

L. Lázaro i García¹
J. Toro i Trallero²

Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica.
Facultad de Medicina. H.C.B. Barcelona.

1 Psiquiatra. Sección Psiquiatría Infantil y Juvenil

2 Psiquiatra y Psicólogo. Profesor titular de Psiquiatría.

Jefe de la Sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital
Clínico de Barcelona

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

Características de la población de
6-11 años visitada en la sección
de Psiquiatría Infantil y Juvenil
del Hospital Clínic i Provincial de
Barcelona

*Clinical features of the
population between 6-11 years
that attended the Child-Young
Psychiatry Unit of the Hospital
Clínic i Provincial de Barcelona*

RESUMEN

Se revisan algunas características clínicas de la población escolar atendida en una sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Por diversas razones (la sección se dedica mayoritariamente a la asistencia de adolescentes, está especializada en la asistencia de otros trastornos de larga duración, no estaba incorporada a la red asistencial pública catalana y compartía las consultas primarias de estas edades con una unidad pediátrica en el mismo hospital) no es posible generalizar los resultados obtenidos a la población clínica general de esta edad.

PALABRAS CLAVE

Epidemiología. Psicopatología infantil.

ABSTRACT

Some of the clinical features of the school population that attended a Child-Young Psychiatry Department are reviewed. For some reasons (this unit is mainly dedicated to adolescents' assistance; it is also specialised in dealing with long-term disorders; it wasn't plugged to the catalan public attendance net; and primary consultations at these ages were shared with the Pediatric Unit of the same hospital) it is not possible to generalize the results obtained to the general clinical population of this age.

KEY WORDS

Epidemiology. Child psychopathology.

Tabla 1 Motivos de consulta (referidos por los padres)

	N	%
Enuresis	28	31,8%
Bajo rendimiento	18	20,5%
Trastornos de conducta	12	13,6%
Síntomas somáticos	4	4,5%
Patología médica	4	4,5%
Baja autoestima, inseguridad, dificultades de relación	3	3,4%
Fobia	3	3,4%
Trastornos alimentarios	2	2,3%
Sintomatología depresiva	2	2,3%
Establecer un diagnóstico	2	2,3%
Ansiedad	2	2,3%
Encopresis	2	2,3%
Tics	1	1,1%
Separación de los padres	1	1,1%
Trastornos del sueño	1	1,1%
Problemas escolares	1	1,1%
Onanismo	1	1,1%
Retraso mental	1	1,1%

INTRODUCCIÓN

La sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona está integrada en la Subdivisión de Psiquiatría de dicho hospital. Al presentar esta revisión de alguna de las características de la población escolar (6-11 años) atendida, es preciso tener en cuenta ciertas peculiaridades de la tarea asistencial de la mencionada Sección, peculiaridades que consideradas en su conjunto sesgan notablemente las características de la población asistida, lo que debe impedir generalizar las posibles conclusiones que pudieran formularse.

En efecto, desde siempre la Sección se ha dedicado mayoritariamente a la asistencia de adolescentes (12 a 18 años). Es más, en un estudio finalizado en el año 1990 se observaba que en los tres últimos años el promedio de edad de la población atendida aumentaba alrededor de nueve meses por año.

Por otro lado, hasta 1992 la Sección no se ha incorporado a la incipiente red asistencial pública catalana de psiquiatría infantil y juvenil. En consecuencia, la no sectorización implicaba la posibilidad de seleccionar los casos asistidos en función de tres criterios: urgencia/gravedad, utilidad para alguna línea de investigación, y procedencia del Hospital Clínic. Se ha rechazado todo

trastorno que, procedente de fuera del hospital, implicara exclusivamente retraso escolar o déficits específicos del desarrollo.

Asimismo hay que tener en cuenta la presencia de una pequeña unidad, atendida por algunos colaboradores ajenos a la plantilla del hospital, ubicada en la consulta externa de la clínica pediátrica, que absorbe una parte de las consultas de carácter primario que suelen producirse en estas edades.

Por fin, cabe señalar que la especialización de la sección en la asistencia de determinado tipo de trastornos de larga duración (del comportamiento alimentario, obsesivos...) y la no derivación de ningún paciente a otros centros (por lo menos hasta 1992), supone una saturación muy elevada de la consulta, en detrimento del número total de casos atendidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han revisado las historias clínicas de todas los niños de 6 a 11 años visitados por primera vez durante los años 1990 y 1991. Se trata de 88 niños que constituyen el 30% de todas las primeras visitas. La edad promedio es de $8,76 \pm 1,59$ años. Son varones 55 (62,5%) de ellos y hembras 33 (37,5%)

RESULTADOS

Motivo de consulta

En la tabla 1 se enumeran los distintos motivos de consulta tal como son formulados por los padres durante la primera entrevista. Se han recogido 19 motivos. Algunos de ellos conllevan un diagnóstico (p.e., tics, enuresis); otros, describen situaciones de riesgo (p.e., separación de los padres); otros se centran en posibles síntomas (p.e., inseguridad).

Derivación de las consultas

Las personas o instituciones que han remitido los pacientes a la consulta han sido clasificadas en 10 géneros de agentes (Tabla 2). En 48 (54,6%) casos han sido remitidos por médicos, mayoritariamente del propio Hospital Clínic.

174

Tabla 2 Agentes derivadores de las consultas

	N	%
Médicos HCP	18	20,5
Pediatras	3	3,4
Neuropsiquiatra ICS	2	2,3
Otros médicos	25	28,4
Personal HCP	13	14,7
Urgencias HCP	2	2,3
Iniciativa de los padres	3	3,4
Colegio	5	5,7
Psicólogo	3	3,4
Otros	2	2,3
No consta	12	13,6

Tabla 4 Casos (N=7) con doble diagnóstico

<i>Diagnóstico primario</i>	<i>Diagnóstico secundario</i>
Fobia	+ Trastorno depresivo
Retraso mental	+ Encopresis
Trastorno de Tourette	+ Enuresis
Enuresis	+ Fracaso escolar
Trastorno de la identidad sexual	+ Fracaso escolar
Trastorno específico del desarrollo	+ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Trastorno de conducta	+ Enuresis funcional

Diagnósticos

En la tabla 3 se enumeran los diagnósticos principales-actuales- atribuidos a los 88 casos estudiados. Siempre se han utilizado criterios DSM-III-R. Obsérvese que el 33% de ellos son enuresis funcionales, siendo éste el diagnóstico mayoritario. La explicación de este hecho reside, por lo menos en parte, en el hecho de que durante este período de tiempo la Sección estaba realizando una investigación sobre este trastorno, y por tanto aceptando específicamente los casos correspondientes.

Uno de cada cuatro casos queda sin diagnosticar. Ello supone en la inmensa mayoría de las ocasiones que no se detectó patología propiamente dicha. En algunos casos concretos podía suceder que la sintomatología presente no permitiera satisfacer todos los criterios DSM-III o DSM-III-R para el diagnóstico de un trastorno. En el apartado "retraso escolar" se han englobado algunos trastornos específicos del desarrollo.

Tabla 3 Diagnóstico principal

	N	%
Enuresis funcional	29	33,0%
Retraso escolar	6	6,8%
Trastornos de conducta	4	4,5%
Trastorno de la Tourette	4	4,5%
Trastornos adaptativo	3	3,4%
Retraso mental	3	3,4%
Trastornos específicos del desarrollo	3	3,4%
Trastorno depresivo	2	2,3%
Fobia simple	2	2,3%
Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	2	2,3%
Encopresis funcional	2	2,3%
Trastorno esquizofreniforme	1	1,1%
Trastorno por ansiedad excesiva	1	1,1%
Trastorno de angustia por separación	1	1,1%
Trastorno de la conducta alimentaria no especificados	1	1,1%
Trastorno de la identidad sexual	1	1,1%
Oposicionismo	1	1,1%
Sin diagnóstico	22	25,0%

A siete de los pacientes les fue atribuido un doble diagnóstico en el momento de la consulta (Tabla 4).

Sintomatología

Sesenta y seis de los 88 niños estudiados habían sido evaluados psicopatológicamente mediante una versión de la *Child Behavior Checklist* cumplimentada por los padres inmediatamente después de haberse desarrollado la primera visita y confeccionado la historia clínica. Las puntuaciones T medias (normalización original) obtenidas son de $64,24 \pm 11,37$ para la sintomatología interiorizada y de $64,69 \pm 11,73$ para la exteriorizada. Por encima de una nota $T=70$ -posible umbral para la patología- se sitúan 19 (28,5%) niños en el factor interiorizado y 26 (39%) en el exteriorizado.

De modo totalmente arbitrario, hemos seleccionado una serie de ítems que por sí solos pudieran constituir un trastorno o que explícita o implícitamente constituyeran sintomatología encuadrable en alguno de los cuadros aceptados por las actuales clasificaciones internacionales. Se incluyen en la tabla 5, en la que, en cursiva, se indican los posibles síndromes o trastornos hacia que apuntarían los síntomas o características investigados.

Tabla 5 Items del C.B.C. agrupados por trastornos en función de su posible carácter sintomático (N=66)

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
<i>Trastorno de déficit de atención con hiperactividad</i>			
No puede concentrarse ni prestar atención durante mucho rato	18 (27,3%)	26 (39,4%)	22 (33,3%)
No puede sentarse quieto ni estar tranquilo; siempre está moviéndose	10 (15,2%)	32 (48,5%)	24 (36,4%)
<i>Trastorno de conducta</i>			
Ataca físicamente a otras personas	54 (81,8%)	11 (16,7%)	1 (1,5%)
Roba en casa	61 (92,4%)	5 (7,6%)	
Falta a la escuela sin motivo (hace novillos)	64 (97,0%)	2 (3,0%)	
<i>Enuresis</i>			
Se orina encima durante el día	60 (90,9%)	4 (6,1%)	2 (3,0%)
Se orina en la cama	40 (60,6%)	8 (12,1%)	18 (27,3%)
<i>Encopresis</i>			
Se hace sus necesidades encima	61 (92,4%)	4 (6,1%)	1 (1,5%)
<i>Tics</i>			
Hace movimientos nerviosos o tiene tics	47 (71,2%)	12 (18,2%)	7 (10,6%)
<i>Rendimiento escolar</i>			
Su trabajo escolar es deficiente	28 (42,4%)	17 (25,8%)	21 (31,8%)
<i>Trastorno de identidad sexual</i>			
Actúa como si fuera del sexo opuesto	2 (93,9%)	4 (6,1%)	
<i>Alucinaciones</i>			
Oye cosas o a personas que no están presentes	64 (97%)	2 (3,0%)	
Ve cosas que no están presentes	60 (90,9%)	6 (9,1%)	
<i>Ansiedad</i>			
Es demasiado miedoso o angustiado	37 (56,1%)	19 (28,8%)	10 (15,2%)
Teme hacer el ridículo y se desconcierta fácilmente	33 (50,0%)	25 (37,9%)	8 (12,1%)
Es tímido o vergonzoso	25 (37,9%)	30 (45,5%)	11 (16,7%)
<i>Fobia escolar</i>			
Tiene miedo a ir al colegio	56 (84,8%)	9 (13,6%)	1 (1,5%)
<i>Trastorno depresivo</i>			
Se queja o piensa que nadie le quiere	37 (56,1%)	25 (37,9%)	4 (6,1%)
Cree que es inútil o inferior a los demás	45 (68,2%)	14 (21,2%)	7 (10,6%)
Está descontento, triste o deprimido	38 (57,6%)	23 (34,8%)	5 (7,6%)
<i>Suicidio</i>			
Se hace daño expresamente o ha intentado suicidarse	65 (5,6%)	1 (1,5%)	
Dice que se quiere matar	64 (97,0%)	2 (3,0%)	
<i>Insomnio</i>			
Duerme menos que la mayoría de los niños	53 (80,3%)	10 (15,2%)	3 (4,5%)
<i>Quejas somáticas</i>			
Tiene trastorno físicos a los que no se ha encontrado una causa médica			
Nº de quejas distintas	0	1-4	5-11
	29 (43,9%)	(47,0%)	6 (9,0%)
1º Dolores de barriga			
2º Dolores de cabeza			
3º Vómitos			

176

Tabla 6 Comparación de síntomas (ítems C.B.C.) entre niños y niñas

	χ^2	P	Predominio
Tr. déficit atención + hiperactividad	5,2586	0,261	
Hiperactividad	6,1205	0,046*	Niños
Trastorno e conducta	2,8349	0,585	
Enuresis	11,9513	0,017*	Niñas
Encopresis	1,1852	0,552	
Tics	3,9571	0,138	
Rendimiento escolar	0,1132	0,945	
Trastorno de identidad sexual	0,1455	0,702	
Alucinaciones	0,3112	0,576	
Ansiedad	8,0510	234	
Miedoso o angustiado	7,1821	0,027*	Niñas
Es tímido y vergonzoso	6,2527	0,043*	Niñas
Fobia escolar	1,5520	0,460	
Trastorno depresivo	5,0064	0,543	
Insomnio	1,3860	0,500	
Suicidio	0,0746	0,784	
	t	p	
Quejas somáticas	-1,83	0,071	

Tabla 8 Tipos de tratamiento

	N	%
Farmacológico ± cognitivo-conductual	22	(32,8%)
Cognitivo-conductual	45	(67,1%)

Estas agrupaciones de ítems -recuérdese la arbitrariedad de su selección- han sido estudiadas a fin de verificar si existía algún predominio de alguna de ellas en función del sexo. En la tabla 6 puede observarse que aparecen diferencias significativas en cuatro ítems. El predominio de varones se da en la "hiperactividad" y el de las niñas en "enuresis", "ser miedoso o angustiado" y "ser tímido o vergonzoso".

Tratamiento

El 23,8% de la población estudiada no recibió tratamiento alguno (Tabla 7). En todos los casos tratados la terapéutica individual fue complementada con algún tipo de intervención dirigida a los padres. Cuatro casos (4,5%) fueron tratados en régimen de hospitalización.

Tabla 7 Casos tratados

	N	%
Individual + padres	67	76,1%
Sin tratamiento	21	23,8%
Ingreso hospitalario	4	4,5%

Tabla 9 Fármacos utilizados

	N	%
Neurolépticos	6	27,3%
Antidepresivos	9	40,9%
Metilfenidato	3	13,6%
NRL + ADT + BZD	2	9,1%
Otros	2	9,1%

Algo más de la mitad de la población tratada lo fue exclusivamente mediante procedimientos psicoterápicos de orientación cognitivo-conductual (Tabla 8). Uno de cada cuatro niños tratados recibió algún tipo de fármaco, pero siempre complementado por la intervención psicoterápica. En la tabla 9 se describen los fármacos utilizados.

Durante el periodo estudiado (1990-1991) casi la mitad de los niños (48,8%) habían recibido el alta definitiva. Un 34,1% estaban en situación de alta provisional o habían abandonado el tratamiento. En el momento de realizar este estudio (Abril de 1992) proseguían su tratamiento el 17%. En los casos tratados, la duración promedio del tratamiento fue de 5 meses, con una frecuencia promedio de visitas de 15-20 días.

CONCLUSIONES

Este estudio tiene un carácter meramente descriptivo de una experiencia asistencial muy concreta. Dadas las características peculiares del grupo estudiado y del centro asistencial, renunciamos a extraer conclusiones, puesto que no es posible generalizarlas dada su escasa representatividad. Su interés, así lo creemos, sólo puede hallarse en el contexto del centro en cuestión, y por lo tanto está en relación casi exclusiva con su régimen asistencial y organizativo interno.