

INFANTICIDIO:
Consecuencia de una psicosis infantil no
diagnosticada

Dra. Brizuela Maria Anahí
Dra. Vainman Ruth Noemí

El material de este trabajo proviene de una causa del Tribunal de Menores N° 5
Departamental Lomas de Zamora.

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

Resumen.

En el ámbito que como peritos médicos nos desempeñamos, encontramos situaciones que involucran no solo el aspecto judicial sino también el social y médico, que cuando esto implica a un joven siempre encontramos más de una víctima. Los jóvenes siempre padecen las insuficiencias de una sociedad que no los considera, aún en el caso de que sean ellos lo que ejerzan la violencia siempre se encuentran datos dentro de su historia que nos hablan de un estado de violencia padecido anteriormente.

Material y Métodos: se presenta el caso de una joven de 17 años que ingresa al hospital presentando una metrorragia; se presume diagnóstico de aborto incompleto se realiza un legrado quirúrgico y en el acto se constata que la metrorragia fue producto de un parto domiciliario, interrogada la joven y su familia por los profesionales, negaron la existencia de un embarazo y un parto. Luego de 24 horas de internación la joven admite que había tenido un bebe en el baño de su domicilio y que lo había ocultado en el interior de una bolsa, debajo de la mesada de la cocina; la progenitora se dirige al domicilio constatando que esto era cierto y encontrando un recién nacido fallecido.

Se evalúan los aspectos socios ambientales, psiquiátricos, psicológicos y médicos legales que rodearon al caso.

Se describen las intervenciones en los ámbitos familiares, institucionales (escuela, hospitales) etc. y se trata de señalar las falencias que pudieron contribuir a acciones de la menor.

Nos resultó útil conceptualizar el caso desde el punto de vista de la vulnerabilidad y resiliencia como estrategia para prevención de casos similares.

Palabras Claves: *infanticidio, embarazo adolescente, psicosis infantil, familia disfuncional, vulnerabilidad y resiliencia.*

Abstract

We as medical experts tend to find situations which involve not only the judicial aspect but the social and medical ones as well. When this implies a young, we always find more than one victim.

Material and Methods: a case is presented in which a seventeen-year-old woman enters hospital with metrorrhagia; an incomplete abortion is supposed as diagnosis. A surgical curettage is carried out and it is concluded that the metrorrhagia was a consequence of a home delivery. When questioned by professionals, the young woman and her family denied the existence of a pregnancy and a delivery. After 24 hours in hospital, the young admits having had a baby in her house bathroom, and having hidden it in a bag under the kitchen sideboard. The young mother returns home verifying that that was true and finding a newly-born dead.

Socio-environmental, psychological, psychiatric and medical aspects that surrounded the case are assessed.

We describe the interventions in familiar and institutional environments (school, hospitals, etc.) trying to point out the deficiencies that could lead the minor to take those actions.

We found it useful to conceptualize the case from the vulnerability and resilience point of view as a strategy to prevent similar cases.

Key words: *infanticide, teenage pregnancy, infant psychosis, dysfunctional family, vulnerability and resilience.*

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

INTRODUCCION

Ingresa al Tribunal de Menores N° 5 Departamental Lomas de Zamora una denuncia desde un hospital de la zona por la internación de una joven de 17 años que había tenido un parto domiciliario del cual nació una bebe de sexo femenino, aparentemente nacido vivo, que no había llegado al hospital con la paciente, ya que fue ocultado por ella debajo de una mesada de la cocina en su casa.

Evaluamos las conductas realizadas desde el ámbito judicial, pericias psiquiátricas y psicológicas de la joven que fueron realizadas en el hospital de la zona donde se encontraba internada, de dichas pericias surgió la determinación de derivarla a un hospital psiquiátrico infanto juvenil para su contención y diagnóstico más adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se evaluaron los antecedentes personales, las historias clínicas del Hospital Tobar García y del hospital Braulio Moyano, pericias judiciales, estudios de psicodiagnóstico, y estudios complementarios realizados durante la internación.

Caso Clínico:

Ingresa al hospital Oscar Allende de la localidad de Budge una joven de 17 años(AT) acompañada por su madre, motivando la consulta una metrorragia importante y con la intención de colocar un dispositivo intrauterino como método de anticoncepción solicitado por la madre de la paciente. Al examen físico realizado por los médicos de guardia, se constata la metrorragia y se decide un legrado quirúrgico por sospecha de de aborto incompleto, y en el acto médico se comprueba que la menor tenía signos de haber tenido un parto reciente. Al interrogatorio posterior la joven lo niega al igual que su madre que afirma desconocer que la la joven estuviera embarazada, pero si sabía de su relación con un joven de su edad desde hacía 3 años y además que ella siempre estaba atenta y controlaba su ciclo menstrual, el cual nunca en este tiempo había estado ausente.

En el momento en que la madre se entera por los profesionales de la presencia del parto , se dirige hacia su casa , ya que su hija le dijo casi 24 h. después de haber concurrido al hospital que había tenido un bebe , y que lo dejó en una bolsa debajo de la mesada de la cocina , al encontrarlo la progenitora de la joven lo lleva al hospital, donde es conducido a la morgue, del examen medico forense , surge que el bebe era de sexo femenino, nacido vivo, y que había ocurrido su deceso en forma traumática, ya que el mismo presentaba signos de compresión extrínseca de cuello , excoriaciones lineales de ancho variable, con bordes difusos y coloración violácea en dicha zona.

Del diálogo con la menor, la psiquiatra y psicóloga del tribunal (12) concluyen que la joven atravesaba un estado puerperal de naturaleza psicótica , ya que presentaba indiferencia afectiva , negación de su embarazo, falta de comprensión de la gravedad de lo ocurrido. La actitud de la progenitora resultó ambigua complaciente por un lado y por otro negligente al no haberse ocupado de llevarla a controles médicos y de no haber sido capaz de observarla a pesar de vivir en la misma casa e incluso dormir en la misma cama y percibir su embarazo y conformarse que en el momento del parto la joven le dijera que se encontraba *descompuesta*, a pesar de la hemorragia, que ella misma vio. Todo esto nos permite perfilar como es el continente familiar y su dinámica de interrelación: es una familia de inmigrantes chilenos, siendo la joven en cuestión la

menor de de la familia y la única que seguía viviendo con la madre. Padre fallecido cuando ella tenía 8 años, una sola de sus hermanas (de 6) se encuentra alejada de la geografía familiar manteniendo una vida independiente.

Antecedentes personales

La madre de la joven no refiere antecedentes de importancia , si comenta al pasar hábitos de pica , introspección y problemas de aprendizaje , a pesar de los cuales se encuentra cursando primer año de polimodal, actitud pueril “*sigue jugando con muñecas* “ dice la madre

De las pericias surge por relato de la joven que cuando ella tenía 8 años su padre fallece y que a partir de ese momento se le empezó a “*aparecer*” “*lo veía y el me decía que me cuide mucho. Cuando tuve al bebe lo vi nuevamente, y sentí mucha emoción, yo estaba como inconciente. En el momento en que nace la beba, se apareció y me mira después ya no lo vi más*”. De lo relatado en estas circunstancias se decide su internación en el hospital psiquiátrico infanto juvenil Tobar García con la presunción diagnóstica de psicosis infantil con alteración de la personalidad por lo que debería afianzarse el diagnóstico en base a los antecedentes.

MARCO TEÓRICO

Psicosis Infantil

Ajuriaguerra (1975) conceptúa la psicosis como "un trastorno de la personalidad, resultante de un desorden de la organización del yo y de la relación del niño con el mundo circundante".(1)

De acuerdo a Ferdman(2,3) dentro de las edades evolutivas, es preciso distinguir entre las estructuras de personalidad con rasgos psicóticos o esquizofrénicos, de las psicosis propiamente dichas; haciendo la diferencia en el grado de: aislamiento, distorsión perceptiva, error en la interpretación de la realidad, fragmentación, discordancia del pensamiento, incapacidad para mantener vínculos afectivos, severas dificultades(o imposibilidad) en su adaptación a la vida común.

La etiología puede ser múltiple y variada, va desde causas psicogenéticas “casi” puras a una clara base orgánica, sin embargo casi todos los niños presentan algunos rasgos comunes, siendo los más importantes: la dificultad para integrar experiencias y el manejo de la ansiedad.

Cuando la hebefrenia se declara, como ocurre muchas veces, en la edad de la pubertad, al principio puede resultar difícil una diferenciación de las reacciones simples de la pubertad, pero mayormente se presenta en poco tiempo el aplanamiento afectivo de la hebefrenia.

El aplanamiento afectivo es de alto grado en la hebefrenia pueril. Se pierde todo interés superior. Los enfermos vegetan apáticamente, no se preocupan mas de sus familias y tampoco responden a estímulo alguno en el lugar de internación si esta fuera necesario

El afecto en las hebefrenias en general es plano y el diagnostico se basa principalmente en ello.(7)

Cuando Kraepelin describía la enfermedad (psicosis esquizofrénica) como una “*demencia afectiva*”, indicaba ya la íntima combinación entre los trastornos intelectuales y los trastornos afectivos. Estos últimos constituyen la capa más profunda y como el motor de los demás trastornos. Así como hemos visto al neurótico luchar contra sus pulsiones instintivo afectivas por medio de defensas que no dejaban pasar

mas que una parte de ellas a la vida consciente, en el esquizofrénico asistimos a una tentativa diferentemente radical: la de la exclusión sistemática de la vida afectiva.(6)

ETIOLOGÍA (2,3)

1. **Etiología de base orgánica:** la existencia de una lesión orgánica del neurodesarrollo supone la posibilidad de una serie de perturbaciones iniciales, propias de la lesión, relacionadas en parte con su localización y magnitud:

- 1 Alteraciones del tono muscular y la motricidad.
- 2 Alteración de los procesos que intervienen en la expresión afectiva y las respuestas emocionales
- 3 Alteración del metabolismo celular
- 4 Alteraciones perceptuales.

Como consecuencia de estas se producirán cambios en medida variable del conocimiento de la realidad y si un niño de tales características de personalidad pasa por situaciones de stress, es posible que desarrolle una psicosis. Si bien esta parece estallar como consecuencia de un traumatismo emocional, o físico, no debe asombrarnos al estudiar la realidad anterior observar que siempre estos niños presentaron rasgos peculiares.

2. Etiología por situaciones traumática reiteradas

Bruno Bettelheim describió como causa de psicosis infantil las situaciones capaces de engendrar un estado grave de ansiedad permanente. La prolongación, intensidad y significado individual de dichas situaciones, la edad del niño, y las circunstancias particulares de vida, concomitantes y previas, definen la dinámica y sintomatología del cuadro en cada caso. Cuanto más precozmente actúan en la vida del niño mayor son las posibilidades de que produzcan la desorganización de la personalidad característica de las psicosis.

3. Etiología por alteración de las relaciones interpersonales primitivas

En algunas situaciones se puede dar una experiencia de hostilidad, incongruencia o ansiedad en la interrelación madre-hijo.

SÍNTOMAS DE PSICOSIS INFANTIL

- Personalidad que tiende a perder la unidad.
- Asociación ilógica de las ideas.
- El curso del pensamiento bloqueado o interceptado.
- Reacciones afectivas anormales tanto falta completa de expresión emocional, hasta respuesta exagerada.
- Predilección de la fantasía con respecto a la realidad.
- Fragmentación
- Extrañeza,
- Pérdida de la noción real de lo externo
- Despersonalización
- Delirios
- Alucinaciones

Los niños con trastorno esquizotípico de la personalidad comparten algunos rasgos con los niños que cumplen los criterios de Esquizofrenia. El afecto embotado, el aislamiento social, los pensamientos excéntricos, las ideas de referencia y las conductas

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

extravagantes son frecuentes en ambos trastornos; sin embargo en la esquizofrenia deben existir en algún momento fenómenos psicóticos francos, alucinaciones, ideas delirantes e incoherencias. Cuando están presentes desvirtúan el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad. No obstante, las alucinaciones aisladas pueden ocurrir como suceso autolimitados entre niños que sufren factores de estrés muy intensos...”(4,11)

VULNERABILIDAD Y RESILIENCIA(5)

La familia ha sido revalorizada en el mundo no sólo por el rol fundamental que cumple en el plano de la contención afectiva sino también porque desempeña funciones de vital importancia para el conjunto de la sociedad. El núcleo familiar es el ámbito en el que los niños y los adolescentes desarrollan su creatividad personal y adquieren los hábitos mínimos indispensables para el resguardo de su salud. Los factores estresantes afectan a los niños sólo en tanto y en cuanto interrumpen los procesos decisivos de la familia. No sólo el niño muestra vulnerabilidad o resiliencia: lo más importante es que el propio sistema familiar influye en el eventual ajuste. El modo como la familia enfrente y maneje la experiencia disociadora, amortigüe el estrés, se reorganice con eficacia y siga adelante con su vida influirá en la adaptación inmediata y mediata de todos sus integrantes, así como en la supervivencia y bienestar de la unidad familiar misma.

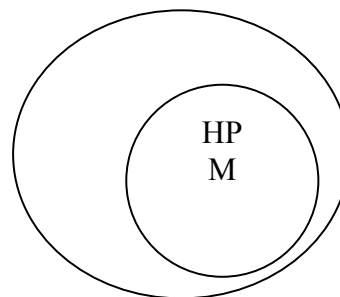
La familia es valorada como la principal estructura de prevención del delito. Encuestas e investigaciones revelan la existencia de una estrecha relación entre el fenómeno de la criminalidad y la tendencia a la desintegración de la familia.

ESQUEMA DE ESTRUCTURAS FAMILIARES

Tomamos para graficar la estructura familiar de nuestra paciente el esquema N° 1 que menciona el Dr. Basile en la clase sobre RESILIENCIA FAMILIAR

TIPO 1

Confundidos en una especie de magma narcisista, fusión, simbiosis; no registran al hijo como consecuencia de la unión conyugal.



La adaptabilidad marca el potencial de desarrollo o crecimiento. Es la capacidad de cambio cuando éste es necesario.

La madre y AT dormían en la misma cama.

A negaba el embarazo y la madre no lo percibía.

No hubo explicación ni conversaciones acerca de métodos anticonceptivos. Solo existió la advertencia: “*Si quedas embarazada te pego*” AT lo toma a la letra.

En el momento de la internación AT solo se angustia cuando debe separarse de su madre.

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

RESILIENCIA FAMILIAR

Definición: Designa los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional.

Los factores estresantes afectan a los niños solo en tanto y en cuanto interrumpen los procesos decisivos de la familia.

No solo el niño muestra vulnerabilidad o resiliencia: lo más importante es que el propio sistema familiar influye en el eventual ajuste.(1)

FAMILIAS Y RESILIENCIA

Tres conceptos son centrales:

1. COHESIÓN FAMILIAR
2. ADAPTABILIDAD FAMILIAR
3. COMUNICACIÓN FAMILIAR

A. COHESIÓN FAMILIAR:

Existen cuatro niveles de cohesión familiar:

- Desvinculada.
- Separada.
- Conectada.
- Enmarañada.

Cuando la cohesión es excesiva, se trata de un sistema enmarañado y existe un exceso de identificación con la familia, de manera tal que la lealtad hacia ella y el consenso interno impiden la individuación de sus miembros.

B. ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Puede ser:

- Rígida, es decir muy baja.
- Estructurada.
- Flexible.
- Caótica.

La adaptabilidad marca el potencial de desarrollo y crecimiento, es la capacidad de cambio cuando éste es necesario.

En nuestro caso y de acuerdo a la historia patobiográfica de esta familia las circunstancias de cambio fueron motivo de situaciones caóticas (la muerte del padre llevó a AT a la explosión de una psicosis. El embarazo adolescente llevó al “pasaje al acto” y la ocultación.)

C. COMUNICACIÓN FAMILIAR

Se refiere a la comunicación familiar **positiva**, facilitadora, por ejemplo la empatía, la escucha reflexiva, los comentarios de apoyo que permiten a los miembros compartir sus necesidades y preferencias cambiantes o bien en el otro extremo la comunicación negativa como son los dobles mensajes y las críticas.

En nuestro caso se evidencian “dobles mensajes”: la madre consentía la relación con un joven, vigilaba las menstruaciones pero descuidaba cualquier tipo de control médico.

“Estar tranquila” era para la madre que AT no hiciera nada, jugara a las muñecas, engordara porque comía sin plantearse siquiera que estas conductas eran “raras”.

Se permitían las relaciones sexuales pero a la vez se amenazaba cualquier consecuencia

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada

Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

de ellas.

VULNERABILIDAD

Vulnerabilidad se refiere a la capacidad (o incapacidad) de resistencia a las vivencias desfavorables o negativas. Los factores estresantes afectan a los niños sólo en tanto y en cuanto interrumpen los procesos decisivos de la familia. No sólo el niño muestra vulnerabilidad o resiliencia: lo más importante es que el propio sistema familiar influye en el eventual ajuste. Hasta los individuos no afectados por la crisis son sensibles a la vulnerabilidad familiar. La reacción de la familia y su forma de contención y capacidad de continente repercute luego en todas sus demás relaciones, en nuestro caso...”*si quedas embazada te pego”.. “... siempre jugo con muñecas...” nunca me di cuenta que estuviera embarazada por que siempre tuvo menstruación...*”El modo como la familia enfrente y maneje la experiencia disociadora, amortigüe el estrés, se reorganice con eficacia y siga adelante con su vida influirá en la adaptación inmediata y mediata de todos sus integrantes, así como en la supervivencia y bienestar de la unidad familiar misma.

La vulnerabilidad tiene un origen constitucional, genético, pero a su vez se va constituyendo mediante la estructuración epigenética progresiva.

EMBARAZO ADOLESCENTE: (8,9)

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el *periodo peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"*.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA (8,9)

Se lo define como: *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"*.

La proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

A. – FACTORES PREDISPONENTES

1. Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente

5. Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

10. Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

13. Menor temor a enfermedades venéreas sin tomar medidas de prevención de e.t.s. ni de embarazo.

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

(9)

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

1. Consecuencias Para La Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2. Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE (9)

A. EL ENFOQUE DE RIESGO

Estrategia que tiene en cuenta: *factores protectores* y *factores de riesgo* psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

a. Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

b. Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud. Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. *Anticipatorio:* permitiendo aplicar medidas preventivas.

2. *Integral:* abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario

FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

- Asincronía madurativa físico – emocional
- Baja autoestima
- Bajo nivel de instrucción
- Ausencia de interés
- Pérdida reciente de personas significativas
- Embarazo por violación o abuso
- Intento de aborto
- Propósito de entregar el hijo en adopción
- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente
- Trabajo no calificado
- Pareja ambivalente o ausente
- Condición económica desfavorable
- Marginación de su grupo de pertenencia
- Dificil acceso a los centros de salud

a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.

b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.

c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

HISTORIA CLINICA DEL CASO

De la historia clínica de la internación de la joven hemos podido recabar los siguientes datos positivos:

Examen psicológico y psiquiátrico en el primer lugar de atención: se concluye que la joven pudo haber estado cursando un cuadro de naturaleza psicótica ya que el discurso

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

carecía de angustia , se encontraba hipoafectiva y sintió una sola vez que el bebe se movía, con este diagnóstico se deriva al Hospital Infanto Juvenil Tobar García para su internación

Hospital Tobar García: de la evaluación que se realiza surgen como datos positivos que la paciente se encuentra totalmente desafectivizada, sin conciencia de enfermedad, no se detectan alteraciones senso perceptivas y la impresión diagnóstica a descartar es un cuadro psicótico. Llama la atención al psiquiatra “*que quería al bebe para ella sola*” .Del hospital infanto juvenil es derivada por la edad a el Hospital Braulio Moyano donde es internada y evaluada en primera instancia por el servicio de admisión.

Hospital Braulio Moyano estuvo internada aproximadamente por 3 meses en los cuales fue vista por varios profesionales psicólogos y psiquiatras. De la historia clínica de esa internación se extraen y consignan los párrafos mas significativos semiologicamente para nuestra elaboración diagnóstica retrospectiva.

Examen psiquiátrico: Relata las circunstancias de su parto. El relato lo realiza de manera **desafectivizada**. Se la nota **indiferente** a dicha situación. (**hipoafectividad**).

Paradójicamente nos extraña la manifestación de afecto que realiza al separarse de su...madre (cuando ella se da cuenta que la misma no podrá acompañarla durante la noche).

Se podría inferir un **vínculo simbiótico** entre ambas...”

Diagnóstico sindromático: debilidad mental + descompensación psicótica??

...” Paciente que se presenta **desarreglada, desaseada. Sin conciencia de enfermedad mental...Orientada** en tiempo y espacio....relato (del hecho) **desafectivizado (indiferencia afectiva)** “no lo tendría que haber hecho” .Su relato es **vacío, sin afectividad**. Muy **pueril** en sus actitudes, en su actuar....**Poco capital ideativo. Cumple órdenes al pie de la letra** o se las toma de esa manera. **No pudo simbolizar lo que la madre le dijo cuando la amenazó que le iba a pegar si quedaba embarazada.**

La familia dice que **ella siempre fue igual...Introvertida.**

Diagnóstico presuntivo: debilidad mental + cuadro psicótico agudo (Descartar cronicidad o solo cuadro psicótico reactivo agudo?)...”

...” No tiene registro de la gravedad de lo ocurrido “No me siento culpable, solo que me siento triste porque extraño a mi bebe” **Pueril**. Timia displacentera.

No se observa un quiebre importante en su personalidad por lo hablado con su familia.

Lo que llama la atención es el episodio de ocultamiento del embarazo parece como **negación** y lo que hizo con el bebe, **todo eso es extraño**. Y la desafectivización y poca conciencia de la gravedad de lo ocurrido. **Igualmente no impresionaría estar psicótica en la actualidad...”**

...”No presenta productividad psicótica aguda....Niega haber tenido alucinaciones....No impresiona delirante...Afectividad discordante con respecto a este hecho...”

No se muestra muy emotiva...” “...yo soy así, nunca expreso mucho...”

La familia refiere: “...ella es la misma de siempre...”

...”Cambia de animo, **tendencia a la alegría, relata los hechos acontecidos sin afecto...”**

...” Comienza a hablar solo del tema, **se pone triste y a llorar...”**

“... se presenta lúcida con **actitud indiferente** durante el interrogatorio, **no denota**

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada

Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

repercusión afectiva, no tiene autocrítica sobre los hechos ocurridos.

Dice que no lo haría nunca más pero suena como un **discurso hueco, armado,**

Sin demostrar angustia..."

..." A medida que pasan los días su conducta parece más psicopática que psicótica. Refiere tristeza **pero la afectividad** que apareció en entrevistas anteriores **parece diluirse...**"

..."Su **discurso** es organizado, **siempre en un mismo tono, no hay afecto puesto en su relato...**"

..." Comenta que en su casa **no hablaba** con nadie...Su actitud en general es **añorada...** Se quiere ir, que tiene miedo porque otras pacientes se pelean –aunque **no hay afecto** puesto en juego..."

..." Relata que en el momento que puso a su hijo en la bolsa tuvo el mismo shock que cuando su padre murió. **Sin repercusión afectiva** mientras cuenta esto... **Difícil llegar a tener algún vínculo con ella...**"

"lo pensaba enterrar en el fondo de mi casa para tenerlo siempre conmigo"

..."En cuanto a sus antecedentes refiere que cuando su papá murió **se bloqueó** y estuvo en tratamiento médico prolongado porque **lloraba todo el día y se aislaba**, que esto duró aproximadamente dos años. Su relato es **desafectivizado** y **si bien dice estar triste no se detecta tal sentimiento. Tampoco hubo registro del movimiento del bebé. en la panza dice**" una sola vez lo sentí moverse...Llama la atención esta escisión en relación al embarazo, no así en relación a otros registros corporales "me duele la panza, me está por venir, me duele el brazo porque me sacaron sangre..."

..." La familia dice en una entrevista: "...que..."no se dieron cuenta del embarazo, porque siempre fue gorda y hacia una vida normal! Jugaba a la pelota con los chicos, andaba en bicicleta o a caballo, se sacó muelas y que cuando le preguntaban lloraba o se enojaba...que tanto AT como su novio son muy cerrados, no compartían nada con ellas(las hermanas); que AT fue enviada a tratamiento cuando empezó la escuela primaria porque era muy nerviosa y que se agravó con la muerte del papá, allí se **aisló, se reservó...**"

Entrevista con la Psiquiatra y psicóloga del Tribunal en el Hospital Moyano:

Durante la misma la paciente refiere..."después que se murió mi papá él se me aparecía, lo veía y me hablaba..." Refiere que esto sucedió hasta los trece años. También dice que en el momento que nació su bebe "...se me volvió a aparecer mi papá y lo que sentí, fue una emoción muy grande, él solo me miraba, y después de eso no se me apareció nunca más..." Se trata de **episodios alucinatorios visuales y auditivos.**

EVALUACIÓN SERVICIO DE ADMISIÓN HOSPITAL MOYANO:

La paciente fue evaluada por equipo interdisciplinario, realizándose exámenes clínicos, neuropsicológicos y socio-familiares. Se arribó a las siguientes conclusiones:

Presenta un trastorno de personalidad de tipo pasivo dependiente con rasgos esquizoides paranoides con dificultad para asumir responsabilidades. Posee una inteligencia por debajo del límite de normalidad. Durante su estadía no se observaron clínicamente signos de psicosis. Con respecto al hecho que se le atribuye, y que motivó su internación, consideramos que el mismo fue cometido durante el "estado puerperal". Se

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

entiende por estado puerperal un cuadro que se desencadena con el parto, y puede durar hasta tres días posteriores al mismo. Se entiende como una reacción fisiológica (normal), y que puede cursar con algún grado de enturbiamiento de la conciencia.

Que en el momento del hecho la paciente estaba sometida a una intensa presión, dado que había ocultado el embarazo a su familia, especialmente a su madre a la que está unida por una relación simbiótica de dependencia patológica. Es de hacer notar que su madre condenaba categóricamente toda posibilidad de embarazo y así se lo había señalado en varias oportunidades. Teniendo en cuenta la personalidad de la paciente, es probable que la tensión psíquica sufrida, hubiera desencadenado un cuadro de Psicosis Reactiva Breve. Dicho estado se caracteriza por ser provocado por un estrés intenso. Por tener una duración que va desde tres horas a dos o tres días. Por alterar el juicio en forma total y transitoria, pudiendo quedar una amnesia parcial del episodio. Con recuperación total de las funciones psíquicas, superado el mismo.

Concluimos que en el momento del hecho es probable que AT no se encontraba en condiciones de comprender la criminalidad del acto, ni dirigir sus acciones.

ESTUDIOS DE PSICODIAGNÓSTICO REALIZADOS

Test de Rorschach:

Conclusión: AT posee una inteligencia levemente por debajo del límite normal, es insegura y dependiente, los afectos están disociados, temor a la responsabilidad. Posee control sobre los impulsos. Los mecanismos defensivos que implementa son los de la proyección y disociación, también están presentes elementos paranoides.

No hay indicadores psicóticos y los que podrían interpretarse como tales son debidos a su capacidad intelectual levemente disminuida.

Test MMPI-2

Conclusión: Excesiva preocupación por el cuerpo, ideación paranoide se siente perseguida y maltratada; suele estar resentida y enojada, guarda rencores hacia otros, puede tener estilo de vida esquizoide, se muestra como tímida y distante y evita comprometerse. El mecanismo de defensa que instrumenta es la proyección

Se realizó un EEG que concluyó como normal

CONCLUSIÓN:

Para poder realizar una ubicación nosográfica del caso hemos utilizado la clasificación del DSM IV (10) teniendo en cuenta que hemos hecho una visión retrospectiva del caso observando todas las aristas y todos los antecedentes con que contamos desde la infancia.

Eje 1: Trastorno mental transitorio (psicosis puerperal). Psicosis de la infancia

Eje 2: Retraso mental leve

Eje 3: Embarazo adolescente

Eje 4: Familia disfuncional. Falta de Resiliencia familiar. Simbiosis materno filial.

Institución escolar no continente

Eje 5: No se diagnóstica

Hemos presenciado lo que podríamos llamar un doble infanticidio.

Una niña que se encontró con una situación mal resuelta, la muerte de su padre, con la aparición de alucinaciones que generaron la vulnerabilidad de su psiquismo.

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada

Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí

Posteriormente un nuevo factor estresor, embarazo adolescente que se desarrolló ante la mirada ciega de una familia enmarañada y vulnerable y las instituciones que fracasaron en la prevención. Llegando al final a la existencia de dos víctimas la bebe y su madre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra, J de. Tratado de Psiquiatría Infantil Toray- Masson. 1975
2. Dr Ferdman. Autismo. Clase n° 9. Curso Virtual de Psicopatología del Niño, el Adolescente y su familia. APSA. Año 2007/2008.
3. Dr. Ferdman. Esquizofrenia. Clase n° 11 Curso Virtual de Psicopatología del Niño, el Adolescente y su familia. APSA. Año 2007/2008.
4. Kaplan -Sadok: Sinopsis de Psiquiatría. 9na. Edición. Ed. Waverly Hispanica. Barcelona. Año 2004.
5. Basile, H. Resiliencia. Clase n° 1 Curso Virtual de Psicopatología del Niño, el Adolescente y su familia. APSA. Año 2007/2008.
6. Ey H. Tratado de Psiquiatría. 8va. Edición Ed. Toray Masson. Barcelona. 1978.
7. Leonhard K. Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología diferenciada. Editorial Polemos. Bc.As. 1999.
8. Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
9. (3) Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.
10. DSM IV Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona, Masson. 2004.
11. Dr. Ocampo. Trastornos de la Personalidad en la Adolescencia. Clase n° 14 Curso Virtual de Psicopatología del Niño, el Adolescente y su familia. APSA. Año 2007/2008
12. Pascual, Brizuela, Abud; *Revinculación una solución posible*. Presentado en el Congreso Nacional de Magistrados del fuero de Menores y Familia . Tucumán ; 2002

DATOS DE LAS AUTORAS:

Dra. Brizuela Maria Anahí

Domicilio: Ramírez 2580 José Mármol- Bs. As

Teléfono: 42915417 cel.:15-515-5-3356

e-mail: banahi@hotmail.com

A. Curriculum Vitae

- Medica: U B A Año de Egreso:1982
- Especialista en Psiquiatría. Ministerio de Salud y Acción Social de l Nación. Año: 1987
- Medica Legista. Facultad de Derecho .Universidad de Lomas de Zamora. Año: 1997
- Medica especialista en Psiquiatría y Psicología Medica- Colegio Medico de Pcia. Bs. As año 2001
- Magíster en Neuropsico farmacología Clínica. Universidad Barceló .Año:2008.
- Especialista Jerarquizada en Psiquiatría y Psicología Medica Colegio Medico de Pcia. Bs. As año 2008

B. Antecedentes dentro del Poder Judicial

1. Perito Psiquiatra de Oficio Año 1991-1997
2. Perito Psiquiatra de los Tribunales de Familia N° 3 y N° 4 (contratada) años 1999-2000
3. Primer Puesto en el Concurso de Medico Forense del Poder Judicial de la Provincia de Bs. As. Año 2000.
4. Medica Forense de la Asesoría Pericial de Lomas de Zamora – Año 2001 a 2002
5. Perito Medico del Tribunal de Menores N° 5 de Lomas de Zamora año 2002 a la fecha.

Dra. Vainman Ruth Noemí

Domicilio: Arenales 897 Banfield.

Teléfono: 42027369 cel: 15-40237817

e-mail : rut_vain@yahoo.com.ar

• Curriculum Vitae

- Medica: U B.A. Año de Egreso:1989
 - Residencia completa en clínica Pediátrica Hospital Lucio Melendez Adrogué
 - Jefa de residentes en clínica pediátrica.
 - Medica especialista en clínica Pediátrica Hospital Lucio Melendez Adrogué
 - Medica especialista en Pediatría Colegio Medico Distrito II de Pcia. Bs. As año 2001
- #### **• Antecedentes**
1. Medica Pediatra en carrera hospitalaria año 1995-2002 Hospital Oñativia Rafael Calzada Provincia de Buenos Aires.
 2. Medica Pediatra Unidad Sanitaria Luís Agote y Santa Marta dependiente de la Municipalidad de Lomas de Zamora año 1992-2002
 3. Perito Médico del Tribunal de Menores N° 4 de Lomas de Zamora año 2002 a la fecha.

INFANTICIDIO: Consecuencia de una psicosis infantil no diagnosticada
Autoras: Dra. Brizuela Maria Anahí y Dra. Vainman Ruth Noemí