

“Hasta que mejore la cosa”: Reflexiones sobre un abordaje terapéutico desde el Primer Nivel de Atención en persona con padecimiento mental severo

“Until it gets better”: Reflections from the Primary Health Care level on a therapeutic approach in a person with severe mental suffering

GODOY, Ana Carolina*; ZITO, Claudia**; ROMERO, Sabina***

* Médica de Familia. Hospital Nacional de Clínicas (Córdoba, Argentina).

*** Psicóloga. Secretaría de Salud de Bahía Blanca (Bahía Blanca, Argentina).

** Lic. en Trabajo Social. Secretaría de Salud de Bahía Blanca (Bahía Blanca, Argentina).

Contacto: Méd. Ana Carolina Godoy (anacgodoy@yahoo.com.ar).

Fecha recibido: 18/03/2017
Fecha aceptado: 21/04/2017

RESUMEN

En Argentina, el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud (APS) y su vinculación con la salud mental han ido de la mano de los movimientos históricos y políticos. Tanto así que la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 pretende afianzar ese vínculo. Relatamos el caso de una mujer con padecimiento mental severo que irrumpe en un centro de APS solicitando ayuda económica, y cómo esto dispara un plan de trabajo integral para su atención. Reflexionamos sobre el rol que ocupan los efectores de APS, así como dificultades y potencialidades.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de la Salud; Salud Mental; Manejo de Caso.

ABSTRACT

In Argentina, the development of Primary Health Care (PHC) and its relation with mental health has been tied to historical and political movements. So much to that the passing of Act 26,657 on Mental Health intends to strengthen this link. We report the case of a woman with severe mental illness who breaks into a PHC center requesting financial help, and how this triggers a comprehensive work plan for her care. We reflect on the role of PHC providers, as well as some difficulties and potentialities.

KEYWORDS: Primary Health Care; Mental Health; Case Management.

INTRODUCCIÓN

En el año 2013 se reglamenta en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Esta se presenta como modelo de abordaje de los padecimientos mentales, pasando de un paradigma de tutelaje a un paradigma de derechos (1). Su desarrollo ocurre en el contexto de un conjunto de leyes que tienen el espíritu de respeto a los derechos humanos (2). En este nuevo momento histórico del país, la Atención Primaria de la Salud (APS) cobra un nuevo sentido en su práctica.

Esta época reciente se contrapone a los años que rodearon la conferencia de Alma Ata que proclamó "Salud para Todos" (3). El nacimiento de la estrategia APS ocurre coincidentemente con años en que la violentación de derechos humanos era ejercicio de la dictadura cívico militar argentina. Vincular APS con los derechos humanos ha sido, desde entonces, un camino que ha avanzado, aunque con dificultades. La recuperación de la democracia transitó por etapas de marcadas políticas neoliberales, que presentaron algunos programas de ejecución en APS relacionadas a la salud materno-infantil, y otros problemas específicos. La crisis social y económica del 2001 tuvo severos impactos en el sector salud. El quiebre presupuestario puso aún más en evidencia el deterioro del sistema público de atención, y la falta de capacidad para respetar el derecho a la salud de la mayoría de la población. Entre los motivos de consulta que más aumentaron se encontraron los problemas de salud mental (4). Como resultado del proceso de crisis, surgen entre 2002 y 2005 una serie de programas y leyes que tuvieron como objetivo reforzar la estrategia de APS en el país, y fortalecer el trabajo en redes intersectoriales (4).

La salud mental y el curso de la historia tienen una relación íntima. En un primer sentido, porque los modos de enfermar y la frecuencia de los padecimientos mentales van de la mano de los movimientos de la sociedad. En otro sentido, porque los dispositivos de cuidado y atención a las personas con padecimientos mentales han cambiado (y están cambiando) de modos muy diversos. La Ley 26.657 (reglamentada en el año 2013) propone a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) como parte de la estrategia de trabajo (1), además de hacer referencia a los beneficios que obtiene una persona al recibir cuidados cerca del lugar donde reside. Concomitantemente, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló para el año 2015, instancias de formación gratuita sobre salud mental en el PNA. Estos lineamientos legales nos involucran directamente a los trabajadores de salud de APS, y nos invita a desarrollar proyectos terapéuticos específicos del área de salud mental.

La red asistencial de la ciudad de Bahía Blanca, en Buenos Aires, está conformada por 56 centros de APS

(CAPS). Uno de ellos es la Unidad Sanitaria Colón, que cuenta con una población adscripta de 2513 personas (según registros de las historias clínicas). El equipo está constituido por trabajadora social, enfermera, psicóloga, médica de familia y administrativa. Entre las líneas de trabajo que se desarrollan se encuentran los abordajes de situaciones clínicas complejas, en las que interviene todo el equipo. A raíz de algunas de esas situaciones abordadas decidimos compartir esta experiencia.

En este artículo, presentamos una situación clínica con modificaciones para impedir el acceso a la identidad de la protagonista de la historia. Hemos respetado las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975 y revisada en 1983) en todo el proceso.

La elaboración de este texto ha tenido dos objetivos. Por un lado, reflexionar sobre la estrategia de abordaje que desarrollamos en este caso. En una dimensión mayor, pretendemos también discutir esta situación clínica a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Esperamos obtener conclusiones útiles para nuestra tarea y la de los equipos de salud del PNA.

RELATO DEL CASO

LA IRRUPCIÓN: LA DEMANDA QUE ROMPE EL ORDEN DEL CENTRO DE SALUD

Carmen tiene 40 años. Consulta a servicio social del área por interrupción de cobro de ayuda económica gestionada por área de servicio social de la municipalidad. Llega a la consulta con uno de sus 3 hijos. Está desbordada, grita en la sala de espera, insulta a alguien que no está presente, exige rápida atención. Los trabajadores de ese centro de salud permanecen dentro de sus consultorios. La trabajadora social la invita a pasar al espacio en donde atiende (un salón de uso comunitario con algunas sillas que hace las veces de oficina por horas), pero Carmen se queda de pie en la puerta. Dice que le cortaron la ayuda social, que qué hace con sus tres hijos, que siempre la misma cosa, que nadie la entiende, que a ver si eligen bien al próximo intendente a ver si mejora todo esto. La trabajadora social anota la demanda y los datos de Carmen, y promete llamarla en cuanto averigüe sobre su caso. Carmen le pide autorización para llevarse leche del programa materno-infantil "hasta que mejore la cosa". Está más tranquila. Se va con su hijo y dos kilos de leche en polvo.

EL ALOJAMIENTO DE LA DEMANDA: ENTRADA EN JUEGO DE UN EQUIPO DE SALUD

La trabajadora social llevó el caso al equipo de salud que debía ser de referencia para Carmen, de acuerdo a su domicilio. A ese momento, había podido recabar información con otro servicio social que asistía anteriormente la situación. Indicaron que Carmen

deambulaba por varios centros de salud, reclamando atención médica para ella (generalmente por dolor de riñones, o cefaleas, o molestias ginecológicas) o para sus hijos (escabiosis, enteroparasitosis, anemias, problemas de comportamiento en la escuela). Otros trabajadores de salud contaron que era muy demandante y que a veces daba la sensación de que no estaba en sus cabales. Los registros en los expedientes de las ayudas económicas hacían referencia una y otra vez a una *“situación social complicada, sumada a varios problemas de salud”*. Alguien le había dado el número de teléfono personal de la trabajadora social a Carmen, y a veces le mandaba muchos mensajes de su malestar a toda hora.

Para aumentar el conocimiento de la situación, el resto del equipo de salud de referencia realizó la lectura de la historia clínica en papel y de la historia clínica electrónica. Vale aclarar que Bahía Blanca cuenta con un software que permite conocer los lugares en que ha sido atendida una persona en los últimos tres años, y los diagnósticos de esas consultas. En el caso de Carmen y sus hijos había registros electrónicos escasos en comparación de la cantidad de veces que consultaba, según el relato de los trabajadores de la salud de otros centros. Una enfermera arriesgó una explicación: *“Es que Carmen viene tantas veces que a veces ni la anotamos, es hartante”*. El registro escrito de nuestra Unidad Sanitaria mostraba consultas en los últimos cuatro años referidas a dolores renales (aunque con estudios normales), dolores de oídos, prurito generalizado sin lesiones en piel y cefaleas. No había historias clínicas en papel de sus hijos.

Carmen visitó y tomó contacto telefónico con la trabajadora social en varias oportunidades, refiriendo estar *“desbordada”* y sentirse *“capaz de cualquier cosa, no quiero cuidar más a mis hijos, no puedo más, son el demonio”*. La profesional le ofrece un abordaje integral por parte del equipo de salud, y Carmen accede.

El equipo decide realizar algunas entrevistas en conjunto, entre la psicóloga y la médica de familia. Carmen accedió sin dificultades a las entrevistas, y respondió todas las preguntas. Luego las profesionales tuvieron encuentros por separado con Carmen.

Dos son las líneas por las cuales circula su padecimiento. Una tiene que ver con sus afecciones físicas de origen inespecífico y otra con las dificultades en la crianza de sus dos hijos más pequeños. Tanto la trabajadora social como la médica comienzan a escuchar con preocupación que la paciente tiene conductas impulsivas violentas con sus hijos, con sensación de pérdida de control. Pero a su vez sostiene que sus hijos son lo único que da sentido a su vida y manifiesta excesiva preocupación ante la fantasía de perderlos por intervención de algún

servicio social. Ante estas expresiones se decide la comunicación con los servicios locales de protección de niños, niñas y adolescentes, ya que se considera el riesgo en que podrían encontrarse los menores.

En las entrevistas psicológicas se escucha un relato desordenado, no puede seguir una idea directriz, salta de tema en tema. Aparece en reiteradas ocasiones una clara referencia a estados frecuentes de abulia, dice estar desganada, sin interés por hacer cosas, solo se obliga a levantarse por sus hijos. Su discurso se escucha como totalmente desafectivizado. Relata episodios de descontrol sin rastro de emoción en los mismos. Pasa de la falta total de deseo a la concreción de un acto violento contra sus hijos. Dice que su pensamiento es disperso, que por momentos siente que se va, que se ausenta y queda en blanco, dice también que incluso otros señalan estas ausencias.

En cuanto a sus dolores físicos suele consultar por intensos dolores de cabeza, sobre estos dice que *“siento que algo se cae dentro de la cabeza”* y que dicho síntoma se habría originado después de un accidente en el que se arrojó debajo de un camión. Relata haber realizado distintos intentos de suicidio, que incluyó ingesta de vidrio molido, pero *“nada de eso dio resultado”*.

Cuenta haber sido epiléptica de niña y medicada en consecuencia, pero que después *“dejé de serlo, me curé”*.

Acude a las entrevistas con la psicóloga, sólo cuando antes va a consultar a la médica por algún dolor en su cuerpo o por alguna sospecha de enfermedad en relación a sus hijos. Durante las mismas tiene gran dificultad para historizar su vida. No es reticencia, se trata más bien de su dificultad para articular diferentes acontecimientos a partir de un lenguaje ordenado.

En uno de los encuentros contó que suele sentir la presencia de un hombre en su habitación e incluso dice que puede verlo, dice que *“es alguien que está muerto”*. Este no le habla pero ella siente que es malo. También relata esto en relación a figuras femeninas.

Si bien se escuchan ideas delirantes, incluso las relacionadas a sus dolores, no aparecen indicios de elaboración de un delirio sistematizado.

Tiene predisposición a realizar las entrevistas con la psicóloga pero queda por fuera de poder entablar una relación transferencial, ya que la posibilidad de simbolización de esta paciente, está afectada. Lo que se produce es una relación de confianza con todos los sujetos del equipo interviniente. Este desdoblamiento propiciado por los profesionales, apunta a impedir la aparición de sentimientos persecutorios masivos en la paciente y facilita la aparición de un cierto lazo al equipo, que es muy lábil, pero que permite maniobrar

con las dificultades que las distintas aristas del caso presenta.

En reunión de equipo, decidimos elaborar una estrategia que incluía tres dimensiones:

1. Identificación y plan terapéutico sobre el padecimiento mental de Carmen.
2. Evaluación integral de los hijos de Carmen.
3. División de tareas del equipo de salud para evitar sobrecarga emocional de los trabajadores de salud.

Como parte de la primera línea de trabajo, solicitamos un turno para evaluación psiquiátrica en el hospital de referencia. La demora administrativa hizo que activemos otras redes informales para lograr una evaluación no tan lejana en el tiempo. Uno de los miembros del equipo acompañó a Carmen al primer turno. Entre las estrategias complementarias se realiza la interconsulta con un neurólogo. Esto se hizo para descartar epilepsia, lo que finalmente ocurrió.

Se gestionó un acompañante terapéutico. Dado lo escaso de la remuneración ofrecida para esta tarea, pensamos objetivos muy específicos: acompañamiento en plan de medicación y controles en el hospital, identificación de otros síntomas de padecimiento mental no relatados por Carmen. Si bien la cantidad de horas que la acompañante pasó con Carmen fueron pocas, la información brindada resultó útil para el seguimiento. Junto a la médica del equipo se diseñó una planilla para verificar el cumplimiento de la toma de la medicación, con la que la acompañante chequeaba la adherencia.

Citamos a los hijos de Carmen para realizar controles de salud y completar carnet de vacunas. Realizamos contacto con la escuela que recibía a dos de ellos, y el equipo docente relató:

“A veces la mamá se ha olvidado de buscarlos a horario, o los hace faltar sin llevar justificativo luego. No es una mujer muy sociable, no habla en la reuniones de padres y siempre anda sola, a veces parece perdida [...] El hijo mayor ha tenido problemas de comportamiento, pero a veces el padre se hace presente, no así con los más chicos [...] El segundo a veces llora mucho, sin explicación, le pedimos a la mamá que lo lleve al psicólogo, pero no sabemos si lo llevó [...] A veces los nenes llegan sucios, o sin la tarea, pero no sabemos bien que decirle a la madre, le mandamos notas en el cuadernos de comunicaciones, pero nada...”.

También nos contactamos con el Servicio Local de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. El equipo de salud asistió a la sede del Servicio Local, y se presentó el caso para inicio de expediente. Luego de eso, Carmen recibió la visita del Servicio Local en su domicilio.

EL INICIO DE UN CAMINO DE ACOMPAÑAMIENTO

Finalmente Carmen obtuvo un esquema de tratamiento farmacológico, que fue supervisado por la acompañante terapéutica. Los controles con la psiquiatra se establecieron una vez por mes con posibilidades de consultas extras, articuladas desde el centro de salud. Carmen pasó de asistir dos o tres veces por semana al centro de salud, a los controles quincenales hasta garantizar adherencia al tratamiento. La policonsulta a varios centros de salud se transformó en un Proyecto Terapéutico Singular de un mujer con padecimiento mental severo.

DISCUSIÓN

Las personas con padecimientos mentales son estigmatizadas. Un estudio cualitativo en un municipio de Argentina describe la construcción social que se hace sobre la persona con padecimiento mental con la descripción de “loco-pobre-vago” (5). Estas categorías pueden aplicarse a nuestra situación, ya que la segregación que vivía Carmen en diferentes espacios institucionales (la escuela, los centros de salud, la municipalidad) da cuenta de ello.

Recientemente, se ha mostrado una mayor satisfacción de las personas con padecimientos mentales severos que reciben cuidados a cargo de un médico de cabecera, y en articulación con atención primaria y servicios ambulatorios cercanos a su domicilio, en comparación con atención especializada en centros de salud mental y hospitalizaciones (6). Nuestro país tiene una presencia estatal muy difundida en cuanto a CAPS se refiere. La base de datos del programa Cobertura Universal de Salud medicamentos (ex Remediar) registra un total de 7941 efectores de APS en el país (7), lo que supone una fortaleza a la hora de pensar abordajes de salud cercanos a los domicilios de personas como Carmen. En el caso específico de nuestro relato, el trabajo en coordinación con otros CAPS cercanos permitió obtener información detallada sobre esta familia, y planificar mejor las tareas. Sin embargo, sigue existiendo la tendencia de asignar al hospital ciertos abordajes. La nueva ley de salud mental es un aporte en el sentido de profundizar el involucramiento de la APS.

La recepción de la demanda de Carmen, y de las demás demandas que llegan a los CAPS, puede hacer la diferencia en el modo de abordaje. Algunos autores proponen profundizar en estrategias de *acogimiento* (8), entendidas como momentos en donde los trabajadores de salud interaccionan con lo que la persona demanda del servicio de salud (en este caso Carmen buscaba la ayuda social y leche), pero diseña junto a ella una estrategia integral que, muchas veces, va más allá de lo simplemente enunciado. La biomedicina se ha mostrado ineficiente para responder

muchos problemas de salud, particularmente la salud mental (9). Ablandar las endurecidas estrategias que suelen ofrecer los servicios de salud (agendas de turnos programados, respuestas uniformes a problemas variados, desarticulación con otras áreas del Estado) puede ser una manera de hacer más humanas las prácticas. La tendencia de la biomedicina es ofrecer consultas con profesionales especialistas, breves, en donde la palabra pierde lugar, y gana terreno la tecnología dura. Un modelo de atención más receptivo, por el contrario, buscará estimular la circulación de la palabra de la persona con demanda, del trabajador de la salud interviniente y de todo su equipo de salud. Esta práctica permitirá construir otra mirada sobre la salud-enfermedad, y disminuir la probabilidad de dar respuesta simplistas a problemas complejos. Se trata de transformar el contacto entre usuario y trabajador de la salud en un encuentro de posibilidades (10).

En el caso específico de la salud mental, se calcula que en América Latina el 50% de las personas con padecimientos de ese orden no acceden a servicios de atención específicos (11). La situación relatada se corresponde a esa descripción, mostrando cómo ni siquiera se había propuesto una posibilidad de diagnóstico, refiriéndose a Carmen como una mujer “demandante” o “hartante”. La capacidad de los trabajadores de salud de escuchar más allá de lo simplemente enunciado es una herramienta para disminuir ese doloroso porcentaje de falta de acceso.

Es importante destacar como los marcos legales y reglamentarios invitan a involucrarse en el campo de la salud mental, permitiendo romper esa barrera simbólica entre los “locos” y los servicios de APS. El Estado decide fortalecer el PNA, al mismo tiempo que se favorecen los procesos de externación y de atención ambulatoria de salud mental. Estos dos fenómenos se potencian entre sí. Al no ser más los problemas de salud mental recorte exclusivo de hospitales monovalentes, los equipos del PNA deberán ir afianzando más su capacidad de trabajo en estas situaciones. En el caso de nuestro equipo de salud, las instancias educativas fortalecieron, por un lado, nuestra confianza en resolver dificultades y, por otro, el vínculo con trabajadores de otros niveles de atención.

En los últimos meses, el abordaje de gestión sanitaria en el país ha cambiado notablemente. Muchos organismos denuncian recortes presupuestarios, así como cambios en la direccionalidad de algunas políticas públicas (12). Es probable, como la historia lo ha demostrado, que estas realidades impacten en la incidencia de problemas de salud mental, así como en los modelos de atención.

POSDATA

El recorte presentado en este artículo culmina cuando el proyecto terapéutico diseñado por el equipo está

en marcha. Sin embargo, los meses siguientes fueron tortuosos. Situaciones conflictivas (como dificultades en el vínculo de Carmen y la acompañante, cambio del equipo de referencia de salud mental, la movilidad laboral del equipo del centro de salud) impactaron en el abordaje de la situación. Apesar de esto, pudo elaborarse un lineamiento de abordaje de la situación. Pensamos también que los equipos de APS pueden ir generando cambios en los modos de atender los problemas de salud complejos a pesar de las muchas dificultades institucionales que padecen. Sabiendo que otras modificaciones en el sistema de salud son necesarias, los trabajadores de salud podemos dar respuestas, en general parciales (como la ayuda económica, la entrega de leche, el acompañante terapéutico acotado), pero con una mirada conjunta de proceso que avanza, y que involucre a otros actores de la sociedad. En este sentido, la inserción territorial del PNA es una potencialidad que la distingue el resto de los niveles. Quizás podamos ir mejorando la salud en nuestra población a cargo, al menos en algunos aspectos, y como dijo Carmen (en aquella irrupción en la sala de espera) “*hasta que mejore la cosa*”.

REFERENCIAS

1. Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013. Buenos Aires. Boletín Oficial de la República Argentina, publicado el 28/5/2013.
2. Arriagada M; Ceriani L; Monópoli V, comps. Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos; 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS; 1978.
4. Zeballos JL. Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
5. Galarza B, Gravano A. Salud mental y sistema urbano en una localidad de rango medio. Avá. 2012;21:171-194.
6. Ruud T, Aarre TF, Boeskov B, Husevåg PSI, Klepp R. Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort. Int J Ment Health Syst. 2016;10(33). Disponible en: DOI 10.1186/s13033-016-0064-8.
7. Ministerio de Salud de la Nación. Cobertura Universal de Salud. Medicamentos [Internet]; 2017 [citado 2 Mar 2017]. Disponible en: <http://186.33.221.24/remediar/index.php/administer-backup-files/rmediar-redes/1300-mapa-remediar-1>.
8. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1999 Apr [citado 2 Mar 2017];15(2):345-

353. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.
9. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
10. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva* [Internet]. 2016;12(1):113-123. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.874>.
11. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004 Nov;82(11):858-66.
12. Fundación Soberanía Sanitaria. ¿Cuánto puede cambiar la salud de los Argentinos en un año? [Internet]. 2017. Recuperado a partir de: <http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/cuanto-puede-cambiar-la-salud-de-los-argentinos-en-un-ano/>