

Enlaces desde la mirada conjunta de un equipo de guardia de salud mental infantojuvenil

Por María José Fernández Vidal, Priscila Jimena Robbiano y María Ángela Scarlato Ortiz

María José Fernández Vidal. Psicóloga infantojuvenil, Universidad Nacional de Buenos Aires (U.B.A). Profesora en Psicología, Facultad de Psicología UBA. Psicóloga de guardia del Hospital de Pediatría Infantojuvenil Pedro Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Priscila Jimena Robbiano. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Buenos Aires (U.B.A). Diplomada universitaria en abordaje social en el campo sociojurídico de la salud mental y adicciones. Diplomada en estudios de violencia de género. Suplente de Guardia de Salud Mental en Hospital de Pediatría Infantojuvenil Pedro Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

María Ángela Scarlato Ortiz. Médica especialista en Psiquiatría Infantojuvenil y Medicina Legal. Psiquiatra de guardia del Hospital de Pediatría Infantojuvenil Pedro Elizalde. Coordinadora docente de la residencia de psiquiatría infantojuvenil del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

En este artículo nos proponemos reflexionar desde la experiencia del quehacer profesional como integrantes del equipo interdisciplinario de la Guardia de Salud Mental Infantojuvenil (Hospital de Pediatría Infantojuvenil Pedro Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires) en torno a las modificaciones presentes en las demandas y la práctica diaria en contexto de emergencia sanitaria atravesada por la pandemia COVID-19 y pensar cómo impactó la pospandemia en el tratamiento de los devenires del sufrimiento subjetivo de niñas/os, adolescentes y referentes afectivos/vinculares que se presentaron en la guardia. Dicho contexto significó la expresión de una agudización de la desigualdad y la injusticia social; generó una nueva construcción de las demandas que fueron redirigidas a la urgencia ante la falta de accesibilidad y de respuestas para la comunidad.

Pensamos una propuesta superadora, habilitando la circulación del malestar para que en su derrotero se diera lugar a una construcción colectiva que permitiera transitar de la impotencia a la potencia creativa/creadora, lo que implicó analizar las dificultades propias de la tarea y las posibilidades de respuesta ante la diversificación e incremento de las consultas, necesidades de la población y el entramado-articulado artesanal propio del trabajo en red, intentando construir una interfaz que acompañara el proceso de gestión del sufrimiento.

La propuesta fue integrar, en la mirada interdisciplinaria y el entrelazado de saberes, la experiencia compleja y singular del abordaje en la urgencia en un hospital general de niños de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, adoptando como referencia normativa los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental respecto a la modalidad de atención comunitaria como eje central, teniendo en cuenta la necesidad de una reconstitución del entramado social que se viera modificado y agudizadas las problemáticas de la cuestión social existentes, sumado a la incertidumbre del “no saber” profesional, lo que nos exigió realizar un análisis que definiera un problema de intervención

y propiciara las estrategias necesarias para un abordaje de la situación de modo interdisciplinario e integral desde un enfoque que comprendiera todos los aspectos del contexto y el entorno del sujeto (microsistema, mesosistema, macrosistema).

La Interdisciplina se enfrenta a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia los servicios de salud, en tanto expresión de una serie de cuestiones que en muchos casos superan los marcos de conocimiento de cada campo de saber que conforman los equipos de salud (Cazzaniga, 2002).

El encuadre y sus movimientos

El Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde integra el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es un hospital de mediana y alta complejidad. Asiste en forma gratuita a niños/as, adolescentes y sus familias o referentes afectivos y es una institución de referencia para provincias del interior del país y países limítrofes. En el año 2007 se incorporaron profesionales trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras a la dotación diaria de las Áreas de Urgencias de los Hospitales Generales de Agudos, de Niños y de Salud Mental. El dispositivo de salud mental aborda situaciones emergentes de las salas de internación, interconsultas, consultorios externos, hospital de día de niños pequeños y guardia de salud mental infantojuvenil 24 horas, enmarcada en el servicio del Departamento de Urgencias.

En el año 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, legislando sobre las intervenciones en salud mental y reconociendo a las personas sufrientes como sujetos de derecho, incorporando la noción de riesgo cierto e inminente e intentando romper con el estigma de la peligrosidad como estereotipo central de quienes atravesaban algún padecimiento de salud mental y/o consumo problemático de sustancias. De ella resaltamos las siguientes normativas: el artículo N° 3 define a la salud mental como "un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona."; el artículo N° 5 afirma que "La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad", mientras que el artículo N° 28 determina que "Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales".

El equipo de guardia de salud mental está constituido por profesionales de las especialidades de Trabajo Social, Psiquiatría y Psicología. Se reciben demandas de población infantojuvenil (0-18 años) las 24 horas del día y funciona los 7 días de la semana. La modalidad de atención responde a la guardia externa (ambulatorios) y guardia interna (internados).

Las demandas que se presentan en la guardia externa tiene que ver con: orientaciones en salud mental, situaciones de sospecha de maltrato y/o situaciones de sospecha de violencia sexual en la infancia/adolescencia y situaciones de abordaje de problemáticas socio-familiares que repercuten en los procesos de salud, enfermedad y atención. Otras son las evaluaciones de nivel de riesgo de salud mental, descompensaciones agudas de cuadro de base, situaciones de excitación psicomotriz, control psicofarmacológico; derivaciones de otros efectores de salud (pediatra de cabecera en zona de residencia), de instituciones, juzgados, escuelas, entre otros. También se reciben solicitudes de evaluaciones interdisciplinarias de jóvenes en situación de consumo problemático y jóvenes en situación de conflicto con la ley penal. Las características de las demandas que requieren de la intervención del equipo y que se presentan en la guardia interna tienen que ver con: orientación e

intervención referida a niños, niñas y adolescentes internados en salas o en guardia (usuario/familiar, referente vincular/equipo de salud); abordajes de cuadros de excitación psicomotriz, crisis de angustia, desregulación emocional, etc.; solicitud de evaluaciones de problemáticas de índole sociofamiliar/organización de los cuidados, retiros sin alta hospitalaria; solicitud de acompañamiento y contención verbal a usuarios y referentes afectivos atravesados por el proceso de internación.

Escucha y construcción de la demanda, intervención interdisciplinaria

Inicialmente se piensa la intervención construyendo una aproximación diagnóstica sobre la demanda subjetiva que requiere abordaje, se definen estrategias de intervención y acompañamiento de la situación de un modo conjunto y como parte de un proceso dinámico. Los planes de tratamiento brindados luego de la atención por guardia pueden consistir en tratamientos ambulatorios que presten atención, rehabilitación y recuperación en salud mental, a nivel individual, familiar y/o grupal. Otra posibilidad de respuesta de tratamiento es la indicación de internación por salud mental, que debe ser de carácter transitorio con el fin de cuidar, acompañar al usuario, disminuir el riesgo y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis que provocó la consulta. La internación es un recurso terapéutico de carácter restrictivo, debe ser lo más breve posible, considerada cuando aporta mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Las internaciones por salud mental de niñas, niños, adolescentes y personas declaradas incapaces deben ser siempre de carácter involuntario, proceso que debe ser acompañado por los intentos de fortalecimiento de las redes vinculares y socioafectivas atravesadas por las exigencias estructurales propias de un sistema capitalista, hegemónico y neoliberal, las que debilitan el lugar de sostén y cuidado que ocupaban las familias o los referentes socioafectivos del niño, niña o adolescente. Se habla de una red constituida en base a la necesidad de cuestionar los vértices de la hegemonía médica y sus modos de nombrar de forma gerenciada los procesos de salud/sufrimiento/atención/cuidado, pensando la salud como un proceso y no como un estado acabado.

Incumbencias del Trabajo Social en la guardia de Salud Mental (Ley 23.377)

La Ley Nacional (Argentina) N° 23.377 del año 1986 estipuló las incumbencias profesionales, expresando que el ejercicio profesional del servicio social o trabajo social es la actividad educativa de carácter promocional, preventiva y asistencial destinada a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social que presentan personas, grupos o comunidades. Intervenciones profesionales tendientes a alcanzar mayor calidad de vida de la población en los aspectos que le competen.

Proceso de intervención de Trabajo Social en la Guardia de Salud Mental del Hospital Elizalde

¿Qué se evalúa en la guardia de Salud Mental?

- Familia o referentes afectivos de niños, niñas y adolescentes (continente, disfuncional, atravesadas por problemáticas, con pautas de alarma y cuidado).

- Historia de salud. Controles de salud y vacunas, antecedentes de tratamientos.
- Existencia de intervenciones de Juzgados u Organismos de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Escolarización, vínculos con pares (aislamiento, otros grupos de pertenencia, otras actividades o intereses).

Interconsultas internas (internación) y externas (Departamento de Urgencias) que atienden lxs Trabajadorxs Sociales de guardia de Salud Mental en el Hospital Elizalde

Consultas internas:

- No se presenta el Acompañante Hospitalario/Acompañante Terapéutico.
- Retiro del niño, niña o adolescente del hospital por sus padres sin el alta médica/social correspondiente.
- Se indica internación y la madre llega a la consulta con varios integrantes de la familia y niega tener red sociofamiliar para que los retire.
- La familia o referente expresan dificultades para permanecer en el hospital acompañando la internación.
- Surgimiento de alguna situación de violencia o problemática familiar.

Consultas externas:

- Niños, Niñas y Adolescentes en situación de calle, con escasa red socioafectiva y de cuidado.
- Solicitudes de evaluación interdisciplinarias a través de medidas de salud indicadas por el ámbito judicial ante niños, niñas y adolescentes con derechos vulnerados, en riesgo por padecimientos de salud mental, situaciones de consumo problemático de sustancias, situaciones de violencia física, psicológica, o sexual, negligencias, situaciones de niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley o niños, niñas y adolescentes en estado de alta vulnerabilidad social.
- Evaluación en Salud Mental infantojuvenil de nivel de riesgo cierto e inminente para sí, como para terceros o ambas situaciones.
- Evaluación de situaciones de sospecha de negligencia, violencia física, psicológica o sexual hacia infancias y adolescencias.
- En las situaciones de urgencia en las que se encuentren vulnerados los derechos de niños, niñas y adolescentes:
 - actuar de acuerdo a las variables sociofamiliares para realizar un diagnóstico que favorezca la atención integral de niños, niñas y adolescentes.

- Generar estrategias que permitan el acceso de niños, niñas y adolescentes y su familia a los recursos que las situaciones de urgencia demandan. Asesorar para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales.
- Articular acciones con los diferentes servicios del hospital para favorecer la atención integral de niños, niñas y adolescentes que concurren a la guardia.
- Articular acciones con la red familiar, social e institucional que permitan la atención integral de niños, niñas y adolescentes..
- Atender la demanda de los pacientes internados (demanda interna).
- Propiciar un rol activo de las familias en la resolución de las situaciones que afecten a niños, niñas y adolescentes.

Presentación de situaciones de abordaje, líneas de fuga a la pregunta

De la urgencia subjetiva a la evaluación diagnóstica por guardia

Amelia, de 10 años de edad, es una niña con trastorno del espectro autista que asiste a la guardia de salud mental presentando crisis de llanto y ausencia de tratamiento por psiquiatría, pese a contar con obra social al momento de la consulta. La referente vincular es su madre. Se observa: un agravamiento sintomático desde la pandemia, quejas somáticas varias, interrupción de la escolaridad, negativa a asistir a los tratamientos por salud mental.

Se mantiene seguimiento por guardia durante aproximadamente un año, perdiendo la condición de urgencia pero buscando que se sostenga la accesibilidad. Se brinda orientación a padres. Se mantiene comunicación y envía nota a institución educativa. Se facilita medicación por guardia. Se articula con cobertura de salud para atención, lo que demoró un año.

Un pasaje de la interurrencia clínica a la internación por salud mental

Pablo es un joven de 17 años con diagnóstico de discapacidad intelectual severa, sin lenguaje verbal, en tratamiento por psiquiatría. Concorre a seguimiento por guardia ante reiteración de episodios de descompensación con conducta heteroagresiva en el hogar.

Algunas características a ser destacadas de la situación tienen que ver con la ausencia de redes de apoyo comunitario, ausencia de tratamiento interdisciplinario, ausencia de escolarización, ausencia de controles clínicos pediátricos, odontológicos, etc., reiteradas consultas por guardia de salud mental y reiteradas internaciones por salud mental, reiteradas situaciones de descompensación conductual y emocional reactivas a una multiplicidad de factores que exceden el cuadro de base.

Pablo asiste a la guardia tras romper una ventana en lo que se encuadra inicialmente como un episodio de excitación psicomotriz. Se realiza internación por Salud Mental. En el transcurso de la misma se evalúan intensas molestias odontológicas que requieren intervención quirúrgica con extracción de varias piezas dentales, lo que generó algunos

interrogantes: ¿la existencia de un diagnóstico en salud mental descarta padecimiento orgánico/clínico?, ¿puede encuadrarse como internación de salud mental?

Un intento de protección que se convierte en un encierro iatrogénico

Clara, de 15 años, concurre con oficio judicial solicitando internación a través de una medida de salud enmarcada en una estrategia de resguardo y protección hasta tanto se ejecute la medida de integración a un dispositivo (comunidad terapéutica o unidad convivencial). Presenta situación de calle, con reiteradas retiradas del hogar y ausencia de familia continente.

Tras evaluación por guardia se indica internación por resguardo a la espera de recurso de hogar convivencial. La misma se extiende en el tiempo, la paciente comienza a presentar señales de hostilidad, irritabilidad y conducta héteroagresiva hacia personal de salud, acompañantes, etc.

Se reiteran situaciones de destrucción de mobiliario y episodios de desregulación emocional y conductual. Se realiza internación por salud mental.

Las situaciones planteadas presentan algunos puntos en común: el contexto de emergencia sanitaria pospandemia; interrupción de tratamientos presenciales; dificultad para sostener tratamientos virtuales; colapso del sistema de salud; ausencia de turnos por salud mental para tratamientos ambulatorios; insuficiencia de espacios de atención, habitacionales, terapéuticos; sensación de desamparo tanto en los usuarios como en profesionales.

¿Cuáles son los efectos subjetivos de la institucionalización cronicante? Lo que originalmente se presenta como una medida de abrigo tendiente al resguardo de las infancias se transforma en una medida iatrogénica ante la ausencia de una red interinstitucional de sostén o debido a la carencia de recursos para el abordaje a nivel local.

Una pausa frente a las demandas de internación por Salud Mental

Ramiro es un joven de 13 años que reside en un hogar convivencial, en seguimiento por guardia de este hospital, con internaciones previas por Salud Mental. Llega a la consulta por guardia tras un episodio de enojo con su pareja conviviente. Refiere ideación y amenazas de muerte, manifestando querer saltar de la terraza del Hogar. Ante la situación de urgencia, inicialmente se lo traslada a un hospital de adultos cercano donde se realiza internación y se solicita a este hospital derivación para evaluación por salud mental infantojuvenil, con indicación de internación. Ramiro concurre vía SAME. Durante la entrevista no se evalúa riesgo cierto e inminente. Ramiro se muestra arrepentido de lo sucedido y angustiado ante la posibilidad de una nueva internación. No se observa impulsividad manifiesta ni contenida. Puede ubicar el desencadenante del episodio de desregulación. Ramiro logra poner en palabras su angustia ante la adopción de su hermano y su permanencia en el hogar. Se reitera la sensación de abandono, en la que no hay un otro/otra que lo aloje. Manifiesta interés por contar con un espacio terapéutico, con un profesional que lo acompañe. Se mantiene comunicación con coordinadora del hogar y se acuerdan estrategias de tratamiento. Se realiza ajuste del plan psicofarmacológico. Se brindan pautas de alarma y se

cita a control por guardia en 24 horas con posterior seguimiento, generando allí una pausa ante la urgencia de que se plantee un movimiento subjetivo posible.

De las situaciones expuestas se extraen indicadores en común que constituyen a las emergencias subjetivas. Los mismos son: contexto de emergencia sanitaria; interrupción de tratamientos presenciales; dificultad para sostener tratamientos virtuales; colapso del sistema de salud; ausencia de turnos por Salud Mental para tratamientos ambulatorios; insuficiencia del recurso de Hogares; desamparo para pacientes y profesionales de salud.

Reflexiones Finales

El impacto de la declaración de estado de emergencia mundial por pandemia COVID-19 evidenció problemáticas ya existentes en las sociedades, agudizado por la endogamia obligatoria determinada por el aislamiento social preventivo obligatorio decretado por la emergencia sanitaria, lo que ocultó y mantuvo en el ámbito privado, al interior del hogar, una grave afectación de las condiciones de vida, el estallido de múltiples violencias y padecimientos de salud mental; entre ellos, la ruta crítica que enfrentaron usuarias/os del sistema de salud en búsqueda de un espacio de atención acorde y que garantizara tratamiento. Ello se vio reflejado en el incremento de la demanda y cantidad de consultas que llegaron a la guardia de salud mental (aproximadamente entre 15 y 20 consultas diarias) cuya evaluación integral requirió al menos 40 minutos reloj o más de dedicación, lo que puso en evidencia la agudización de las problemáticas de salud mental infantojuvenil y los altos niveles de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes.

La guardia de salud mental en el ámbito de la salud pública atravesó un proceso que simbólicamente llamamos de metamorfosis, cambiando el estatuto de la urgencia: ¿quién/qué se demanda? Las implicancias de la clínica por guardia se desarrollan entre la continuidad de “tratamientos” por guardia (control de plan farmacológico), el pedido y la exigencia de acallar los síntomas y la transformación en un equipo de interfase debido a las dificultades en la accesibilidad en zonas de residencia.

La sensación de impotencia, de un cotidiano “ser superado” por las falencias del sistema de salud donde nada alcanza, implica hacernos preguntas; se evidencia una alta necesidad de fortalecimiento de la red de atención a fin de propiciar una accesibilidad que no agote los intentos de los usuarios, que son expulsados constantemente.

El aislamiento preventivo obligatorio demostró que lo colectivo era la apuesta y respuesta ante la incertidumbre. Representó un momento de no saber profesional y a la urgencia como emergente de la situación de malestar e incertidumbre de la coyuntura. El pedido de evaluaciones de riesgo y solicitud de diagnósticos de manera compulsiva por parte de las instituciones a la que asistían, la necesidad de que se nombrara y diagnosticara, el síntoma se convirtió en una demanda usual de guardia y, más que nada, se vieron situaciones derivadas de instituciones que piden “hacer algo” en relación a lo que le pasa al niño, niña y adolescente sin tener en cuenta las complicaciones generadas por la ausencia de dispositivos que construyan la red para una respuesta integral necesaria ante el incremento de las demandas subjetivas y sin pensar que al diagnosticar presuntivamente y/o de forma sintomática, se corre el riesgo de que no se visibilicen otras problemáticas más complejas.

Como profesionales de la guardia de Salud Mental de un hospital infantojuvenil público nos desenvolvemos en un ámbito en el que muchas veces la realidad en la cual intervenimos excede los alcances institucionales, encontrándonos con situaciones que nos desafían, producen sensación de

frustración y nos interpelan cotidianamente. Es de suma importancia asumir un compromiso ético y profesional para poder dar respuestas adecuadas a los nuevos desafíos que se nos presentan. Urge fortalecer la capacidad de realizar diagnósticos de salud mental de forma interdisciplinaria, contribuyendo a deconstruir la idea de irreversibilidad de los padecimientos de salud mental, evitando la estigmatización y pensando el sufrimiento desde una mirada integral y no médico hegemónica, con acciones tendientes a alcanzar mayor calidad de vida de la población. “La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos.” (Stolkiner, 1987, 315), por lo que se deberán favorecer espacios de escucha que recepcionen y den lugar a la construcción de la demanda sin recurrir al modo automático que diagnostica en base a nomenclaturas homogeneizantes.

La cuestión de la interdisciplinaria se presenta como un desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia. En estos nuevos escenarios, la interdisciplinaria no sólo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto (Cazzaniga, 2002).

Dicho abordaje nos exige posicionarnos desde una perspectiva de análisis de clase, de género, de interculturalidad y generacional, para lo que necesitaremos seguir apostando a construcciones colectivas en Salud Mental, corresponsabilidad e intersectorialidad, porque la realidad nos demuestra la necesidad de un trabajo colectivo, así como también propiciar y exigir reforzar equipos de guardia y consultorios externos, fomentar la atención comunitaria y la atención de problemáticas de impacto social y familiar como dispositivos de prevención y fomentar el cuidado de quienes cuidan, porque no somos héroes ni heroínas.

Destacamos la posibilidad del trabajo en red desde un entramado de redes posibles y que sostengan desde una articulación interdisciplinaria como soporte subjetivo.

Referencias Bibliográficas

Bruni, Martín y Tarasiuk, Mariana (2016). “Trabajo Social en la urgencia: sufrimiento profesional, estrategias para el afrontamiento de la tarea y la gestión de los cuidados”. Jornadas Asociación de Profesionales de Servicio Social de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (APSS). Argentina.

Cazzaniga Susana (2002). “Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 27. Buenos Aires. Argentina. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>

Equipos de salud mental en una guardia pediátrica (2009). La experiencia del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Publicado en Conociendo recursos Etiquetado con: I Época, Número 6, psiquiatría 1 mayo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Stolkiner, Alicia (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En: Elichiry, Nora (Comp) (1987) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Ed. Nueva Visión (pp. 313-315). Buenos Aires, Argentina.

Legislación

Ley N° 448 (2000). Ley de Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina. Disponible en:

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/ley_448.pdf

Ley 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental (Argentina). Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Ley N° 26.061 (2005). Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778/actualizacion>

Ley N° 23.377 (1986). Ley del ejercicio de la profesión del Servicio Social o Trabajo Social (Argentina). Disponible en: <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-nacional-no-23-377/>