

LA FAMILIA COMO INTERLOCUTOR. VICISITUDES DE LA INTERCONSULTA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO.

Horowitz, Silvia Marta.

E-mail: silviahorowitz@yahoo.com.ar

Unidad docente: Ameghino (Dr. Verruno).

Abstract:

En el presente trabajo pretendemos abordar las dificultades específicas que ofrece la relación médico-familia cuando el paciente es un niño y, por ende, no habla por sí mismo. Se abordan algunas situaciones que generan malestar en el equipo médico y que suelen promover la interconsulta con el profesional “psi”, tales como el caso de pacientes con enfermedades crónicas o terminales, los mal llamados “casos sociales” (menores en situación de vulnerabilidad) y los padres que “no colaboran”. Se intentará proponer algunas herramientas teóricas para incorporar a la formación de los estudiantes que ayuden al futuro médico de especialidades pediátricas a dar respuesta a este tipo de casos.

Palabras clave: salud mental, pediatría, medicina familiar, interconsulta psicológica.

LA FAMILIA COMO INTERLOCUTOR. VICISITUDES DE LA INTERCONSULTA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO.

Introducción

Si la relación con la familia de los pacientes constituye una de las realidades conflictivas de la práctica médica, esto es mucho más cierto cuando de pacientes pediátricos se trata. La autora de estas líneas se desempeñó muchos años como psiquiatra de interconsulta en varias salas de internación y consultorios externos del Hospital General de Niños “Ricardo Gutiérrez” dependiente del GCBA, nosocomio éste con una larga tradición en el abordaje familiar de la problemática del niño enfermo y pionero en la práctica del “rooming in” o internación conjunta del niño con su madre. Sin embargo, la inclusión de la familia en el encuadre de la consulta e internación, por mucha experiencia institucional e individual que se tenga en el empleo de tal dispositivo, no deja de plantear dificultades para la consecución exitosa del acto médico.

Intentaremos exponer algunas situaciones prototípicas y relatar modelos de intervención posibles encaminados a disminuir el malestar del personal de salud involucrado, que redundará en un mejor desempeño profesional.

Y, por último, sugerir algunos contenidos que, incorporados a la formación de nuestros estudiantes, puedan servirles como herramientas para un mejor abordaje de los casos “problemáticos”.

Presentación de algunos casos prototípicos

Lo reducido del espacio nos obliga a una excesiva esquematización. Se entiende que la clasificación propuesta dista mucho de ser exhaustiva, pero se puede considerar representativa de situaciones muy frecuentes en la clínica hospitalaria.

- 1) Pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales.
- 2) Familias que “no colaboran” según las expectativas del médico o equipo tratante.
- 3) Pacientes sin diagnóstico.
- 4) Pacientes en situaciones de riesgo o vulnerabilidad

En el caso de pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales el pedido de interconsulta puede estar motivado por la angustia que paraliza al equipo médico y le impide, por ejemplo, dar adecuadamente la información relacionada con un diagnóstico o pronóstico ominoso, o con la sensación de inutilidad e impotencia por no poder ofrecer una cura. En estos casos, deberá enseñarse la importancia del acompañamiento y el alivio del sufrimiento como aspectos tan valiosos como la curación en sí misma cuando ésta no es posible.

En esta línea, sería fundamental tener en cuenta el concepto de sufrimiento psíquico como categoría de estudio diferencial del trastorno mental. Se trata de sujetos que son atravesados por situaciones extraordinarias y a partir de ahí presentan cuadros de malestar subjetivo que no responden a cuadros nosográficos psicopatológicos. (1)

Los padres que “no colaboran” generan hostilidad que se expresa en forma más o menos consciente y establece un círculo vicioso de peor predisposición a cumplir con las indicaciones del equipo tratante. Muchas veces se trata de la confrontación de padres reales que hacen lo que pueden frente a un modelo de padres (y sobre todo, madres) idealizados. Debemos entrenar a los jóvenes en escuchar más allá de los prejuicios y recabar datos sobre el contexto socio-antropológico del que provienen el paciente y su familia. Muchas veces, el problema es que simplemente los padres no comprenden las indicaciones o su utilidad. Hay que tener en cuenta factores culturales, nivel educativo, costumbres, etc. Es necesario destacar que en los últimos treinta años se produjo un cambio de paradigma de la niñez, abandonándose una teoría del control social de la Infancia-Adolescencia o del menor en situación irregular. Dicho cambio fue propiciado por organismos internacionales como Naciones Unidas y UNICEF y encuentra su máxima expresión en la Convención Internacional de los Derechos del niño/a. Se propugna un nuevo enfoque con respecto a la concepción de la infancia-adolescencia: se instituye la igualdad social de todos los niños/as del mundo al constituirlos en sujetos de derecho. Esta doctrina niega el asistencialismo y no ve al niño/a desde la necesidad, sino desde los derechos del niño/a. Declara como objetivo máximo, el interés superior del niño/a. (2)

Muchas veces, el profesional de Salud Mental es convocado cuando no se puede arribar a un diagnóstico. El paciente sin una causa claramente verificable y clasificable en la nosografía usual es mirado con sospecha. “Histéricos”, “pitiáticos” y otros términos similares se utilizan con un matiz despectivo. Se homologa causalidad psíquica a simulación y el paciente, más que un enfermo, es un culpable. Es de vital importancia atacar este prejuicio desde el inicio de la formación médica, promoviendo una mirada holística.

Los menores en situación de riesgo (Síndrome de Maltrato Infantil en sus diversas formas) suelen ser mal tolerados en las salas de internación pediátrica. Se los rotula como “casos sociales” y se los considera objeto de atención por parte de trabajadores sociales y psicólogos, y no verdaderos pacientes. Son irritantes porque bajan el giro cama y provocan hostilidad y sensaciones de “invasión” en las salas pediátricas. Es de fundamental importancia que, desde el pregrado, el profesional de salud entienda que éstas son patologías médicas, donde el rol del agente de salud es fundamental, ya que el diagnóstico precoz es la única posibilidad de prevención de daños psicofísicos a veces irreversibles e, incluso, la misma muerte. Viene en nuestro auxilio el concepto de salud integral y el modelo de interdisciplina, según la ya clásica definición de Alicia Stolkiner:

“La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrollable indisciplina de los problemas... de la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inmersas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”.

Desde el discurso médico se sigue aún hoy recortando problemáticas, falta una mirada más holística que de verdad incluya la interdisciplina como una forma de abordar la salud y que definiría intervenciones más efectivas.

Viñeta 1: El paciente crónico y terminal.

Un niño enfermo de Xeroderma pigmentoso ingresa en una sala de clínica pediátrica con un epiteloma espinocelular inoperable en la base de la lengua. Ya ha perdido la posibilidad de alimentarse, inclusive por

sonda nasogástrica, y está a punto de perder la permeabilidad de la vía aérea. Luego de muchas discusiones, se decide indicar morfina como único tratamiento. El paciente genera malestar e impotencia en los médicos de la sala, especialmente los residentes, que temen un desenlace fatal durante sus guardias. No se tolera la idea de “no poder hacer nada”. A partir de una intervención del equipo de Salud Mental, los médicos logran valorar la función de acompañar y contener. Se turnan para leerle un cuento. Cuando el niño muere, tanto la familia como los profesionales sienten que han cumplido su función de manera adecuada.

Viñeta 2: La madre que no colabora

Se interna un bebé por una bronquiolitis con su madre adolescente. Por una complicación pulmonar la internación se prolonga. Los médicos observan que la madre evita amamantar al niño cada vez que puede. Si le hacen alguna observación al respecto, “desaparece” de la sala, dejando a su bebé al cuidado de otra madre. La “disconducta” genera enojo y hasta indignación en los médicos. La interconsultora de Salud Mental entrevista a la joven, observa cómo se comporta con el bebé e intenta ayudarla a darle de mamar. La conclusión es que hay buen vínculo pero una marcada resistencia a la lactancia. Se acepta que lo alimente con mamadera y las conductas problemáticas de la adolescente dejan de producirse. Se trabaja con los médicos la necesidad de aceptar a esta madre real que no quiere amamantar pero puede ocuparse adecuadamente de su bebé en otros aspectos, sin enojarse porque no cumple con los parámetros de la madre ideal que ellos desearían.

Viñeta 3: El paciente sin diagnóstico

Un adolescente de un pueblo del interior se interna para estudiar una reducción brusca de su peso, derivado por su médico de cabecera que se formó en nuestro hospital. Como, realizados todos los análisis y estudios de imágenes, no se arriba a un diagnóstico que explique el descenso de peso, se solicita un psicodiagnóstico que confirme un

trastorno alimentario. Sin embargo, el perfil del paciente y la familia, estudiados mediante entrevistas y tests proyectivos, no permiten inferir tal patología. Los médicos se irritan con el interconsultor de Salud Mental que no puede explicar el cuadro, quizá por proyección de su propia sensación de impotencia. La intervención logra que todos aceptemos que el paciente se irá “sin diagnóstico”, aunque eso cause una importante herida narcisística en los miembros del equipo médico. Uno de los pediatras se comunica con el médico de cabecera y se lo informa. Entonces él revisa la curva de peso y se da cuenta de que cometió un error, que el descenso no era tan significativo. Sin embargo, este error fue inducido, seguramente, por ciertas cuestiones emocionales que percibe vagamente y lo preocupan. Como en el psicodiagnóstico se habían detectado algunas disarmonías (aunque no explicaban la supuesta baja de peso), el paciente se va de alta con indicación de tratamiento psicológico ambulatorio en su lugar de origen.

Viñeta 4: El “caso social”

En los años 90 era habitual que los casos de maltrato se judicializaran y los menores en riesgo permanecieran largo tiempo internados en los nosocomios, ante la falta de otro tipo de recursos.

En dicho contexto, un niño de dos años se interna con hematomas de distinta data en todo el cuerpo. Se sospecha que la madre es la golpeadora y, al efectuar la respectiva denuncia del caso, se le prohíbe el contacto con el hijo hasta que se decida quién se hará cargo de su cuidado. Aunque los padres son separados, los abuelos paternos se ofrecen y se turnan para permanecer con el niño durante la internación. Para los pediatras, el caso está resuelto: el niño debería irse de alta con los abuelos. Sin embargo, el juzgado indica que permanezca en el hospital mientras se evalúa a toda la familia ampliada. La internación se prolonga varios meses, con el esperable enojo del jefe de sala, que llega a increpar duramente a los profesionales de Salud Mental que hicieron la denuncia y que, ahora, presentan dudas acerca de la aptitud de los abuelos para hacerse cargo de la tenencia.

Durante la internación, uno de los residentes observa que el abuelo le pega al paciente. Advertidos, sus compañeros empiezan a detectar maltrato de parte de ambos abuelos, confirmando las dudas de los interconsultores de Salud Mental. Y, finalmente, todos acuerdan en que no dar un alta precipitada fue la actitud correcta.

Las viñetas que preceden son un botón de muestra de las dificultades que genera la relación entre el médico y la familia en el caso de las salas de internación pediátrica. Todas estas situaciones, y muchas otras de las que las relatadas sirven de ejemplo, están motivadas por la tensión de ideal que impide vincularse de una manera sana y realista con las propias imposibilidades (no poder curar, no poder diagnosticar, no poder dar el alta en los tiempos previstos) y las fallas del otro (padres que no se ajustan al ideal prescripto). Es importante que en la formación de los futuros médicos se incluyan contenidos teóricos que permitan pensar y cuestionar algunos modelos idealizados y, sobre todo, que se les ofrezca la posibilidad de trabajar sobre casos reales donde dichas dificultades son evidentes.

Referencias

- (1) Augsburger, Ana Cecilia: "La inclusión del sufrimiento psíquico : un desafío para la epidemiología", *Psicología & Sociedade*; 16 (2): 71-80; maio/ago.2004)
- (2) Convención sobre los derechos del niño adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas en 1989. Ley 23849.

Bibliografía general

- 1) Freud, Sigmund: "Introducción del Narcisismo", *Obras completas*, Vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.
- 2) Gamsie, Silvina: *La interconsulta. Una práctica del malestar*, Buenos Aires, Ed. del Seminario, 2009.

- 3) Horowitz, Silvia y Kaplan, Daniela: “¿Qué hacemos cuando no hay nada que hacer? Un caso de xeroderma pigmentoso”, *Psicoanálisis y el hospital*, Vol. IX, N° 18, Noviembre 2000, págs. 158-164.
- 4) Rimbault, Ginette: *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*, Barcelona, Ed. Ariel, 1985.
- 5) Stolkiner, Alicia: “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas” en <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>, 1999.