

# La urgencia en Salud Mental con niños y adolescentes

*Lic. Mónica García Barthe*

## Introducción

Quienes trabajamos con niños y adolescentes sabemos que los aspectos emocionales y familiares del paciente siempre están presentes en la atención pediátrica pero, en algunos casos, es justamente este aspecto subjetivo el que necesita la intervención directa del profesional de la salud, sobre todo, en la consulta por Guardia.

El equipo de urgencias en Salud Mental del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", trabaja en estrecha relación con el equipo pediátrico y sus especialistas. La variedad de situaciones en las que habitualmente intervenimos nos obliga a un permanente trabajo interdisciplinario y a una forma de pensar al paciente centrada en la clínica. Como introducción a este artículo, se describen algunos de los casos que, a diario, se atienden en un Servicio de Urgencias de atención pediátrica.

*Un niño de 6 años es trasladado a la Guardia con politraumatismos como consecuencia de un accidente de tránsito; sus padres son atendidos en otro hospital. El niño llora y pregunta por su mamá.*

*Traen a una niña de 10 años con dolor abdominal. Al examen físico no presenta patología ni signos que expliquen el dolor. Al preguntarle a la madre si ocurrió algo en la familia en el último tiempo, se pone a llorar.*

*Un adolescente llega con sus padres en estado de agitación e inquietud. Refieren que hace días que no duerme, habla poco y no quiere comer. El joven mira con desconfianza, no responde a las preguntas y está visiblemente inquieto, deambulando por el consultorio.*

*Una adolescente de 14 años llega a la Guardia en una ambulancia acompañada por una mujer policía. Fue detenida robando en un kiosco y en la comisaría tuvo una "crisis de nervios". Refiere haber consumido "Paco".*

*Una madre y su hija de 16 años llegan a la Guardia en evidente estado de desborde. Discuten entre ellas, muestran marcas de haberse golpeado mutuamente y la madre refiere que vino al hospital, porque necesita ayuda.*

Cortes en muñecas, ingesta excesiva de psicofármacos u otros medicamentos en forma intencional, golpes y lesiones de origen dudoso e inexplicable, crisis de excitación con agresiones, dolores y malestares sin aparente causa orgánica... Todos estos casos implican una situación de urgencia que involucra, de uno u otro modo, al área de Salud Mental.

¿Qué es, pues, una urgencia en salud mental? Pensado desde la clínica, no hay una respuesta única o una definición. Se diría que una urgencia en salud mental es lo que tienen en común todas las situaciones mencionadas: la urgencia de la parte subjetiva del paciente, que necesita ser escuchada. La angustia es algo difícil de expresar para los niños, por eso pueden hacerlo poniéndose agresivos o manifestando malestares físicos.

Pero, antes de adentrarnos en lo específico de la urgencia, es importante tener una visión de contexto, ya que no podemos evaluar a un paciente si no somos conscientes de que hay otros determinantes, además de los personales y los familiares, que entran en juego y que la realidad cotidiana nos muestra.

## La infancia en la actualidad

No es una novedad que la niñez no es una etapa biológica natural, sino un constructo conceptual. Desde las investigaciones de Phillippe Ariés (1977) y Lloyd de Mause (1975), se sabe que la infancia que conocemos es una construcción histórica de la modernidad ligada a modos de educación y prácticas familiares propias de ese momento histórico. Por lo tanto, si el concepto de infancia es una construcción histórico-social, es claro que el concepto de infancia ha cambiado y que tenemos que preguntarnos por la infancia de hoy. Si la infancia de la modernidad tiene que ver con la reproducción de trabajadores y ciudadanos, la construcción actual podría tener que ver con la reproducción de consumidores (García Canclini, 1995).

Actualmente, tenemos que pensar en infancias plurales simultáneas, como categoría socialmente construida en un momento histórico que determina políticas sociales y prácticas concretas.

Psicóloga  
de Guardia  
Departamento  
de Urgencias  
Hospital de Niños  
"Ricardo Gutiérrez"  
Gallo 1330 (1425)  
Buenos Aires,  
Argentina

No son las fases de maduración biológica las que ubican los ciclos de vida, sino las relaciones que establece un individuo con el grupo social y que delimitan sus funciones, obligaciones y derechos. Cada grupo social establece los límites erarios, y recorta y define etapas, para cada una de las cuales consideramos algunas cosas adecuadas y otras no. La niñez como un grupo diferenciado es producto de la construcción de saberes y prácticas de un grupo en particular y, por lo tanto, comienza a existir para sus integrantes y para los demás cuando es distinguido y recortado a través del conocimiento y reconocimiento de ciertas características que lo transforma en una categoría social.

La antropóloga María Colángelo (2003) propone pensar la infancia como categoría socialmente construida en la que se conjugan, por lo menos, tres dimensiones de lo social: variabilidad cultural, desigualdad social y género. Estas dimensiones que atraviesan el abordaje de la infancia se vinculan con la pertenencia del niño a distintos grupos culturales, su inserción en la estructura socioeconómica que implica los efectos de las políticas económicas y sociales sobre él y, finalmente, su ubicación respecto de las relaciones de género. El lugar de los niños y el trato que reciben es afectado por las estructuras político-económicas globales y por las prácticas cotidianas en las interacciones domésticas de las culturas locales. Según se defina y se caracterice a la infancia, se ponen límites y se asignan lugares en un orden establecido, adjudicando derechos y obligaciones, los límites de lo esperable o no para cada grupo de edad, lo anormal y lo normal, lo saludable y lo patológico, en términos de salud mental.

En la definición de la salud mental (o su falta), tenemos que contemplar los factores sociales, culturales y económico-políticos en juego. No es lo mismo considerar la visión del diablo como un fenómeno alucinatorio que ponerlo en un contexto de creencias y desarraigo cultural.

La realidad nos ha mostrado a lo largo de los años la existencia de variedades enormes de organizaciones familiares, muchas de las cuales escapan a los límites de cualquier definición que se intentara formular. No es lo mismo la familia en las clases populares que en las adineradas, ni la familia rural que la urbana. Cuando evaluamos contexto y dinámica familiar, tenemos que tener esto en cuenta. Si hablamos de contexto familiar, quienes trabajamos en el Hospital nos encontramos a diario y, desde hace tiempo, con "familias" que no responden a la norma de la familia "tipo", propia de las clases medias. Por ejemplo, un matrimonio con hijos que vive con la hermana viuda de alguno de ellos que, a su vez, tiene varios hijos

y nietos, todos viviendo bajo el mismo techo. O un hombre con sus dos sobrinos a cargo (cuya madre falleció y el padre está preso) que vive con su mujer (con la que hace tiempo no duerme), su hija (madre soltera) y su nieta. Entonces, es claro que no es posible hablar de "la familia", sino más bien de "familias".

## El lugar del juego en el trabajo con niños

Para los que trabajamos con niños en el campo de la salud mental nos sirve pensar nuestro trabajo como enmarcado en una escena. Los niños se mueven en un espacio ficcional, del "como si". En primer lugar y como plantea Freud, *la ocupación preferida y más intensa del niño es el juego* (1979). Es decir, la tarea más importante de un niño es el juego. Cualquier madre se da cuenta si su hijo está enfermo cuando no juega y todo pediatra preguntará, ante una consulta, si el niño juega. Si no lo hace, algo anda mal. Agreguemos a esto el indicador fundamental en los niños en edad escolar: si todo niño juega, el niño en edad escolar juega con sus pares. La primera señal de alarma es cuando un niño o una niña no se integra al grupo de pares, ya sea por timidez, inhibición, agresividad o desinterés. Algo entonces anda mal con ese niño o niña.

¿Por qué es el juego el indicador fundamental? Porque él es aquello que constituye a un niño. Es la conformación de un espacio virtual de ficción y fantasía que le permitirá a un niño desarrollarse y constituirse como sujeto.

Cuando los niños juegan, crean en un espacio virtual una realidad distinta que conlleva una legalidad propia, donde todo es posible dentro de esa legalidad. Viven situaciones en ese espacio protegido del "como si", espacio que les proveerá herramientas para que, en el futuro, puedan desenvolverse en la realidad.

El mundo ficcional del juego es, entonces, ese espacio transicional donde el niño experimenta y prueba dentro de un marco de seguridad y continencia (Winnicott, 1979). No necesita saltar por una ventana para ser Superman, basta con tener su capa y hacer "como si" volara. No necesita tener una espada o un caballo, basta con tener un palo de escoba para hacer "como si" fuera soldado o héroe. Llevando las cosas al extremo, si el niño salta por la ventana para volar en lugar de hacer "como si" volara, es clara la presencia de una patología grave.

Son los adultos quienes deben sostener este espacio con contención y apoyo dando seguri-

dad al niño. Seguridad que le permitirá crecer en un clima de confianza, un espacio confiable para poder jugar y hacer del “como si” y la ficción un espacio propio. Cuando este espacio virtual no funciona, cuando hay fallas en su armado o sostén aparecen patologías dentro de un amplio espectro, desde la máxima gravedad a dificultades en diversas áreas del desarrollo y desempeño infantil.

Cuando un niño se “cae” abruptamente de la escena y pierde el marco del espacio ficcional (sostenido por los adultos) sobreviene la “urgencia”, ya que queda en el lugar de objeto. Nuestro trabajo en la Guardia es restablecer la escena, y al niño a su lugar en esa escena.

## Evaluación y escucha en la urgencia

Por lo expuesto, es difícil definir a la urgencia en salud mental, pero se puede enfocar el tema desde otro punto de vista. ¿Qué escuchamos en una urgencia en salud mental? ¿Qué evaluamos para decidir la estrategia por seguir?

Principalmente, escuchamos al niño que está perdido en medio de esa situación y oculto por ella. Escuchamos su padecer y sufrimiento. Fundamentalmente, evaluamos el grado de riesgo a que está expuesto. La urgencia además nos obliga a tomar decisiones y proponer estrategias en un lapso de tiempo corto. Es decir, es necesario dar una respuesta más o menos rápida a esa situación que se nos plantea. Una respuesta que además sea eficaz y que se pueda llevar adelante en el contexto en el que nos movemos (Blidner, 2004).

Lo primero que hacemos es escuchar. Escuchar al niño, niña o adolescente, al adulto que lo acompaña. ¿Qué ocurrió?, ¿cómo empezó el cuadro o la situación?, ¿qué hay de diferente con el estado habitual del paciente? Escuchar no es fácil, sobre todo en una situación “urgente”, pero es importante para poder comprender y hacernos una composición de lugar. No necesariamente se necesita una entrevista larga, a veces sí es importante, pero lo que sí es importante es darse el tiempo necesario en cada caso, y la actitud de escuchar y dejar hablar al paciente y sus acompañantes. Y una vez que escuchamos, nos tenemos que hacer cargo de lo que nos dijeron y actuar en consecuencia. No tenemos que perder de vista que todo lo que preguntemos está orientado a tomar decisiones y a resolver la urgencia.

Frente a situaciones como las descritas, procedemos de la siguiente forma:

- Dedicamos tiempo suficiente a la consulta, dando tiempo a la escucha. Además de la entrevista, contamos con otros recursos para la evaluación, como ofrecer un espacio lúdico al niño para que juegue o dibuje.
- Muchas veces es muy útil ponerse en contacto con otras instituciones o profesionales que conozcan al paciente y su familia (escuela, familia extensa, vecinos, terapeutas).
- Es fundamental el examen clínico pediátrico para descartar posibles causas orgánicas.
- Solicitamos los análisis de laboratorio y los estudios de imágenes necesarios (o posibles).
- Realizamos las interconsultas necesarias (o posibles): Neurología, Toxicología, Traumatología.
- Finalmente, con toda la información disponible, discutimos en equipo los pasos posteriores y las acciones por llevar a cabo.

### ***Qué preguntamos y cómo evaluamos el riesgo en la entrevista***

El riesgo, para un niño, depende fundamentalmente de los adultos que lo rodean y:

- de la gravedad de lo sucedido o del daño sufrido.
- de la contención familiar y la existencia de redes sociales de sostén.
- de las características de los padres (o adultos a cargo) del niño y su posibilidad de cubrir sus necesidades.
- de la conciencia de enfermedad, cómo viven los involucrados la situación, si están angustiados, piden ayuda, defendidos, distantes, angustiados o preocupados.
- del reconocimiento de que algo anda mal y la implicación en lo que ocurre, pedido de ayuda para resolverlo.
- de la posibilidad de efectuar algún cambio o reflexión a partir de lo que se charla en la entrevista.

En función de lo que escuchemos, podremos determinar si el riesgo es alto, medio o bajo, lo que nos permitirá decidir la estrategia posterior.

## Recursos y estrategias en la urgencia

Una vez que se formó un panorama y un cuadro de situación, ¿con qué recursos contamos?

- Contención verbal. Muchísimas veces la situación se resuelve con el abordaje de la palabra, ofreciendo un espacio de escucha o de juego. Esa entrevista de evaluación ya es, de por sí, el camino a la resolución de la urgencia.
- Medicación psiquiátrica
- Pedido de evaluación psiquiátrica del adulto acompañante
- Interconsultas con otros profesionales
- Intervención de Trabajo Social (si se dispone)  
¿Cuáles son las decisiones por tomar y las estrategias que definir?
- Derivación a un centro de mayor complejidad o especializado
- Control y seguimiento ambulatorio
- Derivación para tratamiento psicológico individual o familiar ambulatorio
- Derivación para entrevistas de orientación a los padres
- Internación del paciente
- Comunicación a Defensorías o Consejos de Infancia
- Denuncia judicial a través de la institución policial

## Un ejemplo clínico

Se relata un caso donde quedan ejemplificadas muchas de estas situaciones. En este ejemplo, el niño pudo ser derivado rápidamente a un centro de mayor complejidad y las acciones que se llevaron a cabo podrían haberse realizado en el hospital de origen.

Un viernes, un niño de 7 años llega a un hospital general en una ciudad pequeña de la Provincia de Buenos Aires. En estado de evidente agitación psicomotriz, golpea, pateo, agrede y no es posible detenerlo. Está acompañado por su abuelo materno, quien trae una nota de derivación de una psiquiatra infantil que evaluó al niño e indicó la internación en un Servicio de Pediatría. La pediatra de Guardia recibe al paciente y lo deriva a este Hospital, que cuenta con especialistas en salud mental infantojuvenil. Cuando se comunica por teléfono para solicitar la derivación, la psiquiatra de turno le indica la medicación necesaria para que el niño se tranquilice y pueda efectuarse el traslado.

Cuando llega al Hospital ya se ha tranquilizado. Se mantiene una entrevista con el abuelo

y un espacio lúdico con el niño, que está tranquilo y se vincula bien. El abuelo refiere que el niño vive con él y su hija (la madre del niño) que es enferma psiquiátrica, en ese momento descompensada.

Se produjo un cuadro de agitación cuando quiso sacarle el buzo al niño y éste reaccionó negándose con énfasis y luego descontrolándose. No puede precisar datos del niño, actividades diarias ni la situación que llevó al cuadro actual. Cuando se le pregunta qué almorzó el niño o si se bañó ese día, responde que no lo sabe. Sólo relata que concurre a una escuela especial y que el día de la fecha fueron a ver a una psiquiatra, con quien tenían una entrevista, para que el niño ingresara en un Hospital de Día. Refiere también que hay una asistente social de la Municipalidad interviniendo, pero no sabe de qué manera, ni lo que está haciendo por ellos. Está separado y su ex mujer vive en Buenos Aires.

Con estos datos y la evaluación de la entrevista, coincidimos con la psiquiatra que lo evaluó en su ciudad de origen. La estrategia que se considera es la internación del niño para su protección, ya que es evidente que ni su madre ni su abuelo pueden contenerlo ni hacerse cargo de él y que el cuadro de agitación que presentó fue reactivo a la situación familiar.

El equipo de Salud Mental se comunicó telefónicamente con la psiquiatra que había evaluado al niño, a la vez que la abuela materna se presentó en la Guardia cuando su hija le informa que el niño había sido trasladado a este Hospital.

La psiquiatra refiere que la situación familiar no es continente, motivo por el cual interviene la trabajadora social del Municipio, ya que ni esta madre ni este abuelo pueden cuidar al niño, a menos que se organice un dispositivo con mucho apoyo institucional y el armado de una red social fuerte. Se decidió el ingreso en el Hospital de Día y se indicó la internación para protegerlo, ya que el fin de semana quedaría sin la contención adecuada.

Por su parte, la abuela refiere que ella mantiene económicamente a su hija, su nieto y a su ex marido, y que no puede hacerse cargo del niño en forma permanente, si bien los fines de semana lo lleva con ella. Comenta también que está en contacto permanente con la trabajadora social y que están cercanos a lograr una estrategia de trabajo para contener al niño y a la familia. Ofrece llevárselo con ella el fin de semana, y el lunes trasladarse a la ciudad donde viven para entrevistarse con los profesionales correspondientes. Cuenta que con ella nunca se

desborda y que, a su lado, es un niño que realiza actividades propias de su edad, sin dificultades en su conducta.

En este punto, hubo una reformulación de la estrategia: la abuela ofrece mayor contención y seguridad para el niño, por lo que se evalúa como adecuado que se vaya con ella. Por otro lado, el niño se ha calmado y se muestra contento de irse con su abuela, insistiéndole incluso a su abuelo que se fuera. No fue necesario indicar medicación. Se informa a la psiquiatra tratante de lo decidido, y se le indica a la abuela que el lunes se entrevistó con ella y con la trabajadora social.

En este ejemplo, puede observarse cómo trabajó el equipo, qué acciones implementó, cómo evaluó y revaluó la situación, y la estrategia final. También puede verse cómo el niño había caído de la escena, había quedado sin sostén y el trabajo en la Guardia, a través del espacio lúdico que se le ofreció, apuntó a reubicarlo como niño.

Si bien fue un trabajo realizado por profesionales de la especialidad, podría haber sido abordado por otros profesionales de la salud, cuando no existe el recurso de la interconsulta o la derivación.

Para finalizar es importante recalcar que no se tiene que perder de vista el lugar del niño y el de la escucha, para volver a encauzar esa situación que se desbordó y que, por eso, se presentó como urgencia.

## Palabras finales

La urgencia siempre nos sorprende. El abordaje de la urgencia en salud mental es complejo y requiere tiempo, escucha y trabajo en equipo, obligándonos a ser flexibles y creativos en el trabajo cotidiano en la Guardia. Lo que nunca se debe perder de vista es el padecer del paciente y el contexto (familiar, social y cultural) en el que dicha urgencia se enmarca.