Intervenciones en una Guardia de Salud Mental en un Hospital General de Niños y su relación con la Psicología Evolutiva

Lic. María Laura Panighetti

La inserción del psicólogo en una guardia de un hospital es reciente. El 27 de julio de 2000 la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sanciona con fuerza de Ley: la **LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (Ley 448)**. Algunas de las cuestiones que considera son las siguientes:

- Reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo;
- Áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos;
- Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría.

Esto trajo como consecuencia la necesidad de delimitar funciones, tiempos y espacios distintos a los que se venían ejerciendo hasta el momento. En el ámbito de la Psicología, fundar nuevos lugares y visiones implica también recuperar y afianzar recursos y estrategias de trabajo ya existentes para utilizarlos en situaciones nuevas.

La urgencia psicológica tiene características propias. Médicos (psiquiatras) y psicólogos no abordan los hechos de la misma manera, de ahí la importancia de reflexionar acerca de los alcances y límites de la función del psicólogo en la urgencia, el lenguaje que se emplea, la importancia de una evaluación-diagnóstico/pronóstico presuntivos para la toma de decisiones, la necesidad de una adecuada derivación, la realización de informes y actualizaciones de la historia clínica.

En este sentido, el trabajo en una Guardia de Salud Mental en un Hospital General de Niños, obliga a contar tanto con herramientas que permitan detectar aquellos indicadores específicos que den cuenta de una situación de riesgo, gravedad o alerta en el paciente niño o adolescente, como aquellos indicadores esperables para el desarrollo normal según la etapa evolutiva¹ en la que se encuentra, ya que esto último es lo que también nos dará cuenta de lo que se desvía o está por fuera de lo esperable.

En una guardia los tiempos son cortos y es necesario tomar decisiones de forma rápida. Es así como las principales técnicas² psicológicas utilizadas en la evaluación son la observación y la entrevista, y cuando la situación lo permite, alguna proyectiva o psicométrica podrá

¹ Ver Bibliografías de Gesell, A. y Amatruda, C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Buenos Aires. Paidós. Y de Stone, J. y Church, J. Niñez y adolescencia. Buenos Aires. Lumen-Hormé.

² Ver Bibliografía de Logarzo, Mariana. Técnicas psicológicas utilizadas en la evaluación del desarrollo infantil. Ficha Dpto. Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA, 2006.

completar la recolección de datos, por ejemplo, los gráficos³ (HTP, FH, Flia. Kinética, Bender, etc.) y el juego. Según el caso, siempre que sean posibles de utilizar, brindan gran cantidad de información tanto acerca del desarrollo evolutivo esperable como sobre el malestar/bienestar emocional del niño en cuestión. Es tan importante poder detectar el riesgo, como los recursos propios con los que cuenta el niño, para, en función de esto, pensar estrategias adecuadas a cada caso y así, las pautas a seguir.

La observación es la técnica que por privilegio estará presente para todas las edades y motivos de consulta, desde el primer momento de la demanda. La observación de indicadores esperables o no esperables para la edad del niño, de indicadores de riesgo, de conductas respuesta a una situación de crisis, a alguna enfermedad previa, a cuestiones sociales, etc., podrán detectarse a partir de observables en las áreas⁴ psicomotriz, adaptativa, lenguaje, social, desarrollo intelectual⁵, desarrollo psicosexual⁶, estado de las funciones superiores: atención, percepción, memoria, pensamiento (en el sentido de curso y contenido), más estado de ánimo y afecto, así cómo también el modo de vincularse tanto con el profesional como con el familiar acompañante⁷.

Luego, de acuerdo a la edad⁸, y el motivo de consulta, se podrá decidir hacer una entrevista seleccionando algunas preguntas que permitan hacer lugar a la palabra del niño, más una entrevista a padres y/o vinculares. En la entrevista, es importante destacar la descripción del motivo de consulta y las acciones que los padres llevaron a cabo frente a la demanda, ya que por ejemplo, no es lo mismo que un padre consulte por una sospecha de abuso de algún tercero hacia el niño, el mismo día que el niño manifiesta alguna preocupación, a que lo haga una semana después; como tampoco si una madre trae a un niño derivado por el colegio por mala conducta, un día hábil de semana por la mañana, que un sábado a las 12 de la noche.

Dependiendo del grado de urgencia, la Historia Vital Evolutiva deberá privilegiar las áreas relacionadas con el motivo de consulta ya que se trata de una guardia, lo que requiere de una intervención rápida y eficaz por parte del profesional dirigida a aliviar la situación inmediata, y según el caso, no se indagará de la misma manera se trate de un abuso, una psicosis o un duelo, por ejemplo.

³ Ver Bibliografía de Lowenferld, V. El desarrollo de la capacidad creadora. Buenos Aires. Kapelusz.

⁴ Ver Bibliografía de Gesell, A. y Amatruda, C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Buenos Aires. Paidós.

⁵ Ver Bibliografía de Piaget

⁶ Ver Bibliografía de Freud

⁷ Ver Bibliografía de Bowlby, J. Una base segura. Buenos Aires. Paidós.

⁸ Ver Bibliografía de García, M. J. Qué se entiende por desarrollo. Ficha Dpto. Publicaciones. Facultad de Psicología. UBA. 1997

Es de suma importancia organizar⁹ todos los datos recabados junto con los del grupo familiar que conforma el contexto del niño (ya sea conviviente o no) así como los antecedentes relevantes de dicho grupo. Contar con un plan de acción concreto que nos permita obtener fácilmente datos, organizarlos y analizarlos conforme a sistemas teóricos que den sostén y justifiquen nuestras decisiones y práctica en general. Por un lado porque esto forma parte de un actuar ético, pero por otro porque no estamos solos, y el marco en el que nos apoyemos es el que nos dará consistencia para la toma de decisiones y su articulación frente al resto de las disciplinas involucradas.

En una Guardia de un Hospital General, el trabajo interdisciplinario se convierte en una modalidad diaria. Por lo general, es el médico pediatra quién detecta los casos que son para el Equipo de Salud Mental, el cual, a su vez, está conformado por un psicólogo, un psiquiatra y una trabajadora social. Frente a esto, tendremos que pensar en el lenguaje que otros profesionales utilizarán para intentar explicarnos por qué recurren a nosotros, el lenguaje que nosotros utilizaremos con ese profesional para hacerle una devolución, y con otros profesionales con los que necesitemos interactuar en ese caso, que a su vez, no va a ser el mismo que utilizaremos con un paciente niño que con uno adolescente, ni con un padre. Y nunca un padre es igual a otro, tendremos que adecuarnos a la realidad que lo atraviesa, que no va a ser la misma con padres de un nivel sociocultural bajo, que con uno en situación de calle, u otro extranjero (a Casa Cuna suele llegar mucha población de países como Perú, Paraguay, Bolivia), etc. La interdisciplina trasciende las paredes del hospital, y habrá casos en los que tendremos que comunicarnos con un abogado para hacer alguna denuncia, responder a alguna instancia policial o solicitar la presencia de un religioso como guía espiritual.

Las consultas pueden ser muy variadas, desde crisis o ataques de ansiedad, de angustia, de pánico, del estado de ánimo, de estrés postraumático, intento de suicidio, enfermedades psiquiátricas, manifestaciones psicosomáticas, descompensaciones ante enfermedades clínicas (como por ejemplo, oncológicas), hasta violencia, abuso sexual, adicciones, problemas sociales, disfuncionalidad familiar, entre otras, lo que requiere como nunca de la intervención interdisciplinaria. Trabajar articuladamente es lo que permitirá tener una visión más integradora para las problemáticas más complejas.

Frente a la consulta que llega, decodificar de quién es la urgencia (demanda del médico, demanda espontánea del paciente, derivación de otra institución: otro hospital, escuela, juzgado) nos ayudará a la construcción de la historia del caso y del motivo de la urgencia en particular.

⁹ Ver Bibliografía de Landeira, S. La utilización del genograma y el esquema diacrónico en la organización de los datos recogidos en la entrevista a padres. Ficha Dpto. de Publicaciones. 2006.

A partir de la evaluación se arribará a la primera gran decisión a adoptar: si es necesaria o no una internación según la situación de riesgo en ese paciente. Si se determina que sí a la internación, se verá si puede ser internado en el propio hospital, o si requiere ser derivado a una institución especializada (como internación en un hospital psiquiátrico, o comunidad terapeuta, por ejemplo). En ese caso se requerirá el traslado mediante la ambulancia psiquiátrica del SAME. Una tercera opción es el ADOPI (internación domiciliaria).

Si se resuelve que no hay criterios de internación, se evaluará si el paciente necesita ser derivado a consultorio externo para tratamiento ambulatorio.

En cualquiera de las dos decisiones, y según el caso, la intervención va acompañada de la contención a la situación de crisis, tanto al paciente como a su familia. Luego de definir la estrategia terapéutica se les hará una devolución tanto al paciente y al adulto acompañante como al médico que interviene en el caso.

En síntesis, los principales objetivos en una guardia de psicología serán:

- 1.- Evaluación y presunto diagnóstico para tratar de resolver la urgencia.
- 2.- Prevenir las posibles futuras recaídas del paciente, estableciendo un adecuado plan de intervención (la que incluirá la derivación a un profesional especialista, según el caso).
- 3.- Conectar al paciente y la familia con el Equipo de Salud Mental o grupos de ayuda.
- 4.- Reconocer los recursos disponibles del paciente y su familia para que las intervenciones y posibles derivaciones sean exitosas.

Es probable que en una guardia, ese primer contacto con el paciente y su familia, sea el único (una sola observación, una sola entrevista, etc.). En este sentido, es sumamente importante no solo la resolución de la urgencia como primera instancia, sino también ser puerta de entrada a un sistema que permita también la detección precoz y prevención de problemáticas, considerando como parte integral del niño, el contexto familiar y las redes sociales que puedan intervenir.

Muchas veces la intervención en guardia suele llegar a ser un espacio en sí mismo terapéutico, ya que a veces es el único acercamiento a un espacio distinto con que "el niño-problema" y su familia se encuentran. Por distintos motivos, a veces el paciente no llega a la derivación que se indicó, siendo esa intervención en guardia la única oportunidad de que en el niño y/o la familia quede una marca, a través de alguna palabra, mirada, silencio, gesto, escucha distinta, que pueda tener sus efectos a pesar de no entrar en un tratamiento. Por eso, la insistencia en que la manera (encuadre, contenido, lenguaje, etc.) con la que se aborde al paciente y/o acompañantes tienen que ser distintos a la que hayan hecho otros profesionales o no profesionales anteriormente consultados (médicos, docentes, familiares, vecinos, etc.), de

lo contrario, podemos correr el riesgo de que nos hayamos perdido de ser esa única oportunidad en la vida de ese paciente o familia que llega pidiendo ayuda.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE URGENCIAS

- Hyman; Tesar. Manual de urgencias psiquiátricas. 1996. Masson-Little Brown, S.A. Barcelona, España.
- Kempe; Kempe. Niños maltratados. 1985. Ediciones Morata. Madrid, España.
- Material del curso virtual de Urgencias en Psicopatología Infanto-Juvenil – Hospital Gutierrez 2009.

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA CON PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

- Gesell, A. y Amatruda, C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Buenos Aires. Paidós.
- Stone, J. y Church, J. Niñez y adolescencia. Buenos Aires. Lumen-Hormé.
- Logarzo, Mariana. Técnicas psicológicas utilizadas en la evaluación del desarrollo infantil. Ficha Dpto. Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA, 2006.
- Lowenferld, V. El desarrollo de la capacidad creadora. Buenos Aires. Kapelusz.
- Gesell, A. y Amatruda, C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Buenos Aires. Paidós.
- Bowlby, J. Una base segura. Buenos Aires. Paidós.
- García, M. J. Qué se entiende por desarrollo. Ficha Dpto. Publicaciones. Facultad de Psicología. UBA. 1997
- Landeira, S. La utilización del genograma y el esquema diacrónico en la organización de los datos recogidos en la entrevista a padres. Ficha Dpto. de Publicaciones. 2006.
- Bibliografía de Piaget sugerida en el programa de la materia Ps. Evolutiva Niñez.
- Bibliografía de Freud sugerida en el programa de la materia Ps. Evolutiva Niñez.