

J. L. Pedreira Massa¹
P. Martín Martínez de Toda¹
A. Fernández Villar²

1 Psiquiatra infantil
2 Trabajadora social
Unidad de Salud Mental de Avilés
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias

Comunicación de la ponencia oficial. Reunión anual SEPIJ. Zaragoza.

Experiencias asistenciales en
Psiquiatría Infantil: la etapa
escolar y sus perfiles evolutivos y
psicopatológicos.

*Assistential experience in child
and adolescent psychiatry:
developmental and
psychopathological profiles in
school age*

RESUMEN

Los autores exponen los resultados de un estudio de prevalencia anual en un Servicio de Salud Mental Infantil y juvenil. Los datos se obtienen del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos, aplicado a la infancia y adolescencia. Según criterios CIE-9 los motivos de consulta en la edad escolar serían, de mayor a menor: trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos esfinterianos, trastornos psicósomáticos, trastornos por déficit de atención, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad por factores estresantes externos y trastornos depresivos. En cuanto a la forma de intervención se establece sobre el 83% de los casos que son asumidos en tratamientos; de ellos el 50% es para psicoterapia (individual, familiar o grupal); en el 30% la forma de intervención es el seguimiento y *counseling* y, por fin, en el 11,5% la interconsulta y enlace en los Centros de Atención Primaria Pediátrica.

PALABRAS CLAVE

Epidemiología; Registro acumulativo de casos; Edad escolar; Atención Primaria.

ABSTRACT

The authors show the results of an annual prevalence study in a Child and Adolescent Mental Health Centre. The data are obtained from the Accumulative Psychiatric Case Register in children and adolescents. According to criteria ICD-9, the reasons for consulting during school age would be in a decreasing degree: anxiety disorders, learning problems, sphincter disorders, psychosomatic disorders, attention-deficit disorders, personality disorders, post-traumatic stress disorders and depressive disorders. About how to treat it we settle it out of the 83% of the cases which are assumed in treatment; 50% of them is for Psychotherapy (individual, family or group therapy); 30% we treat it through follow-up and counselling and, last, 11.5% through liaison consultation in Primary Pediatric Attention Centres.

KEY WORDS

Epidemiology; Accumulative Psychiatry case register; School age; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta presentación consiste en poner en común nuestra experiencia de trabajo concreto a la hora de abordar la asistencia de los trastornos psíquicos infantiles en la etapa escolar. Por esta razón nos limitamos a exponer aquellos datos más relevantes, con el fin de poder comparar con otras diferentes experiencias de una forma uniforme.

La epidemiología tiene una aplicación directa para evaluar las actividades desarrolladas de forma retrospectiva que se incluye en lo que hemos denominado como "Análisis de la demanda", lo que significa aportar datos de forma secuenciada en, al menos, los siguientes eslabones: recorrido previo, derivante, demandante, evaluación clínica, intervención y seguimiento longitudinal⁽¹⁾.

No es el objetivo de esta presentación realizar un análisis pormenorizado de esta situación, sino aplicar este esquema a uno de los aspectos referidos con anterioridad y de una forma sucinta, casi telegráfica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del dispositivo

El presente trabajo se ha realizado en el Área Sanitaria III de la Comunidad Autónoma de Asturias, cuya cabecera es Avilés. Las características generales son:

Población total: en torno a 168.000 habitantes, de los que 34.784 tienen menos de 15 años, límite de edad que atiende la Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés.

Situación en el sistema sanitario: nos encontramos ante una atención en el segundo nivel asistencial de forma territorializada, pero se presta una cobertura en tercer nivel al Área Sanitaria I cuya cabecera es Luarca (dicha cobertura es de muy escasa entidad, por varias razones que no son del caso analizar).

Dependencia: de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del principado de Asturias, en el seno de la reforma asistencial de la Salud Mental, lo que ha sido expresado en diversas publicaciones con anterioridad^(1,2).

Material

Recogimos los datos correspondientes a los casos que acudieron a consulta durante el período de tiempo

comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1991, cuya edad estaba comprendida entre los 5 y los 15 años, es decir contemplamos la Prevalencia Anual Manifestada.

Procedimiento

Los datos se obtuvieron del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos en la Infancia y Adolescencia (RACP-I), cuyo funcionamiento y estructura ha sido expuesto en varias ocasiones precedentes⁽¹⁻⁴⁾. Se obtuvieron los siguientes datos:

Número de primeras consultas en los períodos de edad: 5-9 y 10-14 años en ambos sexos.

Nivel de escolarización.

Motivo de consulta.

Derivante

Comparación del motivo de consulta a la llegada a la Unidad de Salud Mental comparando con el motivo de consulta de salida, tras el período de evaluación.

Contenidos psicopatológicos básicos de esa demanda.

Intervención diseñada: tipo, frecuencia y duración.

Datos complementarios de interés: comparación de diagnósticos tras cuatro años, tipo de derivaciones (utilización de otros servicios), evolución de la respuesta de forma longitudinal, etc.

RESULTADOS

Durante el período objeto de este trabajo fueron atendidos un total de 386 niños/as que supuso una tasa de prevalencia del 11,5 por mil, de ellos 310 tenían más de 15 años y su distribución por sexos y grupos etáreos se especifica en la (Fig. 1) donde se ve que por sexos continúa existiendo una dominancia de los niños (58%) con relación a las niñas (42%), aunque la diferencia entre ambos sexos es bastante menor que en estudios precedentes

El nivel de escolarización (Fig. 2) nos muestra que la mayoría de los niños/as se encuentran escolarizados en el nivel que les corresponde (45% en los niños y 35% en las niñas) y solamente un niño acude a una enseñanza especializada (0,3%), por lo que los demás acuden a colegios normalizados, aunque precisen de apoyos específicos para abordar alguna dificultad (8% de los niños y 6% de las niñas).

154

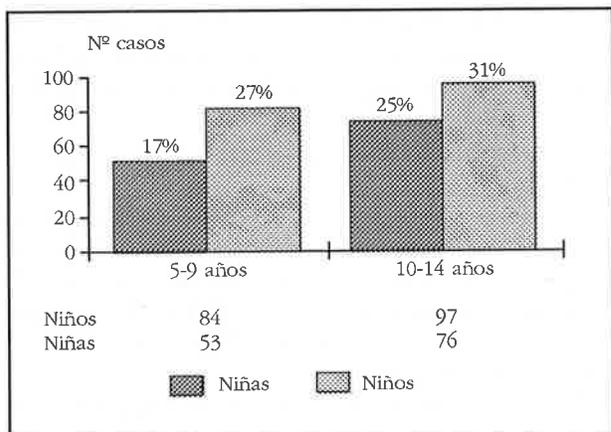


Figura 1. Sexo-edad de demanda 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

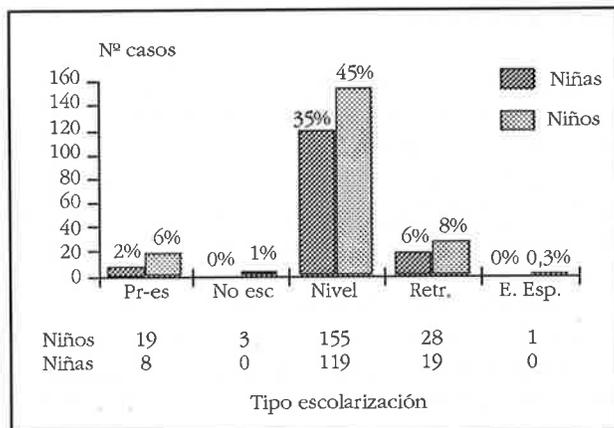


Figura 2. Nivel de escolarización, 1991, Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

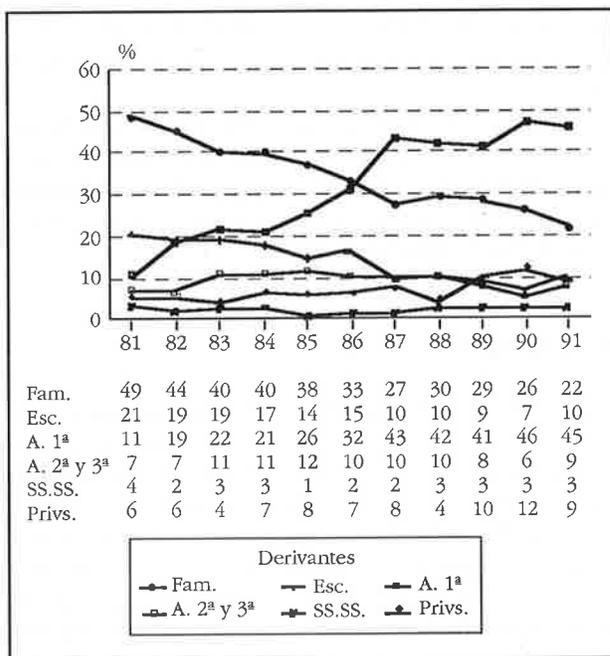


Figura 3. Derivantes a Salud Mental Infanto-juvenil. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

En cuanto a los derivantes (Fig. 3) continúa la tendencia registrada hace unos años: se afianza la disminución de las demandas a petición de la familia, se mantiene la Atención Primaria de Salud como derivante que aumen-

ta su importancia, las derivaciones de los Servicios Sociales y de la escuela se mantienen en los niveles de años precedentes y los Servicios privados continúan remitiendo a nuestra Unidad los problemas de Salud Mental en la etapa de la infancia y la adolescencia de forma relevante.

En cuanto a los motivos de consulta nos ha parecido de interés comparar los motivos relatados por la familia y/o los derivantes con los que detectan los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (Fig. 4, Tabla 1).

Los problemas de adaptación y conducta son los que más y mejor coincidencias concitan, aunque en la Unidad de Salud Mental Infantil pueden pasar a un segundo plano en algunas ocasiones en la apreciación de los problemas, mientras en otros problemas los detecta y reformula. Un dato a tener en cuenta es que la Unidad de Salud Mental Infantil diversifica más los motivos de consulta que los derivantes, sean o no la propia familia, y emite más motivos que ellos, ya que utiliza más de un solo motivo para definir los problemas detectados. Sorprenden algunas diferencias que resultan ser significativas: las familias y derivantes detectan mal los retrasos madurativos, no explicitan los problemas de la dinámica familiar, no se captan los problemas relacionales ni los trastornos de la personalidad, ni los trastornos de la autonomía infantil ni las depresiones de los niños/as son detectadas en su propio marco familiar. Son simila-

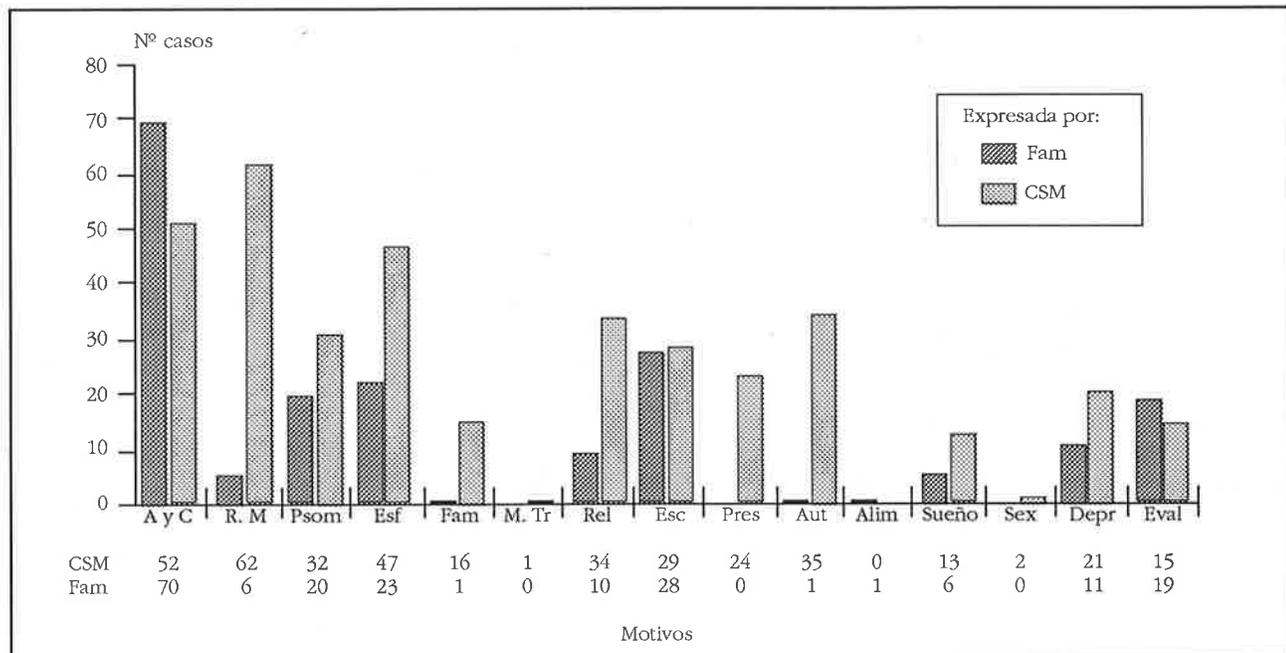


Figura 4. Motivo de demanda 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

Tabla 1 Motivo de demanda 1991

Fam/Der		CSM-I	
70 (36%)	Trs. adaptación y conducta	52 (14%)	(- -)
6 (3%)	Retrasos madurativos	62 (16%)	(++)
20 (10)	Trs. psicósomáticos	32 (8%)	(=)
23 (12%)	Trs. esfinterianos	47 (12%)	(=)
1 (1%)	Trs. dinámica familiar	16 (4%)	(++)
0 ()	Malos tratos infantiles	1 (0,3%)	(+)
10 (5%)	Trs. relacionales	34 (9%)	(+)
28 (14%)	Trs. escolares	29 (8%)	(-)
0 ()	Trs. personalidad	24 (6%)	(++)
1 (1%)	Trs. autonomía infantil	35 (9%)	(++)
1 (1%)	Trs. alimentación	0	(-)
6 (2%)	Trs. sueño	13 (3%)	(+)
0 ()	Trs. sexualidad	2 (1%)	(+)
11 (3%)	Trs. depresivos	21 (6%)	(++)
19 (10%)	Evaluación/Peritaje	15 (4%)	(-)

Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

Tabla 2 Clasificación trastornos CIE-9

Diagnóstico principal	Diagnóstico secundario	
71 (21%)	Ansiedad/neurosis	
60 (18%)	Trastornos aprendizaje	34 (28%)
41 (12%)	Trastornos esfinterianos	11 (9%)
29 (9%)	Trastornos psicósomáticos	13 (11%)
24 (7%)	Trastornos conducta	18 (15%)
23 (7%)	Trastornos personalidad	3 (2%)
23 (7%)	Trastornos reactivos	10 (8%)
20 (6%)	Trastornos relacionales	5 (4%)
19 (6%)	Trastornos depresivos	10 (8%)
15 (4%)	Trastornos déficit atención	12 (10%)
8 (2%)	Psicosis/autismo	3 (2%)
4 (1%)	Retraso mental	0
0	Trastornos sexualidad	0
0	Conducta adictivas	2 (2%)
		1 (1%)

Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

res a los servicios especializados en cuanto a los trastornos escolares y la solicitud de evaluación. Se captan de forma menor en números absolutos, a pesar de ser relevantes, los trastornos esfinterianos y los trastornos del sueño.

La tabla 2 nos muestra los diagnósticos realizados según la CIE-9. Se comprueba que son los trastornos por ansiedad o neurótico los que obtienen una prevalencia mayor, en torno a uno por cada cinco demandas. En segundo lugar están los trastornos del aprendizaje,

156

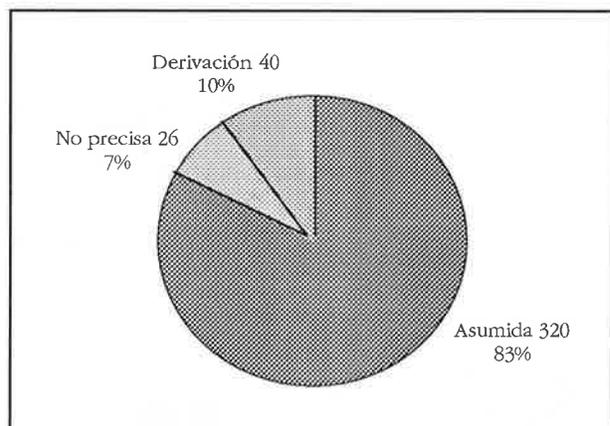


Figura 5. Demanda asumida 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

incluidos tanto los globales como las dificultades específicas; luego los trastornos esfinterianos y los trastornos de expresión psicósomática. Tras este grupo se sitúan una serie de grupos diagnósticos con similar prevalencia: los trastornos de conducta, los trastornos de personalidad, los reactivos a situaciones determinadas externas, los trastornos relacionales y los trastornos depresivos. Los trastornos por déficit de atención están en el 4% y la psicosis y autismo en el 2%. En cuanto a los diagnósticos secundarios destaca: un menor número de diagnósticos con un mayor equilibrio en las diferencias; sobresale que la expresión psicósomática es un diagnóstico secundario de gran relevancia, así como los cuadros depresivos, los cuadros de psicosis, autismo y retraso mental sólo aparecen como diagnósticos principales y, sin embargo, aparecen dos categorías nuevas: los trastornos de la sexualidad (uno de travestismo y otro de dificultades en la identidad sexual) y la presencia de conductas adictivas (consumo de heroína por vía nasal con otros consumos asociados).

En 26 casos (7%) no se asumió directamente la demanda por nuestra unidad, en otros 40 casos (10%) se optó por derivar a otro dispositivo para abordar las dificultades y en 320 casos (83%) la demanda fue asumida directamente por nuestro dispositivo asistencial (Fig. 5). El tipo de intervención realizada con la demanda asumida confirma la tendencia de años precedentes (Fig. 6): continúa la disminución de los seguimientos periódicos situándose en torno al 30% de las intervenciones; por contra la intervenciones psicoterapéuticas

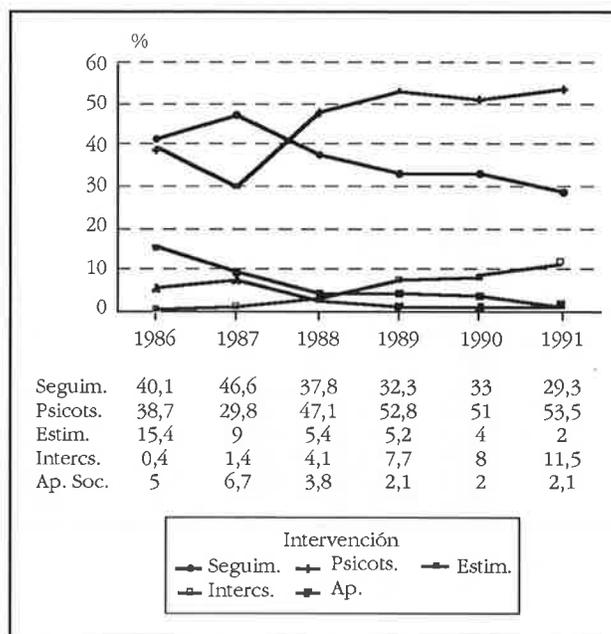


Figura 6. Tipo de intervención. Demanda asumida. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

suponen algo más de la mitad de nuestras intervenciones; la estimulación precoz y el apoyo social se estabilizan tras el descenso de años precedentes en torno al 2% de las intervenciones y, lo más relevante a nuestro entender, es que las intervenciones basadas en la técnica de la interconsulta y enlace continúan incrementándose y se sitúan ya en el 11,5% de las intervenciones. El conjunto de estas intervenciones nos ofrecen una tasa de frecuentación de 83 contactos/mil habitantes menores de 15 años/año en 1991, que se traduce en que, a pesar de que 26 casos abandonaron el tratamiento (18% de los casos asumidos por primera vez y con edades comprendidas entre 5 y 15 años), la periodicidad dominante fue mensual (51%), seguida de la periodicidad quincenal (26%) y de la semanal (5%). En nueve de cada diez ocasiones la intervención se desarrolló en el propio CSM, pero también en este caso aparece un cambio de interés a lo largo del tiempo (Fig. 7), se incrementa la intervención en otros centros sanitarios (fundamentalmente en Centros de Atención Primaria) y en la comunidad (Centro de servicios Sociales) y se disminuye tanto en el domicilio, como en la escuela.

Al comparar los diagnósticos emitidos a lo largo de los cinco últimos años (Tabla 3) se constatan algunas

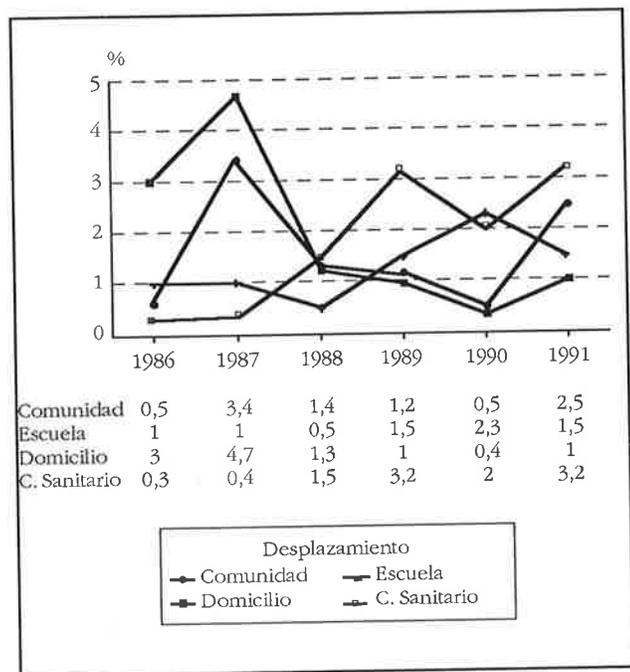


Figura 7. Lugar intervención fuera de CMS. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

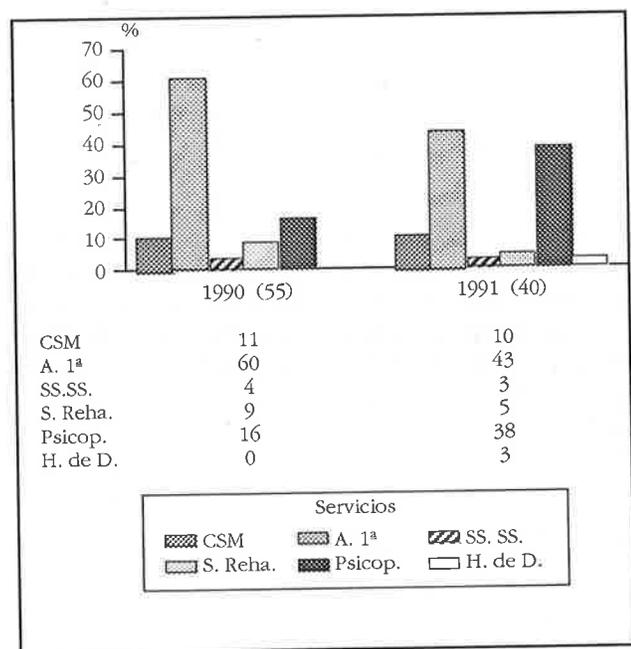


Figura 8. Tipo de derivaciones 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

Tabla 3 Evolución clasificación trastornos CIE-9

	1987	1991
35(8%) Ansiedad/Neurosis	105	(31%) (++)
57(13%) Trastornos aprendizaje	71	(21%) (+)
61 (14%) Trastornos esfinterianos	44	(16%) (=)
37 (8%) Trastornos psicósomáticos	47	(14%) (+)
13 (3%) Trastornos de la conducta	27	(8%) (++)
25 (6%) Trastornos de personalidad	33	(10%) (+)
35 (8%) Trastornos reactivos	28	(8%) (=)
77 (18%) Trastornos relacionales	30	(9%) (- -)
46 (11%) Trastornos depresivos	31	(9%) (-)
16 (4%) Trastornos déficit atención	18	(5%) (=)
15 (3%) Psicosis/Autismo	8	(2%) (-)
10 (2%) Retraso mental	4	(1%) (-)
	2	(0,6%)
	1	(0,3%)
217 (72%) Demanda asumida	320	(83%) (++)

Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

modificaciones en la prevalencia relatada de interés: sufren una disminución importante los trastornos relacionales y en menor medida los retrasos mentales, los cuadros psicóticos, los trastornos depresivos, los trastornos reactivos y los trastornos esfinterianos; permanecen con similar tasa los trastornos por déficit de atención; incrementos de escasa entidad aparecen en los trastornos de la personalidad, los trastornos psicósomáticos y del aprendizaje; sufren un fuerte incremento los trastornos por ansiedad/neurosis y los trastornos de conducta.

En la figura 8 se muestran las derivaciones realizadas en los dos últimos años, lo que puede orientar sobre los recursos precisos para que la cobertura sea más adecuada a los perfiles de los trastornos, siendo los Centros de Atención Primaria y los servicios pedagógicos los que absorben un mayor porcentaje de derivaciones. No se debe olvidar que en el caso de los CSM de adultos las derivaciones realizadas son, casi en su totalidad, de casos severos y crónicos. Aparece la necesidad de un nuevo dispositivo: el Hospital de Día, aunque de forma tímida y por primera vez en los diez años de existencia de nuestra Unidad.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Como en la mayoría de las investigaciones epidemiológicas en psiquiatría de la infancia y la adolescencia,

Tabla 4 Comparación por sexos de la demanda a Salud Mental de la Infancia y Adolescencia

Niños	Niñas
<ul style="list-style-type: none">• Dos tercios demanda• Síntomas desadaptativos• Organizaciones reactivas• Aparición 1-1, 5 años más tarde el mismo trastorno que niñas (de media)• Detección más precoz• Intervención más precoz• Intervención más puntual (<i>counseling</i>, consulta-terapéutica, terapia focal)• Mayores posibilidades intervención preventiva• Trastornos adaptación y conducta y problemas de aprendizaje• Menos tomas a cargo que niñas• Acuden más regularmente a Atención Primaria• Mayores cuidados sanitarios	<ul style="list-style-type: none">• Un tercio demanda• Síntomas adaptativos• Organización más estructural• Aparición 1-1,5 años más precoz el mismo trastorno que niños (de media)• Detección más tardía• Intervención más tardía• Intervención más prolongada en el tiempo que niños (psicoterapias prolongadas)• Menores posibilidades de intervenciones preventivas• Trastornos depresivos y expresión psicósomática• Más tomas a cargo que niños• Acuden con menos regularidad a Atención Primaria• Menores cuidados sanitarios
<ul style="list-style-type: none">• Las tasas globales tienden a equipararse en adolescencia• Motivos en adolescencia más similares en ambos sexos: trastornos conducta, clínica de expresión psicósomática, crisis ansiedad y trastornos personalidad	<ul style="list-style-type: none">• Menor prevalencia en edad adulta (menos toxicomanías)

Fuente: Pedreira JL, Rodríguez-Sacristán J, Zaplana J (1992).

también en nuestra investigación el grupo etéreo comprendido entre los 5 y los 14 años es el más prevalente^(5,6). En una primera época correspondía al grupo entre los 5 y los 9 años, pero en el momento actual el grupo más importante es el de 10 a 15 años. Varias circunstancias concurren en este cambio, en nuestra opinión: en primer lugar porque es un hecho irrefutable el descenso de la natalidad y, por lo tanto, el menor número de niños/as en las primeras bandas de edad. Por otro lado, el incremento de servicios específicos para atender los problemas infanto-juveniles, aunque hayan sido parcos en su desarrollo, ofertan la posibilidad de abordar las diferentes dificultades de estos adolescentes. En conjunto se podría decir que la preocupación por lo cualitativo comienza a ser una realidad también en nuestro país.

El sexo que más consulta son los varones, pero es en el período 10-15 años cuando comienzan a equipararse ambos sexos. No obstante en algún trabajo precedente hemos significado los múltiples aspectos y posible líneas de investigación que se abren en la consideración e interpretación de esta diferencia. Señalar que hay varias posibles explicaciones, ofertamos algunas consideraciones a tener en cuenta en la tabla 4 y que sólo representan una aproximación sugerente de datos epidemiológicos y clínicos⁽⁷⁾.

El hecho de que la mayoría de los niños/as en estas edades se encuentren escolarizados no nos sorprende, pero nos preocupa que existan algunos casos sin escolarizar (1%) a pesar de tener la edad para ello: la marginación, razones de tipo étnico y la inadecuación de los recursos escolares existentes han sido las causas detectadas. Sorprende que existan pocos retrasados de cursos (8% en los niños y 6% en las niñas) a pesar que los problemas de aprendizaje y el fracaso escolar son la segunda causa de consulta tras los problemas de adaptación y conducta. Otra causa habrá que buscarla en el desarrollo de recursos en el interior del sistema escolar: los equipos psicopedagógicos del MEC (con diversas denominaciones según las diferentes CC. AA.), lo que aporta un tipo de respuesta en el seno de la propia institución escolar. En este último caso nuestra experiencia nos dice: en muchas ocasiones se pedagogizan trastornos mentales y, a medio plazo, aparecen cuadros evolutivos más severos, abigarrados y de difícil abordaje; en otras ocasiones se dificulta diseñar intervenciones dado que estos equipos fasan a ser un "filtro" de intermediación poco adecuado.

Tanto los detectores como los derivantes de las demandas son complementarios. De hecho la aparición de recursos de Atención Primaria de Salud, al menos en

nuestra experiencia, acontecida en 1985, hace que en el año siguiente se crucen dos demandas: las que se solicitaban de forma directa por la familia en descenso y ascienden las derivaciones de este primer nivel asistencial: mejor formación de los profesionales, mayor detenimiento con los problemas planteados, mejor cobertura a los problemas psico-sociales con trabajo conjunto con otros niveles asistenciales, incremento de actividades de interconsulta y enlace, etc podrían ser algunas razones para este tipo de cambio. Otro dato a tener en cuenta es que la demanda desde la institución escolar sufre un progresivo descenso hasta su estabilización en torno al 10%, las razones cabe buscarlas en el desarrollo de la cobertura psico-pedagógica en el propio sistema escolar y, aunque no sea completa ni integrada ni integral, qué duda cabe que presta una cobertura inmediata a las demandas. El resto de las agencias del territorio se estabilizan en porcentajes a lo largo del tiempo: sorprende que los Servicios Sociales se encuentren en cotas muy bajas de derivación y de forma muy constante, dos posibles explicaciones: o la evaluación y discriminación es escasa, dado que su sensibilidad está más orientada hacia los problemas sociales o, en segundo lugar, aparece un efecto similar a la escuela y se "sociologiza" la demanda con un exceso de normalización o se priorizan otras intervenciones, en cualquier caso hay que señalar que aunque escasa es un grupo de singular gravedad y riesgo, se precisa mucho tiempo en la evaluación para cada caso y la intervención se dificulta. Por último, señalar la tendencia al alza de las derivaciones desde servicios privados, múltiples lecturas puede tener este dato: confianza en nuestro tipo de trabajo, complementariedad e intervenciones entre las diferentes pertenencias, desacuerdo con las agencias privadas que podrían dar cobertura desde lo privado, carestía de los servicios, etc, de cualquier modo se debe señalar la gran relevancia de mantener este dato al alza, dada la resistencia tanto de los servicios privados como de los usuarios que los frecuentan a utilizar servicios públicos.

La comparación entre los motivos de consulta explicitados por los derivantes y los encontrados en nuestra Unidad nos ponen de manifiesto algunas consideraciones de especial relevancia: se utilizan varios motivos de consulta para cada caso por parte de la Unidad de Salud Mental Infantil, lo que orienta hacia la necesidad de referir con varios ejes el patrón de comportamiento de los niños/as, a diferencia de lo expresado por los derivantes que realizan una lectura más lineal

desde que se detecta externamente. Como ejemplo baste decir que frente al 36% de trastornos de adaptación y conducta detectados por los derivantes, sólo el 14% persisten como tales tras la correspondiente evaluación en Salud Mental Infantil; sin embargo, los retrasos madurativos detectados se multiplican por cinco a los explicitados por los derivantes o cuatro veces más los problemas de la dinámica y funcionamiento familiar, el doble los problemas relacionales o nueve veces más los problemas de la autonomía infantil o el doble los propios trastornos depresivos. Por contra preocupa el doble a los derivantes, no sólo los problemas de conducta, sino el rendimiento escolar y la evaluación de lo que sucede a su hijo/a.

Esta situación nos orienta acerca del énfasis a realizar en la interacción con otros niveles asistenciales, sean sanitarios, educativos o recursos sociales, en el sentido de poderlos entrenar hacia una escucha de lo que subyace tras la demanda manifiesta, dado que p.e. no aparece el caso de malos tratos, los problemas familiares son explicitados con dificultad, los trastornos depresivos son detectados escasamente, así como los trastornos de la autonomía, los propios retrasos madurativos, y los trastornos de la personalidad y de la sexualidad infantil tampoco se detectan como tales, apareciendo más como otras demandas más de tipo descriptivo y sin referencia a este tipo de trastornos.

Lo anterior junto con la utilización reiterada de un diagnóstico secundario en el sistema de clasificación utilizado, CIE-9, nos vuelve a señalar la importancia que en nuestra unidad damos a la descripción multi-axial de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia⁽⁸⁻¹⁰⁾. Desde perspectivas bibliográficas ya hemos señalado con anterioridad este dato, razón de más para que ello sea constatado plenamente con un criterio de evaluación epidemiológico, como es el propio RACP de nuestra Comunidad Autónoma. No obstante, señalar algunas consideraciones psicopatológicas de especial relevancia: parece distinguirse entre trastorno por ansiedad como diagnóstico principal a como rasgo acompañante de singular relevancia en otros procesos; los trastornos depresivos y los psicósomáticos también muestran una especial relevancia como acompañantes de otros procesos psicopatológicos, por lo que en muchas ocasiones podrían dar la razón a las consideraciones psicopatológicas de "posición" en los primeros y de "forma de expresión" entre los segundos; tanto la psicosis infantil, el autismo y el

160 retraso mental tienen la suficiente entidad nosológica como para aparecer como diagnóstico principal en esta etapa; la aparición de trastornos de la sexualidad y de conductas adictivas aunque hayan sido en el diagnóstico secundario no enmascaran para nada la importancia de detectar estos procesos y empezar a investigar con más precisión sobre sus manifestaciones y formas de abordaje, sobre todo de cara a la posible prevención.

En cuanto a la intervención diseñada hay que constatar que el número de demandas asumido está en aumento, sobre todo en los últimos cinco años, pasando de un 60% hace cinco años al 72% en 1987 y al 83% del año 1991. Nosotros creemos que el trabajo continuado entre varios niveles asistenciales, cuya expresión en nuestro caso es el incremento tan evidente de las interconsultas, lejos de disminuir la prevalencia la mantiene en cuanto a la tasa anual o la incrementa, pero lo que sucede es un cambio cualitativo de especial relevancia: los servicios asistenciales comienzan a detectar mejor, aunque con ciertas imprecisiones, los casos emocionales y relacionales; esta mejor detección hace que los casos que son remitidos a nuestra unidad estén mejor derivados y, por lo tanto, que tras el período de evaluación se constaten los contenidos psicopatológicos y se precise una toma a cargo mayor. Esto se objetiva con el incremento de las intervenciones psicoterapéuticas y el descenso de otras intervenciones menos específicas de Salud Mental, como los apoyos sociales. En un primer momento no existían servicios sociales en nuestro territorio y nuestra unidad absorbió buena parte de esta demanda, por diversos motivos ya analizados en algún trabajo precedente, pero desde 1989 la situación cambia y los apoyos sociales se derivan a los dispositivos específicos de ese campo y desde Salud Mental nos limitamos al trabajo de apoyo y enlace. Estos datos son especialmente manifiestos al analizar la evolución de la tasa de frecuentación: se va incrementando, se estabiliza y quizá disminuye, para volver a incrementarse; estas oscilaciones con tendencia al alza creemos que se relacionan con dos tipos de situaciones: formulación de nuevos programas y desarrollo de protocolos de intervención y, en segundo lugar, a la implantación de nuevos dispositivos en el territorio. En este sentido se puede ver una mayor integración en el sistema sanitario, siendo nuestro lugar preferente de intervención fuera de

nuestro dispositivo y observándose una disminución u oscilaciones a la baja en otras intervenciones de tipo domiciliario (pasan a los Servicios Sociales Municipales) o en la escuela (lo realizan los equipos psico-pedagógicos del MEC) y tendiendo al alza las intervenciones en la Comunidad (corresponde al trabajo de enlace, supervisión y apoyo, a los Servicios Sociales Municipales).

Dos comentarios para finalizar: uno para formación de profesionales y el segundo para evaluar los dispositivos necesarios a la hora de abordar los problemas y trastornos emocionales de los niños/as. La comparación de los diagnósticos emitidos a lo largo de los últimos cinco años nos debe hacer pensar sobre la causa de las oscilaciones: ¿son modificaciones reales de la prevalencia de los trastornos mentales y emocionales en esta etapa de la vida? ¿Se detectan los trastornos de forma diferente? ¿Depende de la formación de los profesionales? ¿Es insuficiente e incompleto el sistema de clasificación utilizado? Estas y otras preguntas similares nos hacen concluir, una vez más, en dos aspectos: la necesidad de utilizar sistemas multiaxiales para la clasificación de los trastornos mentales en la infancia y, en segundo lugar, la necesidad de hacer un entrenamiento adecuado de los profesionales en la utilización de estos sistemas.

Un segundo comentario se refería al tipo de dispositivos precisos para abordar las necesidades de los trastornos detectados en la infancia, para ello nos basamos en las derivaciones realizadas por nuestra Unidad en los dos últimos años, según el RACP: las unidades de adultos nos evidencian la evolución crónica de algunos de estos trastornos y nos podrían facilitar los estudios evolutivos de tipo longitudinal. Los servicios de rehabilitación son un dispositivo de singular importancia sobre todo en etapas precoces y trabajando de forma conjunta con Salud Mental Infantil. Los servicios psicopedagógicos mantienen su puesto de singular importancia como complemento y, en muchas ocasiones, de inicio en un diseño de intervención. La Atención Primaria de Salud consigue un puesto relevante para los seguimientos de factores de riesgo y de factores evolutivos. Hasta el pasado año la derivación hacia hospitales de día estaba en un proceso de evaluación en nuestros servicios, el dato aportado en esta ocasión nos obliga a replantearnos nuestra anterior postura e iniciar un proceso de reflexión sobre este dispositivo.

CONCLUSIONES

La perspectiva de varios años de trabajo e investigación, favorecida por la existencia del RACP posibilita un acercamiento más realista a los problemas que aparecen en la etapa escolar en la infancia y al tipo de respuestas que se oferta para abordarlos.

La etapa escolar es un periodo de singular importancia, dado que en él aparecen dos tipos de situaciones relevantes para el proceso evolutivo de la infancia: en primer lugar el periodo de sociabilización del niño/a que nos explicita varios contenidos: el proceso de individuación-separación, el tipo de relaciones, la madurez personal, las diversas interacciones con los padres y los adultos, las amistades, los límites y la Ley, la tolerancia a la frustración, etc. En segundo lugar situamos el propio proceso de aprendizaje: evaluación cognitiva, estado del proceso de simbolización, lugar familiar del proceso de aprendizaje, éxito-fracaso, deseos y expectativas, etc.

La forma de expresión de los trastornos es muy variada y se inician formas específicas y nuevas que precisan seguimiento e investigación más profundas y de tipo longitudinal. Se demuestra la necesidad de emplear clasificaciones de tipo multi-axial para los trastornos mentales de la infancia.

Las intervenciones con otros dispositivos asistenciales son de especial relevancia en esta etapa de la vida.

El análisis longitudinal de los datos confirma que el trabajo con otras agencias del territorio hace que exista una modificación cualitativa de la demanda con una mayor toma a cargo por parte de la Unidad de Salud Mental Infantil, que precisa incrementar el trabajo de interconsulta y enlace con esas agencias del territorio.

Todos estos datos sugieren aportaciones tanto para la formación de los profesionales de Salud Mental de la Infancia, como para la caracterización de dispositivos asistenciales en esta etapa de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Pedreira JL. Psychiatric Case Register in Child Psychiatry. (Clinical management and Epidemiological approach) En: Seva A, ed. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Anthropos - Prensas Universitarias de Zaragoza. Barcelona 1991;1:387-396.
- 2 García J. El desarrollo de una nueva organización de los Servicios de Salud Mental en Asturias. En: VV.AA: *Enfermedad Mental y Ley*. Cuadernos Asturianos de Salud nº 2. Servicios Publicaciones Principado de Asturias. Oviedo, 1985:81096.
- 3 García J, Aparicio V, Eguiagaray M. Modelos asistenciales y patrones de utilización de servicios: el RCP en la evaluación de los cambios en el marco de la reforma psiquiátrica de Asturias. *Rev Sanidad e Higiene Pública* 1988;62(2):1469-1482.
- 4 Ten Horn GHMM, Pedreira JL. Epidemiología y Registro de Casos en Salud Mental Infante -juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiat* 1988;7(26):373-390.
- 5 Ten Horn GHMM, Wounters JL, Brug A. De geestelijke gerondheidsror voor kinderen tot en met 12 jaar. *Fijdschrift voor Psychiatrie* 1985;27(2):128-138.
- 6 Verhulst F, Berden GF, Sanders-Woudstra JA. Mental Health in dutch children (II) The prevalence of Psychiatric disorders and relationship between measures. *Act Psychiat Scand* 1985;324(72):31-44.
- 7 Pedreira JL, Rodríguez-Sacristan J, Zaplana J. Sex differences in Child and Adolescent Mental Health: A Spanish Autonomous Community approach. *Am J Academy Child & Adolescent Psychiat* (en prensa).
- 8 Pedreira JL, Rincón F. La clasificación de los trastornos mentales en Psiquiatría Infantil: Comparación de los sistemas más frecuentes. *Act Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1989;17(6):407-416.
- 9 Mezzich JE. On developing a Psychiatric Multiaxial Schema for ICD-10. *Br J Psychiatr* 1988;152(1):38-43.
- 10 Spiel W. Some critical comments on the problems of classification and nomenclature in child and adolescent neuropsychiatry. En: Pichot P y cols. *Psychiatry: The state of the art*. Plenum Press. New York, 1985;5:1-7.