

EQUIPO DE NIÑOS: ADMISIÓN, GRUPO DE PADRES, ESTRATEGIAS E

INTERCONSULTA

Lic. Irene Levy (1)

Lic. Alicia Borghiani (2)

Lic. Nora Muñoz (3)

Análisis estadístico: Lic. Silvana Aisemberg y Lic. Yoel Torres Vidal (4)

El equipo de niños ha tenido desde 1989, diversas transformaciones que indudablemente no sólo están dadas por la conformación del equipo, es decir, cantidad de integrantes, funciones, etc., sino a través de modificaciones que originó la diversidad en la demanda.

Cuando se habla de demanda, esto se refiere a las estadísticas que poseemos desde el año '95, las que por sí mismas, son ilustrativas de algunos de estos cambios. Y es a partir de ellos como tratamos de implementar estrategias acorde a las demandas, que van variando con los tiempos en curso.

El equipo de niños está integrado por concurrentes de 1º a 5º año y por becarios honorarios (Desde 1989 está a cargo de la coordinación la Lic. Irene Levy. Los concurrentes que componen dicho equipo actualmente son: Lic. Yoel Torres Vidal y Lic. Silvana Aisemberg -5º año-; Lic. Florencia Aquino, Lic. Ana Aner, y Lic. Verónica Pasquette -4º año-; Lucila Denari y María Victoria Coppa -3º año-; Lic. Carolina Petriella -1º año-). Estos atienden a pacientes niños entre 0 y 12 años de edad, en consultorios externos en forma individual / grupal y en la sala de pediatría. Contamos con varias supervisiones para las diferentes tareas que realizamos: los supervisores que desde hace alrededor de 10 años analizan casos clínicos son Lic. Clara Salz y Lic. Alberto Val, y más recientemente: Lic. María Altschuler, Lic. Gloria Feldman, Lic. Silvia Sigal, Lic. Mónica Arias y Lic. Gloria Feldman.

Desde hace varios años se presenta un curso específicamente dedicado a la clínica con niños, con presentación de casos y colegas invitados.

Las estadísticas son el resultado de un esfuerzo sostenido a lo largo de estos años, que en síntesis es lo que la formación profesional requiere: asistencia, docencia e investigación.

1. Psicóloga de Planta. Coordinadora del área de niños del Servicio de Psicopatología y Salud Mental a cargo de la Dra. Silvia Fernández de Nieva
2. Asistente Social de Planta. Integrante de Servicio Social
3. Lic. en Psicología
4. Lic. en Psicología. Concurrentes de 5º año

La admisión se ha ido conformando como un espacio interdisciplinario. Hubo un proceso en la conformación de estos espacios clínicos: admisión, grupo de padres, precisamente porque son el resultado de modificaciones que surgieron de la misma demanda.

En la admisión intervienen dos psicólogos, una asistente social y una psicopedagoga. Primero, hace aproximadamente 5 años, se comenzó trabajando con psicopedagogía: las madres venían con un papel del colegio que decía “se solicita diagnóstico psicológico”, y en el pasillo pedían por una psicopedagoga o al revés.

La inclusión de una asistente social debido a la violencia en todas sus formas: abuso sexual, maltrato físico y psíquico, abandono; así como el incremento de los casos en su mayoría acompañados de cédulas judiciales o juicios de divorcio o tenencias, etc., ha hecho reflexionar acerca de la necesidad de contar con la escucha de una asistente social que aportara sus conocimientos.

Una de las primeras admisiones en ese contexto fue de un papá que vino a la admisión con su hija de 5 años, recientemente abandonada por su mamá. Se lo veía desesperado, ansioso, sin entender qué le pasaba ni lo que debía hacer. Se suponía que la consulta iba a encaminarse a problemáticas diversas con la niña –como estábamos habituados a escuchar- el papá sorprendió diciendo que no sabía si podría quedarse con su hija. En este caso además de ofrecerle contención y un espacio para reflexionar, se planteaba un tema legal y urgente. Estas temáticas, donde lo legal, sobre todo tratándose de un menor, entra en juego, se han ido agravando.

El grupo de padres surgió como estrategia útil para trabajar con los padres varios aspectos: profundizar el motivo de consulta, realizar un diagnóstico presuntivo, mejorar la derivación que puede ser para los padres, contenerlos y orientarlos, despejar quiénes se comprometerán a asistir e implicarlos en el motivo de consulta. Esto último es acercarlos a través de la historia familiar, de ellos o de los otros padres, a que puedan ir traduciendo esos síntomas de los niños como algo que puede tener sentido. En este espacio también trabajamos con la asistente social. Muchas cuestiones relacionadas con la falta de vivienda o de recursos de organización familiar requieren información en el área social.

El proceso de equipos interdisciplinarios no está cerrado a ir modificándose en la práctica. La inclusión de diversas disciplinas abre a la escucha en beneficio del paciente,

cuestiones que a veces no sólo pasan por la interpretación del inconsciente. Muchas veces es preciso primero o simultáneamente crear esas condiciones de sostén para que se pueda trabajar.

E. Galende dice que si cada época tiene su forma de padecimiento, ésta se caracteriza por el predominio de las patologías narcisistas, perversiones, enfermedades funcionales, padecimientos psicosomáticos y adicciones, así como incremento de la violencia familiar y los suicidios, y el aumento de las depresiones.

Con las estadísticas –realizadas por el equipo de niños desde el año 1995 a la actualidad- se mostrará el tipo de población que consulta, el motivo del acercamiento de los padres al Equipo de niños y las diferentes circunstancias que marcan la vida de los niños. Las variables tomadas son más de las que se mencionarán para ajustarse a los objetivos del presente trabajo. Estas son: lugar de residencia; violencia familiar; Abuso sexual; edad de los pacientes; derivaciones; motivo de consulta y adicciones.

ANALISIS ESTADISTICO

Desde 1995 a 1999, se atendió por año un promedio de 181consultas. El pico fue en 1997 con 216 casos.

Los datos aquí consignados fueron relevados en la admisión semanal que realiza el Equipo de niños del Servicio de Psicopatología. Se considera de suma importancia esta mención al origen para el análisis estadístico ya que, una vez dentro del tratamiento, van surgiendo problemáticas existentes desde un principio que –por muy diversos motivos- no han sido mencionadas en el espacio de admisión.

Si bien el Equipo de niños atiende al grupo de la población que va de 0 a 12 años, la atención se concentra en el rango que abarca de los 6 a los 11 años. Podemos observar en el gráfico, dos saltos significativos en lo que a cantidad de consultas se refiere: uno marcado por la entrada al jardín de infantes y el otro por la entrada a la enseñanza primaria. El comienzo de la sociabilización y la institución escolar funcionando como terceridad, denuncian situaciones y problemáticas hasta ese momento ocultas o no registradas por el entorno más próximo al niño por el que se hace la consulta.

En cuanto al sexo de los pacientes, predominan significativamente las consultas de varones por sobre las niñas durante estos 5 años, manteniéndose constante la proporción entre ambos.

Como es de esperar, los pacientes residen, en su gran mayoría, en Capital Federal (sobrepasando el 80% de la población concurrente al Servicio). En segundo lugar se encuentra la Zona Sur (8.8%), siguiéndole Zona Oeste (5.8%) y es casi nula la población de Zona Norte (0.9%).

Los casos de Violencia familiar detectados en la admisión y que no siempre constituyen el motivo de consulta, se mantienen estables, rondando el 30% en los 5 años. El padre es el que mayoritariamente ejerce la violencia (61%), en segundo lugar se encuentra la madre (18%). Debe tenerse en cuenta que en un gran porcentaje, son las madres las que consultan y la violencia que ellas mismas podrían ejercer, no es dicha en el primer encuentro que tienen con el profesional que hace la tarea de la admisión. La madre no menciona el abandono explícitamente en la consulta como problema, sino que esta en el conjunto de otras problemáticas como lo laboral; niños que están solos a cargo de madres solas o con nuevas parejas, y donde sólo excepcionalmente el padre biológico, pasa alimentos o visita al niño en forma regular. Hay un alto porcentaje de parejas separadas.

El hijo es considerado mayoritariamente como el receptor de los actos violentos (43%), le sigue la madre con un 30%. La violencia física es la que prima por sobre todas las demás (58%), seguida del abandono de alguno de los padres (27%). De todas maneras estos datos deben leerse con cuidado porque muchas veces la violencia psicológica no es registrada como tal y el abuso sexual suele pasar inadvertido o mantenido en secreto.

Los porcentajes de “Abuso Sexual” han fluctuado en estos 5 años, ejercido por el padre en un 38% de los casos y en un 33% por un conocido.

Los motivos de consulta han sido agrupados para facilitar la lectura del gráfico. La variable “Problemas emocionales” se divide en cuatro variables “Enuresis y encopresis”; “Inhibiciones y miedos”; “Depresión” (aquellas que se presentan en mayor cantidad) y en “Otros” donde se agrupan problemáticas varias, tales como problemas vinculares; tristeza; apatía; timidez; duelo y dificultades sociales. Por otra parte la variable “Orientación” incluye: orientaciones; prequirúrgicos y psicodiagnósticos. El criterio de agrupabilidad en

este caso, responde a situaciones que demandan una intervención profesional acotada en el tiempo.

Teniendo en cuenta que la variable “Problemas emocionales” (32%) agrupa otras, se podría hacer la lectura de que la mayoría de las consultas obedece a los problemas de conducta detectados (24%), seguidos de los de aprendizaje (13%) y los trastornos psicossomáticos (10%).

La mayoría de las derivaciones que recibe el Equipo de niños son de las instituciones educativas (39%). En segundo lugar se ubican los distintos servicios del Hospital Ramos Mejía (32%), siendo Pediatría la mayor fuente de derivación (59% del total de derivaciones dentro del Hospital). En tercer lugar se ubica la consulta espontánea (22%).

La violencia física detectada, así como los problemas laborales, indican un marco de sostén social, espacios de contención y continuidad afectados seriamente. Si la constitución subjetiva de un niño necesita de un marco de contención que implique condiciones básicas de sostén y permanencia, se observa que los pilares de la constitución del sujeto están amenazados, de modo que se está frente a una población en riesgo, donde la problemática ya no es sólo psicológica sino también social, pues estas condiciones de precariedad potencian las patologías. El ataque continuo a través de la desocupación, mudanzas, malas condiciones de vida, convierte a los grupos que salen a defender esos elementos básicos, o sea a los trabajadores de Salud y Educación, en pilares que también padecen esos ataques, precarizando las respuestas. La vulnerabilidad, la carencia de posibilidades impide la construcción de espacios de participación social.

Las prácticas en salud mental no pueden dejar de estar atravesadas por esto. La prestación pública debe tender a la construcción de redes para aquellos que hoy –los excluidos- pueden tener acceso, y las instituciones deben revisar críticamente sus prácticas.

En una de las recientes sesiones del grupo de padres, una mamá lloraba por su hijo adolescente, drogadicto, encerrado en la cárcel de Caseros. El hijo más chico, por el cual consulta, presenció cuando la policía se llevaba a su hermano. Otra mamá consultaba porque su hija tenía ausencias y lloraba continuamente desde el último día del padre. Tenía 8 años y cuando tenía 6, dejó de verlo porque lo metieron preso por vender droga. La mamá no se animaba a decirle la verdad. En el grupo, ésta última intervino para darle

ánimos a la mamá del adolescente preso, para que luchara por una rehabilitación, y puso su propia experiencia de adolescente drogadicta como relato para que se anime frente al juez. A su vez se animó a decirle a su propia hija acerca que el padre estaba preso, lo que provocó mejorías en el colegio para su hija.

En “La creación social de la enfermedad mental” Raymond Cochrane dice: “Las personas que se encuentran en circunstancias desesperadas, recurrirán a medidas desesperadas cuando todo lo demás fracase. Desafortunadamente, se da muy a menudo el caso de que las causas de la desesperación no son atribuibles a los individuos sino al mundo social al que pertenecen”.

Entrevistas de admisión y grupo de padres en el Equipo de niños del Servicio de Psicopatología del Hospital J.M. Ramos Mejía

Servicio Social

En las cercanías del año 2000 la sociedad se encuentra atravesada y articulada por una profunda crisis e pobreza. Hablar hoy de pobres simplemente, resulta insuficiente. Tenemos pobres estructurales, nuevos pobres y empobrecidos.

Dentro del seno familiar se producen situaciones que tienen que ver con la pérdida y deterioro de la actividad laboral, entre ellas:

- el padre que queda sin trabajo
- la inestabilidad laboral y la falta de oferta
- la madre que ocupa el lugar del padre
- el padre que ocupa el lugar de la madre
- falta de alimentación adecuada
- el niño que concurre a la escuela para comer
- los cambios sucesivos de vivienda
- viviendas inadecuadas
- hoteles, pensiones, casas tomadas, barrios marginales, etc.
- deterioro de la salud
- falta de atención de la salud
- mayor frecuencia de maltrato dentro de la familia
- desvinculación familiar, etc.

Estos inconvenientes llevan al pobre en algunas oportunidades a buscar refugio o escape a la situación que le toca vivir a través del alcohol, de la droga, o de cualquier otro sustituto similar.

Los pobres estructurales ya no concurren al hospital a atenderse.

En las entrevistas de admisión y en consecuencia en los grupos de padres, escuchamos especialmente a los nuevos pobres y a los empobrecidos a través del siguiente discurso:

“El padre está sin trabajo, era vendedor ambulante y levantaron los puestos...”

“No lo conocen al papá, no se hace cargo, no me ayuda económicamente...”

“Tuvimos problemas económicos graves. Perdimos todo, quedamos en la calle, ahora estamos en la lucha...”

“Trabajo dos veces por semana, no consiguió más, por ahora para comer tenemos...”

Me derivaron al Infante Juvenil, pero como no tengo plata para viajar vengo acá que vivo cerca...”

“Yo quedé sola al separarme, fui a vivir con mis padres, él no me pasa nada. Yo trabajo en la capital cama adentro y voy los fines de semana a casa. Yo me siento culpable de todo porque trabajo y no estoy con ellos...”

“En casa hay muchas discusiones por problemas de trabajo, de dinero, por deudas. Peleas que han llegado a la agresión física...”

“Durante la semana vivo con mi hija en la casa de familia donde trabajo. Los fines de semana va a la casa de la abuela. El padre no sabe dónde trabajo ni a que colegio va. La abuela vive en provincia, él va a buscarla allá. Él era violento, me pegaba. Él intentó violar a mi hermana. Hay intervención de Juzgado por maltrato, por violación, luego por separación, régimen de visitas y alimentos...”

“Vivo en una casa particular, no es un hotel, la Sra. Alquila habitaciones, la mía es muy chiquita y cara; entra una sola cama, allí dormimos los tres, yo y mis dos hijos. Estoy separada, trabajo una sola vez a la semana, mi marido no me pasa nada. Voy a la iglesia a buscar la caja de comida...”

La entrevista de admisión y el grupo de padres se caracterizan por ser dinámicas, se trabaja el aquí y ahora. A través de ello se llega a un diagnóstico presuntivo a fin de realizar las intervenciones pertinentes, ya sea canalizándolas a través de la institución base o por medio de derivaciones a otras.

El trabajador social hoy, ante la situación social que vivimos trata de generar estrategias que lleven a acciones alternativas, que produzcan en el sujeto el fortalecimiento de su identidad, de su autovaloración, de su protagonismo, de la solidaridad.

Interconsulta de niños

Además de la admisión la otra vía de entrada de pacientes al Equipo de Niños es a través de la interconsulta

El Equipo de Interconsulta se formó hace 10 años. Es coordinado por la Lic. Nora Muñoz y está integrado por las Lic. Silvana Aisemberg, Gabriela Scalise y Sandra Walsh. La supervisora es la Lic. Liliana Svartz de Peskins.

El trabajo de Interconsulta abarca la atención de los pacientes internados en la Sala de Pediatría y a los Pre Quirúrgicos de niños que serán intervenidos tanto en este hospital como en otro centro. La tarea de Interconsulta se implementa a través de entrevistas con el niño, con sus padres y con el médico tratante. De acuerdo con el caso se agregan entrevistas con enfermería, asistente social, otros especialistas, otros familiares del niño, etc. Cuando existe intervención judicial, se trabaja con el Juzgado y, de ser requerido, se elevan informes.

Desde el año 1996 hasta la fecha el Equipo lleva atendidos alrededor de 250 casos.

Se tomó para analizar una muestra de 50 pacientes. Se analizan las variables: edad, sexo, lugar de residencia, motivo de la interconsulta y derivaciones.

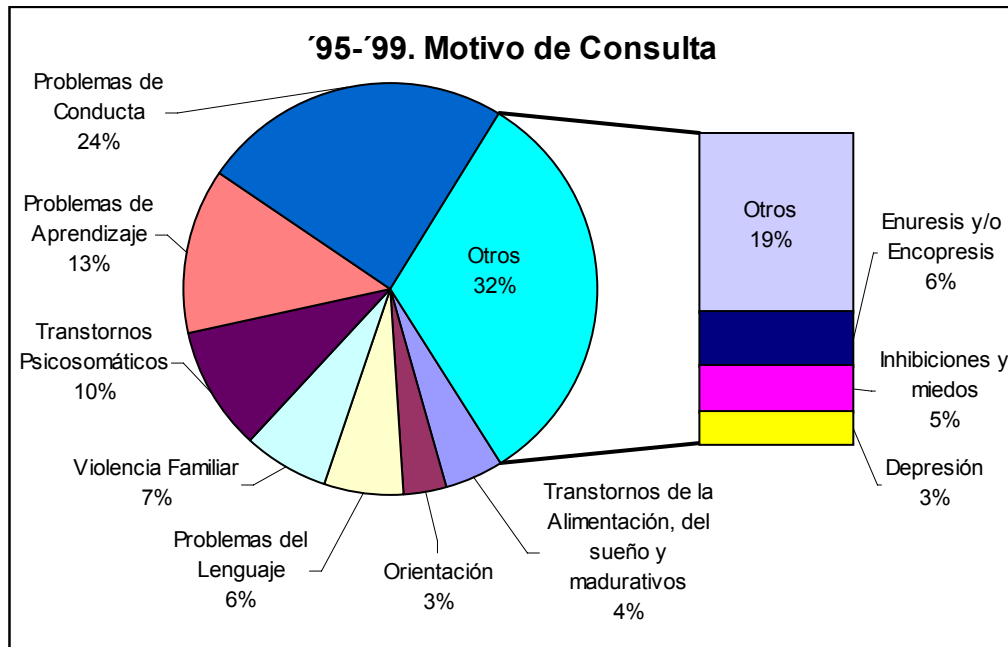
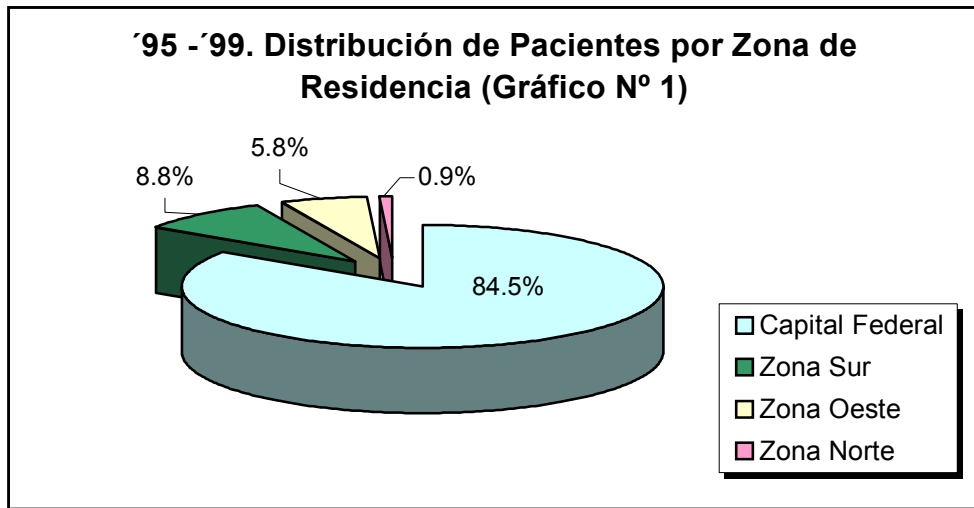


Gráfico N° 2: Motivo de Consulta

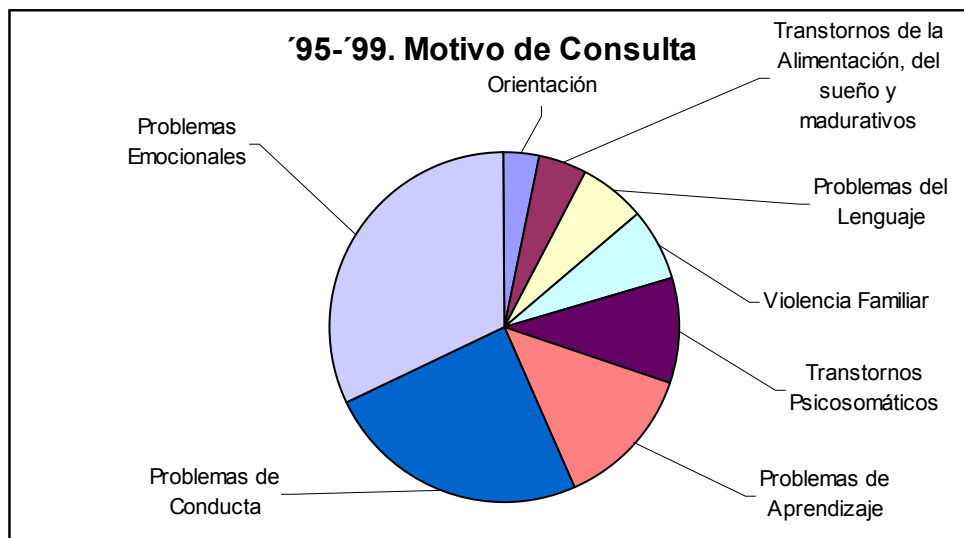
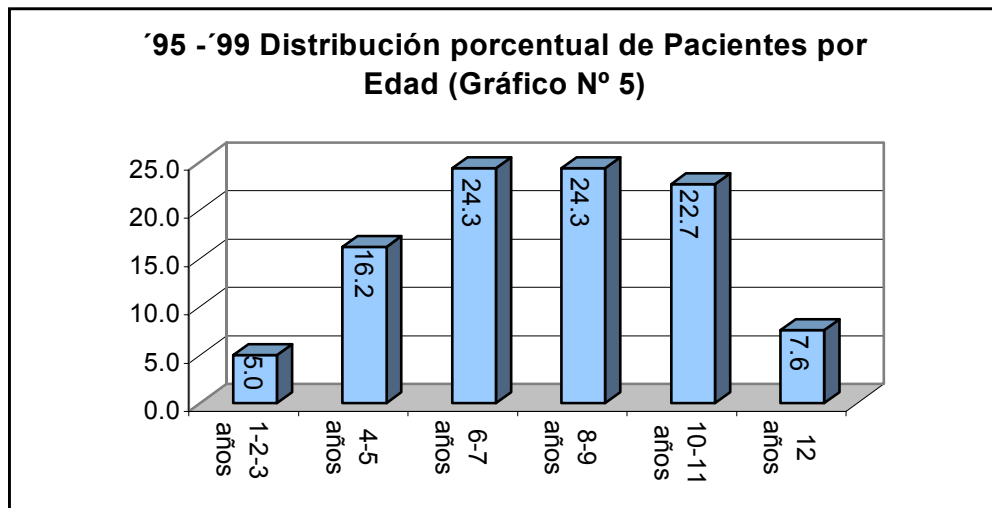
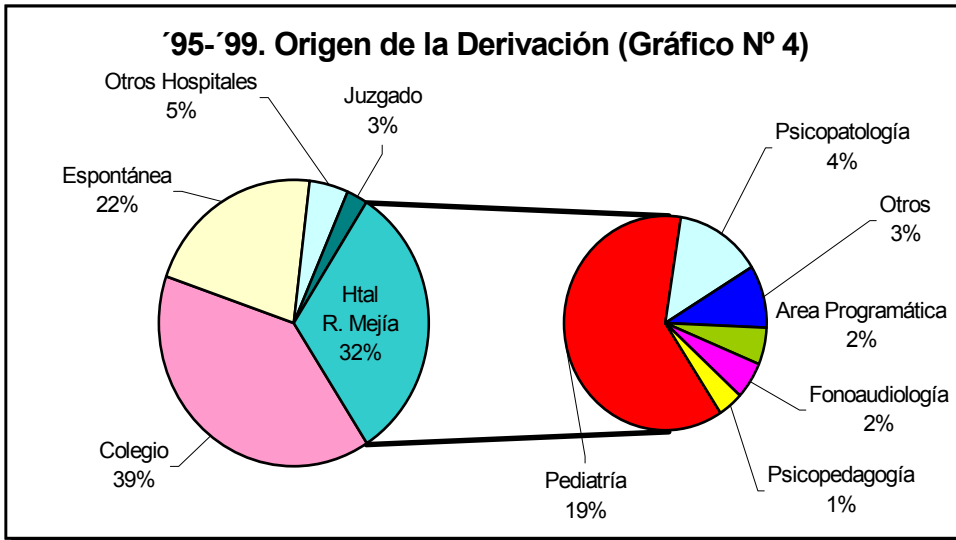


Gráfico N° 3: Motivo de Consulta



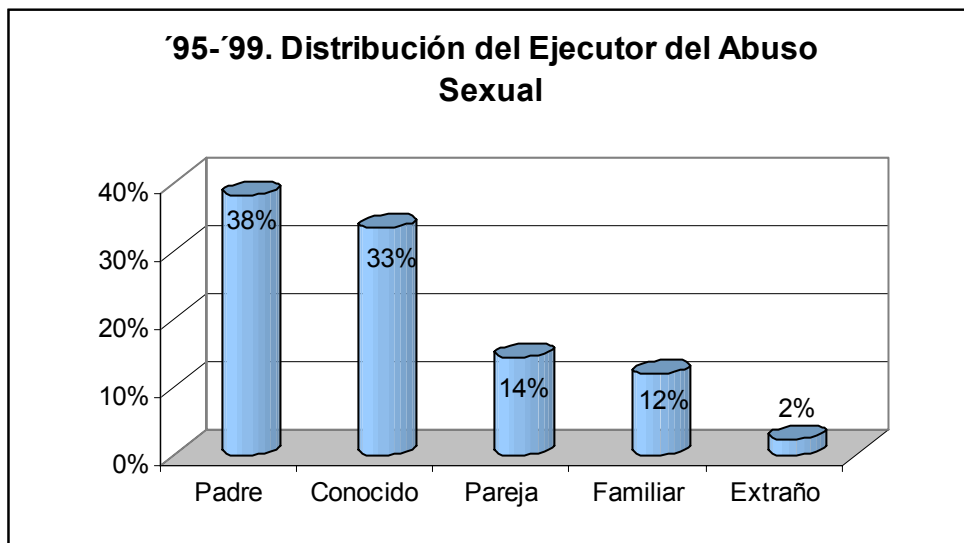
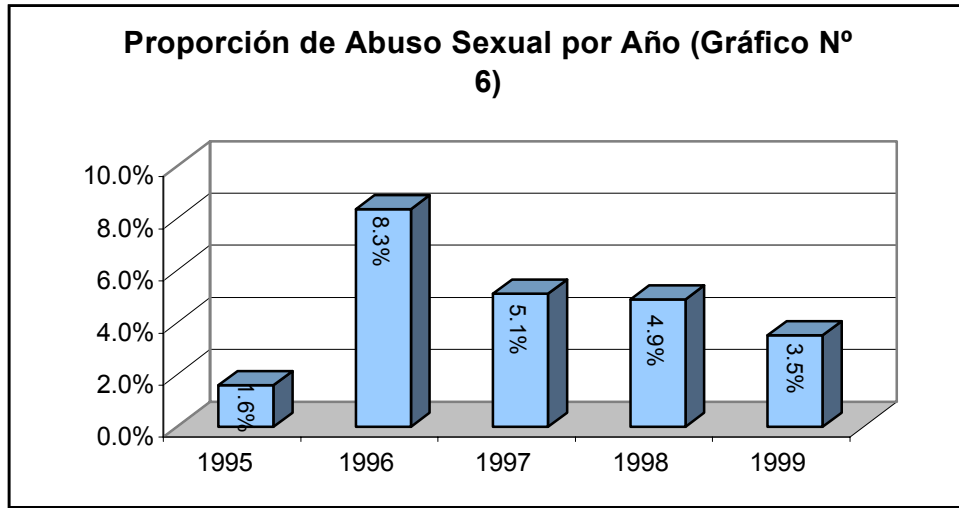
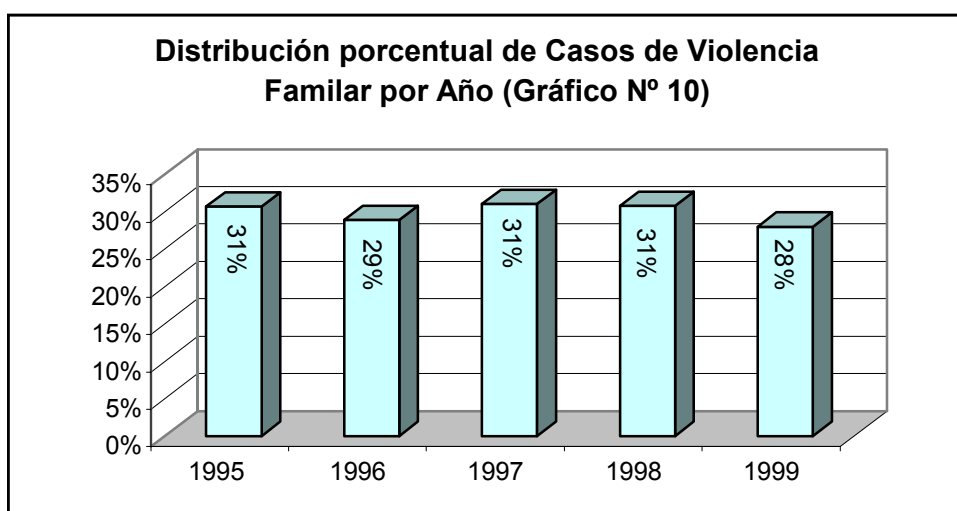
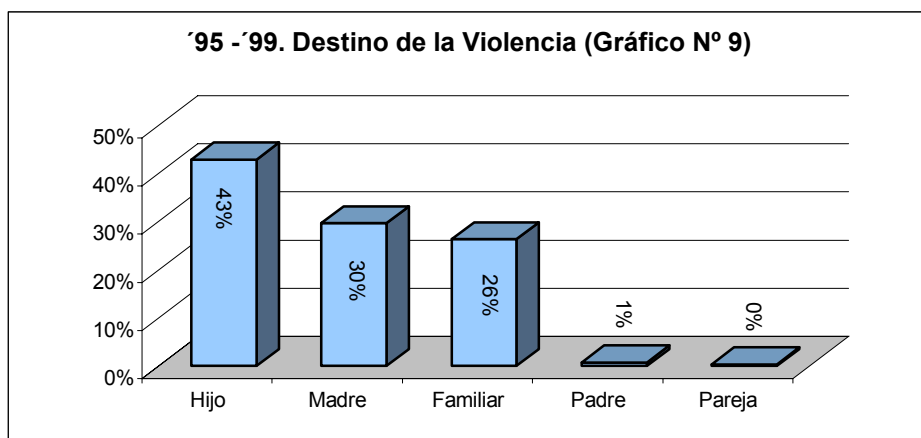
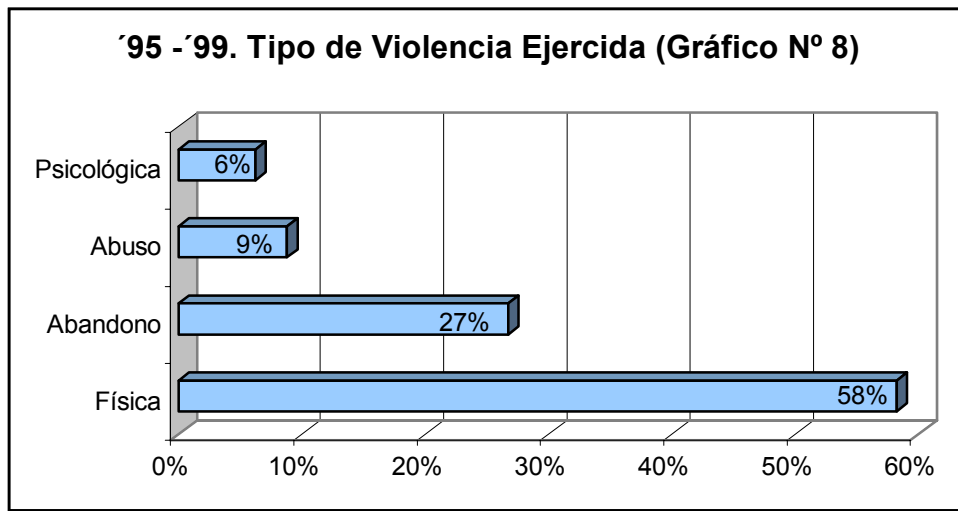
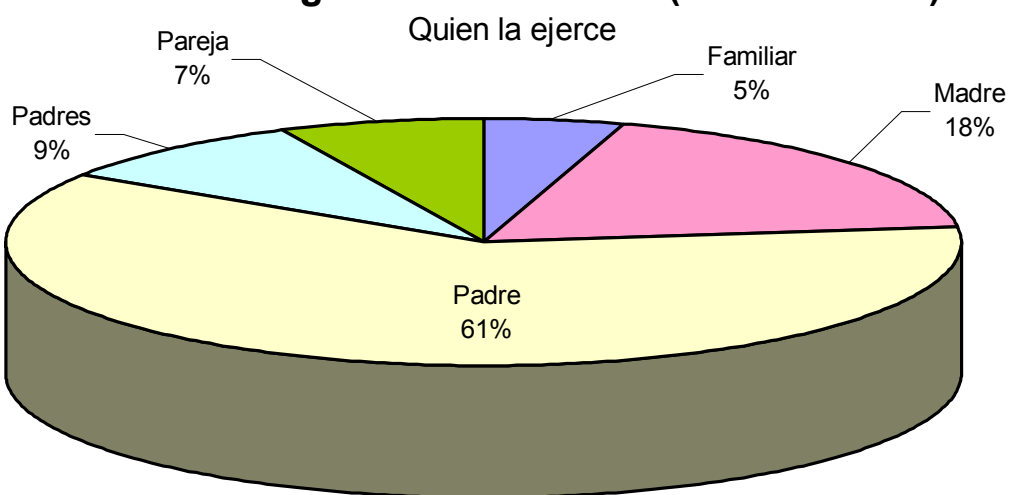


Gráfico N° 7: Distribución del Ejecutor del Abuso Sexual



'95 - '99. Origen de la Violencia (Gráfico N° 11)



INTERCONSULTA

Gráfico N° 12: Distribución según Motivo de Consulta

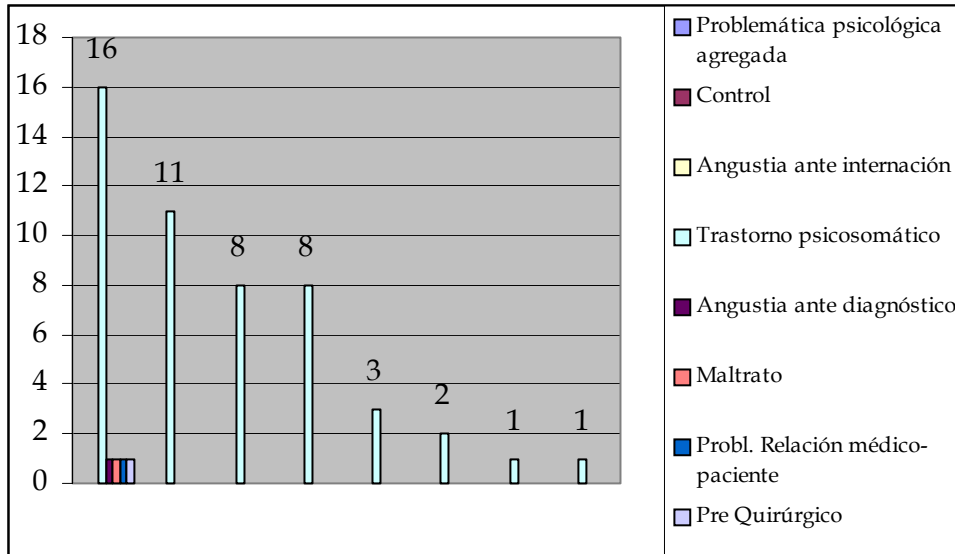


Gráfico N° 13: Distribución según sexo

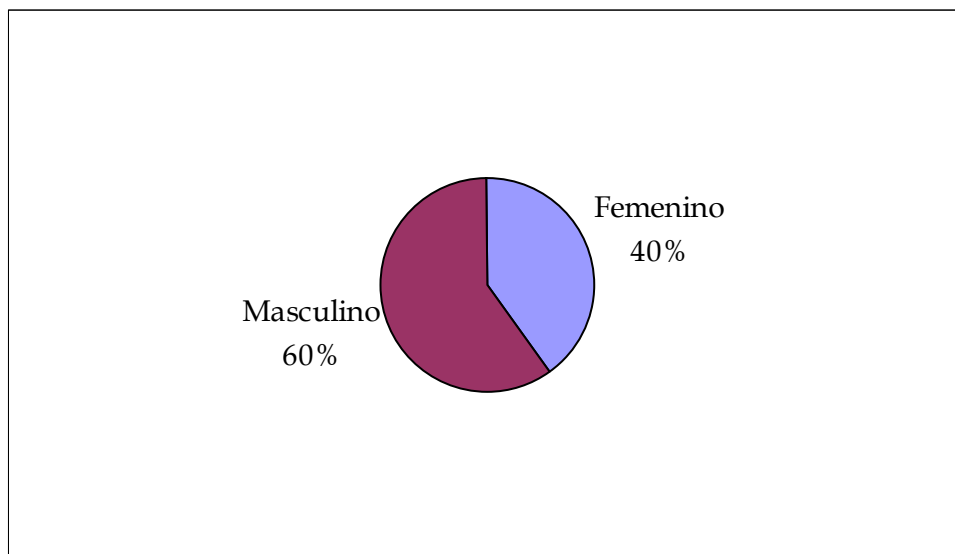


Gráfico N° 14: Distribución según Lugar de Residencia

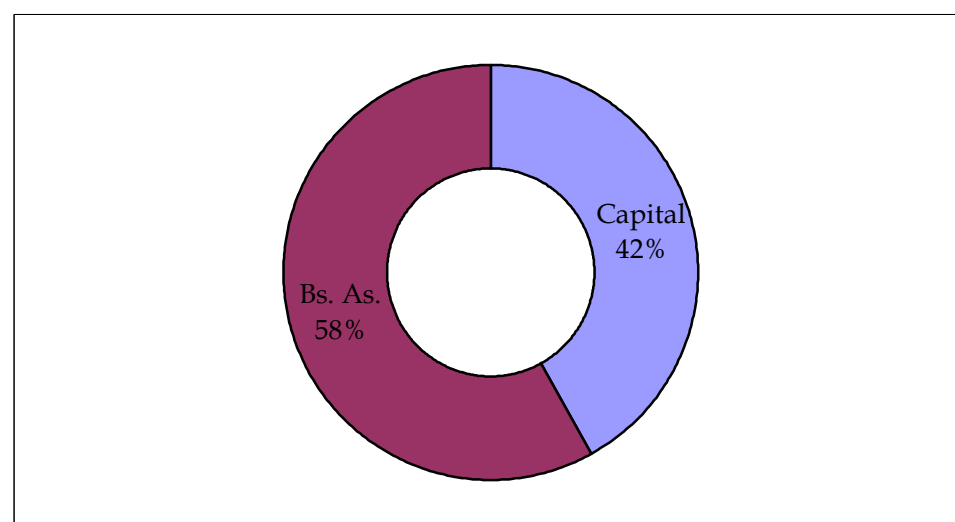


Gráfico N° 15: Distribución de Derivaciones

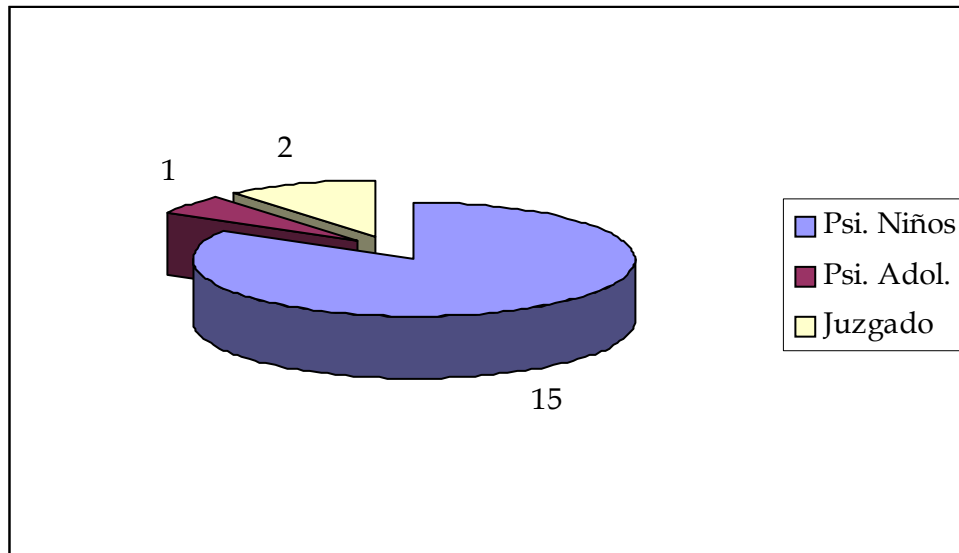
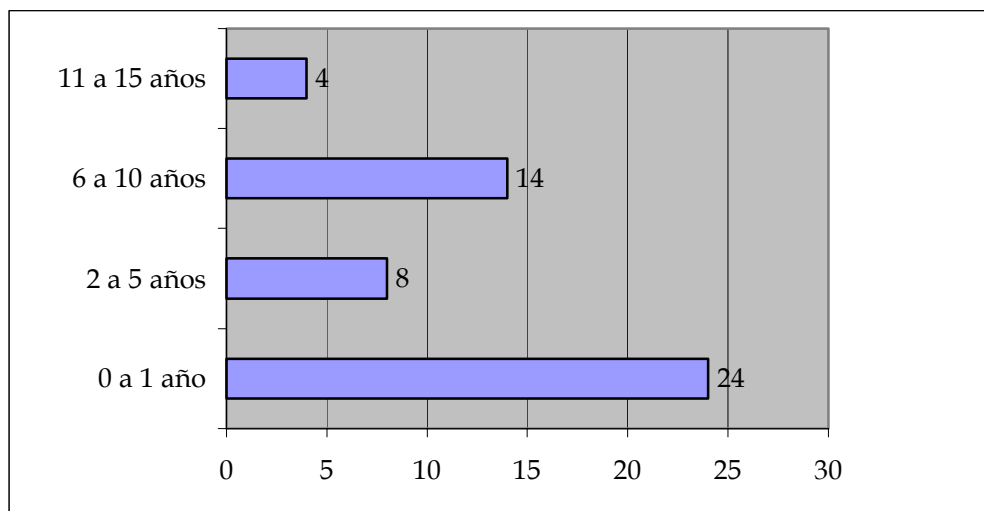


Gráfico N° 16: Distribución según Edad



Bibliografía

Emiliano Galende

“Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica”.

Ed. Paidós (3° edición, 1994, pág. 189).

Raymond Cochrane

“La creación social de la enfermedad mental”.

Ed. Paidós (1° edición, 1993, pág. 45).

Resumen

El Equipo de Niños presenta su práctica desde 1989 hasta la actualidad.

La admisión de pacientes a través de un grupo interdisciplinario, ha hecho posible una mejor resolución de problemas sociales y legales, como también el uso de diferentes estrategias en respuesta a la demanda. Es por eso que se implementó “Grupo de padres”, constituyéndose en una herramienta válida de contención, orientación y diagnóstico de los niños, en un medio social en que la demanda aumenta.

Una Asistente Social escribe acerca de su experiencia en el grupo de padres.

Desde 1995 hasta 1999, el Equipo relevó de las entrevistas de admisión, información que ha posibilitado hacer un análisis de la población (edad, sexo, lugar de residencia, etc.) que requiere nuestros servicios.

Abstract

The staff of childhood assistance in psychology presents its practice since 1989. The admittance of patients by an interdisciplinary staff had made possible a better resolution of social and legal problems as well as the use of different strategies in regard of the demand. That's why the staff have implemented a Parent group that provides, in moments that the demand grows, guidance and support without forgetting the specific problems of diagnosis.

A social worker writes about her experience working with the parent group. Since 1995 until 1999 the staff have collected from the admission's interview information that allows us to make an statistic and analysis of the population (age, sex, place of residence, etc.) that requires ours services.