

**M. J. Mardomingo**  
**M. C. Díaz**  
**A. Espinosa**

**Análisis de la demanda  
asistencial en Psiquiatría Infantil  
en la edad escolar**

Sección de Psiquiatría Infantil.  
Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón, Madrid

*Analysis of care seeking in child  
psychiatry during school age*

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

**RESUMEN**

Se estudia la demanda asistencial y el diagnóstico psiquiátrico en una muestra de 245 niños y adolescentes referidos a una consulta de Psiquiatría Infantil en un Hospital General procedentes de una muestra comunitaria de 160.385 sujetos. Se aplicaron cuestionarios semiestructurados a los padres y a los niños. Se exponen los resultados obtenidos en 133 niños (54%) de 6 a 11 años de edad y se comparan con el grupo de niños en edad preescolar y con los adolescentes. Los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en los varones que en las hembras aunque la diferencia tiende a disminuir con la edad. Los trastornos específicos del aprendizaje, el retraso mental, el autismo, el trastorno de conducta y los trastornos de tics son más frecuentes en los varones; mientras que los trastornos psicofisiológicos, los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del humor son más frecuentes en las hembras.

**PALABRAS CLAVE**

Trastornos psiquiátricos; Niños; Adolescentes; Sexo; Edad; Prevalencia.

**ABSTRACT**

*Kind of request and psychiatric diagnosis are studied in a sample of 245 children and adolescents referred to a Child Psychiatric Clinic of a General Hospital from a community sample of 160,385. Children and parents were interviewed by means of semistructured interviews. Results on 133 children (54%), ages 6 to 11, are presented, compared to preschool children and adolescents. Psychiatric disorders are more frequent in males than in females, though the difference diminishes with age. Developmental learning disorders, autism, mental retardation, conduct disorder and tic disorders are more prevalent among males, and psychophysiological disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and mood disorders among females.*

**KEY WORDS**

*Psychiatric disorders; Children; Adolescents; Sex; Age; Prevalence.*

**Tabla 1** Número de habitantes del área 1

<i>Distrito</i>	<i>Habitantes</i>
Arganda	59.795
Moratalaz	145.086
Retiro	131.020
Vallecas	285.018
Total	620.919

*Datos: Padrón Municipal 1988.*

## INTRODUCCIÓN

El análisis de la demanda asistencial en Psiquiatría Infantil es imprescindible para una organización racional de los recursos y desde el punto de vista clínico plantea inmediatamente el tema de las clasificaciones psiquiátricas. Es evidente que la investigación contrastada, la estadística hospitalaria y la información clínica de utilidad, sólo son posibles si existen unos criterios diagnósticos rigurosos compartidos por los profesionales y una terminología uniforme.

Toda clasificación plantea importantes dificultades metodológicas que no son exclusivas de la Psiquiatría Infantil sino que afectan por igual a la Psiquiatría de adultos y a la Medicina Interna<sup>(1,2)</sup>. En principio, las clasificaciones basadas en la etiología parecen las más eficaces, sin embargo esto no siempre es así. A medida que la medicina avanza se conoce la etiología multifactorial de muchos trastornos con lo cual basar una clasificación en un agente etiológico exclusivo no respondería a la realidad. Por otra parte, la evolución, el tratamiento y el pronóstico de un trastorno, no siempre dependen de modo directo del agente patógeno concreto. Puede depender más directamente de la naturaleza de la enfermedad en sí y de otros factores individuales.

En Psiquiatría se desconoce el agente etiológico de un amplio grupo de trastornos por lo cual la mayoría de las clasificaciones se han basado en la sintomatología clínica. La DSM-III introdujo, además, una aproximación multiaxial para la evaluación clínica, lo cual permite que se tengan en cuenta datos del paciente que si bien no forman parte del cuadro clínico central, son imprescindibles para predecir la evolución y establecer las estrategias terapéuticas. Ésta, entre otras razones, como es el fácil manejo, condujo a su utilización en este trabajo, en el cual se plantea el análisis de la demanda

asistencial en Psiquiatría Infantil referido sobre todo a los motivos de consulta y diagnósticos definitivos, en una población durante la etapa escolar, con especial referencia a las diferencias en función del sexo. La muestra se compone de 133 niños de 6 a 11 años de edad con una media de nueve años, 78 varones y 55 hembras.

## MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital Gregorio Marañón de Madrid tiene asignada la atención sanitaria del área 1 de la Comunidad. El área 1 consta de 621.919 habitantes (censo de 1988) que se reparten en cuatro distritos: 1.1 Rural, 1.2 Clase media, 1.3. Clase media-alta y 1.4 distrito urbano periférico compuesto por clase obrera emigrante fundamentalmente. El número de habitantes de cada distrito y su distribución se pueden ver en la tabla 1.

La población de 0 a 16 años es de 160,385 habitantes y representa el 27% del total (censo 1986) (Fig. 1) siendo una de las áreas de la Comunidad con mayor número de niños (Fig. 2).

Respecto a la distribución de la población infantil por distritos se observa el mayor número en el distrito 1.4 de clase obrera, seguido del distrito 1.2. de clase media y en último lugar el distrito rural 1.1. (Fig. 3 y Tabla 2). Esta distribución no obstante es similar a la de la población general de la tabla 1 (padrón municipal 1988).

Los menores de 13 años representan aproximadamente el 73% del total (118.000 niños) y los de 13 a 17 años el 27% (42.000 adolescentes) (Fig. 4).

En resumen se trata de una de las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid con un mayor número de habitantes y con una mayor proporción de niños y adolescentes.

Tiene la característica de estar compuesta por distritos rurales y urbanos con una amplia representación de la población general.

El estudio se centró en todos los niños de 0 a 16 años que acudieron a una de las consultas externas de la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital General Gregorio Marañón de Madrid durante un período de seis meses. Los pacientes fueron asignados a dicha consulta de forma aleatoria. El número total de pacientes fue de 245, 145 varones (59%) y 100 hembras (41%). Las características de la muestra pueden verse en las tablas 2 y 3.

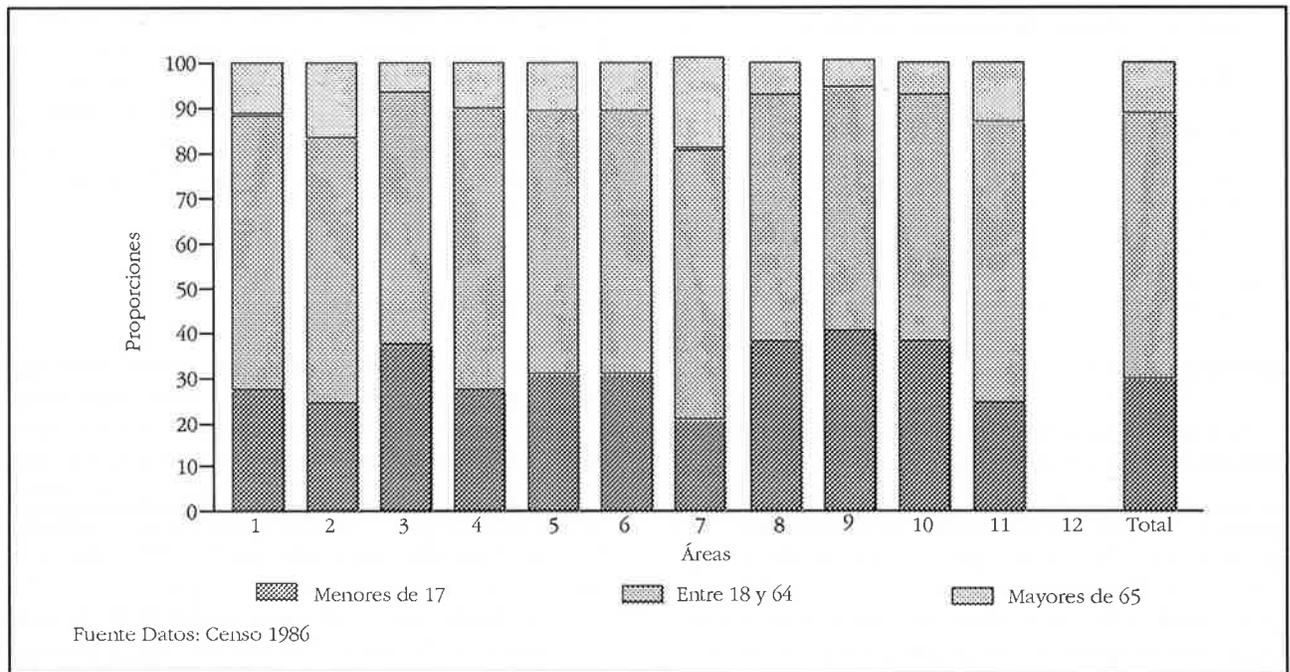


Figura 1. Proporción de habitantes según áreas C. A. M.

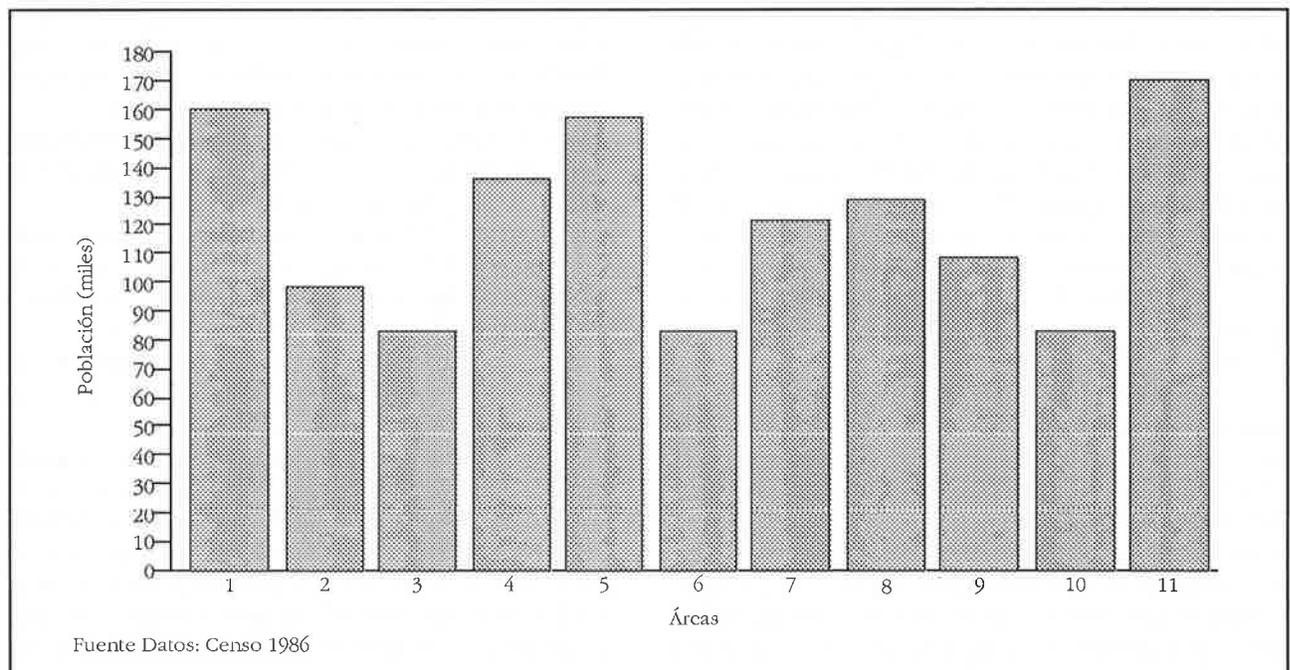


Figura 2. Población menor de 17 años C. A. M.

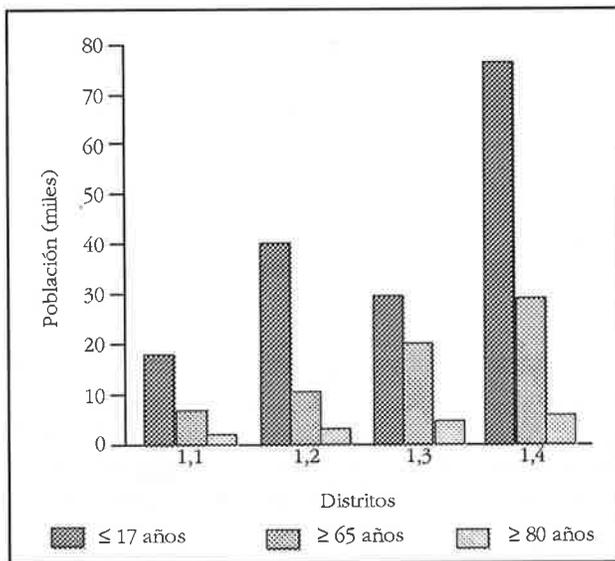


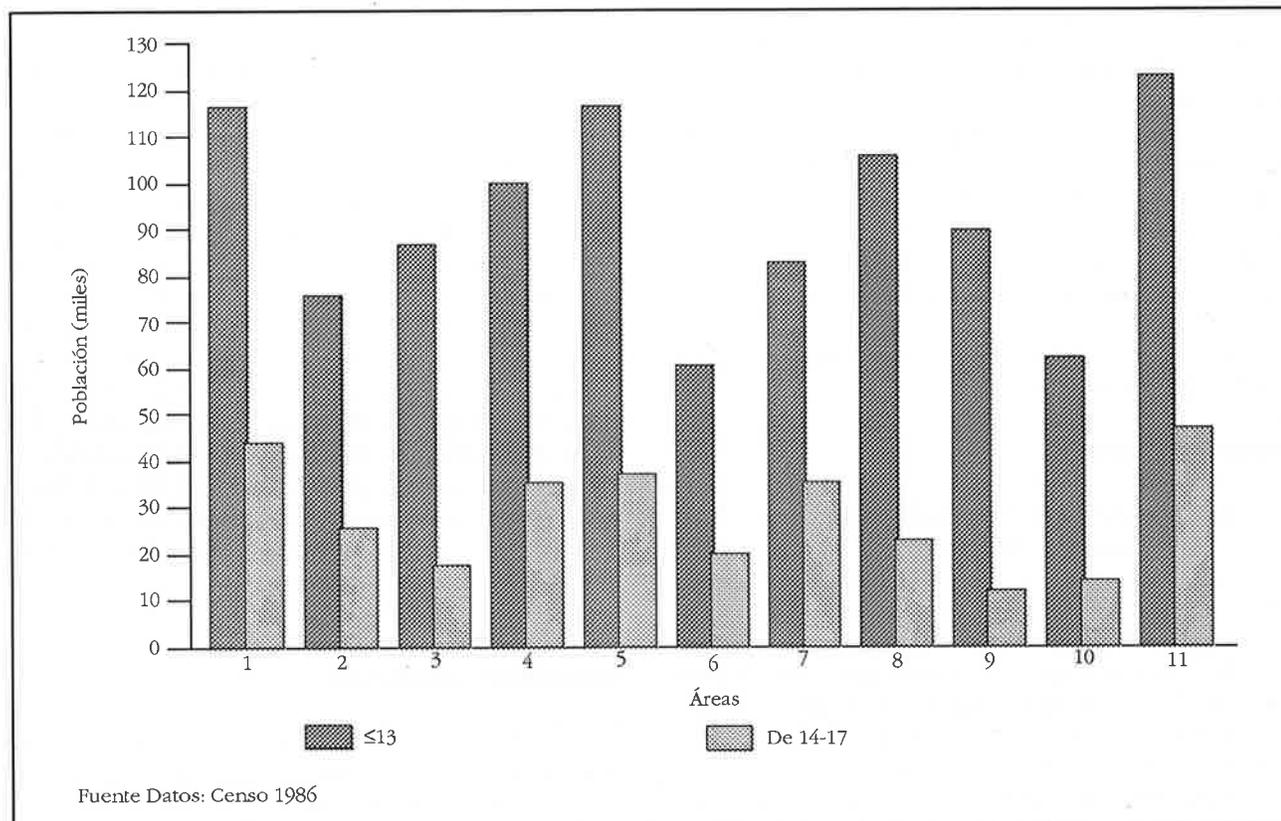
Figura 3. Población desglosada en distritos área 1.

Tabla 2 Población menor de 17 años

Distrito	Total	Proporción
1.1 Arganda	17.371	30,54
1.2 Moratalaz	39.230	27,34
1.3 Retiro	29.405	22,91
1.4 Vallecas	74.378	26,57

La población se subdividió en tres grupos: de 0 a 5 años, de 6 a 11 años y de 12 a 16 años. En este trabajo se expondrán los resultados correspondientes al período escolar de 6 a 11 años. Este grupo está compuesto por 133 niños (54% del total), 78 varones (58,6%) y 55 hembras (41,4%).

Se aplicó un cuestionario semiestructurado, exploración clínica, estudio psicométrico, entrevista con los padres y exploraciones complementarias cuando se consideraron necesarias. Se empleó como clasificación



Fuente Datos: Censo 1986

Figura 4. Población menor de 17 años desglosada C.A.M.

**Tabla 3** Media de edades

Límites de edad	0-5			6-11			12-16		
	H	V	I	H	V	I	H	V	I
X	3,6	3,7	3,6	8,6	9,4	9,0	13,6	13,5	13,5

diagnóstica el DSM-III R. El diagnóstico fue realizado por dos profesionales de modo independiente. Cada paciente acudió a consulta al menos en tres ocasiones.

## RESULTADOS

### Edad y sexo

El grupo de niños de 6 a 11 años representa el 54% del total, correspondiendo el 29,4% a los menores de seis años y el 16,4% a los adolescentes. Si se tiene en cuenta que los tres grupos de edad abarcan cinco, seis y cinco años respectivamente hay que concluir que es en la edad escolar donde se plantea una mayor demanda asistencial, seguida de los lactantes y pre-escolares.

La proporción de varones es del 58,6% y la de hembras del 41,4% en el grupo de escolares, diferencia que tiende a disminuir con la edad 52,5% y 47,5% respectivamente en los adolescentes. Sin embargo, esta diferencia es claramente significativa en el grupo de cero a cinco años en que los varones representan en 63,8% del total.

La media de edad en los tres grupos es de 3,6, 9,0 y 13,5 respectivamente (Tabla 3).

### Motivo de consulta

Existe 43 motivos de consulta diferentes en el grupo total, de los cuales 27 corresponden a los varones y 32 a las hembras (Tabla 4). Los motivos más frecuentes de consulta se refieren a: deficiente rendimiento escolar, retraso mental y dificultades de aprendizaje que se dan en 56 pacientes, seguido de quejas psicósomáticas en 22, rebeldía y oposicionismo en otros 22 casos, encopresis y enuresis en 21, inquietud en 11 casos y tristeza y ansiedad en otros 11 (Tabla 5).

El retraso mental y deficiente rendimiento escolar es motivo de consulta en 37 varones frente a 19 hembras. Las quejas psicósomáticas se dan en ocho varones y en

14 hembras. La enuresis y encopresis en 16 varones y en cinco hembras. La conducta rebelde y oposicionista en 16 varones y en seis hembras. La inquietud en seis varones y en cinco hembras. La tristeza en tres varones y tres hembras y la ansiedad en tres y dos respectivamente. Los tics y los trastornos de identidad sexual se presentan sólo en los varones, cuatro y tres respectivamente.

### Diagnóstico

Los diagnósticos realizados fueron en total 18 y pueden verse en la tabla 6. El mayor número corresponde a: trastornos específicos del desarrollo 20,5%, trastornos de conducta 12%, enuresis y encopresis 12%, trastornos psicofisiológicos 11%, retraso mental 9% y déficit de atención con hiperactividad 5,6%. Siguen a continuación el trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por ansiedad 4% cada uno y trastorno depresivo 3,5%, (Tabla 7). Este grupo de diagnósticos representaron el 82,5% de todos los realizados.

En relación con el sexo, en los varones hay un claro predominio de trastornos específicos del desarrollo, trastorno de conducta, enuresis y encopresis y retraso mental que abarcan el 35,5%, mientras que en las hembras predominan los trastornos psicofisiológicos, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por ansiedad que representan el 13%. El trastorno depresivo se da prácticamente igual en ambos sexos: 2,1% en hembras y 1,4% en varones (Tabla 8), con ligero predominio en el sexo femenino.

Ha habido cuatro diagnósticos exclusivos de los varones: tics en cuatro casos, 2,8%, trastorno de la identidad sexual tres casos, 2,1%, otros trastornos del desarrollo dos casos, 1,4% y un caso de fobia, 0,7%. En cuanto a las hembras se han diagnosticado exclusivamente en este grupo: trastorno por estrés postraumático tres casos, 2,1%, un caso de tricotilomanía y otro de tartamudez (Tabla 9).

### Categorías diagnósticas

Los diferentes diagnósticos se han agrupado en tres categorías diagnósticas fundamentales:

- A) Trastornos del desarrollo y retraso mental.
- B) Trastornos emocionales.
- C) Trastornos de conducta e hiperactividad

**Tabla 4 Motivos de consulta**

	<i>Varones</i>		<i>Hembras</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Deficiente aprendizaje escolar	10	(5,9)	6	(3,5)	16	(9,4)
Retraso escolar	4	(2,3)	1	(0,5)	5	(2,9)
Retraso en el lenguaje	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Retraso en el desarrollo	2	(1,1)	0	—	2	(1,1)
Valoración intelectual	8	(4,7)	3	(1,7)	11	(6,5)
Dificultad en la lecto-escritura	2	(1,1)	3	(1,7)	5	(2,9)
Déficit auditivo	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Retraso mental	2	(1,1)	1	(0,5)	3	(1,7)
Tartamudez	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Problemas de memoria	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Autismo	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Dificultades en articulación del lenguaje	5	(2,9)	4	(2,3)	9	(5,3)
Cefaleas	4	(2,3)	2	(1,1)	6	(3,5)
Procesos psicossomático	1	(0,5)	4	(2,3)	5	(2,9)
Tristeza	2	(1,1)	3	(1,7)	5	(2,9)
Conducta inmadura	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Anorexia	1	(0,5)	2	(1,1)	3	(1,7)
Tics	4	(2,3)	0	—	4	(2,3)
Dolores abdominales	1	(0,5)	2	(1,1)	3	(1,7)
Terrores nocturnos	0	—	2	(1,1)	2	(1,1)
Timidez	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Ansiedad	2	(1,1)	2	(1,1)	4	(2,3)
Vómitos	1	(0,5)	1	(0,5)	2	(1,1)
Ansiedad postraumática	0	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Crisis asmáticas	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Obesidad	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Masturbación	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Trastornos del sueño	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Cambios en el estado de ánimo	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Mareos	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Compulsiones y rituales	2	(1,1)	2	(1,1)	4	(2,3)
Ideas extrañas	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Orden excesivo	1	(0,5)	1	(0,5)	2	(1,1)
Preocupación excesiva por los estudios	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Enuresis	13	(7,7)	5	(2,9)	18	(10,6)
Oposicionismo	13	(7,7)	4	(2,3)	17	(10,0)
Rebeldía	1	(0,5)	2	(1,1)	3	(1,7)
Autoagresión	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Inquietud	3	(1,7)	4	(2,3)	7	(4,0)
Hiperactividad	3	(1,7)	1	(0,5)	4	(2,3)
Encopresis	3	(1,7)	0	—	3	(1,7)
Deficiente atención	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Alteraciones en la conducta alimenticia	2	(1,1)	0	—	2	(1,1)
Agresión	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Malos tratos	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Impulso de arrancarse el pelo	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Preferencias por conductas femeninas	3	(1,7)	0	—	3	(1,7)
Total	100		69		169	

168

**Tabla 5 Motivos de consulta más frecuentes**

	Varones	Hembras	Total
Retraso mental, del desarrollo y deficiente rendimiento escolar	37	19	56
Quejas psicósomáticas	8	14	22
Rebeldía y oposicionismo	16	6	22
Enuresis y encopresis	16	5	21
Inquietud	6	5	11
Tristeza y ansiedad	6	5	11
Tics	4	0	4
Conductas femeninas	3	0	3
Total	96	54	150

**Tabla 7 Diagnósticos más frecuentes**

	Nº	%
Trastorno específico del desarrollo	29	20,5%
Trastorno de conducta	17	12%
Enuresis y encopresis	17	12%
Trastornos psicofisiológicos	16	11,3%
Retraso mental	13	9,2%
Déficit atención con hiperactividad	8	5,6%
Trast. obsesivo compulsivo	6	4,2%
Trastorno por ansiedad	6	4,2%
Trastorno depresivo	5	3,5%
Total	117	82,5%

**Tabla 6 Diagnósticos**

	Varones		Hembras		Total	
	N	%	N	%	N	%
Autismo	4	(2,8)	3	(2,1)	7	(4,9)
Retraso mental	7	(4,9)	6	(4,2)	13	(9,2)
Trastornos específicos del desarrollo	19	(13,4)	10	(7,0)	29	(20,4)
Otros trastornos del desarrollo	2	(1,4)	0	—	2	(1,4)
Tartamudez	0	—	1	(0,7)	1	(0,7)
Trast. por ansiedad	2	(1,4)	4	(2,8)	6	(4,2)
Trast. por psicofisiológicos	6	(4,2)	10	(7,0)	16	(11,3)
Fobia	1	(0,7)	0	—	1	(0,7)
Trast. obsesivo-compulsivos	2	(1,4)	4	(2,8)	6	(4,2)
Trast. depresivos	2	(1,4)	3	(2,1)	5	(3,5)
Trast. por estrés postraumático	0	—	3	(2,1)	3	(2,1)
Enuresis y encopresis	12	(8,5)	5	(3,5)	17	(12,0)
Trast. de conducta	12	(8,5)	5	(3,5)	17	(12,0)
Trast. por déficit de atención con hiperactividad	7	(4,9)	1	(0,7)	8	(5,6)
Maltrato	1	(0,7)	1	(0,7)	2	(1,4)
Tricotilomanía	0	—	1	(0,7)	1	(0,7)
Trast. de la identidad sexual en la infancia	3	(2,1)	0	—	3	(2,1)
Trast. por tics	4	(2,8)	0	—	4	(2,8)
Total	84		57		141	(100)

A éstas se han añadido otras tres categorías secundarias dado el reducido número de casos que las componen:

D) Maltrato

E) Tricotilomanía.

F) Trastorno de la identidad sexual (Tabla 10).

En la tabla 11 puede apreciarse cómo las tres primeras categorías incluyen el 95% de los diagnósticos con un claro predominio del retraso mental y trastornos del desarrollo que abarca el 36% seguido de los trastornos

de conducta e hiperactividad y de los trastornos emocionales que representan el 29,5% respectivamente.

En relación al sexo los varones sufren en mayor proporción: trastornos del desarrollo y retraso mental 22,5% frente a un 13,5% de hembras y trastorno de conducta e hiperactividad 21,9% frente a un 7,8% de hembras.

Las niñas por su parte padecen con más frecuencia trastornos de carácter emocional, el 17,5% frente al 12% de varones.

**Tabla 8 Diagnósticos en relación con el sexo**

	<i>Varones</i>		<i>Hembras</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Trastorno específico del desarrollo	19	(13,4)	10	(7,1)	29	(20,5)
Trastorno de conducta	12	(8,5)	5	(3,5)	17	(12)
Enuresis y encopresis	12	(8,5)	5	(3,5)	17	(12)
Trastornos psicofisiológicos	6	(4,2)	10	(7,1)	16	(11,3)
Retraso mental	7	(4,9)	6	(4,2)	13	(9,2)
Déficit atención con hiperactividad	7	(4,9)	1	(0,7)	8	(5,6)
Trastorno obsesivo compulsivo	2	(1,4)	4	(2,8)	6	(4,2)
Trastorno por ansiedad	2	(1,4)	4	(2,8)	6	(4,2)
Trastorno depresivo	2	(1,4)	3	(2,1)	5	(3,5)
Total	69	(48,5)	48	(34)	117	(82,5)

**Tabla 9 Diagnósticos exclusivos de los varones o de las hembras**

	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Varones</i>		
Fobia	1	0,7
Otros trastornos del desarrollo	2	1,4
Trastorno de la identidad sexual	3	2,1
Tics	4	2,8
Total	10	7,0
<i>Hembras</i>		
Trastorno por estrés postraumático	3	2,1
Tartamudez	1	0,7
Tricotilomanía	1	0,7
Total	5	3,5

**Tabla 10 Categorías diagnósticas**

<i>Categorías diagnósticas</i>	<i>Diagnósticos</i>
A	-Autismo -Retraso mental -Otros trast. del desarrollo -Trastornos específicos del desarrollo -Tartamudez
B	-Trastornos depresivos -Trastornos por ansiedad -Fobia -Trastornos obsesivo-compulsivo -Trastornos psicofisiológicos -Tras. por estrés postraumático -Trastornos por tics
C	-Trastornos de conducta -Trast. por déficit de atención con hiperactividad -Enuresis y encopresis
D	-Maltrato
E	-Tricotilomanía
F	-Trast. de la identidad sexual en la infancia

## DISCUSIÓN

En este trabajo se analiza una muestra de 133 niños de 6 a 11 años pertenecientes a un grupo total de 245 pacientes de 0 a 16 años procedentes de una población general de 160.385 habitantes de esa misma edad. La clase social abarca desde clase obrera emigrante a clase media-alta, incluyendo un grupo rural.

La mayor demanda asistencial se da en el grupo de escolares de 6 a 11 años lo cual es atribuible a que en esa edad se manifiestan con especial dramatismo los retrasos del desarrollo, el retraso mental y los trastornos de conducta ya que comienza la escolarización.

El grupo más amplio de motivos de consulta se refiere a temas relacionados con retrasos del desarro-

llo y aprendizaje y retraso mental, y sigue el de quejas psicósomáticas, patología esta típica de la edad escolar. Hay que tener en cuenta además que se trata de un Hospital Infantil donde muchos pacientes proceden de la interconsulta de otras especialidades pediátricas. A continuación se sitúan las consultas en

Tabla 11

Categorías diagnósticas	Varones		Hembras		Total	
	N	%	N	%	N	%
A	32	(22,6)	19	(13,4)	51	(36,1)
B	17	(12)	25	(17,7)	42	(29,7)
C	31	(21,9)	11	(7,6)	42	(29,7)
D	1	(0,7)	1	(0,7)	2	(1,4)
E	0	—	1	(0,7)	1	(0,7)
F	3	(2,1)	0	—	3	(2,1)
Total	84	(59,5)	57	(40,5)	141	(100)

relación con trastornos de conducta y trastorno emocionales.

En relación con el sexo, la variedad de motivos de consulta es ligeramente más alta en las hembras, 32 frente a 27 en los varones.

Puede concluirse que los varones consultan más en relación con problemas de rendimiento escolar, retrasos del desarrollo, dificultades de aprendizaje<sup>(3)</sup>, y trastornos de conducta e inquietud<sup>(4)</sup>. Las quejas psicósomáticas son más frecuentes en las niñas mientras que la tristeza y ansiedad es motivo de consulta en ambos grupos en similar proporción, así como las obsesiones y las conductas compulsivas. Existe un caso de tricofilomanía en una niña.

Se observa una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en los varones en relación a las hembras<sup>(5)</sup>, diferencia que disminuye con la edad. Es máxima en los varones menores de seis años 63,8%, pasa al 58,6% en los escolares y decrece hasta el 52,5% en los adolescentes. Es decir, la relación V/H pasa de 2/1 en los más pequeños a 1/1 en los adolescentes.

Los diagnósticos más frecuentes corresponden a trastornos específicos del desarrollo, lo cual significa la importancia del aprendizaje a esta edad, retraso mental y trastornos de conducta, ambos más frecuentes en los varones que en las hembras, lo cual coincide con otros autores<sup>(5)</sup>. Siguen en frecuencia los trastornos psicósomáticos que son además más frecuentes en las niñas, como también lo son el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por ansiedad.

En términos generales la mayoría de los trastornos psiquiátricos en la infancia son más frecuentes en los varones que en las hembras Rutter y Garmeiz 1983<sup>(5)</sup>

excepto en los trastornos emocionales que suelen tener una distribución similar en ambos sexos en contraste con lo que sucede en el adulto. A partir de la adolescencia habría un mayor predominio en las hembras. En este trabajo se observa ya este predominio en la edad escolar. Destaca también la cifra de un 5,5% de trastorno obsesivo compulsivo, otros autores dan cifras de un 0,2% en poblaciones clínicas<sup>(6)</sup>. Probablemente un alto porcentaje de estos trastornos no se diagnostican. Sin embargo, son los trastornos obsesivo compulsivo los que tienen una mayor continuidad desde la infancia a la vida adulta. La presencia de tics preferentemente en varones, así como la enuresis y encopresis coincide con la mayoría de los trabajos en este tema<sup>(7)</sup>, llamando la atención la presencia de un caso de tricofilomanía en una muestra relativamente reducida.

Existen tres categorías diagnosticadas en la edad escolar: la primera está formada por el autismo, otros trastornos y retrasos del desarrollo y el retraso mental. Suelen comenzar durante los tres primeros años de vida pero se diagnostican más tarde en muchos casos. Predominan en varones. La segunda categoría está formada por el amplio grupo de los trastornos emocionales que pueden comenzar a cualquier edad y afectan tanto a varones como a hembras. En este trabajo se da un predominio en las segundas. La tercera categoría está formada por los trastornos de conducta que pueden comenzar a cualquier edad y que tienen un claro predominio en los varones tanto el trastorno de la conducta social, como la hiperactividad, la enuresis y encopresis<sup>(4,8,9)</sup>. Estas tres categorías abarcan el 95% de los diagnósticos de esta edad.

---

**BIBLIOGRAFÍA**

171

- 1 Jaspers K. *General Psychopathology*. University Press, Manchester, 1962.
- 2 Scadding JC. The concepts of disease: a response. *Psychol Med* 1980;**20**:425-427.
- 3 Ackerman P, Dykman R, Oglesby D. Sex and group differences in reading and attention disordered children with and without hyperkinesis. *J Learning Disabilities* 1983;**16**:407-415.
- 4 McGee R, Share D. Attention deficit disorder-hyperactivity and academic failure: Which comes first and what should be treated? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;**27**:318-325.
- 5 Rutter M, Garmezy N. Developmental psychopathology. En: Hetherington EM, ed. *Socialization, personality and social development*. Handbook of Child Psychology, Wiley, New York, 1983;**4**:
- 6 Hollingsworth C, Tanguay P, Grossman L. Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1980;**19**:134-144.
- 7 Shappiro AK, Shappiro ES, Bruun RD, Sweet TRD. *Gilles de la Tourette Syndrome*. Raven Press, New York, 1978.
- 8 Essen J, Peckham C. Nocturnal enuresis in childhood. *Developed Med Child Neurol* 1976;**18**:577-589.
- 9 Davie R, Butler N, Goldstein H. *From birth to seven*. Longman, London, 1972.
- 10 Zahner GEP, Pauls DL. Epidemiological surveys of infantile autism. En: Cohen E, Donnellan A, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York, John Wiley and Sons, 1987.
- 11 Scadding JG. What is a case? Book review. *Psychol Med* 1982;**12**:207-208.