CÓDIGO: 9/131 COMUNICACIÓN ORAL

TÍTULO

¿LLAMADA DE ATENCIÓN O LLAMADA A LA VIDA?

AMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 51 años que contacta telefónicamente solicitando una nueva prescripción de lorazepam tras reconocer haber consumido una cantidad superior a la pautada por aumento de la ansiedad. Este tipo de demanda se había repetido en los meses anteriores, habitualmente por teléfono, por pérdida, olvido o consumo anticipado de la medicación.

Ante la repetición de este patrón y la dificultad para realizar un seguimiento presencial, decidimos citarla. No acude inicialmente, por lo que realizamos una nueva citación, consiguiendo finalmente una valoración conjunta por residente y tutor.

ENFOQUE INDIVIDUAL (Anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: Entre sus antecedentes destacan trastorno límite de la personalidad y depresión, consumo problemático de alcohol, tabaquismo y consumo de cocaína. Presentaba tratamiento prolongado con benzodiacepinas e hipnóticos, dificultades para ajustarse a las pautas prescritas y mala adherencia a diferentes antidepresivos. Se había intentado reducir el consumo mediante el programa Benzostop, sin éxito, y había sido derivada a recursos de atención a adicciones, sin mantener seguimiento.

La revisión de su historia mostraba una larga trayectoria de contacto con los servicios sanitarios. Desde 2007 constaban múltiples valoraciones por Salud Mental y 37 asistencias a Urgencias hospitalarias hasta 2024, principalmente por ansiedad, consumo de alcohol y conductas autolesivas. En 17 ocasiones constaban ingestas medicamentosas con intencionalidad autolesiva. En varias de ellas era la propia paciente quien, tras la ingesta, contactaba con los servicios de emergencias solicitando ayuda. Siete episodios finalizaron en ingreso en una unidad de hospitalización de Salud Mental.

Entre septiembre de 2025 y abril de 2026 realizó aproximadamente 16 consultas telefónicas en Atención Primaria, muchas de ellas relacionadas con benzodiacepinas.

Exploración: En la última valoración presencial refería astenia, ansiedad, sintomatología depresiva y, especialmente, sensación de soledad y necesidad de ayuda. Reconocía un consumo de ansiolíticos e hipnóticos superior al pautado,

asociado en ocasiones a alcohol, así como dificultades para mantener los tratamientos y seguimientos propuestos.

Pruebas complementarias: No se realizaron, al centrarse la valoración en su situación clínica, farmacológica, familiar y social.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

La paciente vive sola, no tenía hijos y se encontraba en situación de incapacidad permanente. Aunque tenía familia, su red de apoyo efectiva era limitada. Sus padres estaban divorciados. El padre, fallecido por cáncer de páncreas, tenía antecedentes de alcoholismo. La paciente refería una relación distante con su madre, que vinculaba a sentimientos de baja autoestima derivados de la relación mantenida con ella. Tampoco mantenía relación con dos de sus hermanas, mientras que de otro hermano no constaban datos sobre la calidad del vínculo.

Una de sus hermanas, junto con un sobrino, había constituido uno de sus principales apoyos. El fallecimiento de esta hermana en 2015 supuso una pérdida importante. En 2016 consta una ingesta medicamentosa en contexto de duelo y, en 2018, un nuevo episodio relacionado con sentimientos de soledad, desesperanza y escaso apoyo familiar.

Consta un genograma realizado años antes durante el abordaje de una situación de violencia de género, que permitía visualizar la fragilidad de su red relacional. Durante 2023-2024 mantuvo una relación de pareja conflictiva en contexto de consumo de sustancias y violencia de género. Se ofrecieron recursos específicos y se intentó un abordaje coordinado con Trabajo Social.

JUICIO CLÍNICO (Lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas: trastorno límite de la personalidad con sintomatología depresiva; conducta autolesiva recurrente; consumo problemático de alcohol y otras sustancias; uso crónico y sobreconsumo de benzodiacepinas e hipnóticos; baja adherencia terapéutica; dificultad para mantener el seguimiento; aislamiento social y debilitamiento de la red de apoyo; antecedentes de violencia de género y elevada vulnerabilidad psicosocial.

Diagnóstico diferencial: Ante una nueva demanda de benzodiacepinas se valoraron posible descompensación afectiva, riesgo autolítico, intoxicación o sobreconsumo farmacológico, trastorno por consumo de sustancias y la influencia de factores familiares y sociales.

PLAN DE ACCIÓN

Ante las reiteradas solicitudes telefónicas de benzodiacepinas consideramos insuficiente mantener un abordaje exclusivamente telefónico y farmacológico, por lo que promovimos una valoración presencial pese a una primera incomparecencia.

En consulta conjunta residente-tutor abordamos su estado emocional, consumo de alcohol y psicofármacos, adherencia terapéutica y situación sociofamiliar, intentando reconducir la demanda puntual hacia un abordaje integral.

Ante la situación de vulnerabilidad detectada, realizamos teleconsulta a Salud Mental solicitando valoración por el equipo comunitario, planteando la posibilidad de intervención domiciliaria para favorecer su vinculación. Previamente se había intentado coordinación con Trabajo Social y se habían ofrecido otros recursos sociosanitarios.

EVOLUCIÓN

Después de esta intervención no constan nuevos contactos conocidos con Atención Primaria. Meses después, al revisar su situación, comprobamos que figuraba administrativamente como fallecida. Desconocemos la causa y circunstancias del fallecimiento, por lo que no podemos relacionarlo con los acontecimientos descritos.

Al conocer su fallecimiento revisamos retrospectivamente su trayectoria asistencial y recuperamos el genograma realizado años antes. Esta revisión permitió contemplar en conjunto una historia que durante años había aparecido fragmentada entre consultas, llamadas telefónicas, atenciones urgentes, incomparecencias y nuevas demandas de ayuda.

CONCLUSIONES

La elevada frecuentación sanitaria no implica necesariamente una adecuada vinculación asistencial. En pacientes con trastorno mental, consumo de sustancias y vulnerabilidad psicosocial, una demanda reiterada de medicación puede ser la manifestación visible de necesidades emocionales, familiares y sociales más complejas.

La longitudinalidad propia de Atención Primaria permite integrar acontecimientos que, considerados aisladamente, pueden interpretarse únicamente como incumplimiento, hiperfrecuentación o demanda farmacológica. El genograma permitió visualizar algo que la sucesión de consultas no mostraba con la misma claridad: tener familia no significa necesariamente disponer de una red de apoyo.

Las conductas autolesivas recurrentes no deben banalizarse como meras «llamadas de atención». Cada episodio exige reevaluar el riesgo y explorar qué puede existir detrás

de la demanda. En una paciente que en varias ocasiones solicitó ella misma asistencia tras una ingesta medicamentosa, quizá debamos preguntarnos si, además de una llamada de atención, estábamos también ante una llamada pidiendo ayuda.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud; Vulnerabilidad Social; Conducta Autodestructiva.

FIGURAS Y/O IMÁGENES

