

INTERVENCIONES EN LA URGENCIA  
DE PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL  
EFECTOS Y RIESGOS  
EFFECTS AND RISKS WHEN ASSISTING  
PSYCHOPATHOLOGIC EMERGENCIES IN PEDIATRICS

### Resumen

Las autoras presentan la revisión de 410 casos de guardia del primer semestre del año 2004, obtenidos del Registro de Urgencias del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos "S.M. Ludovica". Exponen sus formas más frecuentes. En la Salud Mental Infantil se entrecruzan múltiples variables, donde los niños deberán lograr las herramientas futuras en un mundo que se avizora más complejo y violento. Efectos y riesgos de las intervenciones.

**Palabras clave:** Urgencia Psiquiátrica - Riesgo.

### Abstract

The authors present the revision of 410 duty's cases during first six months of 2004, according to the "Hospital Interzonal de Agudos S.M. Ludovica" record (Mental Health Service). Expose their most frequent forms. In the Children's Mental Health multiple variables intertwine, where children should achieve the future tools needed in a world that seems to grow more and more complex and violent. Effects and risks of interventions.

**Key words:** Psychiatric Urgency - Risk.

Exponemos las formas más frecuentes de abordaje, en el recorrido de 18 años de Guardia en Psiquiatría Infanto-Juvenil. El término INFANCIA, en sí mismo y aún en el imaginario popular, representa un desafío, una dificultad intrínseca: en tanto un SER en proceso de lograr su constitución psíquica, necesita de un otro: padres, jueces... Y es también con ese otro, con quién debemos trabajar, para aplacar el sufrimiento que hace al niño, protagonista.

Está en juego la fragilidad de un Ser desplegándose hacia su propia humanización... Exige transitar caminos, que no sólo ponen a prueba un saber teórico, sino tener la capacidad de conjugar lo terapéutico en el encuentro semiológico con un nuevo caso.

La experiencia nos remite a una dosis de cautela, que abreva sus aguas en la fuente de la Ética. Pues la propuesta realizada a los niños, se reduce en lo fundamental a que logren las herramientas futuras, para sobrevivir en un mundo que se avizora, de una crueldad cada vez mayor poniendo a prueba no sólo los modos de ejercicio de nuestra práctica, sino la propia subjetividad en riesgo <sup>(1)</sup>.

Miriam Dahan  
Graciela Estanga

*Especialistas en  
Psiquiatría Infanto-Juvenil  
H.I.G.A.E.P.  
Hospital de Niños "Superiora  
Sor María Ludovica"*

#### AGRADECIMIENTO

El Comité de Redacción agradece la participación de Felipe Drut en la revisión del presente trabajo

## Objetivos

- Transmitir las formas más frecuentes de presentación en la urgencia
- Considerar las variables en las modalidades de trabajo
- Replantear los probables efectos de las intervenciones realizadas.

## Materiales y métodos

Planteamos la revisión retrospectiva y estadística de 410 casos de guardia, en el primer semestre del Año 2004, dentro del grupo etáreo de 0 a 15 años, en ambos sexos.

Presentamos la totalidad de consultas en la urgencia (Gráfico N°1), destacando las presentaciones más frecuentes:

- Síndrome de Maltrato infantil (S.M.I.) 22%
- Síndrome Psicoorgánico "Delirium" (S:P:O) 17%
- Intento de Suicidio (I:S.) 15%

Categoría 'Otros' incluye:

- Conflictos familiares. Situaciones Psicosociales Anómalas Asociadas.
- Llamadas Telefónicas.
- Presentaciones Psicopatológicas Agudas del Personal de Salud
- Orientación a Profesionales de la Salud frente

a conflictos individuales

- Recetas
- Altas
- Sin Trastornos Psicopatológicos

En relación al S.M.I. en la práctica pediátrica Maltrato es toda condición clínica con las siguientes características:

- Ocurre en medio intrafamiliar, ejercida por padres o cuidadores, por acción u omisión.
- Los eventos no son accidentales.
- Las acciones u omisiones han provocado daño físico y/o mental.

Las modalidades del S.M.I. (Gráfico N°2) son:

- Abuso sexual infantil
- Maltrato infantil físico
- Negligencia
- Münchaussen por poder

El Abuso Sexual Infantil o su Sospecha, es el motivo más frecuente de consulta. El niño objeto de maltrato recibirá diferentes abordajes interdisciplinarios, donde se deberá evitar lo que llamamos "el Abuso sobre el Abuso", es decir el riesgo de caer con las múltiples intervenciones terapéuticas en una revictimización del infante.

La segunda modalidad de mayor frecuencia es el Síndrome Psicoorgánico 'Delirium' (S.P.O.), es decir el conjunto de manifestaciones psíquicas agudas,

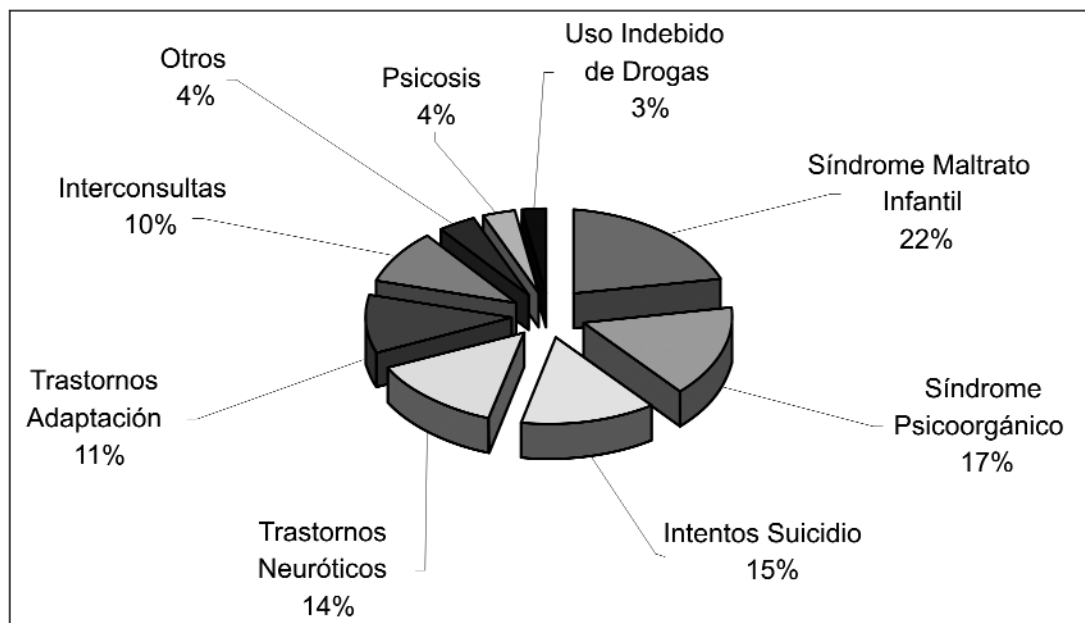


Gráfico N° 1. Consultas según diagnóstico

Fuente: Libro de Guardia de Psicopatología y Salud Mental del H.I.G.A.E.P. Sor María Ludovica de La Plata. (CIE 10).

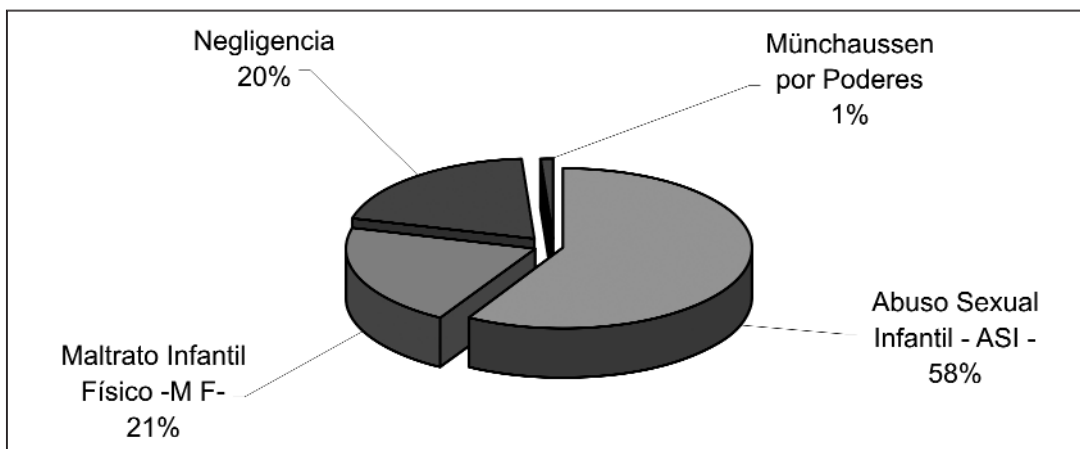


Gráfico N° 2. Modalidades del S.M.I.

secundarias a afecciones orgánicas (Gráfico N°3). En este diagnóstico se remarca como intervención la indicación psicofarmacológica en el 67% de los pacientes asistidos.

El tercer diagnóstico prevalente es el Intento de Suicidio con un 15% del total (Gráfico N°4).

En el 33% de los casos fue necesario realizar intervención Judicial.

Dentro de las modalidades más frecuentes de I.S. (Gráfico N°5), se pone en evidencia la ingesta intencional de psicofármacos.

También se registra la significativa prevalencia en el sexo femenino con un 82%, en el tercer grupo etáreo. La depresión en la infancia y adolescencia, el intento de suicidio, nos exigen ubicar un eje esencial en la mirada clínico psiquiátrica y una atención especial de los distintos lenguajes implicados.

¿Cómo detectar ideas de suicidio en un niño si la infancia 'mítica' es considerada como una etapa de máximo bienestar y felicidad?

Es relevante tener en cuenta las diferentes manifestaciones de la Depresión en los niños: dificultades escolares, trastornos de conducta, actos impulsivos, aislamiento, tristeza, uso indebido de drogas, entre otras, que deberán alertar del potencial riesgo suicida.

Podemos señalar en la conducta suicida un cuadro depresivo de base, un trastorno psicótico, como así también un impulso repentino sin planificación hacia una situación familiar insatisfactoria, el desamparo social, la incomunicación y la pérdida de valores. En Argentina, de un total de 3.311 suicidios, 818 correspondieron a jóvenes y adolescentes (Año 2003). En suicidios nuestro país ocupa uno de los primeros lugares dentro de América Latina <sup>(2)</sup>.

Por lo expuesto hasta aquí remitiéndonos a las múl-

tiples variables en las presentaciones de guardia, no podemos dejar de mencionar los principios básicos de la ética médica. Estos son:

- Autonomía
- Justicia con Equidad
- Beneficencia
- No Maleficencia

Nos detenemos en éstos dos últimos:

- Beneficencia: "obliga al médico a hacer todo lo po-

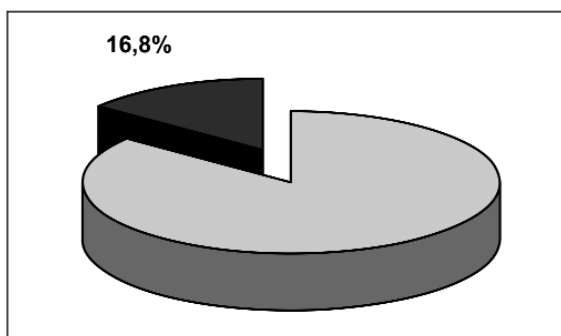


Gráfico N° 3. Importancia del S.P.O. en el total de las consultas

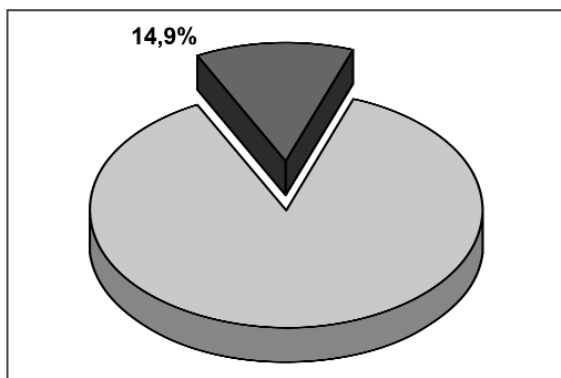


Gráfico N° 4. Porcentaje de los I.S. en relación a los casos presentados

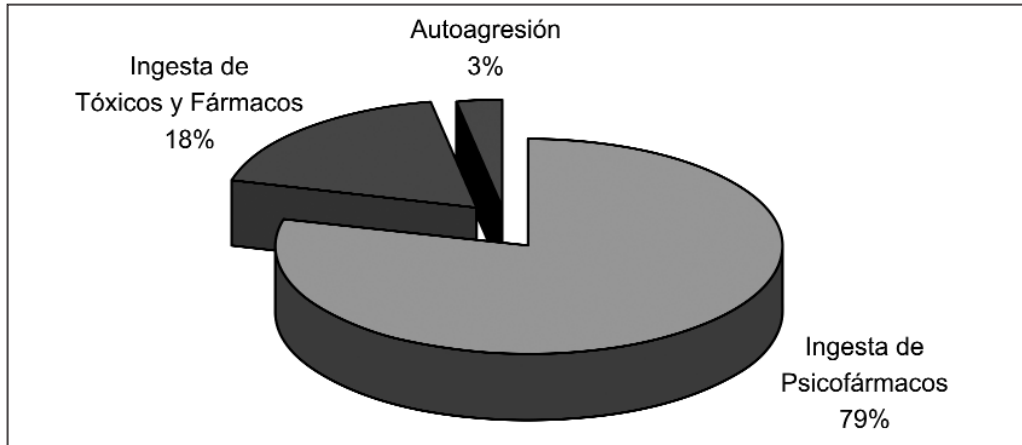


Gráfico N° 5. Modalidades de I.S.

sible para procurar el bien del paciente y aún de la sociedad".

- No Maleficencia: "obliga a no dañar al paciente, respetando su integridad psicofísica: "PRIMUM NON NOCERE".

Ambos inherentes al Ethos de la medicina, fueron enunciados cinco siglos A.C. por Hipócrates de Cos. <sup>(3)</sup>

### Conclusiones

- Irrupción, urgencia, común denominador de historias que siempre tendrán improntas diferentes, podemos decir que las urgencias dejan huellas en el cuerpo y alma de sus protagonistas.
- Violencia, hoy llamada marginalidad, desocupación, cosificación, invaden nuestra práctica. Generar intervenciones "no Standard" que intenten ser fieles a cada paciente, es una de las posibles enseñanzas en nuestra tarea.
- Como psiquiatras infantiles somos testigos del pasaje de 'niño rey' al 'niño víctima' <sup>(4)</sup>. Las institucio-

nes suelen no ser continentales, siendo generadoras de una reduplicación abusiva y victimizante.

- Nosotros como agentes de salud mental, también estamos atravesados por los discursos ideológicos de las frágiles políticas en juego; encontrándonos cada día y cada vez más con nuestras propias limitaciones.
- Como plantea la Dra. S. Bleichmar: "la acumulación no es necesariamente riqueza... enriquezcamos nuestra disciplina con otras reflexiones..."
- Por lo tanto, el desafío es replantearnos abordajes que no coagulen aún más el sufrimiento psíquico del niño y estrategias para que ese psiquismo incipiente pueda construirse en el desarrollo esperado.

### Referencias bibliográficas

1. BERNAD C.A. y MARCHENA N. "Hacia un código de Ética en Psiquiatría Infanto-Juvenil". Comité de ética AAPI Año 2003. Bs. As. (3)
2. BLEICHMAR S. "La Subjetividad en riesgo". Editorial Topia. Año 2005. (1)
3. BLEULER M. "Síndromes psíquicos agudos en enfermedades somáticas". Editorial Moratta. Año 1968.
4. Clasificación Multiaxial de Trastornos Psiquiátricos. CIE 10.
5. ELIACHEFF C. "Del niño rey al niño víctima. Violencia familiar e Institucional". Editorial Nueva Visión. Año 1997. (4)
6. Normas de Intento de Suicidio. Servicio de Psicopatología y Salud Mental. H.I.G.A.E.P. "Sor María Ludovica".
7. Normas y Guías de Procedimiento. Comité Asesor de Maltrato Infantil. H.I.G.A.E.P. "Sor María Ludovica".
8. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Alcmeon 47. Año XV, Vol. n° 3. Octubre 2005. Dr. BASILE H. (2)
9. Revista de Psicoanálisis con Niños. "Cuestiones de Infancia". Año 1977 Vol. II. Nº 299.
10. Revista de Psicoanálisis y Hospital. "La Urgencia". Año 1968. ♦

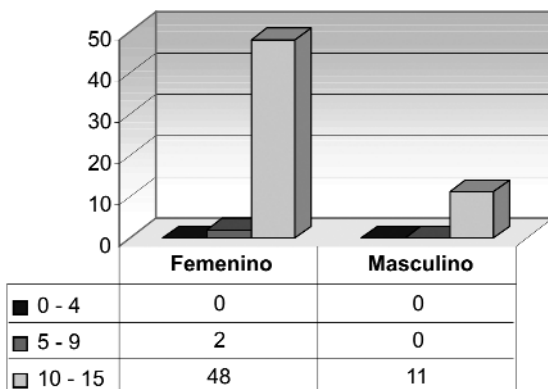


Gráfico N° 6. Intentos de Suicidio según sexo y edad