

CRITERIOS DE INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA

Dra. Valeria I. POGGI

Especialista en psiquiatría adultos e infantojuvenil

Htal de Día del Centro Ameghino. Buenos Aires. Diciembre 2010

Casos Clínicos

Mariano. Pte que al momento actual tiene 12 años. Está en tratamiento en Htal de Día desde hace 2 años. Cuando llega al tratamiento es traído por sus padres, ya que dejó de concurrir al CET porque no podía permanecer allí por presentar episodios de auto y heteroagresión. El paciente tiene diagnóstico de TGD no especificado, no presenta prácticamente lenguaje. Pronuncia algunas palabras: ?Mama?, ?Yogurth?, ?música?. Es tomado en tratamiento, en el cual se intenta trabajar en espacio psicoterapéutico individual con grandes dificultades, ya que no logra permanecer en el Htal por períodos mayores a media hora. Se deriva a musicoterapia, produciéndose la misma dificultad, con el agregado, de que, en espacios como el de musicoterapia, frente a la presencia de objetos como la computadora, los teclados, etc; por momentos, intempestivamente, y sin previo aviso, intenta arrojarlos al piso, así como lo hace con el TV, o la computadora en su casa). En ocasiones, se producen episodios en los que Mariano pega a otros (el terapeuta, la mamá, una madre de otro paciente que se encuentra en el pasillo; muerde o se muerde). El paciente vive con ambos padres y un hermano mayor. Los padres, están muy presentes, y cuando se les sugiere la internación, no la aceptan.

Mariano no tiene antecedentes de internación psiquiátrica.

Respecto de su situación actual, los padres refieren que había adquirido lenguaje, y a los tres años comenzó con dificultades de integración en el jardín, que se fueron agravando hasta no poder terminar su pre-escolar porque no podía permanecer ni treinta minutos en el establecimiento. En el relato de estos padres, se fluctuaba entre que antes de esta última expulsión del CET (transitó por 3 CETs desde sus 6 años de edad), estaba todo bien, y algunos indicadores que iban surgiendo que daban la pauta de que Mariano desde muy pequeño era un paciente de gravedad (por ej: Al momento actual Mariano tenía episodios de masturbación que podían llegar a durar 4hs, luego surgió que desde chiquito que cuando se pone nervioso se masturba/ La madre refiere que Mariano presentaba a los 3 años llanto incoercible durante la noche, que hacía que ella se lo llevara a la cama, produciéndose la siguiente escena: ella lo intentaba aliviar, el padre gritaba y ?se ponía muy nervioso?, Mariano seguía llorando-esto encuentra un paralelo en algunas de las situaciones actuales, en las que Mariano, en estado de angustia, llora, se muerde, y pega o muerde a otros, buscando en esto un límite a su angustia que se manifiesta bajo el modo de un cuerpo desmembrado-Frente a esto la madre se deja pegar con una posición de extrema pasividad, y permite que el padre le pegue al hijo argumentando que él es nervioso y no tiene otro modo de pararlo.

Desde que el paciente es tomado en tratamiento, en las reuniones de equipo surge una y otra vez la pregunta y la demanda casi explícita por algunos terapeutas que atienden al paciente y otros que no, de considerar la necesidad de internar a Mariano. Yo (junto a Social), inicialmente desde el área específicamente de medicación, y luego como terapeuta del paciente, sostenía que la internación no la consideraba una intervención terapéutica, pese a la gravedad del caso, en principio, argumentando que este estado de cronicidad y agudeza a la vez, no se iba a modificar por la inclusión de este dispositivo, tomando en cuenta que los padres tampoco lo querían internar.

Se consideraba importante, dada la dificultad de abordaje en el Htal., sumar Acompañamiento Terapéutico domiciliario, y dado que Mariano tiene Obra Social, a partir de marzo de este año,

conseguimos que la OS. autorizara 4hs de acompañamiento, de lunes a viernes en el domicilio. Esto habilitó, trabajar junta a los AT, situaciones que se generaban en la casa, de desborde y violencia explícita y que concurría al Htal. acompañado por la madre y un AT (que esto alivió marcadamente a la madre). Pese, a la persistencia de la gravedad de Mariano, se iban consiguiendo algunos logros, la madre refería que Mariano había recuperado por momentos, la risa y cierta conexión con el medio. Esto, se produjo en paralelo con la aparición de otros episodios de Mariano, de estados de enajenación, en los que, según se refería, se ponía particularmente agresivo con el padre, se desbordaba y se mordía fuertemente. El estado de situación, respecto del equipo, y los padres, persistía del mismo modo. Algunos sugerían la internación, los padres y otra parte del equipo sosteníamos la apuesta ambulatoria.

Finalmente, una situación se precipitó en el Hospital. En una de sus tres sesiones semanales, Mariano presentó un episodio de agitación psicomotriz de tal gravedad, que se decidió la internación, sin encontrarse, en ese momento otra alternativa posible. Algo, se dio a ver de un modo que hasta ese momento no se mostraba: la agresividad del padre, los desbordes del niño, la pasividad de la madre. Y, en todo esto, la constante lucha, de ambos padres por la salud de su hijo, y la ausencia de recursos.

Mariano estuvo dos meses internado, con buena respuesta en algunos aspectos. Desaparecieron estos episodios cíclicos de agresividad hacia sí mismo y otros.

El paciente volvió a nuestro Servicio y algunos interrogantes se inauguran en el tratamiento.

Reconformación del equipo, espacios terapéuticos que se le ofertarán, horizonte terapéutico. Derivación.

2do Caso

Fernando, de 12 años, esta en tratamiento en Htal. De Día hace un par de años, viene derivado del dispositivo de internación de nuestro mismo hospital, su primera y única internación hasta el momento.

El niño vive con sus tíos abuelos, desde sus dos años de vida, a quienes nombra como papa y mama. De pequeño fue desvinculado, junto a su hermana menor de los cuidados de su madre, ambos fueron a vivir a un Hogar, y es desde el Hogar que se vinculan con estos tíos y dan en guarda provisoria a los dos niños. Esta situación judicial nunca se terminó de regularizar, situación que retorna constantemente en la historia del joven y en el tratamiento, dirigido hacia los terapeutas bajo el modo de pedidos reiterados de que desde el Hospital le consigamos otro lugar para vivir .

Fernando quedó sin escolarización en tercer grado del primario, por problemas de conducta.: es desafiante cuando un adulto intenta poner límites, quedando, en este movimiento, siempre excluido de la escena grupal. Pese a ello, en el transcurso del tratamiento en Hospital de Día, fue logrando apropiarse de espacios tanto individuales como grupales, obteniéndose objetivos terapéuticos personales, pero quedando, esto último en discordancia con la percepción que sus tíos/padres tienen de la situación, quienes refieren que todo está igual, y las amenazas de expulsión del niño, siguen circulando diariamente. Con los padres de Fernando, es el trabajo desde Servicio Social, lo que fue abriendo recursos y posibilidades. Fue y es muy importante no responder con internación psiquiátrica frente a esta demanda permanente del agobio que los padres vivencian en esta convivencia. Considero importante, en este caso, no responder con la internación por varias cuestiones.

- No presenta criterios de internación: riesgo para sí o para terceros.

- La internación es una amenaza de los padres hacia el menor, hubo que recuperar esto último como indicación del equipo de tratamiento, explicando que no podían ser ellos los que hicieran uso de un dispositivo que tiene incumbencias profesionales.

-Considero que haber abusado de la indicación de internación hubiera sido reforzar una escena de expulsión, sosteniendo un horizonte terapéutico contrario al buscado.

3er caso

Susana tiene 16 años al momento actual, está en tratamiento en Hospital de Día desde hace un año y medio. Es derivada desde el dispositivo de internación de nuestro Hospital, luego de un primer episodio psicótico, en el que a partir de cierta ?caída del padre? (quien se queda sin trabajo) empieza con ideas delirantes místicas y gran desorganización del pensamiento. Llega a Hospital de Día sin signos positivos de importancia, con predominio de síntomas negativos. Durante el primer año evoluciona muy favorablemente, se reinserta en el colegio, van desapareciendo la abulia, la anhedonia, la apatía. La psiquiatra decide retirar completamente la medicación. Su evolución es tan favorable, que la paciente no llegaba a participar de los espacios grupales que el dispositivo ofertaba, ya que se evidenciaba, en su apariencia neurótica, que estos espacios no eran para ella.

A mediados de este año, el padre se enferma de TBC, y junto a esto, Susana vuelve a presentar síntomas psicóticos positivos. Presenta franca ideación paranoide, ideas de contaminación, discurso incoherente. Se muestra interceptada. Llega a pedir quedarse en el Hospital para separarse de la familia, a la vez que me dice ?Vos me querés internar, me vas a dopar, pensás que estoy loca?. Frente a la ausencia, en cada evaluación, de franco riesgo, y, a la respuesta de continencia de la familia, quienes la traen siempre que se la cita y se muestran muy comprometidos con el Hospital; se decide apostar al dispositivo ambulatorio, considerándose terapéutico no responder duplicando la alarma que a la familia en ocasiones se le plantea frente a la locura, e incluyendo en el ir y venir de la familia, el compromiso compartido de la paciente, sus hermanos y su madre.

La internación psiquiátrica

Qué es?

Un dispositivo de tratamiento psicoterapéutico de máxima seguridad para el paciente, en tanto suele jugarse, la necesidad de intervenir respecto del cuidado del mismo, o de los otros (hay que excluir de este dispositivo la presencia de patología orgánica-aumenta el riesgo de vida).Comparable a una intervención quirúrgica, en tanto corte con el afuera, el lazo social. Esto último es lo que garantiza la eficacia, en muchas ocasiones, pero, a la vez, el mismo punto que puede ser obstáculo a futuro, en relación con la reinscripción, familiar, laboral, escolar, etc.

Cuándo?

Evaluar estado de tres elementos en juego:

-Presencia de riesgo para sí o para terceros.

-El alcance del dispositivo desde donde el terapeuta interviene.

-El alcance del dispositivo del paciente, tomándose en cuenta, familia, y grado de respuesta del paciente y familia a las intervenciones que se realizan.

El cruce de estas tres variables permitirán decidir acerca de la necesidad o no de un dispositivo de internación.

Para evaluar el primer punto: Riesgo para sí o para terceros, considero de utilidad. tomar la situación de tratamiento como una emergencia (guardia), lo cual permite ordenar la escena. Ubicar:

1) Quién consulta?

Tomando en cuenta la relación del paciente con la palabra:

-Si pide por sí mismo

-Si otro pide por él

-Si es llevado contra su voluntad.

- Si hay una demanda de internación, de quién es y porqué se hace?

2) Intentar establecer coordenadas desencadenantes, que llevan a que uno piense en el dispositivo de internación.

Ubicar: ¿Por qué ahora?

3) Antecedentes

-Del paciente

-Del problema

-De las respuestas que se dieron al problema

-Significado de la internación para el paciente. Si ya estuvo internado, si fue positivo o no.

Algunos pacientes como las personalidades límite pueden hacerse dependientes del Htal y regresar para ser internados a cada dificultad que les surja Tomar en cuenta. ¿Cómo percibirá el paciente el hecho de no ser hospitalizado? ¿Si él ha pedido el ingreso le causará la no admisión el sentimiento de ser rechazado o abandonado? ¿Progresará un gesto suicida hacia un intento peligroso? Aquí, una posibilidad es hacer algunas intervenciones alojando, interviniendo con algunas maniobras terapéuticas y desplazando la decisión a 24hs, siempre, en situaciones agudas armar plazos cortos y decisiones de corto alcance. No prometer ni que seguro no se va a internar ni lo contrario, un plazo de reevaluación y reencuentro a 24hs. (si hay dudas, recordar recursos de consultas previas a guardia)

Alcances y limitaciones del dispositivo terapéutico. (Tiempo-Intervenciones):

-Si se cuenta con la posibilidad de recitar en 24hs.

-Si se tiene acceso a uso de determinadas medicaciones.

-Si se cuenta con tiempo para trabajar adecuadamente (armar varias entrevistas, con el paciente y familiares, chequear efectos de intervenciones: grado de respuesta)

Evaluación de la situación del paciente:

-Familia que lo rodea, cercana y extensa.

-Dispositivo de Salud mental, si tiene o no O.S. Si cuenta con Psiquiatra a domicilio. Si está en Capital o no: en Capital cuenta con servicio SAME.

-Grado de respuesta del paciente y la familia a las intervenciones que el terapeuta va realizando.

-Para qué?

Como intervención terapéutica, no como cuidado personal legal personal.

Debe priorizarse el trabajo terapéutico por sobre el ?triage?

La predicción de riesgo ha demostrado tener escasa fiabilidad.

El factor que muchas veces modificará la situación es lo que el terapeuta haga en la crisis (y no solo velar por la seguridad)

Antes de indicar internación institucional, importante considerar agotar otros recursos y evaluar si la situación tiene carácter agudo o crónico.

Otros recursos a tomar en cuenta, ya sea en situaciones de cierta agudeza, ya sea, en situaciones crónicas de gravedad:

-Internación domiciliaria.

-Inclusión de dispositivo de Acompañamiento Terapéutico.

Conclusión

A partir de los tres casos aquí planteados y de algunas conceptualizaciones teóricas acerca de los criterios de internación psiquiátrica, cabe señalar, que las maniobras terapéuticas se realizan tomando en cuenta más de una variable en juego de cada caso clínico.

En el primer caso, la gravedad del paciente era notable y persistente. La presencia de una familia continente, habilitó postergar la internación hasta que la misma se indicara de manera tal que se pudiera sostener esta indicación. (ya que antes era rechazada sistemáticamente por los padres)

En el segundo caso, existía una demanda explícita de parte de los adultos a cargo del paciente, de internarlo. Alojarse el pedido, sin responder de manera directa, habilitó el espacio de "tratamiento" del paciente: historia de expulsión familiar, institucional, etc.

En el tercer caso, era la misma paciente la que solicitaba la internación de manera muy ambigua, quedando instalada en la dinámica familiar en el lugar de "loca". La presencia de una familia continente posibilitó trabajar ambulatoriamente el episodio de "brote" obteniendo una estabilización en el marco de una atención ambulatoria.

Estas tres situaciones son una muy buena prueba del caso por caso en la atención en salud mental, por fuera de los habituales protocolos que se ponen a jugar en otras áreas de intervención médica.