

## EQUIPOS DE SALUD MENTAL EN UNA GUARDIA PEDIÁTRICA

*La experiencia del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)*

Victoria Aresca, Melina Caniggia, Mariana Castro, Carolina Domínguez, Laura Ormando, Alejandra Parrotta, Analía Sarcione

### Haciendo historia

Hablar de la historia de nuestro hospital invita a recorrer un largo camino, más aún si consideramos que se trata del hospital pediátrico más antiguo de Latinoamérica. Concretamente, su inicio nos remonta al 7 de agosto del año 1779, cuando el Virrey de Buenos Aires Juan José de Vértiz fundó la Casa de Expósitos destinada a alojar a los niños abandonados, aquellos niños que hasta entonces eran expulsados de sus casas y librados a su suerte en las calles. La Casa disponía de un torno giratorio de madera que permitía recibir a los niños y mantener el anonimato de las madres que allí los dejaban. En este dispositivo —que funcionó hasta 1891— podía leerse la leyenda: “*Mi padre y mi madre me arrojan de sí, la caridad divina me recoge aquí*”.

A partir del año 1784, la Hermandad de la Santa Caridad se hizo cargo de su dirección, careciendo aún de una impronta médica. Recién en 1815, el administrador Saturnino Seguro, insistió en la necesidad de contar en la Casa con un médico que asistiera a los niños expósitos, designación que logró concretarse en 1817 en la figura del Dr. Juan Madera.

En 1873 se decidió la mudanza de la aún Casa de Expósitos a su actual ubicación: la Avenida Montes de Oca 40, en el barrio de Barracas (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Bs. As., Argentina).

En 1903 ingresó el médico Pedro de Elizalde quien imprimió a través de su práctica un marcado sesgo médico asistencial. Dicha innovación motivó que en 1905 la Casa pasara a llamarse oficialmente Hospital de Niños Expósitos. En 1920 se lo designó con un nuevo nombre, “Casa Cuna”, que permanece vigente en la comunidad aún en la actualidad.

El Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde (Ex Casa Cuna), como lo conocemos hoy, transitó en su historia un vasto recorrido que dejó sus huellas. Creado para dar cobijo a los niños expósitos, es hoy la cuna que alberga el sufrimiento de los niños y



Torno giratorio de madera para entregar niños de forma anónima



Entrada a la Casa de Niños Expósitos en 1873. Fuente: Sitio web del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde ([www.elizalde.gov.ar](http://www.elizalde.gov.ar))

adolescentes de nuestra comunidad garantizando su acceso a la salud.

### El hospital hoy

El Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde integra el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Corresponde a un nivel de mediana complejidad, asistiendo en forma gratuita a niños, adolescentes y sus familias, y siendo hospital de referencia para provincias del interior del país y países limítrofes. La población atendida responde en mayor medida a niveles de pobreza y vulnerabilidad social.

En el marco de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (sancionada en julio de 2000) y bajo el decreto Nro. 1551/06 se incorporan, a partir del mes de junio de 2007,



El Hospital de Niños Dr. Pedro Elizalde en la actualidad

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. La mencionada ley en su intento de transformar el sistema sanitario, procura garantizar diferentes modalidades de atención, con abordajes terapéuticos y sociales, mediante el **trabajo interdisciplinario e intersectorial**.

## Un nuevo recurso dentro de un recurso ya existente

Hace dos años, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos pasamos a integrar el Área de Urgencias de nuestro Hospital bajo la modalidad de **Equipos de Salud Mental**, alojar el padecimiento subjetivo y contemplar el entramado social respondiendo ante las situaciones de crisis de un sujeto y su grupo familiar, implicó abrir un nuevo campo de incumbencia en la guardia.

Nuestra llegada a un grupo de trabajo ya conformado generó interrogantes, sorpresa, a veces asombro, cobrando insistencia una pregunta ¿para qué estamos acá?

Resultó ineludible sostener tal interrogante, en tanto se trataba de un lugar a construir con otros. En los inicios el pediatra se acercaba a preguntarnos “¿cuándo les derivamos?”, “¿qué problema social pueden resolver en la urgencia?”, o nos comentaban “acá no llegan pacientes para salud mental”.

Fue necesario un tiempo de cierta presencia en acto que haga existir el campo de la subjetividad hasta entonces elidido, para que se inscribieran las primeras marcas que habiliten la conformación de una demanda al equipo. De esta manera se comenzaba a construir un nombre con identidad para nosotros y para los demás.

Insertos en la Guardia General, estos equipos cumplen funciones las 24 horas, de lunes a domingo. La actividad diaria se inicia con un pase de guardia. En el mismo, los profesionales de la guardia saliente informan lo acontecido en la jornada de trabajo, destacando los ingresos, pedidos de interconsulta e intervenciones puntuales de situaciones que no se han podido resolver en el día de guardia anterior.

Las demandas al equipo se configuran por diversas vías. Recibimos consultas externas, por presentación espontánea ante motivos referidos a la salud mental integral. También son frecuentes las derivaciones del médico de guardia de aquellas consultas que primeramente fueron dirigidas al saber médico y en las que el mismo profesional ubica un padecimiento de otro orden [ver “Un nuevo estatuto del cuerpo”]. Además de las consultas externas recibimos consultas internas provenientes de los distintos servicios del hospital y de las salas de internación. También en ocasiones se requiere algún seguimiento por guardia de los pacientes internados. Para esto el pase de guardia que realizamos nos permite, además de discutir los casos, determinar su posterior abordaje.

La modalidad de activación del equipo está íntimamente ligada al tipo de demanda, interviniendo el equipo completo o alguno/s de sus miembro/s. En las consultas espontáneas, el paciente suele dirigir la misma a uno de los tres profesionales. Cuando esta demanda proviene de otros profesionales, dependiendo de la singularidad del caso, esta puede estar dirigida al equipo o a alguno de sus miembros. En cualquiera de las situaciones planteadas, sostenidos desde una mirada integral, los profesionales del equipo evalúan la situación, convocándose mutuamente a la intervención.

En el ejercicio de la práctica fue necesario redefinir herramientas, atendiendo a las necesidades de la población atendida y a la dinámica institucional. Entre ellas: modalidades de registro y pautas de



El Equipo de Salud Mental

seguimiento, solicitud de interconsultas, confección de guía de recursos adaptada a demandas de urgencia.

Los motivos de consulta son:

- Sospecha de maltrato infantil (abuso sexual, negligencia, violencia física y psicológica, violencia social y escolar).
- Niños/as y adolescentes en situación de calle.
- Niños/as y adolescentes con problemática de adicciones.
- Intento de suicidio, crisis de angustia, brote psicótico, acting-out, trastornos del control de los impulsos.
- Situaciones familiares conflictivas.
- Niños/as y adolescentes sin referente adulto.
- Madre/padre adolescente en situación de vulnerabilidad.
- Personas con enfermedades infectocontagiosas, patologías crónicas, discapacitantes, o terminales.
- Problemáticas relacionadas con la discapacidad.
- Consultas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Problemas relacionados con el acceso a la documentación.
- Problemas relacionados con el acceso a prestaciones sociales y de salud.
- Necesidad de contención y orientación de los familiares ante diagnósticos, internación y fallecimiento.
- Orientación psicosocial.

Nuestro lugar se fue configurando así en torno a nuevos saberes supuestos a cada uno de los tres miembros del equipo. Saber hacer con el sufrimiento, la angustia, la pérdida, la muerte, el desborde subjetivo, la vulnerabilidad social, el desamparo, la violencia. Modalidades de padecimiento que empezaron a ser admitidas en la guardia en la medida en que había quien pudiera alojarlas.

## Una pausa en la urgencia

En su mayoría, los hospitales se encuentran dirigidos por el discurso médico, el cual debe brindar respuestas eficaces, rápidas y universales, donde el tiempo es apremiante. Estas características del discurso se despliegan en el ámbito médico en general y particularmente en la urgencia. Es justamente aquí donde nuestra presencia en la guardia instauro algo del orden de lo nuevo, introduciendo una **pausa en la urgencia**, dando lugar a la escucha y donde lo universal se desvanece frente a la lógica de la realidad con la que cada sujeto se sostiene en la vida. Basándonos en esto es que hablamos de **urgencia subjetiva** centrada en el sujeto y la particularidad de cada caso.

La instauración de tiempo en la urgencia es en sí misma una intervención, produce un corte, da lugar, ordena, habilita. En nuestras intervenciones se implementa una secuencia lógica de tres tiempos: **Instante de ver** (determinado por la incertidumbre del caso); **Tiempo de comprender** (donde se



Interior del hospital

instauro la pausa en la urgencia y se comienza a ordenar el caso para su posterior intervención); **Momento de concluir** (donde se ha construido algo del orden perdido que dará lugar al seguimiento y terapéutica correspondiente a cada caso). Estos tiempos son de secuencia lógica y no cronológica y se instauran en una reciprocidad entre el paciente y el equipo profesional.

Se trata de otorgar un marco significativo a los fenómenos que dan lugar a la urgencia, ponerlos en palabras, que se habilite el advenimiento del sujeto que se encuentra abolido.

No todos los casos en que intervenimos en la guardia constituyen una urgencia subjetiva, de aquí la importancia de poder diferenciar qué hay detrás del pedido que se nos formula; ¿una urgencia institucional? ¿una urgencia de otro profesional en relación con el paciente? , ¿la urgencia de los padres? Poder discriminar de quién es la urgencia funciona como un indicador de cual será el lugar que debemos ocupar en esa situación y cuáles serán las formas de intervención posibles en la misma. Señalar y estar advertidos **de quién es la urgencia** funciona en sí misma como intervención.

## Un nuevo estatuto del cuerpo

En el comienzo hay algo que duele en el cuerpo. Antes de nuestra inserción en la guardia, el cuerpo era fundamentalmente orgánico y la posibilidad de que el síntoma corporal deviniera en otra cosa era terreno desconocido.

La apuesta fue armar entonces una demanda que incluyera la escucha, que el tiempo de la urgencia se conjugara de otra manera, que empezara a incorporarse algo que quedaba por fuera del campo de acción de la medicina.

El tiempo y la presencia han jugado un rol determinante, pudiendo ensamblar esas piezas que en algún momento pertenecían a prácticas no integradas. Ahora son los mismos médicos los que pueden escuchar otra cosa detrás del “me duele”, una dimensión que involucra otros sonidos además de los orgánicos; o sea que eso que en el comienzo solo dolía en el cuerpo pase al campo de la palabra.

## Lo social en la urgencia

Si nos preguntamos cómo se configura la urgencia en el campo de lo social y más específicamente en un servicio de guardia de un hospital pediátrico, podemos pensar en diversas situaciones que emergen de manera inesperada, condensan necesidades y demandas del niño o adolescente y su familia, y requieren de una respuesta rápida. La mayoría de las veces, estas necesidades se encuentran ligadas a diversas situaciones de exclusión y vulnerabilidad social. Asimismo, y más allá de las situaciones que denotan una emergencia social, consideramos que nuestra inclusión en este espacio permite alojar aspectos psico-sociales que emergen en la consulta médica y favorecer la **atención integral** del niño o adolescente y su familia.

Los ejes de nuestra intervención en este ámbito podrían agruparse en:

- **Favorecer la organización familiar** ante situaciones ligadas a la urgencia médica; una internación, la información de un diagnóstico clínico, son situaciones que irrumpen a nivel familiar y requieren de una reorganización de la vida cotidiana, con el stress que ello implica para el paciente y su familia. Las posibilidades de reorganización dependerán de los recursos y capacidades que cada familia posea, requiriendo algunas mayor apoyo que otras. En el caso de los niños esta reorganización familiar se torna indispensable por su dependencia en relación a un adulto referente, inherente a su etapa evolutiva, siendo este un motivo frecuente de interconsulta.
- **Generar estrategias que permitan el acceso a los recursos que la situación de urgencia demanda:** cuidados hospitalarios, alojamiento, alimento, abrigo, etc.
- **Brindar contención e información**, generando un espacio de escucha, favoreciendo la comunicación y realizando derivaciones asistidas.
- **Favorecer la articulación intra e interinstitucional**, a través de la comunicación con otros servicios del mismo hospital, centros de salud, organismos de gobierno y justicia, instituciones de la comunidad, ONGs, parroquias, obras sociales, sumando actores a la intervención para favorecer la resolución de las necesidades de las familias y la instalación del seguimiento, cuando la situación del paciente así lo requiere.
- **Favorecer el fortalecimiento de vínculos y redes sociales**, procurando visualizar y convocar a personas del

ámbito familiar, de la comunidad y de otras instituciones con el fin de incluirlas en un trabajo que tienda a consolidar dichos vínculos y ampliar la red de contención para el niño o adolescente y su familia.

En general, observamos que existe una notable debilidad y fragmentación de los lazos sociales; cuando comenzamos a explorar la red social del paciente, advertimos dificultades ligadas a: imposibilidades o desvinculación afectiva por parte de los adultos referentes; enfermedad física y/o mental de los mismos, situaciones de conflictiva y violencia familiar, dificultades económicas que obstaculizan los traslados hasta el hospital; importantes distancias geográficas que dificultan la permanencia de familiares, amigos, vecinos, junto al paciente que necesita ser cuidado.

El eje de la intervención social en la urgencia se centra en la articulación de una respuesta a necesidades que se plantean como inmediatas, abordando la crisis sin obviar el devenir histórico del sujeto. Es decir, sin fragmentar y visibilizando los factores socio-económicos y culturales que propiciaron la configuración de la realidad que lo acontece.

## A modo de cierre

Creemos que desde este dispositivo es posible enlazar los recursos materiales, humanos e institucionales, ponderando la atención integral de la salud, identificando facilitadores y favoreciendo la concreción de los derechos sociales.

Pasados ya dos años, el trabajo en la guardia no cesa de generarnos preguntas. Son ellas mismas las que van dando lugar a la permanente construcción y re-construcción de nuestro quehacer allí. Y es en la práctica cotidiana del intercambio con otros donde encontramos las respuestas que nos siguen orientando.

Victoria Aresca, Carolina Domínguez,  
Alejandra Parrotta

Licenciadas en Trabajo Social del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde de Buenos Aires (Argentina)  
aleparrot@yahoo.com.ar

Melina Caniggia, Mariana Castro,  
Laura Ormando, Analía Sarcone

Licenciadas en Psicología del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde de Buenos Aires (Argentina)  
analiasarcone@hotmail.com