

Experiencia de una sala de internación de psiquiatría en un hospital pediátrico de la provincia de Córdoba (Argentina): entre cambios epidemiológicos y legislativos

Mónica Edith Bella

*Doctora en Medicina y Cirugía.
Especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantojuvenil.
Jefa de Sala de Internación Psiquiatría Pediátrica,
Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba.
Profesora Facultad de Medicina UNC y UCC.
E-mail: bellamonica@hotmail.com*

Resumen

En las últimas décadas se observan cambios epidemiológicos en la demanda de atención en salud mental de la infancia con un aumento de las consultas y hospitalizaciones por causas mentales. Estos cambios y los lineamientos sanitarios en salud mental dieron lugar a la implementación de una sala de internación en salud mental en un hospital pediátrico. Para ello se requirió adecuar la infraestructura y los recursos profesionales. Se presenta el diagnóstico de situación y el contexto sanitario que llevaron a la implementación de la sala de internación. Los indicadores de gestión de la sala de internación en el periodo 2009-2015: motivos de internación, diagnósticos psicopatológicos, causas de internaciones prolongadas. La hospitalización de niños con enfermedades mentales en el hospital pediátrico se da en el encuentro de dos paradigmas, el de la salud mental y el de la clínica pediátrica.

Palabras clave: Emergencias psiquiátricas - Cuidados en salud mental -Hospitalización - Indicadores de salud mental.

EXPERIENCE OF A PSYCHIATRIC UNIT IN A PEDIATRIC HOSPITAL IN THE PROVINCE OF CÓRDOBA (ARGENTINA). BETWEEN EPIDEMIOLOGICAL AND LEGISLATIVE CHANGES.

Abstract

In the past decades, several epidemiological changes have been observed in the demand for child mental health care with an increase in the number of visits as well as hospitalizations due to mental causes. These changes, together with the sanitary guidelines related to mental health, lead to the implementation of a mental health care unit at a pediatric hospital, which required the adjustment of the infrastructure as well as the professional resources available. The diagnosis of the situation and the sanitary context that led to the implementation of the care unit are presented. The performance/management indicators of the psychiatric unit for the period 2009-2015 are: hospitalization cause, psychopathological diagnosis and prolonged hospitalization cause. The hospitalization of children with mental disorders at a pediatric hospital occurs at the crossroads of two paradigms: mental health and pediatrics.

Key words: Psychiatric emergencies - Mental health care - Hospitalization - Mental health indicators.

“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”.
Ramón Carrillo.

Introducción

El contexto epidemiológico de la salud mental de la infancia

La bibliografía muestra que en las últimas décadas se observan cambios epidemiológicos en la demanda de atención en salud mental de la infancia y un aumento de las consultas por causa de trastornos mentales en los servicios de emergencias pediátricas y en los centros de atención primaria (1, 6). Estas consultas llegan a representar, para algunos países, del 25 al 50% de las realizadas en el nivel de la atención primaria y el 5% de las visitas a servicios especializados de emergencias pediátricas (2, 6). Entre las causas que motivan las consultas a estos servicios se identifican los intentos de suicidio, los problemas conductuales, el uso de sustancias y las crisis de ansiedad, coincidiendo los estudios en que los comportamientos suicidas son el motivo de consulta más frecuente de las mujeres y los problemas conductuales el de los varones (2, 7).

La provincia de Córdoba (Argentina) no fue ajena a estos cambios de las consultas de salud mental. Efectivamente, en la década 2000-2010 se observó un incremento en las consultas y hospitalizaciones por causas mentales en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (HNST), y este aumento fue más significativo cuando las consultas fueron por episodios de agitación psicomotriz y por episodios psicóticos agudos, sin que el hospital se encontrara preparado para dar respuesta a esta nueva necesidad de atención (8, 9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su texto: *“Estrategia y plan de acción sobre salud mental”*, señala que los problemas de salud mental de la infancia constituyen un asunto prioritario para la Salud Pública pero que “a pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, hay poca capacidad de respuesta de los servicios de salud” (OMS, 2009) (10). En la bibliografía se señalan las dificultades que existen para dar una adecuada respuesta a estas necesidades de la salud; entre las que se encuentran: la falta de conocimiento y estigmatización respecto de las enfermedades mentales, la carencia de servicios de emergencia especializados en salud mental infantil; la falta de formación de los profesiona-

les de la salud, en general, y de los pediatras, en particular, respecto a los problemas mentales; la necesidad de contar con espacios físicos apropiados para evaluar y abordar terapéuticamente estos problemas de salud mental y las situaciones de riesgo que podrían conllevar (2, 11). La mayor parte de los servicios de emergencias pediátricas están preparados para resolver otros aspectos de la clínica pediátrica y no estas situaciones de emergencia de salud mental.

Un relevamiento efectuado en España señala que “... existen cuadros clínicos con la suficiente gravedad psíquica para el niño y la familia que no pueden ser atendidos en el nivel ambulatorio... y constatan la carencia de camas hospitalaria para el abordaje de esta problemática y de personal especializado...” (11). La situación sanitaria descrita también se observó en la provincia de Córdoba, Argentina.

Situación sanitaria del sector Salud Mental en el periodo 2000-2008 en la provincia de Córdoba

El sistema de salud de la Provincia de Córdoba¹ estaba organizado en un modelo de red de atención sanitaria en niveles de creciente complejidad, tanto para la atención pediátrica como para salud mental. La red de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia contaba con tres niveles de atención de creciente complejidad. En el nivel 1, los Centros de Atención Comunitaria (algunos contaban con abordaje terapéutico a la infancia para promoción y prevención), en el nivel 2 los Servicios de Salud Mental de hospitales generales (que para la infancia eran dos en hospitales pediátricos de la ciudad de Córdoba) y, en el nivel 3, hospitales monovalentes², que en Córdoba no existen para niños/adolescentes, mientras que en el solo país sólo hay uno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el hospital “Carolina Tobar García” (12).

La red de salud pediátrica también estaba conformada en niveles de creciente complejidad y desde el año 2000, el HNST fue considerado como el centro asistencial de mayor (tercera) complejidad para la atención en pediatría de la provincia (13, 14).

Esto se tradujo en la construcción de una nueva estructura edilicia, la incorporación de recursos humanos especializados y una nueva organización institucional. Algunos de sus objetivos estratégicos fueron: “a) Resolver toda la patología pasible de tratamiento, tanto clínico como quirúrgico de los niños y adolescentes de la provincia de Córdoba y alrededores; b) Fortalecer la capacitación permanente de los recursos profesionales, técnicos y administrativos en el desempeño en el nivel de alta complejidad” (13).

En la primera década del tercer milenio se observó un incremento de la demanda de atención al servicio

¹ Córdoba, es una de las veintitrés provincias de la República Argentina y la quinta más extensa del país. Según el Censo Nacional de Población (CNP/INDEC), 2010, cuenta con 3.308.876 habitantes, lo cual la ubica como la segunda provincia más poblada. El 40% de su población radica en la capital provincial, convirtiéndola en la segunda aglomeración urbana del país después del Gran Buenos Aires. Su población infanto-juvenil (menor de 20 años de edad), en 2017, según proyección a partir del CNP/INDEC, 2010, es de 1.131.554 (31% de la población total).

² En la Argentina se definen como instituciones monovalentes a los hospitales especializados en la atención psiquiátrica.

de emergencia del HNST y de las hospitalizaciones por causa de trastornos mentales (8, 9). La tasa de hospitalización por dicha causa se elevó de 0,06 en el año 2000 a 0,10 en el 2005 (8, 9). Esta mayor demanda de internación, según informes de la institución, se acompañó de "cuadros de mayor gravedad, problemas psicosociales severos, judicialización de un importante número de pacientes y falta de redes asistenciales de atención". Los indicadores hospitalarios mostraron que gran parte de los pacientes procedían del interior de la provincia o de provincias vecinas y la ocupación de camas/año de pediatría por causas mentales se incrementó de 775 en el año 2005 a 1186 en el año 2007" (15). También aumentó el promedio de días de estada por paciente de 18,45 en el 2005 a 25,57 en el 2007 (15). Los motivos de consulta que generaron la hospitalización por causas mentales con mayor frecuencia, y coincidiendo con lo expresado en la bibliografía, fueron: intentos de suicidio, trastornos de conducta, trastornos psicóticos y esquizofrenia, y otros cuadros. Pero el hospital no se encontraba preparado para atender estos problemas de salud y "las condiciones de hospitalización presentaron permanentemente graves situaciones y dificultades, con severos riesgos de orden legal, éticos, y de salud psicofísicas para los pacientes y el equipo de salud" (15). Entre las dificultades para brindar una adecuada atención se registró que la estructura edilicia no se encontraba preparada para niños con severos problemas mentales, las salas de clínica pediátrica se ubican en el primer piso del edificio y no cuentan con medias de seguridad apropiadas para niños/adolescentes con problemas mentales como intentos de suicidio o comportamientos violentos. Las salas de internación eran compartidas con otros niños con enfermedades infecciosas u otras y la cobertura horaria de 24 horas estaba a cargo de profesionales de pediatría. Estas condiciones de atención generaron situaciones de riesgo para todos los niños y adolescentes internados y, en ocasiones, se vieron involucrados en episodios de excitación psicomotriz o de heteroagresión niños que estaban internados por otras causas.

De este modo, en las situaciones clínicas de las salas de internación de pediatría del HNST se comenzaron a encontrar dos paradigmas de atención con diferentes necesidades terapéuticas: a) el niño que requería de una internación y atención de clínica pediátrica por problemas como cuadros infecciosos, quirúrgicos, enfermedades crónicas, oncológicas, accidentes y otras, en las que el niño siente su cuerpo enfermo, debilitado, muchas veces inmovilizado, y su actividad motora esta disminuida y, en ocasiones, sujeto a procedimientos invasivos para su cuidado que requiere de un ambiente de tranquilidad y reposo que no siempre encontraba y, b) el niño que requería una hospitalización por causa mental en el que su conducta, su pensamiento y sus afectos están comprometidos, muchas veces exaltados o desorganizados y su actividad motora incrementada y no requiere ni responde a situaciones de reposo.

Esto quedó en evidencia en las acciones e informes de la institución que, en una primera etapa, abordó estos

problemas de salud desde las salas de clínica pediátrica, reforzando la capacitación de los profesionales de enfermería y médicos en salud mental. Pero, como apreciación de ese momento: "Resulta claro y contundente que el cuidado de estos pacientes en las etapas más críticas requiere de recursos específicos que una sala de hospitalización pediátrica no posee. Los mismos se especifican a continuación: 1) Ambiente físico con las condiciones de seguridad requeridas para evitar daños y fugas. 2) Personal especializado en salud mental con una prevista y ordenada cobertura horaria permanente. 3) Disponibilidad de psicofármacos específicos para la emergencia y el tratamiento. 4) Actividades terapéuticas programadas, como laborterapia y musicoterapia" (15). De este modo el 10/03/2009, mediante resolución interna de la Dirección del HNST N°026/2009, se creó una nueva sala de internación cuyo objetivo se definió en la referida resolución como: "Visto: La necesidad de la Dirección del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de realizar la creación de la sala de internación de psiquiatría Infantil. Considerando: La necesidad de organizar de manera pertinente dicha sala, lo que permitirá garantizar el normal desenvolvimiento para la atención [...] Que los pacientes de dicha sala serán internados según criterios de admisión formulados por el Departamento de Clínica Pediátrica" (16).

Los criterios de internación formulados por el Departamento de Pediatría se fundamentaron en los lineamientos sanitarios internacionales del momento.

La sala de internación de psiquiatría infantil

La construcción de la nueva sala de internación se hizo refuncionalizando los espacios que había construido el HNST en el año 2000, al tiempo que se redistribuyeron los recursos profesionales existentes. La sala de internación de psiquiatría del HNST se ubicó en un sector que en el año 2000 el hospital había previsto destinar al emplazamiento de un hospital de día de salud mental (dispositivo del cual, aún hoy, carece la red de salud de la provincia). La sala de internación dispone de 7 camas distribuidas en 5 habitaciones, una sala de usos múltiples y un patio. Los recursos profesionales de planta asignados estuvo compuesta por 8 enfermeras pediátricas (la mayor parte de las cuales trabajaba en la sala de pediatría adonde se internaban con anterioridad los niños con patologías mentales), 3 médicos psiquiatras infantojuveniles que desempeñaban funciones en el servicio de salud mental y 3 residentes de la residencia de salud mental de la provincia que cumplían su último año de formación en el Servicio de Salud Mental.

Desde su inicio, el objetivo de atención fue proveer asistencia especializada, integral e interdisciplinaria, al niño en crisis y su familia, considerando que la internación es un recurso terapéutico que sólo debe utilizarse cuando se hayan agotado los abordajes terapéuticos realizables en el seno de su entorno familiar o social habitual, y aporte mayores beneficios que las intervenciones ambulatorias que se vinieran implementado hasta ese momento.

Gestión de una sala de internación

En el periodo 2009-2015 fueron hospitalizados en la sala de internación de psiquiatría pediátrica 498 niños y adolescentes. El 56% fueron mujeres y el 44% varones y sus edades estuvieron comprendidas entre los 4 y los 16 años con una media de 12,37 años de edad. El 53% provenían de la capital de la provincia de Córdoba y el 47% del interior de la provincia. El 67% de los casos se encontraba en tratamiento en servicios de salud mental (públicos y privados) al momento del ingreso; esto se refleja en que gran parte de las consultas (39,3%) fueron derivados por otros centros de la red de salud pública y privada (hospitales pediátricos, hospitales generales del interior de la provincia, centros comunitarios, instituciones monovalentes privadas y profesionales). En el 38,6% de los niños y adolescentes internados, la consulta fue efectuada por sus familiares; en el 12,4% fue por derivación de SeNAF (Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia) y/o del ámbito judicial y otras derivaciones. Las principales causas que motivaron la internación psiquiátrica en este periodo fueron: intentos de suicidio 31,5%, episodios de agitación psicomotriz 17,6%, episodios heteroagresivos 15,1% y episodios psicóticos agudos y otros 11%, mostrando un número diferenciado por género. Los intentos de suicidio fueron más frecuentes en las mujeres y los episodios de excitación psicomotriz y episodios heteroagresivos en los varones.

La media de internación del período fue de 22 días (mínimo 1 día, máximo 243 días). Las internaciones más prolongadas se relacionaron con niños con dificultades socio-familiares complejas y que SeNAF-Juzgado tenían (con anterioridad a la internación) o tomaron (durante la internación) medidas de exclusión complejizándose el proceso de internación que requirieron intervenciones y estrategias inter-institucionales.

Los cuadros psicopatológicos que motivaron con mayor frecuencia la internación en el periodo fueron: trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia en el 27%, trastornos en el desarrollo de la personalidad en el 14,5%, siendo los del cluster B los más frecuentes (trastorno límite e histriónico de la personalidad), trastornos neuróticos, trastornos por estrés y trastornos somatomorfos 13,7%, esquizofrenia y trastornos psicóticos en el 11,2%, trastornos del humor en el 12,9%, retraso mental 8,3% y otros diagnósticos en menor proporción. Existe una gran vulnerabilidad socio-familiar que se refleja en las epícrisis bajo la forma de problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia, por una supervisión o control inadecuados de los padres, con situaciones de negligencia y/o violencia familiar, hogares monoparentales y otros fenómenos de ese tipo. El 100% de los casos recibió tratamiento psicoterapéutico en el marco de una terapéutica interdisciplinaria, orientación a padres, acom-

pañamiento educativo, y el 91% de los casos requirió tratamiento psicofarmacológico. La mortalidad anual de la sala de internación fue de 0%. No obstante, es importante mencionar que en el hospital ingresaron casos de niños y adolescentes al servicio de emergencia fallecidos debido a suicidios y niños que por su condición de salud requirieron de cuidados intensivos y cuyo desenlace fue la muerte.

En la Tabla 1 se presentan los indicadores de los procesos asistenciales y los recursos profesionales con los que contó la sala de internación del HNST en el período 2009-2015.

Un aspecto importante a considerar es ¿cuándo estaría indicado un abordaje en un dispositivo de internación para un niño/adolescente? La bibliografía indica que un abordaje en un dispositivo de internación estaría indicado para la infancia sólo en aquellas situaciones en que (17, 21):

- El trastorno mental es de tal gravedad que altera el funcionamiento diario del niño en al menos dos ámbitos importantes de su vida (familiar, escolar, social) y una de ellos es el familiar. Esos aspectos fueron identificados en el análisis de los registros estadísticos de la sala.
- La situación clínica que implica un riesgo de vida inminente para el niño o terceros.
- El tratamiento a realizar en el hospital parece adecuado al problema de salud y puede ser beneficioso para el paciente.
- El abordaje ambulatorio se valora como poco eficaz y ha sido intentado infructuosamente.

A partir de la experiencia registrada en la sala, se observó que gran parte de los niños recibía atención en dispositivos de atención ambulatoria y que los síntomas que motivaron su internación en su mayor parte implicaban una situación de riesgo.

En relación a los predictores de mala evolución de los tratamientos en hospitalización la bibliografía menciona (21, 22):

- Alto grado de conductas agresivas, antisociales y organicidad de los síntomas.
- Procesos psicopatológicos de los padres. Familias disfuncionales y violencia intrafamiliar.
- Pérdida del apoyo del grupo familiar del niño. Pérdida del apoyo y contención social.
- Mala adherencia a tratamientos. Estigma.

Respecto a las condiciones que llevarían a hospitalizaciones prolongadas, un estudio efectuado en la institución mostró que los niños y adolescentes con internaciones de más de 30 días y menos de 60 correspondían a motivos de ingreso por episodios de excitación psicomotriz y/o heteroagresión y sus trastornos psicopatológicos de base correspondían al espectro impulsivo-agresivo (23). Cuando las internaciones eran de más de 60 días, a las características psicopatológicas antes mencionadas, se les asociaba que el paciente vivía en hogares³ (23).

³ Niños y adolescentes que viven en instituciones para menores.

Esto muestra la relevancia que tienen para el desarrollo de la infancia las condiciones de vida y los vínculos de apoyo y contención familiar y social.

Es importante mencionar que existen situaciones en las que la hospitalización pierde su objetivo terapéutico y esto se expresa en la cantidad de días de internación como muestran los registros de internaciones de 243 días en el año 2011 y que aún persisten en el año 2015 (Tabla 1). Esto se presenta cuando la internación deja de tener un objetivo terapéutico y es utilizada por las

instituciones del Estado como un dispositivo de tránsito para la resolución de problemáticas sociales ya sea por indicaciones de internación en niños que no lo requieren o, la más de las veces, cuando los niños y adolescentes se encuentran en condiciones de alta y la misma no se efectiviza. A modo de ejemplo, las siguientes viñetas ilustran estas situaciones:

1) *“Juan tenía 9 años, vivía en hogares desde los 4 años, había tenido 5 intentos de adopción. Tenía un diagnóstico de trastorno de conducta por el cual recibía trata-*

Tabla 1. Indicadores de gestión de la sala de internación psiquiatría infantil del HNST

Indicadores de la producción de procesos asistenciales periodo 2009-2015							
Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de ingresos	76	67	72	68	76	59	63
Porcentaje de ocupación	80,2%	60%	70%	51,4%	62,6%	46.9%	64.2%
Promedio de estadía	22,1 (1 día- 233 días)	22.68 (1 día- 128 días)	26,5 (1 día- 243 días)	20,5 (1 día- 192 días)	21,2 (1 día- 194 días)	19,6 (1 día- 112 días)	24,5 (1 día- 193 días)
Principales motivos de ingresos	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA
Principales diagnósticos de egreso (CIE-10)	F90-98	F90-98	F90-98	F90-98	F90-98	F90-98	F90-98
	F60-65	F60-65	F60-65	F60-65	F60-65	F60-65	F60-65
	F30-38	F30-38	F30-38	F30-38	F30-38	F30-38	F30-38
	F20-24	F20-24	F20-24	F20-24	F20-24	F20-24	F20-24
Mortalidad	0	0	0	0	0	0	0

Disponibilidad de recursos profesionales para la internación

Cobertura de recursos profesionales 24hs	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.
	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva
Talleres	1 día/semana	2 días/semana	3 días/semana	2 días/semana	2 días/semana	5 días/semana	5 días/semana

IS: Intento de suicidio

EHA: Episodio de heteroagresión

EAP: Episodio de excitación psicomotriz

EPA: Episodio psicótico agudo

F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia

F60-65: Trastornos en el desarrollo de la personalidad

F30-38: Trastornos del humor

F20-24: Esquizofrenia y trastornos psicóticos

miento desde pequeño. Estuvo 233 días internado y nos dijo: "Ustedes son como mi familia, pero no son mi familia. No quiero vivir en el hospital". Su externación fue un proceso complejo que requirió de informes a la SeNAF, al Juzgado y presentaciones al Defensor de los Derechos del Niño y a la oficina de Derechos Humanos y Justicia.

- 2) "Nico tenía 14 años, llegó por un intento de suicidio y estaba en conflicto con la ley, cuando se otorgó el alta no había un lugar para él. Requirió de múltiples informes a la SeNAF y al Juzgado antes de que se pudiera efectivizar su alta".

Desde su inicio, la sala de internación de psiquiatría pediátrica fue implementada con abordaje terapéutico integral e interdisciplinario que contempla los aspectos psicopatológicos, familiares, educativos y sociales desde una hospitalización de estadía breve. Para ofrecer un abordaje de estas características se articuló un trabajo interdisciplinario entre profesionales del equipo de salud de la sala de internación (médicos especialistas en psiquiatría y pediatría, enfermeras, licenciadas en trabajo social y licenciadas en nutrición), servicio de Salud Mental (psicólogas, psicomotricistas y psicopedagogas) y otras instituciones de educación y salud (escuela hospitalaria "Atrapasueños" y Fundación Sistere). Los profesionales de educación brindan apoyo, orientación y articulación para favorecer la reinserción escolar y desarrollan talleres de plástica con los niños y adolescentes hospitalizados. La Fundación Sistere y el Servicio de Salud Mental desarrollan talleres de creatividad y juego para promover comportamientos saludables y desarrollo de habilidades sociales.

Contexto legislativo de las internaciones psiquiátricas

En 1990 se reunieron representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de los países miembros de ambas organizaciones, entre ellos la Argentina, y efectuaron un análisis del estado de la atención de Salud Mental en la Región de las Américas (11). Como resultado del análisis acordaron: "Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria [...] Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados".

En el año 2010 se aprobó en la Argentina la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657) que en su Artículo 9° indica que "El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud ...". Tanto la Declaración de Caracas como la Ley N° 26.657 analizan en su mayor parte el sistema de atención en salud de las personas adultas. Para las necesidades de atención de la infancia tienen poca capacidad

de respuesta, pero es necesario que los análisis y lineamientos sanitarios contemplen las necesidades propias de la infancia.

La ley indica en su Art. 28 que: "Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo a la atención de pacientes ...es un acto discriminatorio ..." y el Ministerio de Salud (Resolución 1876 - E/2016) aprobó las "Normas para Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones sin internación" que para "el caso de los Hospital Generales Pediátricos su cobertura serán divididos en infantes y adolescentes...las salas destinadas a la internación ...deberán estar integradas a la estructura edilicia del establecimiento...El equipo de guardia: que cuente con médico psiquiatra, psicólogo, enfermeros, trabajador social...". En este aspecto, como se indica en la Tabla 1, la sala de internación cuenta recién desde el año 2015 con médicos psiquiatras que cubren guardias activas.

Un estudio efectuado en nuestro país muestra que se observan dificultades en la implementación de la legislación y entre las dificultades reconoce la falta de creación de dispositivos de internación en los hospitales generales y de una adecuada provisión de recursos profesionales (30).

Reflexiones finales

Los cambios epidemiológicos en la salud mental de la infancia se reflejan en el incremento de las consultas a los servicios de los hospitales pediátricos y en la necesidad de implementar nuevos abordajes terapéuticos, como fue la sala de internación en un hospital pediátrico que se creó en el HNST de la provincia de Córdoba. Para la implementación de la internación psiquiátrica infantil se deben adecuar la infraestructura y los recursos profesionales y generar un modelo de atención específico para la infancia.

Los niños no son adultos pequeños, y de su adecuado desarrollo depende el futuro de los países. Para ello su familia y el Estado deberían brindar el cuidado y la protección que requieren para que logren un desarrollo pleno y en armonía con el entorno, garantizando su derecho a recibir los cuidados que requieren para preservar y mejorar su salud mental cuando así se requiera.

Finalmente, se destaca que los lineamientos sanitarios y legislativos para la salud mental de la infancia deberían responder a un diagnóstico de situación específico y objetivos estratégicos definidos para este grupo etario.

Agradecimiento

A todos los profesionales que desempeñan y desempeñaron funciones y a todos los profesionales en formación que hicieron sus prácticas en la Sala de Internación del HNST. ■

Referencias bibliográficas

- Sills M, Shayne D, Bland M. Summary Statistics for Pediatric Psychiatric Visits to US Emergency Departments, 1993–1999. *Pediatrics*. 2002. 1010 (4): 1-5.
- Mapelli E, Doan Q. Trends Pediatric Emergency Department. Utilization for Mental Health-Related Visits. *J Pediatr*. 2015. 167(4):905-10.
- Chun T, Katz E, Duffy S. Pediatric Mental Health Emergencies and Special Health Care Needs. *Pediatr Clin North Am*. 2013 October ; 60(5): 1185–1201.
- Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J et al. Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatr Emerg Care*. 2009; 25:715–20.
- Podlipski MA et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique *Archives de Pédiatrie* 2014; 21:7-12.
- Zachary E, Pittsner M, Mannix R. Trends in Pediatric Visits to the Emergency Department for Psychiatric Illnesses. *Academic Emergency Medicine* 2014; 21:25–30.
- Taastrø M, Klahn J, Staal N, Thomsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: A 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry* 2014; 68:385–390. *Rev. Nordic Journal of Psychiatry* 2014. 68: 385-90.
- Bella ME, Borgaittino V. Demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2016; 114 (3): 252-257
- Bianco C, Romero N. Hospitalización por urgencias psiquiátricas en pediatría: Evolución en los últimos 10 años. 2012. Jornada de Poster de Sociedad Argentina de Pediatría, filial Córdoba.
- Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Washington DC. 2009.
- Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. *Cuadernos Técnicos*, Madrid. 2009. [Internet] Disponible en: <http://www.sepyrna.com/documentos/aen-CTecnicos14.pdf>. Consultado 06/01/2017.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Dirección de Salud Mental. Red Prestacional de salud mental. 2009. Consultado en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/salud_saludmental%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/salud_saludmental%20(2).pdf) RIDICULO, PREFERIBLE NO PONER NADA
- Acta de la instalación del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Córdoba, 2000.
- Breve historia del Hospital de Niños. [Internet]. Consultada 10/11/2014. Disponible en: http://hospitaldeninos.com.ar/hn/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=45&Itemid=81
- Proyecto de funcionamiento sala de internación de psiquiatría infantojuvenil. Hospital de Niños Santísima Trinidad, 2008.
- Dirección del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Disposición resolución interna Dirección del HNST N°026/2009.
- Green J, Worrall-Davies. "Provision of intensive treatment: inpatient units, day units and intensive outreach". In Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E & Thapar A Ed. *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry*. Fifth Edition. Blackwell Publishing, 2008.
- Dolan M, Joel A, Fein M. Technical Report. Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System. *Pediatrics* 2011.127(5): 1356-66.
- Cooper J, Massi R. Cuidado de la Salud Mental de Emergencia Infantojuvenil. Un Problema Nacional. [Internet]. Disponible en: http://www.nccp.org/publications/pdf/download_
- Grupp-Phelan J, Harman JS, Kelleher KJ. Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Rep*. 2007; 122(1):55–59
- Wang PS, Demler O, Olfson M, et al. Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *Am J Psych* 2006; 163(7):1187–98.
- Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, et al. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *General hospital psychiatry*. 2012; 34(5):557–65.
- De la Barra MF, Garcia R. Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2009. 47 (3):.228-237.
- Bella M, Bauducco R, Leal JL, Decca GM. Caracterización epidemiológica de las hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes en Córdoba. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*. 2012. 23: 331 – 338.
- Rossetti M, Bella ME. Estudio exploratorio de los factores que motivan hospitalizaciones psiquiátricas prolongadas en niños-adolescentes en Córdoba. Poster presentado en XVII Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantojuvenil y profesiones afines. 26 de junio 2015. Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Caracas*, 1990.
- Organización Mundial de la Salud. *Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas*. Brasilia, 2005. [Internet] Disponible en: www.mpd.gov.ar/articulo/downloadAttachment/id/3106.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013.
- Ministerio Público Tutelar de la CABA. *Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos en la ciudad autónoma de Buenos Aires*. Documento de Trabajo N°21. Febrero 2014.