

El hospital y las urgencias de la época. Salud Mental de niños y adolescentes

Sandra Viviana Novas

*Médica especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infanto-juvenil
Unidad de Salud Mental, Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" (HNRG)
Prof. Adj. Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires (UBA)
E-mail: doc.sandranovas@gmail.com*

Mónica García Barthe

*Lic. en Psicología - Lic. en Antropología Social
Departamento de Urgencias Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" (HNRG)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)*

Resumen

En la última década el Departamento de Urgencias del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, registró un aumento significativo de las consultas de salud mental de niños y adolescentes. El incremento de la demanda de asistencia fue debido fundamentalmente a conductas autolesivas, intentos de suicidio y situaciones de violencia y desamparo.

Se analizan las variables que determinan las características de la consulta actual y el viraje en el perfil de las instituciones convocadas a responder a esta demanda. Finalmente, se propone una reflexión respecto del lugar de la infancia y la adolescencia, considerando la influencia de los cambios culturales y socioeconómicos de la sociedad contemporánea.

Palabras clave: Urgencias psiquiátricas - Psiquiatría infanto-juvenil - Intento de suicidio - Desamparo - Violencia y sociedad contemporánea.

THE HOSPITAL AND THE EMERGENCIES IN OUR TIME. CHILD AND ADOLESCENTS MENTAL HEALTH

Abstract

In the last decade, the Emergency Department of "Dr. Ricardo Gutiérrez" Children's Hospital in the city of Buenos Aires, Argentina, registered a significant increase in mental health consultations of children and adolescents. The increase in the demand for assistance was mainly due to self-injurious behavior, suicide attempts and situations of violence and abandonment.

We analyze the variables that determine the characteristics of the current consultation and the change in the profile of the institutions called to respond to this demand. Finally, we reflect on the place of childhood and adolescence, considering the influence of cultural and socioeconomic changes of contemporary society.

Key words: Psychiatric emergency- Child adolescent psychiatry- Suicide attempt -Helplessness - Violence and society

Introducción

En las últimas décadas asistimos a un incremento lento pero constante de la demanda de asistencia por salud mental, en la población infanto-juvenil, asistida en el Departamento de Urgencias (DU) del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" (HNRG) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, registrándose mayor gravedad y disminución en la edad de inicio de los síntomas. La consulta de urgencia no escapó a esta realidad, contingencia que genera debate e investigación a nivel mundial (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11).

La urgencia en salud mental, sus diferencias con el concepto de urgencia que rige el modelo médico, y sus particularidades en la infancia son motivo de cons-

tante reflexión (12, 13). Urgencia real, urgencia subjetiva, riesgo de vida, niños en riesgo son términos usualmente encontrados en la literatura médica (14). Entendemos a la consulta de urgencia como la consecuencia de una ruptura en la homeostasis habitual del paciente y el medio familiar y/o social, implicando en mayor o menor medida, desorganización de los procesos psíquicos (15,16)

El HNRG asiste desde el año 1875 a una amplia población de niños y adolescentes provenientes de diversos medios socioeconómicos. El Servicio de Guardia de salud mental es convocado para intervenir ante diversas situaciones clínicas provenientes tanto de consultas externas como de las Salas de internación de pediatría general y de las especialidades (16).

Tabla 1. Situaciones Clínicas asistidas por la Guardia de Salud Mental del HNRG (1)

| |
|--|
| Acompañamiento de pacientes y familiares ante situaciones traumáticas |
| Alteración aguda de la alimentación |
| Alteración aguda de los hábitos (sueño, alimentación, control de esfínteres) |
| Alteración del comportamiento y conductas de riesgo |
| Alteración de la sensopercepción/ideación delirante |
| Comportamientos auto y/o heteroagresivos |
| Episodio de ansiedad |
| Episodio de excitación psicomotriz |
| Intervención y apoyo al equipo de salud |
| Malestar físico de etiología orgánica dudosa |
| Sospecha de maltrato/abuso y otras situaciones de violencia |
| Tentativa y/o amenaza de suicidio |

(1) Ordenadas alfabéticamente

EL DU del HNRG registró un aumento significativo de las consultas de salud mental. En efecto, si se analizan los datos obtenidos entre los años 2005 y 2015, se observa que el incremento de las consultas de salud mental en esa década fue de 135,2%. En el año 2006

las mismas representaron el 2.9% de las consultas totales recibidas en el DU, porcentaje que se duplica en el año 2015. Asimismo, en el año 2015 la guardia de Trabajo Social recibió 3796 consultas:

Tabla 2. Consultas registradas en el Departamento de Urgencia del HNRG (2006-2016)

| CONSULTAS REGISTRADAS EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIA HNRG - 2006-2016 | | | |
|---|---------|---------|---------|
| Año | 2006 | 2010 | 2015 |
| Consultas totales en guardia ⁽²⁾ | 109.168 | 108.675 | 100.716 |
| Consultas de salud mental totales | 3.212 | 5.080 | 7008 |
| Porcentaje de consultas de salud mental respecto del total | 2,9 % | 4,6 % | 6.96 % |

(2) Clínica pediátrica, cirugía, traumatología, neurocirugía, endoscopia, toxicología y salud mental.

Simultáneamente, se ha elevado el número y la duración de las internaciones por motivo de salud mental tanto de adolescentes como de niños pequeños¹.

Muchas son las hipótesis que se desprenden de estos datos y, en tanto agentes de salud, no podemos menos que reflexionar acerca de este fenómeno.

El Servicio de Guardia de salud mental del HNRG y otros dispositivos existentes en la CABA

El HNRG es una institución donde la salud mental ocupa un lugar importante desde las primeras décadas del siglo XX, época en que el pensamiento freudiano se introdujo en el hospital (18). La Sala XVII a cargo del Dr. Florencio Escardó hacia fines de los años '50, fue la cuna de la asistencia interdisciplinaria (19). El dualismo cartesiano ya no resultó suficiente para comprender la complejidad de la asistencia de un niño sufriente (20). Se implementó la internación conjunta madre-hijo (21) y se creó la primera residencia de psicología del país (22). Y en el año 1971 se creó la residencia de psiquiatría infanto-juvenil

En el año 1982, en el contexto de un Programa de Salud Mental para la CABA, se incluyó en la dotación profesional diaria del DU un psiquiatra y un psicólogo; constituyéndose así en la primera Guardia de salud mental infanto-juvenil en un hospital general y una de las primeras de todos los hospitales polivalentes de la CABA.

La incorporación efectiva a la Guardia requirió de una tarea constante a lo largo del tiempo a fin de institucionalizar la intervención de los profesionales de salud mental en las situaciones de emergencia (23). Además de la asistencia específica en casos tributarios de la especialidad, los profesionales de la Guardia de salud mental fueron progresivamente convocados para

intervenir en la asistencia del resto de los pacientes, aquellos que presentaban patología orgánica, pero cuyo sufrimiento podía verse aliviado por medio de la escucha y la palabra.

La psiquiatría y la psicología se fueron articulando en el engranaje de la Guardia progresivamente; y así como al inicio podía cuestionarse la pertinencia de su inclusión, esa posibilidad aparece hoy como inadmisibile.

El DU del HNRG incorporó a profesionales de Servicio Social en el año 2011 (24) y a partir del año 2016, cuenta con dos médicos psiquiatras, un psicólogo y dos trabajadores sociales de guardia por día.

En el sistema público de la CABA funcionan otros dos servicios de emergencias de salud mental; uno en el Hospital Infanto-juvenil "Dra. Carolina Tobar García" desde 1968 y el otro en el Hospital "Dr. Pedro de Elizalde" desde el año 2007; por su lado, el Hospital de Emergencias Psiquiátrica "T. de Alvear" (HEPTA) de la CABA admite, desde 1983, pacientes mayores de 16 años².

Asimismo, en los últimos años diversas instancias administrativo-judiciales fueron creadas y diagramadas para intervenir ante lo que se denomina "vulneración de derechos de niños y adolescentes" con el objetivo de garantizar su restitución (CNNYA³, Defensorías zonales) (25).

La consulta actual

Consecuentemente con la realidad de la demanda los así llamados "pacientes psiquiátricos", están presentes en todo el hospital: en salas de espera, consultorios, Salas de internación, o permaneciendo días en la Guardia a la espera de una cama, un hogar o a algún adulto que los requiera. La comunidad hospitalaria asiste críticamente al viraje del perfil de la institución: "El hospital

1_ En el HNRG la internación de pacientes de salud mental se realiza en Salas de clínica pediátrica, desde la década de 1970 (17).

2_ El Hospital Infanto-juvenil "Dra. Carolina Tobar García" es la única institución pública del país especializada en psiquiatría infanto-juvenil y cuenta con servicios de consulta externa, hospital de día, internación y rehabilitación; el Hospital "Dr. Pedro de Elizalde" es un hospital general especializado en pediatría, y el Hospital de Emergencias Psiquiátrica "T. de Alvear" (HEPTA) es un hospital especializado que recibe consultas fundamentalmente de adultos de toda la CABA.

3_ Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes

no es un lugar para vivir” es una de las frases que expresan la reacción de la institución ante ese fenómeno, mientras la misma intenta adaptarse a los cambios que impone la consulta actual, coyuntura que seguimos atravesando.

El incremento en los casos de urgencia en salud mental del HNRG, se produce fundamentalmente en relación a dos causas: 1) situaciones de violencia, negligencia o desamparo y 2) episodios de autolesión e intentos de suicidio. Esos datos se compadecen con los que registra la literatura mundial (26).

Violencia y desamparo

Debido a determinantes sociales, históricos y culturales vinculados a la concepción de la infancia (27, 28, 29) el maltrato físico y el Abuso Sexual Infantil (ASI) han constituido motivos de interés para la pediatría recién en las últimas décadas del siglo XX.

El Centro Internacional de la Infancia de París define al maltrato como: “cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo”. Así entendido, el maltrato, expone al niño a un riesgo y somos, ante ello, interpelados como agentes de salud y como institución a intervenir (30).

Profesionales de la salud de distintas disciplinas vinculadas a la infancia han desarrollado criterios diagnósticos, modos de intervención y protocolos de atención junto a instancias jurídicas y sociales en las últimas décadas. En nuestro país, la sanción de la Ley 26.061 (2005) ubica a niños, niñas y adolescentes como sujetos de Derecho e impone al Estado la responsabilidad de velar por el cumplimiento de los mismos, a través de sus servicios de salud, educativos, jurídicos, sociales y de los así llamados organismos de Protección de Derechos (31).

Se podría suponer entonces que se posibilitaría una mayor protección de esos derechos a partir de la presencia de un ordenamiento jurídico que los contempla. Sin embargo, a pesar de la visibilización de los mismos la problemática no parece disminuir, sino al contrario incrementarse, al menos hasta el momento.

Algunas viñetas clínicas permiten ilustrar el contenido de las consultas de urgencia en la Guardia de salud mental del HNRG:

El padre de tres niñas de 7, 6, y 2 años, con quienes no convive, relata situaciones de violencia de la madre hacia ellas y solicita hablar con un psicólogo. Una de las hijas refiere: “Mi mamá me pega y me da patadas” [...] “me tira de los pelos” [...] “el otro día vi a mi mamá ahogar a mi hermana con la almohada, se le tiró encima”.

Jazmín, 6 años, es traída por su abuela. La señora refiere que debe reintegrarla al cuidado de su padre, pero se resiste a hacerlo. “Vine a denunciar a mi yerno, el la tocó, no puede volver con él”, dice. La niña no muestra dificultad para expresar sus vivencias. La evaluación no arroja ningún indicador

de sospecha de abuso sexual: “Mi mamá se fue, yo quiero estar con mi papá, mi abuela no lo quiere”. Se evidencia claramente que los dichos de la abuela están en relación con situaciones de gran hostilidad entre ella y el padre, quedando la niña como objeto de manipulación y disputa de los adultos.

Una pareja adolescente consulta con su hijo de 5 meses. “Se cayó de la cama”, relata la madre quien presenta un hematoma facial, y agrega: “El me pegó una piña, se enojó porque es la séptima vez que el nene se me cae de la cama”. “Es una mala madre, me pongo muy nervioso, no lo cuida”, dice el joven. “Él no me ayuda, no tengo ayuda de nadie, el nene llora mucho, no sé como calmarlo”, alega la madre.

Un denominador común que se verifica en estos ejemplos es la situación del niño en posición de objeto. Por un lado, se motiva la consulta a propósito de él, y en ella queda expuesta la fragilidad del sostén parental; por el otro, él mismo resulta ser el destinatario de la violencia, ya sea ésta real o simbólica. Niños que pierden su lugar de niños, adultos que no pueden cuidar. En el último caso el niño “cae” una y otra vez de los brazos de su madre, cae fuera de la escena familiar y social.

Suicidio y autolesión

“Vengo porque yo me suicido muchas veces”.
Presentación de Juan, de 13 años, en la Guardia.

Cortes en el cuerpo, ingesta de medicamentos, drogas o tóxicos, aparecen como algunas de las modalidades actuales que reflejan la imposibilidad de tramitar la angustia, de operar con ella.

Si bien en la urgencia no es sencillo establecer en profundidad la intencionalidad que las motiva, es evidente que las consultas por autolesiones sin intención/ideación suicida son las que más han aumentado y dentro de ellas, los cortes auto inflingidos son los más habituales (32, 33).

No contamos con registros específicos y discriminados en relación a dicha intencionalidad, pero la literatura internacional aporta datos significativos: entre el 13% y el 20% de la población general adolescente presentan algún episodio de autolesiones no suicidas (*Non-suicidal Self-Injury, NSSI*) (32, 33, 34).

Aun siendo entidades diferenciadas, existe una estrecha relación entre la frecuencia de repetición de NSSI, la continuidad en la adultez, intentos de suicidio posteriores y suicidios consumados (33, 34, 35, 36, 37): datos a considerar a la hora de la prevención.

La conducta autolesiva se ubica dentro de un espectro clínico en el que se incluye: ideación y/o amenaza de muerte, ideación y/o conducta suicida, y otras conductas de riesgo hasta el suicidio consumado (38, 39).

El suicidio es hoy la tercera causa de muerte en adolescentes a nivel mundial, y representa un problema creciente de salud pública. Su aumento es considerable en esta franja etárea en las últimas décadas (32, 33, 34, 35, 38, 39). En la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente

en los grupos más jóvenes (38, 40). En el año 2013, en la franja de 15 a 24 años, se registraron 897 muertes por suicidio siendo la tasa más alta: 12,7/100.000 (40).

La conducta autolesiva por sí misma no es patognomónica de ninguna patología o estructura psíquica específica. Dependerá en que contexto se inscribe, cuáles son sus determinantes y significaciones para cada sujeto.

Un ejemplo de las consultas de urgencia permite ilustrar estos casos:

Kevin, de 6 años de edad, llega a la Guardia con su madre quien presenta un requerimiento del CNYA que reza: "Intento de suicidio, se indica internación". Kevin vive con su madre y tres hermanos menores. Su padre está preso. La madre informa: "Soy adicta, cuando consumo me tiro a dormir" [...] "ayer nos peleamos, agarró un cuchillo, se encerró en el baño. No podía más, me fui a dormir. Hoy fue solo y lo conté en el colegio, doctora haga lo que tenga que hacer". Kevin está tranquilo, establece un vínculo inmediato, dice estar muy triste, y expresa: "No quiero vivir más esta vida, no me gusta, me quiero morir".

La construcción del concepto de muerte, y sobre todo la noción de muerte propia, son procesos madurativos que se inician a partir de los siete años, y requieren del pasaje por la pubertad y la adolescencia para completarse (41). La función parental fallida ubica a Kevin en el rol del adulto y la mirada institucional lo confirma aún en una paradoja: lo hace agente de un acto adulto; como lo indica el requerimiento del CNYA, "Urgente al hospital de niños, intento de suicidio", con el que Kevin fue remitido a la Guardia del HNRG.

Leo, de 16 años de edad, llega a la consulta acompañado por su madre: "No sé qué más hacer con él, es adicto, toma clonazepan y consume, ayer se cayó del tren", dice ella. "En casa hay muchos problemas, estoy triste, si consigo clona lo tomo y duermo", dice él. De su padre solo dicen que es esquizofrénico, que tiene HIV, que vive en la calle. Leo está en tratamiento, se lo remite al mismo. Días después regresa a la Guardia. "Algo me dice que me tire bajo el tren, pero siento como una mano que me detiene", confiesa. Se decide su internación. En el hospital Leo se tranquiliza, se enamora, transgrede, consume; un adolescente como tantos. Ninguna "voz" lo perturba. Se externa pero regresa a la Guardia a los pocos días, "Va a terminar igual al padre", insiste su madre. Se interna, se va de alta. Días después "pasea" por los pasillos del hospital, de la mano de otra paciente. Tuvo una pelea, dice haber estado inconsciente. Se interna, esta vez, por un traumatismo de cráneo. Sonríe y dice: "Volví".

Natalia, de 14 años de edad. Llega a la consulta con una nota de su médico que dice: "A la guardia del HNRG: solicito internación por intento de suicidio". Natalia se cortó, no sabe por qué y dijo que quería morirse. Cuenta, como por azar, que la noche anterior recibió en su teléfono celular un mensaje de su amiga: "Estoy internada, cortate y decile a tu psiquiatra, seguro te manda a la Guardia o vení y decí que te querés matar y te internan".

Valeria, de 13 años de edad, llega con un bolso acompañada por su madre quien nos dice: "Ayer se cortó, le dieron el alta muy rápido" [...] "Antes de venir a la Guardia pase por la Unidad 5, vi que hay una cama libre ¿la pueden internar ahí?"; Valeria agrega: "Yo duermo mejor en la 5 que en mi casa".

Madres que traen a sus hijos, hijos que traen a sus madres, padres que ni siquiera se nombran como tales. El hospital es convocado a dar alojamiento, es vivido por los pacientes y sus familias como un refugio, como si brindara "tratamiento por la internación misma" (42).

Cortes en el cuerpo, ingesta de sustancias que lo dañan, cuerpos lesionados. Época de inmediatez, de fantasía de satisfacción instantánea, un instante después algo está perdido, coyuntura dramática como ejemplifica el Snapchat. "No hay ya posibilidad de elegir porque todo se desarrolla deprisa, porque la atención en el tiempo está saturada" (43). Época donde prima la exposición del cuerpo en todas sus versiones: desnudos en la pornografía que circula "sin filtros", con su intimidad compartida en las redes sociales, modificados por cirugías, tatuados como modelos del éxito, agujereados con piercing infinitos como modelo de belleza..., cuerpos excesivamente mirados.

¿Por qué no sería por la vía del cuerpo, de la lesión en el cuerpo, por la que los jóvenes retomen ese lugar vacante que ha dejado la caída de los operadores simbólicos, produciendo un colapso tal que empuja a un primer plano la supremacía de la imagen?

Consideramos hoy a la conducta suicida y autolesiva, como producto de una etiología multifactorial, en la que se conjugan e interaccionan de manera compleja factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales (38, 39, 44, 45). Se impone entonces la pregunta acerca de las características del medio en que se desarrolla esta conducta y que en mayor o menor medida la determina. Enfatizamos en un fenómeno que insiste: la fractura de la red sociofamiliar, que ocasiona la caída de su función de sostén afectivo y emocional para niños, adolescentes e incluso para los mismos adultos.

En 1897 E. Durkheim se refería a la anomia social como generadora de violencia y comprendía al suicidio también como un fenómeno social (46); definiendo el suicidio anómico como aquel que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales. Esta falla, para Durkheim, "lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida" (46). Sentimiento que observamos sin duda empeorado hoy por la lógica mercantilista del sistema capitalista.

Consideraciones finales

En las últimas décadas, a raíz de los profundos cambios socioculturales con el advenimiento de la postmodernidad (47), del cuestionamiento de valores éticos y morales tradicionales, la caída de los ideales y de recurrentes crisis económicas, se fueron produciendo importantes modificaciones del tejido social y familiar. La modalidad de relación clásica, de perfil autoritario de otras épocas, entre el

niño o el adolescente y el adulto ha ido desapareciendo y dando paso a una niñez con nuevas necesidades, en teoría más libre, para elegir, resolver, y decidir, aún lo que por su condición de niño o adolescente no está dentro de sus posibilidades de afrontar (48).

En muchos casos se mutó de autoridad a paridad y la niñez se ha ido acortando dando paso a una suerte de adolescencia o pseudo adultez prematura (48), en la que niños pre-púberes se encuentran expuestos y compelidos a "ser adultos" actuar, vestirse y comportarse como tal, hasta compartir los conflictos de sus ahora pares "antes adultos". La autoridad parental cae y con ella el ordenamiento simbólico, fenómeno que no distingue medios ni clases sociales.

En la actualidad muchos adultos, quizás reivindicando esa libertad que sienten que le fue negada en su adolescencia, quizás carentes de sostén para sí mismos por el desmembramiento de la trama social de nuestros tiempos, se han ido retirando de cierta manera del cuidado de los niños. Permaneciendo éstos muchas veces tan libres como solos, sin encontrar siquiera algún modelo referencial que le brinde la oportunidad de construir identificaciones válidas y seguras.

Se han perdido también, las instancias intermedias, que funcionaban como sostén y ordenador aún cuando la trama familiar fallara: el club, la casa del vecino, el grupo del barrio, etc. En su lugar se cuenta hoy, con el "shopping" y el ciberespacio, ("generación video electrónica" (43) o, en su defecto, la calle como única opción. Lugares de anonimato en los que resulta imposible el reconocimiento de alguien como sujeto.

Si el concepto de infancia es una construcción histórico-social, es claro que el mismo ha cambiado y que tenemos que preguntarnos por la infancia de hoy y el lugar de los adultos respecto de ella. Tenemos que pensar en infancias plurales como categoría socialmente construida en un momento histórico que determina políticas sociales y prácticas concretas. El lugar de los niños y el trato que reciben es afectado por las estructuras político-económicas globales y por las prácticas cotidianas en las interacciones domésticas de las culturas locales (49).

Según se defina y se caracterice a la infancia, se ponen límites y se asignan lugares en un orden establecido, adjudicando derechos y obligaciones y definiendo lo saludable y lo patológico en términos de salud mental.

¿Por qué entonces en el momento en que más se hacen visibles los derechos y más se compromete a los adultos a responsabilizarse por ello, es que más situaciones de vulnerabilidad aparecen? ¿Qué implica en este contexto la consulta al servicio de urgencia de un hospital público?

Asistimos a un viraje en la demanda de la comunidad al hospital. Se nos pide que intervengamos donde un niño no puede ser tomado como tal, ya sea por sus padres, la comunidad o el Estado. El hospital aparece como garantía de que los derechos vulnerados sean restituidos, allí donde el pedido no pudo ser escuchado en otros contextos (50). ¿Cuál es el lugar que ocupa hoy el hospital en el imaginario social? En la coyuntura actual, el rol de la institución como ordenador simbólico es una condición quizás necesaria, pero ciertamente ni suficiente ni válida, como *única* respuesta.

Niños y adolescentes que se excitan, que agreden, que se autoagreden, que son agredidos, que se angustian, otros que quieren morir. Niños y adolescentes que consumen, que son objeto del consumo, y los que no tienen que consumir. Adolescentes que son padres de sus padres, y adolescentes que intentan ser padres de sus hijos. Niños de la calle, que nadie busca ni espera. Cada vez más niños y más solos. ¿Niños locos o niños alienados en la locura parental y expuestos al desamparo en que los deja la enajenación de la época? Todos son "nuestros" pacientes, pacientes de esta institución que pareciera haber dejado de ser "*aquel Hospital de Niños*", pero cuyo recuerdo quizás funcione hoy como una referencia a la cual regresar.

Agradecimientos

Agradecemos a la Lic. Alejandra Pallotto su atenta lectura y sus opiniones acerca del contenido de este artículo

Conflicto de intereses: ninguno. ■

Referencias bibliográficas

- 1) Starling J et al. Psychiatric Emergencies in Children and Adolescents: An Emergency Department Audit. *Austral Psychiatry* December 2006; 14 (4):403-407.
- 2) Hamm MP, Osmond M, Curran J, Scott S, Ali S, Hartling L, Gokiart R, Cappelli M, Hnatko G, Newton. ASA systematic review of crisis interventions used in the emergency department: recommendations for pediatric care and research. *Pediatr Emerg Care*. 2010; Dec;26(12):952-62.
- 3) Janssens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, Deboutte D. Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review. *Pediatr Emerg Care*. 2013 Sep;29(9):1041-50
- 4) Holder SM, Rogers K, Peterson E, Shoenleben R, Blackhurst D. The Impact of Mental Health Services in a Pediatric Emergency Department: The Implications of Having Trained Psychiatric Professionals. *Pediatr Emerg Care*. 2016; Sep 23
- 5) Simon AE, Schoendorf KC. Emergency department visits for mental health conditions among US children. *Clin Pediatr* (Philad). 2014 Dec;53(14):1359-66:2001-2011
- 6) Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, Jacobs P, Klassen TP. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2009 Sep;11(5):447-54.
- 7) Taastrøm A, 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 Aug;68(6):385-90
- 8) Newton AS, Rathee S, Grewal S, Dow N, Rosychuk RJ. Children's Mental Health Visits to the Emergency Department: Factors Affecting Wait Times and Length of Stay. *Emerg Med Int*. 2014; 2014:897904

- 9) Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Services System. *Medical Pediatrics* 2011; 127:1356-1386. Available on <http://www/content/127/5/e1356.full.html>
- 10) F. Leclerc, A. Martinot, A. Sadik, V. Hue, A. Dorkenoo L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Pediatr* 1999 ; 6 Suppl2:454-6. Elsevier, Paris
- 11) Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016 Nov ; 44(6):203-11
- 12) Chambry J. Urgences en pédopsychiatrie. Emergency and child psychiatry. *Archives de pédiatrie* 2010; 17:682-683. Available <http://www.sciencedirect.com>
- 13) Fousson J, Pastour N, Zeltner L, Mauriac F. C'est pas de la psy : extension et limites de l'intervention de crise en psychiatrie. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 : 143-50
- 14) Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. Disponible en <http://www.AffairesJuridiques.aphp.fr/Soins-en-psychiatrie>
- 15) De Clerq M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Paris, Bruxelles : De Boeck & Larcier, 1997: 107-125.
- 16) Novas S. "Urgencias en psiquiatría infanto juvenil. Intervención específica y terapia farmacológica", en *Psicofarmacología infanto juvenil*, Masei H, Stagnaro JC (Compil), 1ra. Edición, Buenos Aires: Polemos 2005:201-231
- 17) Zac, M, Raimondi, P, Maceira, S, Bori, C, Lopez, L, Tisera, C, Novas, S. ¿Por qué camas para la internación de Salud Mental, en el hospital general? *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Bs. As. Setiembre, 2010.
- 18) Rascovsky A. Entrevista a los fundadores (II) *Revista de Psicoanálisis* 1984; XLI; 2/3: 201-226
- 19) Wasertreguer S y Raizman H. *La Sala 17. Florencio Escardó y la mirada nueva*. Buenos Aires : Libros del Zorzal, 2009.
- 20) Stagnaro JC . Biomedicina o medicina antropológica. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. 2002; Vol. XIII, 47:19-26.
- 21) García Barthe M. Internación conjunta. Un avance en la pediatría argentina. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires* 2007; XLIX (225): 292-295.
- 22) García Barthe M. 30 Años. Psicólogos Residentes en el Hospital de Niños. *Clepios* 1996; II, (2): 75-77.
- 23) Fernández Donlon E, Lacombe E, Cialzeta D, Carballeda A. Hacia la conformación de la "Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental". *Rev Hosp Niños Buenos Aires* 2012; 54 (245): 81-87.
- 24) Lobos S, Palazzo S, Pastorini G, Puerta Basaldúa A, Stilman A. La inserción del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental: construyendo interdisciplina en el ámbito de la urgencia. *Rev Hosp Niños Buenos Aires* 2012; 54 (245): 88-90.
- 25) Ley 114/98 de la ciudad de Bs. As. Protección Integral de los derechos de niños niñas y adolescentes. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar>
- 26) Dolan MA, Fein JA. The committee on pediatric emergency medicine. Technical Report of the American Academy of Pediatrics: "Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System". *Pediatrics* April 2011.
- 27) De Mause LI. *Historia de la infancia*. México, Alianza, 1975.
- 28) Badinter E. *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. México: Paidós, Pomaire, 1981.
- 29) Ariès P. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Barcelona: Taurus, 1977.
- 30) Anderman J. Síndrome de maltrato infantil: tiempo para la acción. *Rev. Hosp. Niños Buenos Aires* 2005; 47 (212): 61-62.
- 31) Ley 26061 (2005) Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, en jurisdicción nacional. Art. 30. Disponible en <http://www.buenosaires.gov.ar>
- 32) Dickstein DP, Puzia ME, Cushman GK, Weissman AB, Wegbreit E, Kim KL, Nock MK, Spirito A. Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; Oct;56(10):1127-36.
- 33) Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Apr; 53(4):337-50.
- 34) Hu N, Glauert RA, Li J, Taylor CL. Risk factors for repetition of a deliberate self-harm episode within seven days in adolescents and young adults: A population-level record linkage study in Western Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 Feb;50(2):154-66.
- 35) Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, Piacentini J, Tang L. UCLA Department of Psychiatry Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Aug; 47(8):958-66.
- 36) Goldstein AB, Frosch E, Davarya S, Leaf PJ. Division of Services and Intervention Research, National Institute of Mental Health, Bethesda, MD 20892-9633, USA Factors associated with a six-month return to emergency services among child and adolescent psychiatric patients. *Psychiatr Serv*. 2007 Nov;58(11):1489-92.
- 37) Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D (2005) Emergency Treatment of Young People Following Deliberate Self-harm. *Arch Gen Psychiatry* Vol 62, Oct.
- 38) Novas S, Martínez C et al. Guía clínica de recomendaciones para la atención del intento de suicidio en adolescentes, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Buenos Aires: MSAL, Julio 2011. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/.../Lineamientos-para-la-atencion-del-intento-de-suicidio-en-adolescentes>.
- 39) WHO. Preventing suicide: A global imperative. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ (último acceso: 16 de Diciembre de 2014).
- 40) Estado de la salud mental en la Argentina Epidemiología Actual Infanto Juvenil. MNSL Dirección de salud mental y Adicciones. Disponible en http://www.msal.gov.ar/salud-mental/images/stories/info-equipos/pdf/2016-09_epidemiologia-infanto.pdf
- 41) Freud S [1905] (1976) "La metamorfosis de la pubertad" en "Tres ensayos de teoría sexual". *Obras completas*, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- 42) Laurent E y otros (2014) *Cuerpos que buscan escritura*. 1ra edición. Buenos Aires: Paidós.
- 43) Bifo, Franco Berardi. Generación Post-Alfa: Patologías e imaginarios en el semiocapitalismo. 1a ed. Buenos Aires. Tinta Limón, 2007.
- 44) Novas S (2005) "Amenaza e Intento de Suicidio" en *Guía de Atención en la Urgencia Pediátrica del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez"*. Buenos Aires: Asociación de Profesionales del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".
- 45) Freud S [1930] (1985) "El malestar en la cultura", en *Obras completas*, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- 46) Durkheim E [1897] (1984) *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid: Losada.
- 47) Picazo-Zappino J (2014) Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. May-Jun; 42(3): 125-32.
- 48) Di Segni Obiols, S (1994) Adolescente-adulto ¿Adulto-adolescente?. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, V; 15: 22-26.
- 49) Colángelo MA. La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Seminario Internacional "La Formación Docente entre el siglo XIX y el siglo XXI". Buenos Aires, 28 y 29 de noviembre de 2003. [Internet]. Disponible en: http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei_20031128/ponencia_colangel_o.pdf
- 50) Heredia C, Rodríguez Lamas V. El hospital: un recurso de amparo *Rev Hosp Niños de Buenos Aires* 2008; 48 (216): 59-64.