

J. Tomás
X. Gastaminza

**Atención en situación de
crisis: pautas orientativas.
Revisión**

Unidad de Psiquiatría.
Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebrón

*Psychiatry emergency: guidelines
of assessment. A review*

RESUMEN

En este artículo se pretende revisar las urgencias psiquiátricas facilitando unas pautas orientativas para su asistencia. Así, se aborda la actitud de la familia, la entrevista con los padres, el examen y exploración del niño, para finalmente llegar al informe de los resultados, buscando el pacto terapéutico.

PALABRAS CLAVE

Urgencias. Evaluación.

ABSTRACT

The authors want to give the main guidelines to made a global assessment in psychiatry emergency room, seeing so the interview with the fathers and the child examination and the last interview to inform to the fathers.

KEY WORDS

Emergency room; Assessment.

58 INTRODUCCIÓN

La práctica médica habitual supone un proceso diagnóstico (visita médica, anamnesis, exploraciones, diagnóstico diferencial) que conduce a una terapéutica específica.

Ahora bien, existen situaciones, como las urgencias, que requieren una intervención terapéutica inmediata, prioritaria sobre el proceso médico habitual. Es en este contexto en el que se plantean las siguientes pautas orientativas. Sin olvidar la importancia, de establecer una buena relación/contacto, con el paciente.

Las urgencias psiquiátricas en la infancia/adolescencia dependen de los padres u otros adultos. Son quienes definen una situación como urgencia, cuando se sienten demasiado angustiados, airados o incapaces de ayudar o dominar al niño o la situación; entonces, buscan ayuda inmediata. Esto es importante en el abordaje de la urgencia.

Los adolescentes a veces buscan ayuda y acuden a urgencias por sí mismos.

ACTITUD DE LOS PADRES Y PERSONAL DE ASISTENCIA EN LAS SITUACIONES DE CRISIS

La mayoría de familias que piden asistencia para resolver una situación de crisis del hijo, están convencidas de que serán mal atendidos y su actitud es de malestar, en general, por las experiencias anteriores.

Sus recursos educativos y de adaptación están agotados, y su actitud frente al problema del niño o del adolescente es de desesperanza e impotencia.

A lo largo de la entrevista con los padres y el niño o adolescente, el entrevistador mostrará una actitud seria, participativa, de preocupación, no banalizará el problema, y buscará establecer una relación de afectividad receptiva (empatía) con la familia, que manifieste su preocupación y comprensión por la queja que éstos expresan.

El entrevistador debe establecer una relación neutral, con actitud de complicidad, y de esperanza hacia lo que podría hacerse, para poder evitar los sentimientos de culpa de los padres y utilizar las reservas que la familia todavía dispone.

Frecuentemente la familia y el chico son poco precisos en la queja, y expresan su malestar y su angustia de forma contradictoria y poco clara, de tal forma que esta misma imprecisión favorece que las necesidades reales de la demanda no se expongan claramente, facilitando la frustración asistencial.

Es necesario definir y objetivar el problema actual, el que ha obligado a los padres y al niño a buscar asistencia, y también cuáles eran las características del problema anterior.

Hay que tener en cuenta tanto los aspectos ligados a diferencias culturales, religiosas o étnicas que a menudo están implícitas en la queja, motivo de consulta, que se hace del paciente, como la dinámica familiar, especialmente la de pareja (existen trabajos, sobre la calidad de la asistencia que revelan con total claridad que los grupos marginados, por cualquier motivo socio-cultural, religioso, ideológico, o étnico recibe peor asistencia que las personas del grupo mayoritario social).

Cuando el problema se presuma que depende de un trastorno interfamiliar, la primera entrevista se efectuará, si es posible, con todas las personas que han acompañado al niño de urgencia (y suele ser así en: fugas, vagabundeo, intentos de suicidio repetidos, agresiones o violencias intrafamiliares, abuso de droga).

En otro tipo de casos, es mejor tener una idea previa, aproximada, de las alteraciones del niño antes de atenderle.

La entrevista se hará: primero, a los padres, solos, y al niño a solas, después. Seguido, quizás, de una entrevista padres y niño más tarde.

Aunque si creemos que el niño puede sospechar (en el adolescente suele ser frecuente) que el examinador es cómplice o agente de los padres, y ello puede entorpecer la entrevista con el paciente, entonces, primero, se atenderá al paciente y después a los padres (y mejor todavía si se solicita al niño permiso para ver a los padres).

En cualquier caso, y más todavía para prevenir cualquier tipo de accidente, un niño en estado de agitación, nunca se dejará solo.

ENTREVISTA A LOS PADRES SOLOS

Conviene aclarar en la entrevista los siguientes aspectos:

Respecto a la decisión de acudir de urgencia

- a) Origen del problema.
- b) Factores desencadenantes de la decisión.
- c) Tratamiento psiquiátrico previo del niño o de los padres, si es que lo hubo.
- d) Reacción de los padres, juntos y por separado, abiertas o encubiertas, en la solicitud de ayuda en la visita.
- e) Motivo por el cual han acudido a este centro, si no le corresponde administrativamente.

Respecto al padre y a la madre

- a) Constitución física, aspecto y cuidado personal.
- b) Manierismos y expresión facial más o menos característicos.
- c) Pautas de interacción con el examinador y con las demás personas presentes en la visita.

Respecto a la problemática descrita por los padres

- a) Descripción detallada del inicio del problema.
- b) Cómo intentaron en familia resolver el problema y qué resultados obtuvieron.
- c) Cuáles creen que son las causas o las razones del problema.
- d) Cuáles creen que son las actitudes que el niño/adolescente adopta respecto a sus dificultades.
- e) Qué creen que debería o podría hacerse para ayudar a resolver la situación.
- f) Descripción detallada de la conducta del niño:
 - 1) Con cada uno de ellos.
 - 2) Con sus hermanos.
 - 3) Con los niños de su edad, compañeros y amigos más próximos.
 - 4) En el colegio.
 - 5) En cualquier grupo social donde asista.

Respecto al niño

- a) Su actitud, disposición, carácter.
- b) Sus intereses y sus actividades.

Respecto a la situación presente y antecedentes de la familia

a) En cuanto al presente o situación actual: determinar los miembros familiares, nivel y situación cultural, condiciones económicas. Si hay o no presencia de acontecimientos recientes, que hayan podido influenciar a la familia en su dinámica relacional, tales como un divorcio, fallecimiento, alejamiento o separación de alguien de la familia, enfermedades, cambios o modificaciones que pudieran ser significativas de malestar afectivo, modificación del ambiente escolar o laboral, nacimiento de un niño/a, pérdidas inesperadas, etc.

En resumen, cualquier reacción de los padres o familiares o bien del niño a cualquier acontecimiento

que por sus características resultara traumático o "vital".

b) En cuanto al pasado, convendrá examinar lo que ha podido perturbar el desarrollo del niño especialmente la lactancia y la primera infancia. Se investigará todo lo que de alguna manera haya modificado la relación con el bebé o el niño.

Desarrollo psicomotriz

a) Circunstancias de embarazo y parto con especial hincapié en la aceptación o no, deseo satisfecho o no sobre la identificación sexual del recién nacido.

b) Especificación de las conductas de afiliación y dependencia a lo largo del desarrollo, valorando el tipo de atención o de cuidador que prefería el niño; determinación de las características comportamentales de éstos.

c) Enfermedades y accidentes.

d) Hábitos y conductas durante el destete, alimentación y sueño.

e) Entrenamiento y aprendizaje hacia la contención esfinterial, cuándo inició, cómo se manejó, y cómo evolucionó.

f) Desarrollo y adquisiciones psicomotrices: permanecer sentado, sostenerse de pie, sentarse solo, estar de pie, andar, primeras palabras, palabra frase, primeras frases.

g) Perturbaciones del comportamiento con especial mención de la edad de inicio y evolución, tales como succionarse el pulgar, mecerse o balancearse, alteraciones alimentarias, cólicos, diarreas, llanto excesivo, pesadillas, actividades masturbatorias compulsivas, trastornos del lenguaje, inestabilidad (hiperactividad). Cómo se le trata, características educativas, sistemas de premio y castigo.

h) Hospitalizaciones, separaciones breves o prolongadas de los que le cuidan habitualmente. Cambios o sustituciones o pérdida de alguna de las personas que le atienden habitualmente. Valorar las reacciones del niño a estos cambios.

Adaptación escolar

a) Observaciones y quejas de los padres.

b) Observaciones de los profesores que los padres nos cuentan.

c) Observaciones directas de los profesores, si es necesario.

d) Valoración de los niveles de rendimiento en lectura y cálculo.

60 Impresiones y valoraciones necesarias para el diagnóstico

- a) Impresión que durante la entrevista hemos elaborado de los padres.
- b) Valoración de la interacción familiar existente, con el niño y entre los adultos.
- c) Valoración de cuál es el papel y la trascendencia de cada uno de los miembros del grupo familiar en la génesis del cuadro clínico que presenta el niño.
- d) Valoración de los factores orgánicos, presentes, tales como deficiencia o retraso mental, daño cerebral, disfunción cerebral, intoxicación medicamentosa, droga, aditivos, etc.
- e) Resistencias o limitaciones específicas que se advierten en el comportamiento familiar.
- f) Valoración, de las características cognitivas, de la tratabilidad de las alteraciones y pronóstico.
- g) Descripción psicopatológica de acuerdo a la clasificación de enfermedades del ICD10 (CIE-10) de la OMS, Clasificación Francesa (conocida, como de Mises).

EXAMEN Y EXPLORACIÓN DEL NIÑO

Lo más frecuente es que cuando se atiende al niño, ya tengamos a través de la entrevista con los padres o por otro tipo de información una cierta hipótesis de lo que al niño le ocurre. Así la entrevista con el niño buscará confirmar o refutar la hipótesis diagnosticada establecida.

En urgencias o en la visita el niño y también los padres, suelen estar atemorizados o desorientados, por ello se mantendrá una actitud receptiva, cálida y de comprensión, de preocupación hacia lo que ocurre y sin participar en la desesperanza o angustia que se manifiesten.

Adoptaremos con el niño una actitud amigable, cariñosa, sin grandes efusividades, ni exteriorizaciones que el niño pudiera vivir como una intromisión, ya que, podrían aumentar su temor o desorientación inicial.

Las preguntas y el juego, si es que la edad del niño lo permite o lo indica, deben estar a la altura del niño en cuanto a su edad y estilo de lenguaje. La pregunta directa sólo se hará en situaciones muy definidas.

Una guía general de exploración, como guión de referencia, para no olvidar aspectos que suelen tener relevancia en una mayoría de diagnósticos, podría ser así:

Descripción

- 1) Del aspecto físico del niño.
- 2) Interacción del niño con los padres, observando:
 - a) Conducta en la sala de espera.
 - b) Conducta frente al intento de separación de los padres.
 - c) Conducta en el reencuentro con los padres.
- 3) Interacción con el explorador y con la situación de exploración, observando:
 - a) Conducta inicial.
 - b) Conducta posterior.
 - c) Conducta con los padres presentes.
 - d) Conducta con los padres ausentes.
 - e) Cuál es la idea que el niño tiene del por qué está allí.
- 4) Características comportamentales de las manifestaciones emocionales.
- 5) Valoración de la respuesta emocional del examinador frente al niño.

Descripción conductual (a partir del juego, del diálogo, y de la observación directa)

- 1) Valoración de la tonalidad afectiva.
- 2) Tipo de reacción (motora, de lenguaje, de coordinación psicomotriz, etc.).

Expresión por parte del niño de situaciones familiares o características relacionales de los padres

Comportamiento adaptativo por parte del niño

- 1) Hacia los compañeros de su edad, los profesores u otros adultos.
- 2) En la escuela, en las actividades académicas, en sus actividades extraescolares, y también en relación a lo que le disgusta o molesta.
- 3) Preferencias hacia ciertas actividades de juego, aficiones, tipo de videojuego que le gusta, deportes y otras actividades en general.
- 4) Rasgos psicológicos de identificación:
 - a) Quién cree que le ha fuertemente influenciado.
 - b) Qué le gustaría ser. Y cuáles son sus ambiciones.
 - c) Cómo cree que es él.

Expresión de fantasías

- 1) Sueños.
- 2) Recuerdos de infancia: precoces o tardíos.
- 3) Animales domésticos deseados, cuáles y por qué.
- 4) Cuentos o fábulas predilectos.
- 5) Programa TV favorito, dibujo animado favorito, superhéroe favorito.
- 6) Aventuras predilectas, historias preferidas, temores más frecuentes.
- 7) Qué animal le gustaría ser y por qué.

Valoración clínica

- 1) Valoración de la presencia de déficit físico que pudiera tener trascendencia psicológica para el estudiado.
- 2) Valoración de conducta, especialmente la intensidad y las manifestaciones de:
 - a) Agresividad.
 - b) Sexualidad.
- 3) Ansiedad.
- 4) Sentimientos de culpa, vergüenza.
- 5) Función y estado del Yo.
 - a) Inteligencia.
 - b) Conducta apropiada a la edad.
 - c) Capacidad para establecer relaciones adecuadas en relación a la edad.
 - d) Habilidad para adaptarse y reconocer la realidad.
 - e) Qué tipo de sistema defensivo presenta, contra qué, y valoración de si es el apropiado a la edad de desarrollo en que se encuentra.
- 6) Expresión de sentimientos conscientemente.
 - a) Nivel de lenguaje y de objetivación verbal, capacidad de expresar el malestar o la afectividad displacentera,

- tales como la tristeza, la cólera, la vergüenza, y la culpa.
- b) Capacidad de comunicación a través del juego
- 7) Examen del estado formal de la mente.
- 8) Revisar las impresiones clínicas del niño y la familia.
- 9) Efectuar aquellas exploraciones complementarias que nos parezcan necesarias para el correcto diagnóstico.

61

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS Y CONCLUSIONES. RECOMENDACIONES GENERALES

Después de explorar al niño/adolescente, si los datos son del paciente a solas, es aconsejable discutir los datos y las conclusiones con los padres a la vez que se inicia la orientación terapéutica.

El examinador debe ofrecer a los padres una hipótesis diagnóstica y una explicación probable, del origen de los problemas, cuál ha sido su desarrollo y cómo ha llegado a la expresión actual del conflicto.

El lenguaje debe ser llano y claro sin jerga psicopatológica ni terminología médica que produzca confusión o desorientación; incluso, en algunos casos, será recomendable comprobar hasta qué punto los padres han comprendido lo expuesto. Si es así, conseguiremos una máxima colaboración terapéutica.

Es necesario comprender y respetar las defensas parentales, para asumir la parte de responsabilidad que les corresponde en lo que está ocurriendo.

Siempre sugeriremos al mismo tiempo que el tratamiento que nos parece más oportuno otros tratamientos alternativos que pudieran realizarse, informando del coste, de cada uno de ellos, tanto en tiempo, en dinero y recursos de que se dispone, como del resultado potencial de cada uno de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Beck JC, White KA. Emergency Psychiatric Assessment of Violence. *Am J Psychiatry* 1991;148:1562-1565.
- 2 Borrell i Carrió F. *Manual de entrevista clínica para la Atención Primaria de Salud*. Doyma. Barcelona, 1989.
- 3 De Ajuriaguerra J, Marcelli D. *Manual de Psicopatología del Niño*. Toray-Masson Barcelona, 1982.
- 4 Gastó Ferrer C, Vallejo Ruloba J. *Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría*. Masson. Barcelona, 1992.
- 5 Gradillas V. *Arte y Técnica de la Entrevista Psiquiátrica*. Editorial Juns. Barcelona, 1992.
- 6 Grivois H. *Urgencias Psiquiátricas*. Masson. Barcelona, 1989; 203.
- 7 Kaplan HI, Sadock BJ. *Psiquiatría Clínica*. Ed Médica Hispanoamericana. Buenos Aires, 1991:246.
- 8 Kendler KS, Silberg SL, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The Family History Method: Whose Psychiatric History Is Measured. *Am J Psychiatry* 1991;148:1501-1504.
- 9 Marcelli D, Braconnier. *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Masson. Barcelona, 1986.
- 10 Simmons JE. *Psychiatry Examination of Children*, 4ª ed. Lea-Febiger. Philadelphia, 1987.
- 11 Slaby AE, Lieb J, Tancredi LR. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Ed. Pediátrica. Barcelona, 1978:239.