familiar: un tío,	Medio por el que ingresa: Su tío la ingresa al hospital.

Método de autoagresión	Consumo de psicofármacos, intoxicación.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	No refiere hecho puntual, pero hace alusión a que extraña mucho a su mamá que falleció de cáncer.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	Si, metió la cabeza dentro del horno
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si, realizó un tratamiento e internación en el sanatorio Morra, medicada con levotiroxina, Diazepam e inductores de sueño.
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, trastorno límite de la personalidad.
Consumo de sustancias	Consumo habitual de éxtasis y cocaína.
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Aparente abuso de su padre. (no queda completamente esclarecido)
Derivación:	Se realiza derivación a Neuropsiquiátrico por guardia con su tío como responsable del traslado.
Descripción general de la entrevista	Oriunda de Buenos Aires, luego de la muerte de su mamá se muda a Córdoba con su tío. Esta actualmente iniciando acciones legales contra el padre quien reside en Buenos Aires, y es allí donde tiene que volver a declarar. Hace 20 días había salido de la internación en el Sanatorio Morra (1 mes de internación), el día de ayer procede a tomarse toda la medicación del tratamiento.

Datos personales: Flavia

fecha:23-08-2022	Género: Femenino	Edad: 38
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital.	Ocupación: Emprendimientos propios.
Nivel de escolaridad: Universitario completo	Grupo familiar: Pareja conviviente/ hermana	Medio por el que ingresa: Es traída por su pareja.

Método de autoagresión	Intoxicación por consumo de psicofármacos
Planificación del acto suicida	No
Aviso	Si, realiza la ingesta delante de su pareja
Motivo desencadenante del acto	Manifiesta haberlo hecho (con angustia visible) por estar abrumada por problemas económicos y laborales.
Ideación suicida al momento de la entrevista	No es claro, ella manifiesta arrepentimiento por lo sucedido, pero a su vez comenta “estoy muy cansada me quiero morir”
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Marihuana, alcohol y opiáceos.
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si, tratamiento psicológico y psiquiátrico por depresión (un año) y borderline, medicada con trileptal, sertralina..
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, depresión y borderline (trastorno límite de la personalidad).
Consumo de sustancias	Alcohol
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	La muerte de su mama en 2008
Derivación:	Se la deriva a control de tratamiento con su equipo actual de psicólogos y psiquiatras. Con su hermana quien se hace responsable de la paciente.
Descripción general de la entrevista	La paciente manifiesta malestar y tristeza, a causa de “no llego a fin de mes”, Comenta que es licenciada en teatro pero trabaja en un kiosco que puso hace poco y refiere que el comercio no funciona, Su actual pareja y conviviente padece trastorno bipolar y está actualmente en tratamiento con litio, la paciente se intoxica frente a su pareja y cuando evoca el recuerdo, menciona en la entrevista que “me quería morir este pais no da, no llego a fin de mes”, y agrega “me puedo sentar”, alegando que se siente incómoda en posición horizontal en la camilla de la guardia. Una vez sentada

	<p>cambia la expresión y manifiesta “quiero ponerme la pilas” luego de lo ocurrido.</p> <p>Ella solo hace alusión al consumo habitual de alcohol, pero el análisis toxicológico revela el consumo de marihuana y opiáceos.</p> <p>Además, al hospital acude su hermana quien comenta que “viven en un desastre” que la pareja la conoció en la internación, que está cansada y le resulta muy difícil poder ayudarla, ya que, según el relato de esta hermana, consumen todo el día.</p>
--	--

Datos personales: Gabriel

fecha: 07/09/2022	Género: Masculino	Edad: 44
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba	Ocupación: Trabajador en relación de dependencia.
Nivel de escolaridad: Sin información.	Grupo familiar: 5 hijos con los que tiene relación, expareja, madre.	Medio por el que ingresa: Es ingresado por un familiar y 107.

Método de autoagresión	Ingesta de bicheron (veneno para matar pulgas y garrapatas) el diagnóstico se observa como intoxicación con cipermetrina.
Planificación del acto suicida	No manifiesta haber planificado el acto.
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	Se da una discusión con su ex pareja y decide. Agredirse en ese mismo momento y en la casa de esta.
Ideación suicida al momento de la entrevista	No, (manifiesta estar arrepentido)
Antecedentes de autolesión	Si dos anteriores
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si, realizo tratamiento en la clínica Saint Michel, internación. Y ambulatorio en el hospital Neuropsiquiátrico.
Refiere diagnóstico en salud mental	No, pero en el SSM se evalúa diagnóstico presuntivo de trastorno límite de la personalidad. Por relatos y entrevista con el paciente y la familia.
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Peleas constantes y relación conflictiva con la ex pareja.
Derivación:	A clínica de Salud mental para valoración de urgencia, se entregan las correspondientes derivaciones y la madre y hermano se responsabilizan de llevarlo.
Descripción general de la entrevista	<p>El paciente, ingresa al hospital y luego de unos días de aislamiento en terapia intensiva se procede a la entrevista, Ya que en los primeros días presenta alucinaciones producto de la sustancia que se utiliza para contrarrestar el envenenamiento.</p> <p>comenta que llegó a la casa de su ex pareja y que observó por la ventana que ella estaba acompañada por otra persona, en ese mismo momento el ingresa se da la discusión donde</p>

	<p>decide encerrarse en el lavadero donde amenaza con quitarse la vida, la ex pareja llama a su familia, pero el de todas maneras ingiere el veneno desencadenando así el ingreso al hospital y poniendo en riesgo la vida,</p> <p>El día 17 se realiza otra entrevista donde el paciente está orientado en tiempo y espacio y recuperado físicamente de las lesiones, se determina que está en condiciones de pasar a piso, pero se requiere presencia permanente de un familiar por seguridad durante la internación.</p> <p>Se explora contando detalles de su relación, pero no comenta ideación suicida. Se le comenta la necesidad de volver a un tratamiento y el paciente accede a colaborar para recibir ayuda profesional.</p> <p>Comenta haber tenido dos intentos previos de quitarse la vida uno en paralelo con una crisis de pareja y un segundo intento autolesivo (cortes) al inicio de la pandemia el refiere por “pico de estrés “</p> <p>La familia en su relato comenta que la ex pareja” lo vuelve loco” que él se recupera, pero ella vuelve a buscarlo. Además, el paciente aporta datos de la situación conflictiva de pareja.</p> <p>Además, agrega que dejó sus medicaciones, la hermana comenta que no tiene psicosis.</p> <p>Se dan numerosas entrevistas con los familiares para realizar derivación y todos se comprometen a ayudar.</p>
--	---

Datos personales: Helena

fecha: 03/07/2022	Género: Femenino	Edad: 21
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba	Ocupación: Estudiante
Nivel de escolaridad: Terciario incompleto.	Grupo familiar: Convive con la madre.	Medio por el que ingresa: Acompañada por un familiar

Método de autoagresión	Consumo de psicofármacos lo que provoca depresión del sensorio.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	
Motivo desencadenante del acto	En su relato refiere haber tenido una “crisis”.
Ideación suicida al momento de la entrevista	No, ella dice “no quiero morirme ya fue”
Antecedentes de autolesión	Si en el 2020 consumo de clonazepam.
Resultado de análisis toxicológico	Alcohol y marihuana
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si realizo tratamiento psicológico y psiquiátrico.
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, depresión
Consumo de sustancias	Si
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	No refiere.
Derivación:	Si a tratamiento
Descripción general de la entrevista	<p>Ingresa a la guardia acompañada de un familiar, refiere consumo de medicamentos con la finalidad de suicidio, /15hs/, consume sertralina, oxamacepina y amoxidal, es su segundo intento. A la noche también comenta que consumió alcohol.</p> <p>Estudia para paramédico le queda solo una materia, además comenta que está en tratamiento psicológico y psiquiátrico hace dos años, aunque va cambiando de profesionales, Refiere que lo sucedido fue una crisis por todo, “ya fue no quiero morirme “, no está en pareja aunque sí ha a estado un tiempo, vive con su mama de 45 años y agrega “ella está en su mundo y yo en el mio”.</p>

Datos personales: Irene

fecha: 3/7/2022	Género: Femenino	Edad: 18
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba capital.	Ocupación: Estudiante.
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Padre, madre 2 hermanos de 16 y 21.	Medio por el que ingresa: Ingresa acompañada por su madre.

Método de autoagresión	Ingesta de medicamentos (antibióticos)
Planificación del acto suicida	No
Aviso	Si da aviso a la madre.
Motivo desencadenante del acto	Se entera que la madre tuvo un accidente.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si ella refiere "ya no tengo sentimientos"
Antecedentes de autolesión	Si, cortés
Resultado de análisis toxicológico	No se realiza
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si realizo tratamiento por depresión.
Refiere diagnóstico en salud mental	Depresión y trastorno de ansiedad.
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Si refiere bullying en la escuela, y abuso sexual del un tío, hermano de su papa.
Derivación:	Si realizamos derivación, la madre se hace responsable de llevarla, se la deriva a casa del joven como también se le informa y recomienda de los programas de terapia DBT, vigentes en el viejo hospital san roque.
Descripción general de la entrevista	<p>Ingresa acompañada de su madre por ingesta de 15 comprimidos de un medicamento antibiótico, (ciprofloxacina) en contexto de crisis por conflictos familiares.</p> <p>Refiere estar actualmente en tratamiento en la casa del joven desde hace un año, acude allí los miércoles, no estuvo internada hasta el momento.</p> <p>comenta que intentó varias veces suicidarse mediante cortes, refiere que los psicólogos que la atienden dicen que su estado se debe a su relación con su padre. Actualmente vive con su</p>

	<p>madre y hermana menor. Su papá y hermana mayor viven en otro lado.</p> <p>refiere “deje de sentir”, “deje de tener sentimientos”, trato de arreglar todo y eso me estresa, no tiene donde “desahogarse” dice.</p> <p>Su mamá está en pareja, pero aparentemente, según relato de la paciente, la relación entre la madre y este es conflictiva y violenta.</p> <p>Comenta conflictos en la escuela, al parecer no tiene amigos.</p> <p>Realizamos además entrevista con la madre en la sala de espera del hospital, comenta que ella le avisa que tuvo un accidente y ahí su hija decide matarse, cuando la madre llega a la casa la encuentra e ingresan a la guardia. La madre es la que comenta que ella tiene conflictos en la escuela y hace hincapié en el abuso.</p> <p>Además, se habla con la madre de la importancia de que su hija continúe con el tratamiento en la casa del joven, ella se compromete a llevarla y acompañarla.</p>
--	---

Datos personales: Julia

fecha: 4/ 7 / 2022	Género: Femenino	Edad: 26
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba capital, oriunda de Jujuy.	Ocupación: Estudiante universitaria.
Nivel de escolaridad: Universitario incompleto.	Grupo familiar: Madre la cual vive en Jujuy. Dos hermanas con las que convive.	Medio por el que ingresa: 107

Método de autoagresión	Consumo de psicofármacos, sertralina y ácido valproico.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si le envía mensajes a la familia “los quiero mucho” .
Motivo desencadenante del acto	Sin información.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Sin información del paciente, (la entrevista se da por teléfono con la madre donde ella refiere que su hija ya no desea matarse)
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Figuran únicamente los psicofármacos ingeridos.
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si desde hace tres años.
Refiere diagnóstico en salud mental	Bipolaridad diagnosticada hace 3 años.
Consumo de sustancias de abuso	No.
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Sin información.
Derivación:	Sin datos
Descripción general de la entrevista	<p>La información de esta paciente es obtenida a través del psiquiatra del equipo que estaba de guardia, a quien se le realizan las preguntas para llenar la ficha, además nos sugiere llamar a la madre y comentarle que a fines de obtener información relevante le realizaremos algunas preguntas a lo que la madre de la paciente amablemente accede.</p> <p>Allí la señora nos comenta, que su hija estuvo un año en la carrera de medicina, la deja y luego ingresa al traductorado.</p> <p>Además agrega que en pandemia y post pandemia su hija estuvo aislada, bajoneada, acompañada por profesionales,</p>

	<p>pero deprimida y estresada.</p> <p>La madre también pide por la privacidad de su hija, que no ingresen amigos a verla y que no se diga nada si alguien llama para conocer detalles.</p>
--	--

Datos personales: Kevin

fecha:02/09/2022	Género: Masculino	Edad: 29
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba capital.	Ocupación: Desempleo
Nivel de escolaridad: Terciario	Grupo familiar: Madre, padre, hermanos.	Medio por el que ingresa: Hermana.

Método de autoagresión	Ingesta de alcohol , una botella de vodka.
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Problemas familiares varios
Ideación suicida al momento de la entrevista	Ambivalencia, dice que no quiere morir pero está cansado de la situación, dice que solo quería relajarse.
Antecedentes de autolesión	Si, cortés, ahorcamiento.
Resultado de análisis toxicológico	Alcohol 2,6.
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si desde hace tiempo, tratamiento integral y una internación de un mes en sanatorio morra. Medicado actualmente con miorrelajantes, y antipsicóticos.
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, esquizofrenia, bipolaridad y toc.
Consumo de sustancias de abuso	Alcohol, marihuana.
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Violencia por parte del padre con quien actualmente tiene una restricción.
Derivación:	Si a valoración de urgencia por riesgo suicida a guardia de salud mental. (morra)
Descripción general de la entrevista	<p>Paciente que al momento de la entrevista se encuentra ansioso, refiere estar cansado de los médicos, de la situación “todos los médicos me dicen algo distinto”, me duele la columna”. Eleva la voz.</p> <p>Comenta además que padece de toc, “iba por la calle y tenía miedo de hacerle algo a alguien”.</p> <p>Agrega tener problemas familiares y estar viviendo en lo de la abuela, luego de ponerle la restricción al padre, en la entrevista se encuentra presente la madre del paciente quien está más tranquila y aporta datos de la internación, medicación y lugar de tratamiento.</p> <p>“Me tome una botella de vodka para relajarme, me quede sin</p>

	<p>casa”.</p> <p>Se pone nervioso cuando le comentamos que sería conveniente un control con su equipo tratante de salud mental, el momento se torna tenso, nos acercamos a la puerta, el paciente mueve las manos y brazos con mucha energía, luego de unos minutos se tranquiliza.</p> <p>Presenta tatuajes de escritos, según su relato “son rusos”, en las manos, y además varios cortes visibles.</p>
--	---

Datos personales: Laura

fecha:04/09/2022	Género: Femenino	Edad: 42
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba capital	Ocupación: Empleada doméstica.
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Separada y convive con un hijo.	Medio por el que ingresa: 107

Método de autoagresión	Consumo de psicofármacos.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Sí mensajes.
Motivo desencadenante del acto	Pelea con la pareja.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	Si varios intentos previos.
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si en tratamiento en Neuropsiquiátrico provincial.
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, trastorno de bipolaridad.
Consumo de sustancias	No.
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	abusos, su infancia y adolescencia transcurre en un hogar de menores donde luego es trasladada y pierde el contacto con una hermana que actualmente sigue buscando.
Derivación:	Benito Soria.
Descripción general de la entrevista	<p>Se la entrevista varios días, ella comenta que acaba de escribir un libro de su vida, donde plasma los abusos que sufrió de niña y el abandono de su madre en un instituto de menores, lo que la motiva a seguir viviendo es encontrar a su hermana a quien vio por última vez cuando tenía 5 años. Estuvo internada 3 veces en el neuro, en el grupo de los jueves, la primera crisis la tuvo en pandemia. Habla de su trabajo y dice que atiende la limpieza de 7 casas de familia, está terminando el secundario.</p> <p>Habla de su maternidad y dice que su primera hija la tuvo a los 14, habla de su ex pareja, a quien no ve hace bastante, Tanto la hija como su hijo acuden al hospital y se va con</p>

	<p>ellos.</p> <p>Comenta que gracias a un profesional de la salud que la atiende hace unos años, le inspira confianza y así ella puede hablar de lo que le paso.</p> <p>Él la inspiró para escribir su libro.</p>
--	---

Datos personales: Mariana

fecha: 4/09/2022	Género: Femenino	Edad: 45
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital.	Ocupación: Trabajo independiente, maneja un Remis.
Nivel de escolaridad: Secundario completo.	Grupo familiar: Vive sola, tiene un hijo de 20 años y una hermana.	Medio por el que ingresa: La traen la hermana y el hijo.

Método de autoagresión	Consumo de psicofármacos. (Litio)
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si carta.
Motivo desencadenante del acto	Refiere problemas económicos.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si, idea activa de muerte.
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Sin información.
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si, recurre a tratamiento integral psicológico, psiquiátrico y farmacológico desde el 2009. Está actualmente medicada con sertralina, litio, diazepam, levomepromazina.
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, bipolaridad desde 2009.
Consumo de sustancias	Si, tabaco y dos litros de coca cola por día.
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	No refiere.
Derivación:	Si, equipo 3 del neuro.
Descripción general de la entrevista	Se entrevista a su hermana quien refiere que la paciente vive desorganizada en situación de dejadez.

Datos personales: Nadir

fecha: 10/09/2022	Género: Masculino	Edad: 60
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba capital	Ocupación: Trabajador independiente.
Nivel de escolaridad: Secundario completo	Grupo familiar: Hermana	Medio por el que ingresa: 107

Método de autoagresión	Intoxicación con psicofármacos y alcohol.
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	La muerte de su madre en febrero y la separación de su pareja en agosto, luego de 19 años juntos.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	Si hace un año la misma modalidad.
Resultado de análisis toxicológico	Alcohol
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si en tratamiento medicado con clonazepam y sertralina.
Refiere diagnóstico en salud mental	Si bipolaridad y depresión.
Consumo de sustancias	Alcohol.
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	La muerte de su madre, la separación y refiere otros problemas personales.
Derivación:	Si a la clínica San Nicolas.
Descripción general de la entrevista	<p>Comenta que se divorcia de su pareja despues de 19 años juntos, se define homosexual y con antecedentes de depresión.</p> <p>Está actualmente en tratamiento con la Dr. (...), vive en el departamento de su ex cuñada que trabaja en Santa Fe.</p> <p>Deja la medicación, tiene problemas en la vista, debe dejar de trabajar como pastelero, (su ex también es pastelero), y ahora se dedica al reciclaje.</p> <p>Se divorcia por celos hacia su ex pareja comenta que el se hizo depilación definitiva con otro hombre y eso desató una crisis en la relación.</p>

Datos personales: Órnela

fecha: 13/10/2022	Género: Femenino	Edad: 18
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba capital	Ocupación: Estudiante universitario
Nivel de escolaridad: Universitario incompleto	Grupo familiar: madre, padre, padrastro, hermanos.	Medio por el que ingresa: Familiar la ingresa

Método de autoagresión	Consumo de medicamentos, paracetamol.
Planificación del acto suicida	Si llevaba meses planificando
Aviso	Si deja cartas y dibujos, uno de los dibujos se puede observar su familia y ella con una línea hacia arriba como despegada de la base del suelo.
Motivo desencadenante del acto	Falta de motivación, mal rendimiento en un parcial de la facultad.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Sin informacion
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Si, maltrato y abuso en la infancia por parte de un familiar.
Derivación:	Si, se deriva a inicio de tratamiento a Neuropsiquiátrico Córdoba para valoración de urgencia por riesgo suicida, la madre se responsabiliza.
Descripción general de la entrevista	Refiere falta de motivación le fue mal en un parcial de la facultad y eso desencadenó la toma de 15 gramos de paracetamol, agrega que sus hermanos son como sus hijos, y con su mama se lleva bien, le comentamos que sería de gran ayuda iniciar un tratamiento integral psicológico y psiquiátrico y ella accede. Refiere haber sufrido abusos y maltratos en la niñez, pero no refiere por parte de quien. La madre acude a la entrevista con los cuadernos de la hija donde se observan los dibujos y las despedidas.

Datos personales: Paola

fecha: 4/10/2022	Género: Femenino	Edad: 22
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba capital	Ocupación: Empleada
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Padres, hermanos, 2 hijos a cargo.	Medio por el que ingresa: Familiar

Método de autoagresión	Consumo de medicamentos paracetamol
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Pelea conflictiva familiar y con la ex pareja por el cuidado de los hijos.
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	No
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	No refiere
Derivación:	Se la deriva al neuropsiquiátrico para valoración para inicio de tratamiento y se le sugiere otras alternativas en consultorios externos municipales cerca de la casa.
Descripción general de la entrevista	La entrevista no es fluida, ella está desafectivizada no moviliza angustia, se le sugiere la importancia de conseguir ayuda para ser escuchada, conseguir herramientas para tomar decisiones ella accede, se elabora plan de derivación y posibilidades.

Datos personales: Roberto

fecha:01/10/2022	Género: Masculino	Edad: 59
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital.	Ocupación: Trabajo en dependencia, albañil.
Nivel de escolaridad: Secundario completo	Grupo familiar: Ex pareja, hermano, hija, cuñada,	Medio por el que ingresa: 107

Método de autoagresión	Cortes en el cuerpo con arma blanca.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si, envía fotos a un amigo, dejas cartas.
Motivo desencadenante del acto	Duelo por separación, sentía que sin ella no iba a poder seguir.
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	No
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Se entristece al pensar en la separación (llora)
Derivación:	Si, a inicio de tratamiento
Descripción general de la entrevista	Comenta que trabaja hace muchos años en una empresa, que tiene una hija de 20 años con su primera pareja, que se separó hace 20 días de su entonces actual pareja, se mudo solo, comenta en la entrevista. “Fui un tonto” “tengo que dar una vuelta de rosca”, se angustia llora, dice que en el momento que se corto llamo a sus amigos para pedir ayuda. Dice que no lo volvería a hacer, que quiere empezar tratamiento, lo cuida su mama, Dice que quiere tener una mejor relación con su hija.

Datos personales; Sonia

fecha:21/06/2022	Género: Femenino	Edad: 23
Obra social: Si	Lugar de residencia: Cordoba Capital	Ocupación: Trabajo en dependencia
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto.	Grupo familiar: Madre, hija de 3 años.	Medio por el que ingresa: Familiares.

Método de autoagresión	Consumo de medicación prescrita para la madre.
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	No refiere
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Benzodiazepinas
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si en el hospital privado en pandemia, medicada con sertralina
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Abusos intrafamiliares en la niñez. (una pareja de la madre)
Derivación:	A valoración por guardia central del neuropsiquiátrico.
Descripción general de la entrevista	No habla mucho, realizamos entrevista con la madre, quien refiere que le da a la hija de sus propias pastillas para poder dormir, Sonia sufrió abusos en la niñez por parte de la ex pareja de su madre, actualmente tiene un bebe de 3 años pero no está en pareja con el papa pero tiene una buena relación y trabaja en el negocio familiar de sus ex suegros, aunque ya quiere dejar. Su mamá está en el san roque haciendo un tratamiento por adicciones

Datos personales: Tatiana

fecha: 27/06/2022	Género: Femenino	Edad: 26
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital.	Ocupación: Venta de drogas (trabajo precarizado)
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto.	Grupo familiar: Pareja y dos hijos, no cuenta con familia de origen.	Medio por el que ingresa: Es traída por un vecino.

Método de autoagresión	Ingesta de psicofármacos.
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Pelea con la pareja.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Refiere “no quiero vivir más”
Antecedentes de autolesión	Si, cortes en varias oportunidades y envenenamiento.
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	Si, derivados de la cocaína
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Existe un historial de violencia de género intrafamiliar, la cual fue denunciada una vez en el polo pero sin seguimiento.
Derivación:	Se articula la derivación con el vecino que la ingresó al hospital, el cual se compromete a acompañarla al neuropsiquiátrico para valoración urgente por guardia.
Descripción general de la entrevista	<p>Ingresó al hospital luego de consumir 30 comprimidos de psicofármacos, es atendida por psiquiatría en primera instancia ya que presenta agitación psicomotriz.</p> <p>El vecino comenta que su marido es parapléjico, y que existen antecedentes de violencia en la familia de la paciente.</p> <p>Se articula con servicio social al conocer que en la casa hay dos menores sin el cuidado de un adulto responsable, una vecina se comunica y refiere ocuparse de los niños hasta que la madre esté en condiciones.</p>

	<p>Comenta que tiene dos hijos más que están a cargo de su madre con la cual no se habla hace años.</p> <p>Fue complicado armar toda la trama familiar que se presentaba en esta paciente, entender que el marido en su estado de todas maneras ejercía violencia ella.</p> <p>Pierde la tenencia de los hijos.</p>
--	---

Datos personales: Uriel

fecha: 29/06/22	Género: Masculino	Edad: 19
Obra social: No	Lugar de residencia: Cordoba	Ocupación: Desempleado
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto.	Grupo familiar: Mamá, papá, pareja, hermanas.	Medio por el que ingresa: Lo trae la familia

Método de autoagresión	Ahorcamiento con soga,
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Pelea con la novia, bajo los efectos del consumo de cocaína.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Sin información
Antecedentes de autolesión	Sin información
Resultado de análisis toxicológico	Marihuana y cocaína
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Sin información
Refiere diagnóstico en salud mental	Consumo problemático de sustancias, trastorno en el control de los impulsos.
Consumo de sustancias	Si cocaína, marihuana.
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Accidente grave en 2019, con diagnóstico de TEC grave, tuvo internación prolongada en el HMU, queda con secuelas de convulsiones.
Derivación:	Si, se lo deriva a tratamiento, según el barrio consultamos el recursero municipal y provincial, se obtienen posibles lugares llamamos por teléfono, buscamos un profesional que pueda atenderlo, además se le recomienda el centro del padre Oberlin.
Descripción general de la entrevista	La entrevista , se hace con los familiares, se habla de la historia de Uriel y comentan sobre el problema de las drogas. El acto se da aparentemente bajo los efectos del consumo y en una discusión que tiene con su novia, que además acaba de ser madre hace 10 días. Luego de buscar todas las opciones para posibles tratamientos se entrega toda la información anotada a la familia. También le comentamos que tenemos muy buenas referencias de la institución del padre Oberlin. Se observa buena predisposición y ganas de ayudarlo, por parte de su familia.

Datos personales: Víctor

fecha: 07/07/2022	Género: Masculino	Edad: 57
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba	Ocupación: Trabajo en relación de dependencia
Nivel de escolaridad: Sin información	Grupo familiar: Ex pareja y hermana.	Medio por el que ingresa: 107

Método de autoagresión	Veneno para ratas e inyecciones.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	Escucha voces de su mamá muerta que se lo quiere llevar.
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	Alcohol
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	La muerte de su mamá hace 8 años.
Derivación	Si se articula derivación a clínica privada, San Nicolas para valoración psiquiátrica e inicio de tratamiento.
Descripción general de la entrevista	<p>Vive en su lugar de trabajo, en un crematorio, lo trae el 107 se intoxica con veneno para ratas y se inyecta insulina, la obra social que tiene se la da su ex esposa que no lo hable, estan separados pero no divorciados (el aclara), tiene un hijo.</p> <p>Cuando se le consulta por lo sucedido dice "...quería irme..." agrega que la mamá se le murió en los brazos y él la tuvo que cremar, refiere tener problemas con su ex pareja.</p> <p>Planeo el acto y llamó al poder judicial para que lo vayan a buscar, escucha las voz de su mamá, y le dice " quiero que te vengas conmigo" hace un año que le habla.</p>

Datos personales: Wanda

fecha: 25/7/2022	Género: Femenino	Edad: 16
Obra social: si	Lugar de residencia:	Ocupación: Estudiante
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Madre, padre y hermano convive con ellos	Medio por el que ingresa: Sin información

Método de autoagresión	Se corta e intenta ahorcarse
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Abuso sexual
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	Si, cortes
Resultado de análisis toxicológico	Negativo
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	No, pero el equipo deja asentado por antecedentes, trastorno presuntivo de trastorno límite de la personalidad.
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Abuso sexual
Derivación:	Si, se la deriva a la clínica de la familia
Descripción general de la entrevista	<p>Se corta para sobrellevar la ansiedad, la paciente se muestra tranquila y colabora en la entrevista.</p> <p>Ella comenta que los cortes le permiten aliviar ansiedad y angustia.</p> <p>No se indaga en la historia de abuso pero si se le recomienda inicio de tratamiento.</p>

Datos personales: Xavier

fecha:24/7/2022	Género: Masculino	Edad: 44
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba	Ocupación: Sin información
Nivel de escolaridad: Sin información.	Grupo familiar: Padre, pareja.	Medio por el que ingresa: Lo trae un vecino.

Método de autoagresión	Ingesta de medicamentos
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	Sin información
Ideación suicida al momento de la entrevista	Sin información
Antecedentes de autolesión	Sí, intento de ahorcamiento
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si, en tratamiento desde hace varios años integral
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, trastorno bipolar
Consumo de sustancias	Si
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Accidente en 1995 donde falleció su hermano
Derivación:	Si, se deriva al equipo tratante en el dispensario del barrio en el que reside y en el que actualmente está en tratamiento.
Descripción general de la entrevista	<p>El paciente ingresa y refiere haber consumido la medicación prescrita para el tratamiento psicofarmacológico.</p> <p>Nos comunicamos con la profesional a cargo del actual tratamiento, y se le comenta la situación en la que ingresa Xavier. Ella se interioriza de lo ocurrido y ofrece predisposición a recibirlo para control de medicación y valoración de urgencia.</p>

Datos personales: Yamila

fecha: 2/8/2022	Género: Femenino	Edad: 21
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba	Ocupación: Estudiante universitario.
Nivel de escolaridad: Estudiante universitaria	Grupo familiar: Madre, padrastro, hermana y papá biológico.	Medio por el que ingresa: Es traída por la familia.

Método de autoagresión	Consumo de cocaína 3 grs
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	No refiere porque la entrevista se realiza con la familia, ya que ella se encuentra poco consciente.
Ideación suicida en la entrevista	Sin información
Antecedentes de autolesión	Si hace un año, cortes
Resultado de análisis toxicológico	Cocaína positiva
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si
Refiere diagnóstico en salud mental	Si trastorno de ansiedad desde la pandemia
Consumo de sustancias	Si cocaína
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Pandemia (la madre comenta que la pandemia fue terrible para ella)
Derivación:	Si va al sanatorio Morra para valoración de urgencia con sugerencia de internación por representar riesgo para sí y para terceros.
Descripción general de la entrevista	<p>La entrevista se realiza en la habitación del shock room, con la madre y el padrastro, comentan que está estudiando el en la universidad provincial, que siempre fue una alumna ejemplar, pero que la pandemia le hizo muy mal.</p> <p>La mamá dice que empezó a trabajar en un boliche del centro y que comenzó a consumir, que antes nunca había tomado ni siquiera alcohol.</p> <p>La toxicóloga nos comenta que los pacientes en este estado de consumo no siempre dicen la verdad, que en general alguien que consume cocaína en esa proporción se puede pensar que consume diariamente y no de manera esporádica como comentan los padres que ellas les dijo.</p>

	<p>Seguramente existe trastorno por consumo problemático de sustancias y no un consumo por hecho aislado.</p> <p>Además se articula derivación teniendo en cuenta las posibilidades de recursos económicos y obra social.</p>
--	---

Datos personales: Zulema

fecha: 17/8/22	Género: Femenino	Edad: 17
Obra social: No	Lugar de residencia:	Ocupación: Sin información
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto.	Grupo familiar Vive en un hogar de acogida desde los dos años.	Medio por el que ingresa: Trabajadora del hogar donde vive.

Método de autoagresión	Ingesta de medicamentos
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	No refiere
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	Si cortes en los brazos
Resultado de análisis toxicológico	Negativa para drogas
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, trastorno limite
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Abuso sexual
Derivación:	Si
Descripción general de la entrevista	<p>Vive en un hogar de acogida perteneciente a una ong, vive allí desde los 2 años, no sabe porque la sacan de su hogar.</p> <p>Cortes en los brazos, refiere tratamiento en saint michel y en la casa del joven,</p> <p>En la entrevista está tranquila y colaboradora, No refiere motivo desencadenante por la autolesión.</p> <p>Tiene 8 hermanos, la han abusado, y no quiere vivir, estaba angustiada cuando salió de la internación.</p> <p>Ingirió ibuprofeno, dipirona, certal, y antibióticos.</p> <p>Se queda en el hospital una acompañante terapéutica del hogar, y se articula con esta persona la derivación a reinicio de tratamiento.</p>

Datos personales: Adriana

fecha: 17/8/22	Género: Femenino	Edad: 38
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba	Ocupación: Sin información
Nivel de escolaridad: Sin información	Grupo familiar: Hijo de dos años a cargo y pareja	Medio por el que ingresa: Ingresa por sus propios medios

Método de autoagresión	Cortes en los brazos
Planificación del acto suicida	Sin información
Aviso	Sin información
Motivo desencadenante del acto	Sin información
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	Sin información
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si por consumo problemático
Refiere diagnóstico en salud mental	Si trastorno por consumo problemático
Consumo de sustancias	Si, cocaína
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Padre violento y su pareja actual violenta.
Derivación:	No se logra porque la paciente se fuga
Descripción general de la entrevista	<p>La entrevista se va haciendo en varios tiempos cuando la paciente está internada, en este caso se recabaron algunos datos y se procedió a efectuar los pasos del alta y derivaciones correspondientes pero la paciente se fugó del lugar por sus propios medios.</p> <p>Ella había ingresado por sus propios medios con cortes en ambos brazos y luego además comenta que sufre violencia de género por parte de su pareja.</p> <p>En el hospital la ingresan la estabilizan físicamente y dan aviso a salud mental luego del primer contacto se retira del hospital.</p>

Datos personales: Benicio

fecha: 16/8/2022	Género: Masculino	Edad: 20
Obra social: si	Lugar de residencia: Córdoba capital.	Ocupación: Estudiante
Nivel de escolaridad: Universitario incompleto.	Grupo familiar: Papa, mamá, padrastro.	Medio por el que ingresa:

Método de autoagresión	Ingesta de psicofármacos
Planificación del acto suicida	Si hace semanas venía planificando
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	No refiere, solo dice que no tiene motivación para nada
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, trastorno del sueño
Consumo de sustancias	Alcohol de vez en cuando
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	No
Derivación:	Si se articula con la familia y se sugiere internación en clínica de salud mental.
Descripción general de la entrevista	<p>La madre comenta que de chiquito que padece trastorno del sueño, ella le ayuda a dormir con meditación. Hace un mes que vive solo se dejó con su novia. Su novia estaba en tratamiento por trastorno bipolar y según relato de la mamá de Benicio ella estaba muy medicada.</p> <p>Se dejan con la novia el día que él se muda solo, y se toma los comprimidos y la llama a ella para contarle (a la ex).</p> <p>En la facultad le va excelente saca 9 y 10 y dice que en otro momento se hubiera puesto contento, pero ahora no le pasa eso. “deje de disfrutar ““el último tiempo me abrí”.</p> <p>Los padres refieren que tiene poca tolerancia a frustración Benicio refiere que no le interesa ni siquiera divertirse con sus amigos.</p>

Datos personales: Carla

fecha: 26/08/2022	Género: Femenino	Edad:18
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital.	Ocupación: Desocupada
Nivel de escolaridad: Secundario completo.	Grupo familiar: Abuela, padres separados.	Medio por el que ingresa: La ingresa un familiar

Método de autoagresión	Consumo de medicamentos, paracetamol.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si una carta
Motivo desencadenante del acto	No refiere
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	Si en cuatro oportunidades sin asistencia médica.
Resultado de análisis toxicológico	Negativo para drogas
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si previo, pero fue cambiando de profesionales
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, trastorno de ansiedad
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	La muerte del padre de un amigo, mientras ella estaba presente en la casa.
Derivación:	Si, se deriva a tratamiento y se articula con red familiar.
Descripción general de la entrevista	<p>“estoy cansada de la existencia”, la paciente comenta que averiguar por internet la letalidad del paracetamol, los padres están separados y viven en otro país, ella vive con la abuela en Argentina.</p> <p>Los padres son oriundos de Perú, luego viajan juntos a Argentina y se separan a los 3 años de Carla en una separación conflictiva.</p> <p>Carla habla mucho en la entrevista no se angustia, no llora y comenta que “quiero mejorar mi salud mental”, además comenta que tiene pensamientos automáticos que le dicen “sos estúpida”, “ya te va a ir mal”, agrega que ya tuvo otros intentos de suicidio, acudió a varios psicólogos.</p>

	<p>Cuando le consultamos por su familia ella habla de su mamá que ahora vive en España y que por lo ocurrido la madre vendrá a verla, y eso le genera culpa a Carla por el dinero que va a gastar la mama.</p> <p>Se le da el alta el 2 de septiembre, es un caso que se trabaja bastante con psiquiatría, por la desafectivización que presenta la poca expresión facial que se observa en las entrevistas, sin angustia y el discurso poco organizado.</p> <p>Se presume diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se deriva a tratamiento.</p>
--	--

Datos personales: Damián

fecha: 9/9/2022	Género: Masculino	Edad: 23
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Desocupado
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Padres, hermano	Medio por el que ingresa: 107

Método de autoagresión	Ahorcamiento
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	No consigue trabajo
Ideación suicida al momento de la entrevista	Verbalmente dice que no lo volvería a hacer, pero demuestra mucha impulsividad en la entrevista.
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Cocaína adulterada
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si en la cárcel
Refiere diagnóstico en salud mental	Trastorno por consumo problemático de sustancias
Consumo de sustancias	Si cocaína
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Estuvo privado de su libertad
Derivación:	Si a hospital san roque viejo
Descripción general de la entrevista	<p>El día 9 de septiembre se entrevista a la madre, la hermana también es paciente del hospital y actualmente está con respirador. La madre cuenta que Damián estuvo preso hasta hace poco, que últimamente se sentía discriminado por su altura y no conseguía trabajo.</p> <p>Trabaja algunas horas con los hermanos en una rotisería. La familia refiere que es muy impulsivo,</p> <p>Se lo deriva a san roque viejo para que lo vea el mismo psiquiatra que actualmente trata a su mama.</p>

Datos personales: Fabio

fecha: 13/9/2022	Género: Masculino	Edad: 38
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Policía
Nivel de escolaridad: Terciario	Grupo familiar: Pareja y 3 hijos	Medio por el que ingresa: Ambulancia

Método de autoagresión	Herida de arma de fuego en cráneo
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si, lo hace al frente de la pareja, a la que ya venía amenazando con quitarse la vida
Motivo desencadenante del acto	Discusión con la pareja
Ideación suicida al momento de la entrevista	No se realiza entrevista, permanece en terapia intensiva
Antecedentes de autolesión	Sin información
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	Sin información
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Sin información
Derivación:	No
Descripción general de la entrevista	<p>Se realiza entrevista con la pareja y familiares, comentan una relación familiar conflictiva, la pareja refiere infidelidades reiteradas y llevaron a una separación entre ellos muy complicada, donde ella agrega que muchas veces el le comento “si me dejas me mato”,</p> <p>Al momento de la entrevista con familiar, el paciente se encontraba internado en terapia intensiva con asistencia respiratoria,</p> <p>La pareja y otros familiares cercanos, reciben el parte diario, los médicos de terapia comenta que el estado es desfavorable aparentemente no hay actividad cerebral y nos comentan las</p>

	<p>pruebas que realizaron para dicho diagnóstico.</p> <p>Con la licenciada Ps3 hacemos un seguimiento de los familiares en la sala de espera con el correr de los días y se articula con servicios sociales para permitir el ingreso de los menores a la sala de cuidados intensivos, esta intervención es aprobada por algunos médicos y por otros no, finalmente servicios sociales expone la ley de derechos del niño y se procede a la visita.</p> <p>Luego el paciente es derivado a otra institución hospitalaria por lo que perdemos el contacto y seguimiento con los familiares.</p>
--	---

Datos personales: Elio

fecha:17/9/2022	Género: Masculino	Edad: 18
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Estudiante
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Padres	Medio por el que ingresa: Familiar

Método de autoagresión	Ingesta de psicofármacos (risperidona)
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	Ideas persecutorias alucinaciones auditivas
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	Si, intentó tirarse de un vehículo en movimiento
Resultado de análisis toxicológico	Negativo para consumo de drogas
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si en tratamiento desde hace años por diagnóstico de trastorno
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, psicosis, depresión, trastorno limite
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Hermana fallecida de cáncer
Derivación:	Si a clínica San Nicolas
Descripción general de la entrevista	<p>Hace algunos meses que está en tratamiento particular por ideaciones suicidas e ideas persecutorias.</p> <p>La madre comenta que tiene depresión desde hace años diagnosticada.</p> <p>El equipo de salud mental arriba a Diagnóstico presuntivo del paciente: brote psicótico.</p> <p>Desde niño posee el diagnóstico de psicosis y también trastorno límite de la personalidad.</p>

Datos personales: Guillermina

fecha: 4/9/22	Género: Femenino	Edad: 33
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Policía
Nivel de escolaridad: Terciario Completo	Grupo familiar: Padre y tío	Medio por el que ingresa: Es traída por el padre

Método de autoagresión	Ingesta de veneno para ratas
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si una carta
Motivo desencadenante del acto	Dice que tiene B24 Y piensa que se va a morir
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Positivo para Marihuana y benzodiazepinas
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si psicológico
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	Marihuana, Benzodiazepinas y cocaína consumo moderado
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Suicidio del hermano
Derivación:	Si a guardia central del neuropsiquiátrico
Descripción general de la entrevista	No hay información de la entrevista

Datos personales: Hada

fecha: 7/9/2022	Género: femenino	Edad: 13
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Estudiante
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Padre, madre y tres hermanos	Medio por el que ingresa: es llevada al hospital por un familiar

Método de autoagresión	Ingesta de psicofármacos
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Suicidio de una amiga
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	Si heridas en los brazos y piernas
Resultado de análisis toxicológico	No dosable
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si actualmente en tratamiento
Refiere diagnóstico en salud mental	Sin información
Consumo de sustancias	Tabaco
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Abusos, violencia intrafamiliar, suicidio de un hermano mayor
Derivación:	Si se articula con el hospital de niños y es llevada con el 107
Descripción general de la entrevista	Está bajo la tutela de senaf, refiere estar muy triste por la muerte de un amigo que se suicidó. Es sexualmente activa y comenta que tiene un chip anticonceptivo, refiere sentirse culpable por la muerte de su hermano. Refiere haberse dado a la fuga del hogar eva perón, hace referencia de la violencia familiar y abusos sufridos.

Datos personales: Ismael

fecha: 25/9/22	Género: Masculino	Edad: 21
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Bombero voluntario
Nivel de escolaridad: Estudiante universitario	Grupo familiar: Padres 2 hermanos	Medio por el que ingresa: lo ingresan los padres

Método de autoagresión	Ingesta de psicofármacos
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Se dejó con la novia hace un mes
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Sin datos
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si en el privado
Refiere diagnóstico en salud mental	Trastorno de ansiedad
Consumo de sustancias	Sin datos
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Sin datos
Derivación:	Si a guardia central
Descripción general de la entrevista	No se entiende bien Paciente poco colaborador no se puede entrevistar, comenta que llamó a la ex anoche para juntarse a cenar, y luego alrededor de la 1 de la mañana se intoxica. Está por recibirse de enfermera.

Datos personales: Jonatan

fecha: 9/22	Género: Masculino	Edad: 20
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba	Ocupación: Cartonero trabajo precarizado
Nivel de escolaridad: Primario	Grupo familiar: pareja hijo	Medio por el que ingresa: Ambulancia

Método de autoagresión	Ahorcamiento con cable en la calle desde un árbol
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Sin datos
Ideación suicida al momento de la entrevista	Está en el shock room no se logra concretar la entrevista, despierta llorando sin parar, no puede articular palabras no le sale la voz, lo único que llegamos a entender es que pide por su pareja.
Antecedentes de autolesión	Sin datos
Resultado de análisis toxicológico	Sin datos
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Sin datos
Refiere diagnóstico en salud mental	Sin datos
Consumo de sustancias	Si, cocaína, alcohol, marihuana
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Vive en situación de calle con el hijo
Derivación:	Sin datos
Descripción general de la entrevista	<p>Se comienza a trabajar con el paciente desde el momento que se despierta, llora y no para de llorar cuando abre los ojos, intenta hablar pero solo balbucea, logramos entender que quiere hablar con la novia.</p> <p>Hacemos contacto con la pareja y comenta que viven en situación de calle, ella pasa a verlo y él logra tranquilizarse.</p> <p>Se espera al día siguiente para continuar la entrevista.</p>

Datos personales: Karina

fecha: 29/10/2022	Género: Femenino	Edad: 47
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Trabajo en relación de dependencia
Nivel de escolaridad: Sin datos	Grupo familiar: Pareja e hijo	Medio por el que ingresa: la lleva un familiar

Método de autoagresión	Ingesta de veneno y kaotrina /intoxicación
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Problemas de trabajo, con la pareja y los hijos.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	Si
Resultado de análisis toxicológico	Sin datos
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Los hijos padecen de consumo problemático de drogas
Derivación:	Si, al neuropsiquiátrico provincial
Descripción general de la entrevista	<p>Refiere querer iniciar un tratamiento terapéutico, trabaja al cuidado de personas.</p> <p>Además entrevistamos a la madre y comenta que la hija está enojada con ella porque le pagó un viaje al exterior a la otra hija.</p> <p>La paciente en la entrevista se muestra angustiada llora, refiere tener dos hijos con problemas de salud y consumo problemático, y agrega “todo mal con mi pareja”</p> <p>Se da el alta con derivación a inicio de tratamiento.</p>

Datos personales: Leonardo

fecha: 29/9/2022	Género: Masculino	Edad: 30
Obra social: NO	Lugar de residencia:	Ocupación: Remis trucho
Nivel de escolaridad: Secundario completo	Grupo familiar: Padres, hija	Medio por el que ingresa: Lo ingresa un familiar

Método de autoagresión	Intento de ahorcamiento con cinto en el respaldar de la cama, en situación de efectos de consumo
Planificación del acto suicida	No
Aviso	Si, estados de WhatsApp
Motivo desencadenante del acto	El rechazo de la hija y el consumo problemático que refiere no poder manejar
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	Si, consumo de fármacos
Resultado de análisis toxicológico	Sin datos
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si en casa del joven
Refiere diagnóstico en salud mental	Consumo problemático
Consumo de sustancias	Si, cocaína
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	No refiere
Derivación:	Si a san roque viejo
Descripción general de la entrevista	<p>Se entrevista tanto al paciente como a su padre, el paciente manifiesta “estoy cansado, estoy hace tiempo en la nada”, agrega tener problemas con su hija y su ex pareja, >”el problema soy yo”, “pienso todo negativo”. Luego de la reunión de equipo de salud mental se presume trastorno depresivo conjuntamente con el trastorno por consumo problemático de sustancias.</p> <p>Con el padre se realiza entrevista y coincide con el relato del hijo, los papás lo quieren ayudar y con la PsI le comentamos que existen lugares muy buenos para el tratamiento, como el san roque viejo, le damos toda la info de días y horarios, además le comentamos de Aldeas.</p> <p>Ellos se comprometen a ayudarlo, primero les costaba entender que su hijo pueda no tener voluntad para dejar las drogas.</p>

Datos personales: Mariela

fecha: 12/5/2022	Género: Femenino	Edad: 46
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: desempleada
Nivel de escolaridad: Sin datos	Grupo familiar: 6 hijos	Medio por el que ingresa: 107

Método de autoagresión	Intoxicación con alcohol y psicofármacos
Planificación del acto suicida	No
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Comenta haber recibido mensajes de su ex pareja quien le ejerció violencia y estar al cuidado de sus dos hijos pequeños con discapacidad
Ideación suicida al momento de la entrevista	No manifiesta tener conocimiento de haber consumido sustancias con la intención de dañarse
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Sin datos
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si realizó tratamiento integral con psicofármacos
Refiere diagnóstico en salud mental	No
Consumo de sustancias	Alcohol
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Separación conflictiva
Derivación:	Si, se realiza derivación previo aviso al polo de la mujer.
Descripción general de la entrevista	<p>la paciente permanece muy sedada lo que provoca un relato poco claro, los hijos se presentan en el lugar y manifiestan que no es habitual el consumo de alcohol pero comentan una situación de crisis desencadenada por una separación de su última pareja y padre de sus últimos dos hijos (gemelos) que además padecen de discapacidad, y requieren atención médica domiciliaria otro dato a tener en cuenta es que la mujer ya había presentado denuncias por violencia y en los últimos días había recibido mensajes de su ex pareja que la pusieron en alerta y le generaron miedo y preocupación.</p> <p>La cuidadora de sus hijos está al tanto de toda situación.</p>

Datos personales: Nahuel

fecha: 9/5/22	Género: Masculino	Edad: 49
Obra social: NO	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Changas
Nivel de escolaridad: Sin información	Grupo familiar: ex suegra, hijos	Medio por el que ingresa: Ambulancia 107

Método de autoagresión	Cortes heridas de arma blanca
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	Pelea familiar en el domicilio de la ex pareja con quien tiene un hijo, y ella lo denunció por violencia de género, él se encierra y empieza a autoagredirse con un cuchillo.
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si
Antecedentes de autolesión	Si cortes en el cuerpo en otra oportunidad
Resultado de análisis toxicológico	Sin info
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	No
Refiere diagnóstico en salud mental	Consumo problemático de sustancias
Consumo de sustancias	Si cocaína, alcohol
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Prisión, separaciones conflictivas, procesado por ejercer violencia de género, hijos no reconocidos
Derivación:	Si al neuro
Descripción general de la entrevista	Descripción: el paciente ingresa con múltiples heridas autoinfligidas se lo estabiliza y se procede a evaluar al paciente de manera contextual con la familia, nahuel irrumpe en el domicilio de su ex pareja con la cual tenía una restricción, la familia manifiesta que ha teñido intentos previos de autolesiones como además consumo problemático de sustancias de abuso, estuvo privado de su libertad 3 años por ejercer violencia de género. El día 19-05 se lo vuelve a evaluar desde salud mental y se decide con el psiquiatra que el paciente vaya a la guardia del Neuro para comenzar un tratamiento o internación ya que el paciente representa un riesgo para sí o para terceros.

	<p>Vive aparentemente solo, tiene buena relación con la ex suegra, 1 hermana que acude a cuidarlo y 1 hijo. Mala relación con la ex pareja la cual posee un botón antipánico por amenazas y violencia de género por parte de Miguel.</p> <p>El paciente se va de alta con una derivación al neuropsiquiátrico, pero recién puede acudir cuando no presente condiciones médicas de cuidado. La hermana firma y se hace responsable de cuidarlo una semana en su casa y luego llevarlo a tratamiento. El paciente se retira medicado por el SSM.</p>
--	--

Datos personales: Marcos

fecha: 03/05/2022	Género: Masculino	Edad: 26
Obra social: No	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: trabajando en una lomiteria.
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Madre, hermanos	Medio por el que ingresa: Policía (da aviso una vecina)

Método de autoagresión	Ingesta de veneno, Ingesta de veneno para cucarachas y sustancias de abuso, cortes en los brazos y estaba a punto de ahorcarse cuando lo ven.
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	No
Motivo desencadenante del acto	Pelea con la madre
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si, dice que no esta arrepentido que lo volverá a intentar
Antecedentes de autolesión	Si, refiere haber intentado en otras oportunidades y que lo seguirá haciendo, expresa haberse cortado y amenaza con “salgo de acá y me tiro del puente” “estoy cansado”
Resultado de análisis toxicológico	
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si en el ipad
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, trastorno por consumo problemático
Consumo de sustancias	Si, cocaína y derivados
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Refiere que el consumo lo agobia, que estaba trabajando bien pero que no puede hacer otra cosa que consumir
Derivación:	Si, se llama a la madre ella confirma lo que su hijo dice acerca del problema que representa el consumo en su vida. Pero se compromete a llevarlo al neuropsiquiátrico para valoración por riesgo suicida.
Descripción general de la entrevista	Se llama a la madre del paciente quien acude a retirarlo se realiza una derivación al neuropsiquiátrico para realizar tratamiento, el paciente solicita ayuda, se lo observa angustiado y exaltado, además expresa que no quiere vivir más, la madre presenta buena predisposición para asistir al paciente y ayudarlo aunque manifiesta estar cansada ya que vende objetos de la casa para luego consumir.

Datos personales: Néstor

fecha: 8/6/2022	Género: Masculino	Edad: 35
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Trabajador independiente, productor de fiestas electrónicas
Nivel de escolaridad: Secundario completo	Grupo familiar: Padres, hermano, novia	Medio por el que ingresa: Ambulancia

Método de autoagresión	Intento de ahorcamiento en situación de consumo
Planificación del acto suicida	Sin info
Aviso	Sin info
Motivo desencadenante del acto	Sin info
Ideación suicida al momento de la entrevista	No expresa arrepentimiento, pero no responde si lo volvería a hacer
Antecedentes de autolesión	Sin info
Resultado de análisis toxicológico	Sin info
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si tratamiento con psiquiatra particular
Refiere diagnóstico en salud mental	Depresión, trastorno por consumo
Consumo de sustancias	Si
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	La muerte de un amigo asesinado, cuando ambos vivían en México
Derivación:	Si se realiza contacto con el psiquiatra de cabecera y se habla con la familia para seguimiento
Descripción general de la entrevista	<p>El paciente no hablaba, estaba bastante distante, en un primer momento ni siquiera se angustia, pero luego llora. Manipulamos el celular personal del paciente, con su consentimiento para contactar a los padres y cuando ellos llegan se muestran consternados y preocupados, dicen que no habla, que no se deja ayudar. La mama le dice “hola gochi “ “hola mi muchachito “ “ que paso mi muchachito”, mientras lo acaricia.</p> <p>Al paciente se le realiza un lavado de estómago, y una vez que está listo para el alta se vuelve a intervenir para asegurarnos que la familia lo acompañe a realizar tratamiento.</p> <p>Luego de más o menos un mes nos enteramos por redes sociales que Néstor murió, lamentablemente se suicidio.</p>

Datos personales: Oscar

fecha: 8/6/2022	Género: Masculino	Edad: 19
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Sin información
Nivel de escolaridad: Secundario incompleto	Grupo familiar: Padres	Medio por el que ingresa: Ambulancia

Método de autoagresión	Caída de altura, 8 pisos
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	Posible brote psicótico
Ideación suicida al momento de la entrevista	No se realiza entrevista
Antecedentes de autolesión	Si
Resultado de análisis toxicológico	Sin información
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si tratamiento integral
Refiere diagnóstico en salud mental	Si la madre comenta que padece esquizofrenia
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Sin información
Derivación:	No, el paciente permanece internado por 2 meses hasta que se deriva a otro nosocomio, las entrevistas se dan con los padres en todo momento.
Descripción general de la entrevista	<p>El paciente está 2 meses internado aproximadamente. La madre comenta que ya había amenazado con matarse, además sufre delirios y alucinaciones y en un posible brote psicótico mientras la madre estaba en el baño en un hotel donde estaban parando se tira del octavo piso.</p> <p>Al paciente se le realizan intervenciones quirúrgicas varias, pero el diagnóstico es reservado, la mamá comenta que hizo traer el poncho del cura brochero para cubrirlo por una semana porque "es milagroso". Además, agrega que está muy agradecida con el hospital por toda la atención que recibió.</p>

Datos personales: Pamela

fecha: 8/6	Género: Femenino	Edad: 25
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Profesional
Nivel de escolaridad: Universitario completo	Grupo familiar: Abuelos, hermanos y madre viven lejos, el papá se suicidó cuando ella era chica	Medio por el que ingresa: ambulancia

Método de autoagresión	Consumo de psicofármacos
Planificación del acto suicida	Si
Aviso	Si, llama a una amiga y a la ambulancia
Motivo desencadenante del acto	No manifiesta hecho puntual,
Ideación suicida al momento de la entrevista	Si, “no sabia que decirte”, “es la tercera vez que lo hago”, “me duele vivir”
Antecedentes de autolesión	Si
Resultado de análisis toxicológico	negativo para drogas de abuso
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si estuvo en tratamiento psicológico y psiquiátrico desde hace 6 años
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, ella refiere bulimia, trastorno de ansiedad y depresión
Consumo de sustancias	No
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	el suicidio de su padre cuando ella tenia 4 años, la distancia con su madre, abuso por parte de la pareja de su madre cuando era una niña, y otro abuso por parte del amigo de una amiga a los 19 años.
Derivación:	Si se realiza derivación a río IV, se contacta telefónicamente a su psicóloga y se averigua el nombre de los profesionales de salud a quienes se puede articular derivación.
Descripción general de la entrevista	Ella se expresa angustiada diciendo que le duele vivir y comenta los trastornos que padece además dice que está desmotivada pero que su trabajo le hace feliz. Llamamos a los abuelos ellos llegaron desde carnerillo y toman las riendas de la situación llegamos a la conclusión de que lo mejor es que ella se vaya con ellos y no se quede sola en Córdoba por el riesgo que representa.

	<p>Ella comenta que intentó quitarse la vida en 3 oportunidades anteriormente y que posiblemente lo vuelva a hacer.</p> <p>La abuela nos pone al tanto de todo el historial familiar la muerte de su hijo el padre de Pame, y todo lo que desencadenó esa muerte,</p> <p>La abuela comenta que Pame vivía con su mamá pero que no estaba en buenas condiciones por eso la llevaron a vivir con ellos cuando era chiquita.</p> <p>Actualmente no se lleva bien con su mama, pero la ve de vez en cuando, la abuela dice que la mamá de pamele le manda mensajes que son “terribles”.</p> <p>La abuela refiere que “la madre la descuido” y agrega “ella sufrió dos abusos”</p> <p>La paciente está de acuerdo con iniciar nuevamente el tratamiento e irse con los abuelos al pueblo</p>
--	---

Datos personales: Rocío

fecha: 15/6/22	Género: Femenino	Edad: 19
Obra social: Si	Lugar de residencia: Córdoba Capital	Ocupación: Trabajo en dependencia (bar)
Nivel de escolaridad: Secundario completo	Grupo familiar: Padres separados, hermano	Medio por el que ingresa: la ingresa el papa y se va a trabajar

Método de autoagresión	Ingesta de psicofármacos 60 pastillas
Planificación del acto suicida	Sin datos
Aviso	Si
Motivo desencadenante del acto	Conflictivo familiar
Ideación suicida al momento de la entrevista	No
Antecedentes de autolesión	No
Resultado de análisis toxicológico	Sin datos
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o actual	Si tratamiento e internación previa en clínica monovalente de salud mental
Refiere diagnóstico en salud mental	Si, trastorno de la conducta alimentaria, anorexia.
Consumo de sustancias	Alcohol ocasional
Hechos significativos que el sujeto refiera traumáticos	Sin datos
Derivación:	Si nos contactamos con el equipo tratante y la mama se compromete a llevarla a su casa y luego a la clínica
Descripción general de la entrevista	<p>La situación fue algo difícil, nos encontramos con rocío en la guardia y llamamos a la mama, cuando la mamá llega nos pide que al papa la llamemos nosotras que ella no tiene buen trato.</p> <p>Se queja de que la hija no tiene ropa para cambiarse “imaginate no la puedo llevar así a la calle” “está en remera, yo le puedo prestar mi campera pero necesito la ropa” refiere que rocío vive hace años con el papa y que estuvo internada en la clínica SM “porque ella se quiso internar voluntariamente” pero agrega que no está bien.</p> <p>Rocío está preocupada por saber si va a poder trabajar a la</p>

	<p>noche, le decimos que no, que lo mejor es que hoy descanse.</p> <p>Le comentamos la importancia que continuó el tratamiento luego de lo sucedido ella accedió.</p> <p>Rocío vive con el padre y el hermano, cuando lo llamamos al papá para avisarle que rocío ya podía tener el alta, el dice que está ocupado que se tuvo que ir de viaje por trabajo.</p> <p>El equipo realiza diagnóstico presuntivo de depresión.</p> <p>Le buscamos ropa en el lavadero del hospital para que pueda irse de alta. la mama lo agradece.</p>
--	---