

REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE UN CASO DE SOSPECHA DE INFANTICIDIO

Edson Arthur Scherer¹
Zeyne Alves Pires Scherer²

El presente estudio resulta de la experiencia del trabajo de supervisión de un caso de una persona sospecha de haber cometido infanticidio internada en una Enfermería de Psiquiatría. El objetivo fue buscar respaldo en literatura científica sobre infanticidio, denotar las aflicciones e incertidumbre que un equipo psiquiátrico interdisciplinario puede encontrar cuando colocada frente al acompañamiento de un caso como este y sugerir estrategias para lidiar con tales sentimientos y sus posibles consecuencias en el manejo del caso. Profesionales envueltos en el atendimento denotaran desaliento frente a la situación y dificultades con sentimientos relacionados a la culpabilidad en la muerte del niño, intencional o no. Estudiosos sugieren facilitar la relación entre psiquiatría y ley a través de la "desmedicalización" del delito, incluyendo factores socioeconómicos, comorbidad, violencias domesticas, normas culturales y otros. El equipo debe procurar aprender con estas madres, superando la rabia o la repulsa con compasión y coraje para entender el infanticidio.

DESCRIPTORES: infanticidio; violencia domestica; depresión postparto; mortalidad infantil

REFLECTIONS ON THE CARE DELIVERED IN A SUSPECTED INFANTICIDE CASE

This study resulted from the experience of supervising a suspected infanticide case hospitalized at a psychiatric ward. We aimed to find support in scientific literature about infanticide, point out an interdisciplinary health team's affliction and uncertainties when faced with this kind of case and suggest strategies for dealing with these feelings and their possible consequences in dealing with this case. Professionals involved in this case observed their discomfort about the situation and difficulties caused by feelings of guilt about the child's death, whether intentional or not. Specialists suggests that the relation between psychiatry and the law should be facilitated by "demedicalizing" the crime, including socioeconomic factors, comorbidities, domestic violence, cultural norms etc. The team must try and learn from these mothers, overcoming their anger or repulsion with compassion and courage to understand infanticide.

DESCRIPTORS: infanticide; domestic violence; depression, postpartum; infant mortality

REFLEXÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE UM CASO DE SUSPEITA DE INFANTICÍDIO

O presente estudo resulta da experiência do trabalho de supervisão do caso de uma pessoa suspeita de ter cometido infanticídio, internada em uma enfermaria de psiquiatria. O objetivo foi buscar respaldo em literatura científica sobre infanticídio, denotar as aflições e incertezas que uma equipe interdisciplinar psiquiátrica pode encontrar quando colocada frente ao acompanhamento de um caso como esse e sugerir estratégias para lidar com tais sentimentos e suas possíveis conseqüências no manejo do caso. Profissionais envolvidos no atendimento denotaram desconforto frente à situação e dificuldades com sentimentos relacionados à culpabilidade na morte da criança, intencional ou não. Estudiosos sugerem facilitar a relação entre psiquiatria e lei através da "desmedicalização" do delito, incluindo fatores socioeconômicos, comorbidades, violências domésticas, normas culturais e outros. A equipe deve procurar aprender com as mães, incluídas em situações semelhantes, superando a raiva ou a repulsa com compaixão e coragem para entender o infanticídio.

DESCRITORES: infanticídio; violência doméstica; depressão pós-parto; mortalidade infantil

¹ Médico Psiquiatra, Doctorando, Asistente del Hospital de Clínicas, de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Brasil, email: scherer@eerp.usp.br; ² Profesor Doctor de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil

INTRODUCCIÓN

La agresividad es comprendida como parte del instinto del ser humano, es decir algo innato al mismo. Su manifestación bajo la forma de una acción configura una agresión que puede ser considerada una violencia. Esta ha crecido tanto en frecuencia como en tipo o forma de presentación. Aparece en los medios de comunicación representada por la violencia domiciliar y hasta en los grandes conflictos armados. Han surgido nuevas formas de manifestaciones en las cuales el hombre es víctima incrementándose conforme la evolución y progreso tecnológico.

Cada vez más han sido estudiadas y detectadas enfermedades como consecuencia del uso inadecuado de recursos, los cuales son disponibles debido a los llamados "modernismo", muchas veces confundidos con "modismos". El estímulo creciente en las relaciones virtuales, aparentemente inofensivas, pueden traer consecuencias en la forma como el individuo se relaciona con los demás. Además de esto, se percibió el aumento de disturbios mentales, como la ansiedad y depresión, en personas que viven en constante "stress", en apuros y "conectadas o ligadas" todo el día. No existe más espacio para el contacto con la naturaleza o para la diversión con amigos y familiares. Una característica de estos comportamientos violentos es el desconocimiento, es decir que la víctima no toma conciencia de lo que es o el individuo esta dejándose ser parte de una agresión

De esta forma, el hombre se ha mostrado solitario, disperso y confuso, pudiendo hasta perder la capacidad de reconocer lo que es considerado comportamiento normal o anormal. Algunos actos violentos pasan a ser aceptados por el llamado "sentido común", es decir, su significado pasa a ser comprendido en relación al contexto cultural. Los principios morales parecen apoyar estas explicaciones. De esta forma, homicidios pueden ser justificados a partir de posibles beneficios personales y a pesar de no ser aceptados, constituirse en acontecimientos del cotidiano⁽¹⁾.

Frente a esta realidad amenazante, existe un punto que merece atención. Las diferentes formas de violencia eligen como víctimas a los más débiles. Encontrándose aquí los niños que nacen con una falta de defensa total y perduran durante un tiempo prolongado bajo la dependencia de otros (adultos)⁽²⁾.

La relación entre Salud Mental, Crimen y Justicia pueden generar incomodidad al analizar una determinada situación, además de generar dudas en su conducción. Una circunstancia que muestra estas dificultades se refiere a los casos en donde existe sospecha o confirmación de que la persona de quien se espera la responsabilidad de cuidar causó la muerte de su hijo.

Los maltratos con niños⁽²⁾ en sus variadas manifestaciones, es decir desde las violencias psicológicas hasta los que terminaron en muerte, existen desde la aparición de ser humano. Dentro de las civilizaciones antiguas el infanticidio era considerado como un medio para eliminar todos aquellos niños que por desgracia nacían con defecto físico. Niños eran muertos o abandonados para morir desnutridos o devorados por animales, sea para: el equilibrio de sexos, medidas económicas en las grandes poblaciones, por ser personas que no pueden soportar largas caminatas, por motivos religiosos, por ser derecho del padre el reconocer o no el derecho de vivir de su hijo ("Jus vital et nasci" – Roma).

Con el desarrollo de la civilización y con el pasar del tiempo, la motivación y los métodos de maltratos y muerte de niños ahora son diversos. Entre las motivaciones se incluyen justificativas económicas, políticas, ideológicas, de guerras, educativas, de insalubridad y religiosas. Aparentemente existe una comprensión de que los niños son una propiedad que pueden ser disponibles por los propios países. Para algunos estudiosos el niño tiene un "status" menor en la sociedad, lo que se refleja en leyes sobre el infanticidio, con penas menores en relación al homicidio y con defensas basadas en insalubridad. En compensación, es decir discutiendo el menor "status" social del niño, cuando el padre mata a un hijo no existe estándar de ambivalencia o misericordia en términos de punición recibida⁽³⁾.

Durante la práctica clínica psiquiátrica, el profesional puede encontrarse con situaciones de violencia que involucran en diversas formas a su cliente, quien puede ser víctima de maltratos en la infancia o cometer violencia contra los niños. El controlar tales situaciones genera aflicción (incomodidad) para quien es responsable por la prestación de la asistencia.

En este estudio, motivados a partir del seguimiento de un caso, en el cual hubo la sospecha de que la madre habría asesinado a su hijo de 8 meses, los autores presentan consideraciones sobre

el tema infanticidio y filicidio. Lo que llamó la atención de los profesionales involucrados en la asistencia de este caso, siendo motivo de que esta persona fuese llevada al servicio de salud. Se trata una mujer que ya tuvo una sintomatología psicótica de tiempo atrás, sin tratamiento, quien no fue traída para consulta, pero que fue encontrada con su bebe muerto en brazos en la calle. A continuación son presentadas las dificultades que pueden surgir durante el seguimiento y control de casos como este, así como datos de la bibliografía específica con la intención de servir de fuente para otros profesionales que se encuentren con un caso similar.

OBJETIVO

Denotar las aficciones e incertidumbres que el equipo interdisciplinario de psiquiatría puede encontrar cuando se coloca delante del seguimiento de un caso de sospecha de infanticidio, así mismo sugerir estrategias para enfrentar tales sentimientos y sus posibles consecuencias durante el manejo de caso.

Buscar respaldo en la bibliografía científica sobre infanticidio.

MÉTODO

El presente estudio fue una experiencia de trabajo de supervisión, del caso de una persona sospechosa de haber cometido asesinato, internada en el servicio de Enfermería Psiquiátrica del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EP). Este servicio se caracteriza como un servicio terciario que brinda asistencia a personas portadoras de trastornos psiquiátricos.

Este trabajo se establece por lo tanto como una reflexión del médico psiquiatra asistente y de la docente de la disciplina de enfermería psiquiátrica, responsables por la supervisión de este estudio. De esta forma, el trabajo es presentado seguido del método de estudio de caso⁽⁴⁾, en donde es realizada la discusión (reflexión) fundamentada en la bibliografía pertinente utilizando la narración del hecho.

El equipo de atención psiquiátrica de la EP⁽⁵⁾ está constituida por un grupo fijo (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y auxiliares de enfermería)

y otro rodante (médicos residentes, especialista de psicología, servicio social, terapia ocupacional y alumnos de pre-grado) a través del esquema de aprendizaje en servicio. El modelo de trabajo es del equipo interdisciplinario, por lo tanto los profesionales fijos y rodantes participan de forma activa de discusiones, planificaciones terapéuticas y aplicación de tratamientos técnicos. Por tratarse de un hospital-escuela, las actividades son supervisadas por docentes y técnicos con formación universitaria.

El servicio dispone de 14 camas, 8 para mujeres y 6 para varones, destinados a la hospitalización por periodo integral. Durante su permanencia en el servicio de enfermería, los usuarios participan de un programa de tratamiento sobre farmacología, grupos operativos (en los moldes de la comunidad terapéutica), actividades físicas y diversión, sesiones de psicoterapia individual, grupos de terapia ocupacional y reuniones de familia. Estos enfoques siguen⁽⁵⁾ los preceptos del modelo del ambiente terapéutico.

Para la revisión bibliográfica fueron seleccionadas publicaciones en periódicos nacionales e internacionales citados en las bases de datos del Index Latino Americano de las Ciencias de la Salud (LILACS) y de la National Library of Medicina (PubMed) y el Código Penal Brasileiro⁽⁶⁾.

Siguiendo los preceptos éticos y legales consultados, el Comité de Ética de la Institución en donde el estudio fue realizado, se brindó el anonimato al cliente, utilizando al mismo tiempo el "Término de Consentimiento Libre y Aclarado". Con respecto al equipo que brindo asistencia, el referido Comité sugirió que los autores del trabajo deberían presentar sus resultados con la finalidad de que estos puedan servir como instrumento que guíe su trabajo en situaciones semejantes, con los cuales puedan encontrarse en el futuro.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Síntesis del caso

Mujer de 29 años, blanca, casada, 2 hijos (hija de 4 años e hijo de 8 meses), dedicada a los quehaceres domésticos, religión pentecostés, educación primaria incompleta.

Vino acompañada por la policía para atención psiquiátrica al ser encontrada sentada en la vereda

con su hijo de 8 meses "dormido" en los brazos. Se constató la muerte del niño (Parecer del Centro de Medicina Legal de Ribeirão Preto (CEMEL) – causa de muerte: asfixia mecánica sin posibilidad de conocer el motivo, es decir no fue posible determinar el acto o culpa).

Durante la atención se mostró ansiosa, inquieta, hablando de su miedo de morir, pidiendo un cuchillo para matarse. Mencionó haber salido con su hijo a media noche, al haber escuchado voces que le decían que alguien la quería matar. Al mismo tiempo informaba que fue guiada por las voces que le pedían asfixiar a su hijo comprimiéndolo contra su pecho, o "tapándole" la boca y nariz para calentarlo, o que lo encontró muerto (en la cuna) y huyó con miedo de que su esposo la culpara.

A los 13 años comenzó a escuchar voces conversando con ella o entre sí, comentando sus actitudes, pronunciando ofensas u órdenes, en especial cuando se encontraba en situaciones de estrés. Durante su adolescencia intentó suicidarse dos veces. A pesar de todo hasta aquel momento nunca había buscado asistencia médica.

La hipótesis diagnóstica psiquiátrica fue la Esquizofrenia Paranoide (CID 10: F20.0).

Contexto del infanticidio

El contacto con el caso objeto de estudio, motivó a los investigadores a buscar aclaraciones sobre situaciones de padres que causan la muerte de sus propios hijos. Procediendo a la revisión de la bibliografía, participando de discusiones en forum sobre la violencia doméstica y discusión sobre el manejo de este caso con otros profesionales del área entre ellos psiquiatras, asistentes sociales y psicoanalistas, siendo posible percibir que las consideraciones sobre tales acontecimientos comenzaron desde la denominación del hecho es decir se trata de infanticidio o asesinato?

En el Brasil el término infanticidio es descrito por el Código Penal⁽⁶⁾ en su artículo 123, como "matar bajo la influencia de la condición puerperal al propio hijo durante el parto o posterior a el". La pena prevista es la detención de 2 a 6 años. El asesinato de un hijo sería el acto de matar al propio hijo⁽⁷⁾, encuadrándose en los crímenes de homicidio, previstos en el artículo 121 del Código Penal⁽⁶⁾, con pena de arresto de 6 a 20 años. Es también considerada en el artículo 26 del referido código, una reducción de la capacidad penal

en los casos de enfermedad mental, desarrollo mental incompleto o retardo mental del agresor, con previsión de la disminución de la pena en 1 a 2 tercios.

En algunos países como Nueva Zelanda, Inglaterra, Australia, Canadá, Austria, Colombia, Finlandia, Grecia, India, Corea, Filipinas y Turquía tienen leyes específicas para el infanticidio. Estas legislaciones tienen diferencias en relación a la delimitación del grupo etéreo infantil, siendo muy común la reducción de la culpa, considerando en estos casos pena reducida cuando es comparada con el homicidio. En los Estados Unidos y Escocia la legislación no considera distinciones entre homicidio e infanticidio⁽³⁾.

La polémica con relación al hecho de matar a su hijo es considerada en la bibliografía especializada. Existen críticas con respecto al uso legal del termino infanticidio, el cual generalmente se basa en la existencia de un disturbio mental por parte de la madre como consecuencia del puerperio o lactancia, o inclusive por disturbio vinculado a la reproducción⁽⁸⁾. No existe de acuerdo con los investigadores evidencias suficientes que comprueben la existencia de tales trastornos⁽⁸⁻⁹⁾. Se encontraron indicios relacionados con los trastornos afectivos bipolares, así como el considerar a estos disturbios como amplios, incluyendo psicosis psicogénicas y orgánicas⁽⁹⁾. Estudios sobre el tema discuten el hecho de que tales casos sean tratados de forma diferente a otros crímenes cometidos por personas con disturbios mentales, a través de leyes específicas^(3,8,10). Son presentados datos indicando tal situación, en donde 50% de las mujeres que cometen infanticidio se dan dentro del contexto de gravidez indeseada u oculta⁽⁷⁻⁸⁾. Otros factores como circunstancias sociales y económicas pueden también aumentar los índices de infanticidio⁽⁷⁻⁸⁾.

En investigación cubana⁽¹¹⁾ sobre muertes violentas en recién nacidos durante el periodo comprendido entre 1981 y 1990 fueron evidenciados 12 casos de infanticidio. De los cuales la mitad de las madres estaban "desocupadas" con edades entre 16 y 20 años, quienes no tenían educación primaria, siendo la principal causa de muerte la asfixia. Esta es la causa mas conocida de muerte infantil dentro de los llamados "homicidios encubiertos". En las muertes por asfixia no puede haber señales o evidencias diagnosticables por las patologías. El diagnostico acaba siendo realizado cuando las madres confiesan o cuando son filmadas con cámaras ocultas⁽¹²⁾.

Los artículos refieren que el tema de discusión sobre infanticidio es una muerte de un niño menor de un año causada por la propia madre. Filicidio es considerado la muerte de un niño mayor de un año. Existiendo aun autores que caracterizan a la muerte del recién nacido en las primeras 24 horas de vida como neonaticidio^(3,7,9-10,13-14).

La Asociación Psiquiátrica Americana después del caso *Yates*⁽¹³⁾ en el cual una mujer se ahogó con sus cinco hijos, publicó una nota sobre la defensa basada en la falta de salubridad y la salud mental. En esta existe la expectativa de que la sociedad y su sistema legal discutan como enfrentar con reos portadores de enfermedad mental severa. Es conocido que existió un avance en la neurociencia, lo cual aumentó la comprensión sobre, cómo el funcionamiento mental alterado en la enfermedad mental y cómo la psicosis puede distorsionar la realidad. No obstante hasta el momento, la comprensión popular no fue alcanzada por estos avances. Las decisiones de punir a los enfermos mentales han sido influidas por la falta de apreciación del impacto de la enfermedad sobre el pensamiento y el comportamiento. Las prisiones se encuentran llenas de enfermos mentales, los cuales en su mayoría no reciben tratamiento adecuado. Personas cuyos crímenes son producto de su enfermedad, debería ser llevados para los servicios psiquiátricos especializados para ser tratados, no siendo enclaustrados en prisiones, mucho menos condenados a muerte.

Con base en el referido caso, un artículo de revisión de la legislación y perspectiva psiquiátrica de infanticidio⁽¹³⁾ cita factores considerados como aceleradores o como oportunidades que son pérdidas para prevenir delitos de este tipo. Entre estos, la historia de la enfermedad mental progresiva; condiciones del parto; historia familiar de la enfermedad mental; estigma o falta de creencia familiar debido a la creencia religiosa ("es cosa del diablo"). Con relación a la conducta de los profesionales de salud involucrados en la atención post-parto, sugieren la psico-educación y el manejo, el cual es algunas veces inadecuado. En este mismo artículo, la autora concluye que la mayoría de los casos de infanticidio y suicidio se dan fuera del foco de los medios de comunicación. De esta forma, para la seguridad de la madre y el niño los criterios diagnósticos para los disturbios post-parto son cruciales.

Con el objetivo de describir características maternas, antecedentes al acto de matar al propio hijo y sugerir estrategias preventivas, fue realizado un estudio retrospectivo⁽¹⁵⁾ de los registros hospitalarios forenses de 39 madres con enfermedad mental severa, consideradas no culpables debido a su enfermedad. Aproximadamente dos tercios de estas madres estaban teniendo alucinaciones auditivas con "voces de comando", mitad de ellas se encontraban en periodo de depresión al cometer el delito y tres cuartos ya había realizado tratamientos psiquiátricos anteriores. Casi tres cuartos de estas mujeres habían pasado por estrés durante su vida, tales como la muerte de la propia madre e incesto. Entre los motivos que predominaron al "altruismo" (para aliviar algún sufrimiento real con el niño o con la creencia de delirio de la madre) y la "enfermedad psicótica aguda". Los autores sugieren que los psiquiatras avalúen cuidadosamente el riesgo de filicidio en madres con enfermedad mental.

Frente a un caso de infanticidio se percibe la interfase entre salud y justicia. Por lo tanto existe la necesidad de un trabajo integrado de estas dos instancias. Estudiosos sugieren que la relación más próxima entre la psiquiatría y la ley podría facilitarse a través de la "retirada de la medicación" del delito, es decir, que los profesionales de salud no se restrinjan a intervenciones médico-clínicas durante la asistencia. Siendo así, durante la atención y evaluación de los casos se espera que los técnicos de salud observen factores socioeconómicos, de co-morbilidad, violencia doméstica, normas culturales y otros entre las posibles causas de este tipo de delito^(3,7-8,14).

Otro aspecto que merece especial atención se refiere a las políticas preventivas. Siendo necesario para implementarlas, que la psiquiatría, la salud pública y las ciencias sociales colaboren con sus competencias con la intención de brindar informaciones sobre quien está en riesgo de cometer infanticidio o filicidio. Por lo tanto se espera que los investigadores modifiquen la forma de recolección de datos, en donde deben incluirse datos de quien comete homicidio de niños, así como el seguimiento de madres enfermas mentales, discutiendo sobre las intenciones del filicidio. Un programa de investigación focal y sistémica sobre indicadores confiables de filicidio materno son necesarios para prevenir estos eventos⁽⁷⁾.

El equipo de salud en la atención de un caso de infanticidio

Infanticidio materno o cuando la madre mata a su hijo durante el primer año de vida es una situación que causa desagrado y repulsión. Para la sociedad en general es un crimen que requiere ser reconocido y legislado. Por un lado es un niño indefenso, muerto por una persona de la cual dependía para sobrevivir. Por el otro la imagen de una madre enferma, presa por un crimen no previsto para la mayoría de las personas. Lo cual muestra la ambivalencia frente a la situación, es decir una contradicción⁽¹³⁾.

Durante la atención del caso presentado, los profesionales (fijos y no permanentes) de la EP mostraron incomodidad y dificultad para enfrentar con sus sentimientos, al cuidar de una persona que no conseguía manifestar la presencia o no de sentimiento de culpa por la muerte de su propio hijo (intencional o no).

Uno de los factores que puede haber influido o generado malestar en el equipo está relacionado a la proximidad entre el cliente y los profesionales, lo cual puede haber despertado mecanismo de identificación de ellos con el caso, suscitando dudas y dificultades para su conducción. Algunos de los técnicos, tanto hombres como mujeres, se encontraban en el mismo grupo etéreo de la paciente, quienes ya tenían hijos y otros que planeaban tenerlos. Hubo manifestaciones verbales o no verbales de inconformismo, repulsión, indignación y rabia.

Fueron frecuentes las discusiones durante todo este proceso sobre como alguien podría convivir con el sufrimiento de una pérdida en estas condiciones, especialmente por la aparente indiferencia afectiva de la paciente. La indicación de anticoncepción también fue motivo de varias discusiones sobre el caso. Frente a esta situación, los profesionales presentaron algunas manifestaciones de contra-transferencia* para con la paciente. Lo cual ocurrió a pesar de saber el equipo que esta indiferencia podría ser justificada por el cuadro de psicosis presente.

De esta forma, si las actitudes de identificación o la contra-referencia fueran detectadas, se espera que los compañeros de trabajo ayuden a la persona a entender lo que está sucediendo y a reconocer y respetar su límite y el límite del otro

(paciente). Se espera que sea entablado un proceso de ayuda mutua, y si es necesario orientado para la búsqueda de apoyo individual para tal profesional.

Otro aspecto relevante en esta situación es la tendencia propia del ser humano en querer buscar un culpable y punirlo. Así mismo, otro riesgo que estuvo presente fue el de punir a la familia, considerándola omisa, o inclusive responsable por la perturbada historia de vida de la paciente. Lo difícil es comprender la situación y no juzgar.

Los profesionales del área de salud mental saben que pueden enfrentar situaciones nuevas o inusuales en cualquier momento de su práctica. Cada atención puede ser motivo de incertidumbre y aflicciones. Depararse con violencias domésticas tal vez sea una de las que mas exija esfuerzo de este técnico con la intención de estar atento y fiel a su rol. En especial frente a los casos de infanticidio (o sospecha) muchas veces se indica la internación para evaluación y tratamiento de la madre que cometió el delito. Cuando esto ocurre, la asistencia es brindada por un equipo, del cual se espera neutralidad, imparcialidad, sin criticar y sin "sentenciar" al cliente. Actitudes de curiosidad y empatía, con la intención de buscar comprender y aprender con el paciente, además de permitir al grupo percibir el sufrimiento, el que no es revelado claramente, lo cual favorece a establecer vínculo y formación de una alianza terapéutica entre la madre y el equipo.

En el Brasil así como en la mayoría de países, no existen políticas públicas o estrategias relacionadas con los cuidados en salud mental durante el periodo perinatal. El foco principal de la atención es la biología del embarazo y el puerperio, dando un rol secundario a los aspectos referidos a la salud mental. A su vez, los equipos de salud mental se concentran en proporcionar asistencia a los enfermos mentales graves. Así mismo aún existe la creencia de que la mujer con disturbio psicótico tiene poca fertilidad. En Londres un enfoque activo es encontrado en la *Maternity and Perinatal Partnerships in Mental Health (MAPPIM)*⁽¹⁶⁾, en el Hospital *St Thomas*, el cual ofrece: entrenamiento para el equipo de la maternidad sobre aspectos de salud mental, informaciones para los equipos de maternidad y salud mental sobre aspectos del peri-natal, consultorías sobre las relaciones entre profesionales involucrados en la asistencia perinatal y de salud mental, así como cuidados y tratamientos para embarazadas con disturbios mentales.

* La contra-transferencia constituye un fenómeno descrito por el psico-análisis. Puede ser comprendido como un conjunto de emociones, representaciones o actos profesionales, originados por la interacción con las características psíquicas del paciente. Es un fenómeno de naturaleza inconciente, es decir, ocurre sin conocimiento del terapeuta

CONCLUSIÓN

Frente a lo expuesto, surgen discusiones relacionadas con la formación de los profesionales involucrados en la asistencia de salud mental. Los profesionales reciben entrenamiento que incluyen temas sobre violencia doméstica en pre-grado, stages o post-grado? La formación del profesional especializado es necesaria? Como se observó en este caso, el equipo compuesto por técnicos experimentados, de diversos campos del área de salud mental, introducidos en un servicio universitario que ofrece entrenamiento en servicio y especialización, no se encuentran preparados para enfrentarse a la realidad del infanticidio y tal vez con otras situaciones parte de la violencia doméstica. Situación que refleja la necesidad de

invertir en la formación, entrenamiento y seguimiento de los profesionales. Una posible sugerencia a ser implantada es la formación continuada en programas de educación permanente a ser ofrecidos de forma accesible a todos los profesionales, que por situaciones del destino se enfrenten en situaciones como esta.

Otro campo que merece especial atención se refiere a las formas de prevención y aclaración de la propia población, con la intención de ampliar la notificación y atención de casos, pues muchos de ellos suceden fuera del dominio de la red de asistencia. A través de forums de discusión abierta y con la participación de instituciones legales, tal vez el tema que aún es visto con cierto preconceito y censura pueda ser enfrentado como un problema de toda la sociedad y no solo de salud y justicia.

REFERÊNCIAS

1. Banzato CEM. Depressão e filicídio. *J Bras Psiquiatr* 1990 novembro-dezembro; 39(6):301-6.
2. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000 agosto; 8(4):22-9.
3. Dean PJ. Child homicide and infanticide in New Zealand. *Int J Law Psychiatry* 2004; 27:339-48.
4. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
5. Scherer EA, Mazarão RS. A experiência de supervisão de psicoterapia breve em enfermagem psiquiátrica de hospital geral: aspectos relativos à formação de profissionais. In: Luis MAV, Santos MA, organizadores. Saúde Mental: prevenção e tratamento. Ribeirão Preto (SP): FIERP-EERP-USP/FAPESP; 2000. p.137-46.
6. Código Penal (BR). São Paulo: Saraiva; 1989.
7. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 2005 September; 162(9):1578-87.
8. Lambie I. Mothers who kill: the crime of infanticide. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24:71-80.
9. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet* 2004 January; 363:303-10.
10. Ward T. The sad subject of infanticide: law, medicine and child murder, 1860-1938. *Social & Legal Studies* 1999; 8(2):163-80.
11. Diaz EM, Leblanc LA. Las muertes violentas y su repercusión en la mortalidad infantil. *Rev Finlay* 1992; 6(3/4):161-6.
12. Levene S, Bacon CJ. Sudden unexpected death and covert homicide in infancy. *Arch Dis Child* 2004; 89:443-7.
13. Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 2004 September; 161(9):1548-57.
14. Spinelli MG. Infanticide: contrasting views. *Arch Womens Ment Health* 2005 May; 8:15-24.
15. Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Child murder committed by severely mentally ill mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity. *J Forensic Sci* 2005 November; 50(6):1466-71.