

M. C. Ballesteros Alcalde¹
M. A. Franco Martín²
M. C. Pérez Puente³
A. Royuela Rico³
A. Ruiz Otazo²

Ingresos psiquiátricos infanto-juveniles. Estudio descriptivo

1 Jefe de la Sección Infanto-Juvenil. Prof. Asociado Psiquiatría.
2 F.E.A. Psiquiatría. Sección Infanto-Juvenil.
3 M.I.R. Psiquiatría.
Departamento de Psiquiatría.
Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
Hospital Clínico Universitario, Valladolid

Correspondencia

M. C. Ballesteros Alcalde.
Hospital Clínico Universitario.
Avda. Ramón y Cajal 3, 47011 Valladolid

Child-young psychiatric in- patients. Descriptive study

Ponencia Oficial. XXXII Reunión Anual SEPIJ. Valencia.

RESUMEN

Objetivo. Análisis de la demanda asistencial de pacientes de menos de 18 años en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Universitario de Valladolid.

Metodología. Estudio descriptivo del total de población. Se estudian todos los ingresos psiquiátricos de pacientes menores de 18 años (N=88; 56 mujeres y 32 varones) en la Unidad de Hospitalización del departamento de psiquiatría del hospital Universitario (H.C.U.) de Valladolid (24 camas), durante el quinquenio de 1988-1992. Se describen las características de la población, protocolo, métodos y red asistencial.

Resultados. Los resultados se agrupan en 15 conjuntos de variables que se analizan e interpretan clínica y epidemiológicamente. Las variables sociodemográficas fueron la edad media (16,4 + 1,4), estado civil (94,3% solteros), tipo de trabajo (67% estudiantes y 13,6% trabajadores no cualificados), origen y residencia predominantemente urbana, y finalmente un nivel socio-económico medio preferentemente. La distribución de los ingresos por años, meses y días de la semana parecen seguir unos determinados

patrones a comprobar en series más prolongadas. Los pacientes fueron enviados por el psiquiatra (90%), solicitado por los padres y familia (52%) o por el médico de familia (31%) y procedían de la propia sección (29%) o del servicio de urgencias del H.C. (49%). Los tres motivos predominantes de ingresos fueron los intentos de suicidio (44%), crisis de agitación con agresividad (24%) y peligro vital con graves trastornos alimentarios (36%). Los diagnósticos al alta según el DSMIII-R. fueron 309, x (29%), 307.1 y 5x (23%). Se estudian los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos realizados y la situación al alta con mejoría en 74 casos (78% varones y 93% mujeres). Reingresaron por recaída el 26% de los hombres y el 39% de las mujeres, y por reagudización sintomatológica el 14% y 19% respectivamente. Incluye cinco tablas y cuatro figuras.

PALABRAS CLAVE

Asistencia hospitalaria; Clínica paidosiquiátrica; Hospitalización mental; Hospitalización paidosiquiátrica breve en España.

228 ABSTRACT

Objectives. *It is to evaluate the needs of care for patients under 18 in the in the Psychiatry Unit of the University Hospital in Valladolid.*

Methodology. *A descriptive study is made. Every in-patient who was less than 18 in the psychiatry Unit of the University Hospital in Valladolid (N=88: 56 women and 32 men) are studied from 1988 to 1992. The population characteristics, method used, care and framework are described.*

Results. *The results are joined in 15 variables which are analyzed about epidemiological and clinical subjects. The sociodemographic variables were main age (16.4 + 1.4 years) status (94.3% singles), type of job (67% students and 13.6% unqualified workers), place of born and life (urban) and, at last, the socio-economic status was low. The in-comes during the years, months or days of week show a single pattern which must be evaluated in future papers. Patients were sent by the psychiatry (90%) and the in-come was demanded by the parents and family (52%) or family doctor (31%) and their procedence was the child and adolescent psychiatry unit (29%) or the emergency services (49%). The main three reasons for the in-come were the suicide attempts (44%) aggressive seizures (24%) and serious feeding diseases (36%). The DSM-III-R diagnosis were 309.x (29%), 307.1 y 5x (23%). The psychopharmacological and psychoterapical treatments were studied and the authors observe that 74% of patients were better after in-come (78% of men and 93% of women). 26% in men and 39% in women had to in-come again because they relapsed. Also the increase of the symptomatology was a cause to in-come in 14% men and 19% women. The paper presents 5 tables and 4 figures.*

KEY WORDS

Child psychiatric clinical hospitalization care; Mental hospitalization; Child psychiatric brief hospitalization in Spain.

INTRODUCCIÓN

Las primeras unidades de ingreso psiquiátrico para niños y adolescentes parece ser que fueron establecidas

después de la primera guerra mundial en los EEUU para la asistencia a niños que habían sufrido encefalitis y presentaban trastornos del comportamiento⁽¹⁾. No hubo un incremento significativo en un número de este tipo de unidades -manteniéndose su escasez- en los 40 años siguientes. Woolston⁽²⁾ atribuye a la confluencia de una serie de factores científicos, políticos y económicos su crecimiento más rápido a partir de la década de los 70.

Las Unidades para pacientes paidopsiquiátricos ingresados en Hospitales Generales se crean con unas indicaciones y unos objetivos terapéuticos distintos a los de otras instituciones y tratamientos residenciales psiquiátricos. Suponen la posibilidad de aunar el trabajo en equipo de psiquiatras, médicos de otras especialidades, psicólogos, trabajadores sociales y maestros en su caso, así como la utilización de exploraciones complementarias y tecnologías diagnósticas avanzadas necesarias en ciertos trastornos mentales, y facilita el tratamiento, y la observación de los resultados y su evolución en diversos cuadros en los que los cuidados domiciliarios harían más difícil la necesaria estrecha colaboración del equipo y la familia o dificultarían el manejo del paciente.

Falta aún una conceptualización satisfactoria de los objetivos de la *hospitalización breve* y una *evaluación de su eficacia*, que muestre su superioridad sobre la asistencia paidopsiquiátrica intensiva llevada a cabo ambulatoriamente⁽³⁾. Se han propuesto algunos modelos, entre ellos el "Plan de tratamiento focal" o F.I.T.P. de Harper⁽⁴⁾, el modelo de riesgo transaccional de Woolston⁽⁵⁾, y el plan de tratamiento dirigido a objetivos *versus* el orientado a la terapia de Nurcombe⁽⁶⁾, pero no son usuales en nuestro ambiente de trabajo, ni dirigen nuestra práctica clínica habitual.

Cada estado, cada nación, cada comunidad configura diferentes tipos de sistemas sanitarios públicos y privados en función de sus tradiciones, recursos, sistemas de organización, niveles científico-tecnológicos, actitudes éticas y pragmáticas, etc., por todo lo cual las comparaciones entre unos y otros modelos asistenciales requieren una extensión, descriptiva y unos métodos de análisis específicos, especialmente de programación, evaluación y controles de eficacia, eficiencia y efectividad, difíciles de desarrollar en la práctica, lo cual hace que las comparaciones entre unos y otros, y más cuando son transnacionales, no dejan de tener más valor que el analógico⁽⁶⁾. En consecuencia, el objetivo de este trabajo es el que se expone en el título.

Tabla 1 Variables analizadas en este estudio

1- Sexo
2- Edad
3 - Estado civil
4 - Estudios alcanzados
5 - Profesión
6 - Situación laboral
7 - Origen
8 - Residencia
9 - Distribución de los ingresos por años
10 - Distribución de los ingresos por meses
11 - Distribución de los ingresos por D. semana
12 - Solicitud de la consulta
13 - Envío del paciente
14 - Procedencia del paciente
15 - Motivo del ingreso
16 - Antecedentes psiquiátricos
17 - Cumplimiento tratamiento previo
18 - Interconsultas durante ingreso
19 - Diagnósticos en eje I
20 - Diagnósticos en eje II
21 - Tratamiento psicofarmacológico
22 - Tratamiento psicoterápico
23 - Duración del ingreso
24 - Situación al alta
25 - Reingresos

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

El entonces *Hospital Clínico Universitario* de Valladolid (HCU) inició su funcionamiento general en Enero de 1978. El Departamento de Psiquiatría se organizó durante el año siguiente y la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica inició su pleno rendimiento en Enero de 1980. El número global de camas hospitalarias fue de 715, oscilando entre éstas en 1980 y 1993, siendo de 730 a 31.12.1993. La *Unidad de Hospitalización* se encuentra ubicada en la planta 11, ala Norte, con una construcción típicamente médico-quirúrgica, en principio con capacidad para 37 camas, que fueron reducidas a 24 para disponer de comedores, sala de estar, actividades ocupacionales y una unidad de aislamiento. En el ala este de la misma planta se ubican las consultas de policlínicas y de la *sección Psiquiátrica infanto-juvenil*.

Respecto a la *red asistencial* se trata de una unidad única de hospitalización para la ciudad y provincia. Aunque la sectorización se lleva a cabo en abril de 1991 dividiéndose la población asistida en dos áreas con dos hospitales de referencia, esta Unidad para ingresos

psiquiátricos del Hospital Universitario atiende las necesidades asistenciales de ambas áreas en el caso de pacientes de menos de 18 años. Al no existir unidad específica de hospitalización para niños y adolescentes, los menores de 14 años se ingresan en pediatría, con algunas excepciones, y de 14 a 18 años en psiquiatría, asimismo con excepciones. En enero de 1992, la consulta paidopsiquiátrica comienza a ser de segundo escalón solicitándose tanto por el médico pediatra como por el médico de familia. A modo de ejemplo en 1992 se atendieron 789 consultas de nuevos pacientes y 3.625 de revisión. Según el censo de 1991 la población de Valladolid menor de cuatro años es de 19.726; la de entre cinco y nueve años es de 28.421; la de entre 10 y 14 años de 44.489 y la de 15 a 19 años de 47.430.

Merece la pena recordar que habitualmente los patrones de demanda asistencial hospitalaria suelen ser aparentes, en el sentido de depender de factores de influencia extrínsecos al Hospital, Servicio, Sección, etc., y requerir para su estudio complejos diseños de evaluación clínico-epidemiológica de la red asistencial.

Se estudiaron todos (n=88; 56 mujeres y 32 varones; tabla 2) los ingresos de pacientes psiquiátricos menores de 18 años durante el período quinquenal comprendido entre 1988 y 1992 en el H.C.U., último período quinquenal en el momento del inicio de este estudio.

Para su estudio se elaboró un *protocolo* que permitiese homogeneizar y operativizar los datos contenido en las historias clínicas. Se revisaron todas las historias clínicas de los 88 pacientes ingresados durante el tiempo de estudio y se completó el protocolo, el cual recogía datos socio-demográficos, clínicos, exploratorios-instrumentales y terapéuticos de forma cerrada. Del total de variables incluidas en el protocolo las que se eligieron para este estudio se han agrupado en 16, entre las que se incluyen variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales, para realizar este primer estudio descriptivo, tal y como se resumen en la tabla 1.

Por último, se diseñó una base de datos informatizada con el sistema DBASE, la cual permitía el posterior estudio estadístico directo mediante la aplicación del paquete estadístico SPSS/PC+. Se realiza así un estudio estadístico descriptivo - con medidas de concentración, media y mediana, y de dispersión, especialmente la desviación típica - y en algunas variables se realiza una comparación entre varones y mujeres mediante la aplicación de la t de student o la ji cuadrado según las

Tabla 2 Algunas variables socio-demográficas según el sexo de los pacientes infanto-juveniles ingresados en la U. de Psiquiatría del H.C.U. (1988-1992)

		Varón		Mujer		Total	
		N	%	N	%	N	%
Edad		16,4+1,4		16,3+1,5		16,4+1,4	
Estado civil	Soltero	30	96,7	53	93	83	94,3
	Casado	1	3,2	1	1,8	2	2,3
	Separado	-	-	1	1,8	1	1,1
	No consta	-	-	2	3,5	2	2,3
Estudios	E.G.B.	5	16,1	13	22,8	18	20,5
	B.U.P.	9	29	15	26,3	24	27,3
	F.P.	7	22,6	6	14	13	14,8
	C.O.U.	-	-	10	17,5	10	11,4
	Otros	3	9,7	2	3,5	5	5,7
	Sin estudios	-	-	1	1,8	1	1,1
	No consta	8	25,8	9	15,8	17	19,3
Profesión	Estudiante	19	61,3	40	70,2	59	67
	Sus labores	-	-	3	5,3	3	3,4
	Trabajo no cualificado	5	16,1	7	12,3	12	13,6
	Otros	1	3,2	1	1,8	2	2,3
	No consta	6	19,3	6	10,5	12	13,6
Situación laboral	No trabaja	1	3,2	5	8,8	6	6,8
	En activo/Cuenta Ajena	2	6,4	2	3,5	4	4,5
	Parado	2	6,4	3	5,3	5	5,7
	I.L.T.	-	-	1	1,8	1	1,1
	Estudiante	19	61,3	40	70,2	59	67
	No consta	7	22,6	6	10,5	13	14,8
Origen	Rural	7	31,8	8	19,5	15	23,8
	Urbano	15	68,2	33	80,5	48	76,2
Residencia	Rural	6	80,6	10	17,5	16	18,2
	Urbano	25	19,3	47	82,5	72	81,8

características de la variable: cuantitativa o cualitativa. Se plantea entonces la hipótesis nula de igualdad de ambos grupos frente a la alternativa de desigualdad. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula tanto si la diferencia era mayor o menor a favor de un sexo respecto a otro: dos colas. En todos los casos se aceptó como error alfa máximo el de 0,05.

RESULTADOS

La tabla 2 recoge las variables sociodemográficas de edad, estado civil, escolarización, profesión, situación

laboral, origen y residencia en función del sexo y de los totales pacientes infanto-juveniles (n=88).

En la figura 1 se expone la distribución de ingresos entre 1988 y 1992 en función del sexo y por años (Fig. 1.1), por meses (Fig. 1.2), por día, semana (Fig. 1.3), así como los días de hospitalización según el sexo (Fig. 1.4).

En la tabla 3 se expone la procedencia según el envío, la solicitud y la Unidad asistencial.

En la figura 2 se resumen los motivos de ingreso.

En la tabla 4 se presentan los diagnósticos realizados según el D.S.M.-III antes de la hospitalización y que son indicativos de la existencia de un tratamiento psiquiátrico previo.

La tabla 5 expone el diagnóstico al alta según el eje I del DSM-III-R.

En la figura 3 se resumen los tratamientos psicofarmacológicos más frecuentes realizados durante el ingreso hospitalario en la Unidad sin que se haya considerado oportuno representar las actividades psicoterapéuticas en su sentido más amplio.

En la figura 4 se exponen conjuntamente la situación de mejoría o no en el momento del alta (Fig. 4.1) así como el número y motivo de los reingresos, siempre en función del sexo (Fig. 4.2).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En los conocidos textos de psiquiatría de Kanner⁽⁷⁾, Ajuriaguerra⁽⁸⁾ y Mendiguchia⁽⁹⁾ no se trata específicamente de la hospitalización de pacientes paidopsiquiátricos en unidades de psiquiatría en el hospital general, como es comprensible desde el punto de vista de la evolución histórica de nuestra especialidad. Asimismo en el Tratado de Psiquiatría de Fredman y cols.⁽¹⁰⁾, Lewis y Solnitz se refieren al tratamiento institucional y de día en paidopsiquiatría, sin que hagan mención explícita a esta modalidad de tratamiento.

Ya en el tratado de Rutter⁽¹¹⁾, en su capítulo 48, Hersov y Bentovim se ocupan de las Unidades de ingresos paidopsiquiátricos, junto a las hospitalizaciones de día, sistematizándolos según sus objetivos, características de las unidades, usos y abusos del tratamiento, etc., sin que se dedique ningún capítulo a tratamiento residencial.

Son muchos los factores que se relacionan directa o indirectamente con la hospitalización de un paciente paidopsiquiátrico, no todos relacionados con el diagnóstico del paciente. En muchos casos depende directamente de la accesibilidad de la Unidad de Hospitalización para los niños y jóvenes. Gutterman y cols.⁽¹²⁾ señalan que la literatura sobre el tema examina cuatro tipos de factores que influyen sobre la decisión de efectuar un ingreso:

- 1) Problemas que presenta, incluyendo conductas indicativas de peligro para sí o para otros (suicidio, agresividad, etc.).
- 2) Factores demográficos: edad, etnicidad, sexo, etc.
- 3) Historia de tratamientos previos, incluyendo el tratamiento actual y el fracaso del tratamiento ambulatorio.

- 4) Disfunción o desorganización familiar, incluyendo "ausencia de familia intacta", incapacidad de los miembros familiares para afrontar los síntomas del niño, abuso parental de alcohol y el abuso físico o sexual.

Por todos estos motivos parece interesante efectuar una revisión diferencial de todos estos factores individualmente y de algunos más que pueden dar un mejor conocimiento de las características diferenciales de la hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil respecto a la del adulto. Por tanto, en este análisis y discusión de resultados se van a valorar cada variable independientemente y de forma ordenada, de modo similar a como se construye una historia clínica.

1. La *edad* media de los pacientes al ingreso fue de 16,4 + 1,4 años sin diferencias significativas entre ambos sexos (Tabla 2), congruente con los rangos y límites de hospitalización psiquiátrica de 14 a 18 años, de modo que los tres pacientes con menor edad fueron ingresados por dificultades en el manejo en la Unidad de Pediatría, al tratarse fundamentalmente de cuadros psicóticos con graves trastornos de comportamiento que precisaban de control psiquiátrico y observación psicopatológica más continua por su difícil manejo. A partir de los 14 años y por cada uno de ellos se incrementan hasta estabilizarse, el número de pacientes (de 7 a 25) apareciendo las más diversas formas de inicio de trastornos paidopsiquiátricos tal como se expone en la tabla relativa al diagnóstico al alta según el eje I, es decir, en el apartado 10 de este análisis (Tabla 5).

2. Respecto al *estado civil*, el 94,3% solteros: dos estaban casados y una mujer separada (Tabla 2) que corresponde a los datos poblacionales de esta variable para la población general de Valladolid. No se establecen por tanto diferencias significativas en relación a la población general.

3. La mayor parte de los varones cursaban *estudios* de BUP (29%), seguido de Formación Profesional (22,6%), EGB (16,1%) y otros, donde se incluyen las Escuelas Taller y estudios no estructurados (7%). Cabe destacar que, para los varones, en ningún caso habían realizado COU y todos habían cursado algún tipo de estudios. Este dato no se pudo recoger en el 25,8% de los pacientes (Tabla 2). En las mujeres, al igual que en los varones, la mayoría habían estudiado BUP (26,3%), y los segundos estudios más frecuentes eran los correspondientes a la EGB (22,8%), seguidos por los de COU (17,5%) y FP (14%); habían cursado otros estudios el

Figura 1.1

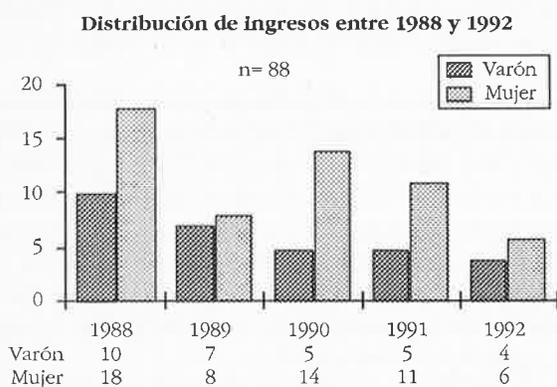


Figura 1.2

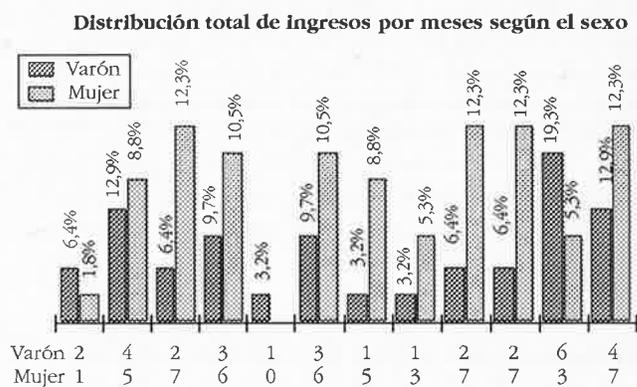


Figura 1.3

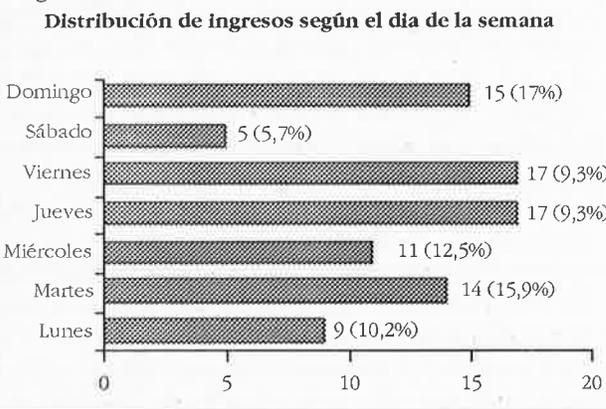


Figura 1.4

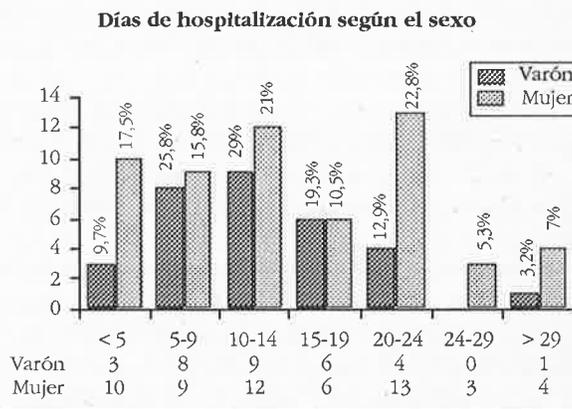


Figura 1. Algunas variables relacionadas con el ingreso de los pacientes psiquiátricos según en sexo.

3,5% y no tenía estudios uno de los pacientes (1,8%); no constaban los estudios realizados en el 15,8% de los casos (Tabla 2). Con los límites y prudencia interpretativa necesaria llama la atención el mayor nivel de estudios que habitualmente presentan las mujeres evaluadas ($p < 0,05$), de tal forma que todos los estudiantes de COU eran mujeres (10 mujeres o el 17,5%) (Tabla 2). Coinciden estos resultados con la tendencia general que se está observando en población general donde cada vez es más frecuente la escolarización de la mujer, alcanzando niveles de estudios más cualificados.

4. Referente a la *profesión* y la *situación laboral*, 59 eran estudiantes (67%), sin que se encuentren diferencias significativas por sexos, aunque existe un mayor

número de mujeres que de hombres, lo que resulta lógico si se tienen en cuenta las características de la población evaluada tal como se estima en la población general. Siguen los trabajadores no cualificados con un 13,6% de los casos, sin tampoco grandes diferencias entre sexos (Tabla 2). En este mismo porcentaje no estaba recogida la profesión.

Respecto a la situación laboral, únicamente el 4,5% estaba en activo o trabajaba por cuenta ajena y sólo uno de los pacientes estaba en situación de incapacidad laboral transitoria (Tabla 2), sin que se registren diferencias significativas entre ambos sexos. Teniendo en cuenta la edad de la población evaluada y el alto porcentaje de estudiantes entre la misma son comprensibles los resul-

Tabla 3 Procedencia del paciente paidopsiquiátrico para ingreso en la U.H.P. del Hospital Clínico Universitario (1988-92)

		Varón		Mujer		Total	
		N	%	N	%	N	%
Enviado por	Médico General	2	6,4	1	1,8	3	3,4
	Psiquiatra	8	25,8	25	43,9	33	37,5
	Psiqu. Guardia	18	58	29	50,9	47	53,4
	Pediatra	—	—	1	1,8	1	1,1
	Juez / Policía	2	6,4	—	—	2	2,3
	No consta	1	3,2	1	1,8	2	2,3
Solicitado por	Médico	10	32,2	17	29,8	27	30,7
	Padres	15	48,4	27	47,4	42	47,7
	Familia	1	3,2	3	5,3	4	4,5
	Paciente	4	12,9	6	10,5	10	11,4
	No consta	1	3,2	4	7	5	5,7
	Procedencia	Policlínicas H.	5	16,1	20	35,1	25
Ambulatorio		2	6,4	2	3,5	4	4,5
Urgencias		17	54,8	26	45,6	43	48,9
Otros centros		3	9,7	7	12,3	10	11,4
U.V.I.		2	6,4	1	1,8	3	3,4
Interdepartamental		1	3,2	—	—	1	1,1
No consta		1	3,2	1	1,8	2	2,3

tados hallados destacándose únicamente la escasa incorporación de la mujer al mercado laboral, sobre todo a estas edades de juventud, siendo o estudiantes o sin trabajo.

5. Se recogió el *domicilio* de los padres *al nacimiento* del paciente (*origen*), observándose que en su mayoría tenían un origen urbano (76,2%), siendo esta proporción, cuando se comparan las diferencias intersexos, más elevada en las mujeres (80,5%) (Tabla 2).

No se pudo determinar el origen en un 22,5% de los varones y en un 28,1% de las mujeres, lo cual constituye, a nuestro parecer, una cifra elevada para el tipo de datos que se están tratando. En este dato hay que tener en cuenta que la provincia de Valladolid es preferentemente urbana, sobre todo si se consideran únicamente las parejas en edad fértil.

En relación con el *domicilio del paciente* en el *momento del ingreso (residencia)*, también era mayoritariamente urbano, superando el 80% en ambos sexos - 80,65% de los varones y un 82,46% de las mujeres- sin que aparezcan diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2). Las razones de estos resultados se hallan en lo especificado anteriormente. Además hay que

tener en cuenta que los recursos sanitarios, por su mayor y mejor accesibilidad, son utilizados con más frecuencia por la población urbana que rural.

6. Distribución de los ingresos por años, meses y días

6.1. Haciendo una *distribución de los ingresos por años* del estudio se observa cómo el mayor número de ingresos se realizó en 1988, con un total de 28 pacientes, en contraposición con 1992 en que se realizaron únicamente 10 ingresos, observándose una tendencia decreciente tanto globalmente como por cada sexo (Fig. 1.1). El censo de hospitalización coincide cronológicamente con el comienzo de la atención psiquiátrica infanto-juvenil como segundo escalón, lo que conlleva la posibilidad de atención más especializada y una mayor rapidez de intervención en los trastornos más graves.

6.2 Por *meses* el mayor porcentaje de ingresos se da en diciembre con un 12,5%, seguido de los meses febrero, marzo, abril, junio, septiembre, octubre y noviembre, todos con un 10,2% del total. Los meses en que menor número de ingresos se produjeron, y en orden

234 decreciente fueron los de julio con un 6,8%, agosto con un 4,5%, enero con un 3,4% y, por último, mayo, con un 1,1% de los ingresos (Fig. 1.2).

Al realizar el estudio de los ingresos en los diferentes meses del año y en relación al sexo, las mujeres tienen el mismo porcentaje de ingresos en los meses de marzo, septiembre, octubre y diciembre con un 12,3% como valores máximos, seguidos de abril y junio con un 10,5%, y en orden decreciente los meses de febrero y julio con un 8,8%, agosto y noviembre con un 5,3%, y en enero un 1,8%, destacando que en el mes de mayo no se produjo ningún ingreso correspondiente al sexo femenino. En principio, y en una primera aproximación al tema resulta difícil interpretar estos resultados.

En cuanto a los varones, el mayor número de ingresos se realizó en el mes de noviembre con un 19,3%, seguido de los meses de diciembre y febrero con un 12,9%. El resto de los meses se distribuyó de la siguiente manera: abril y junio con un 9,7%; enero, marzo, septiembre y octubre con un 6,4% y con un porcentaje del 3,2% en los meses de mayo, julio y agosto (Fig. 1.2).

6.3. En cuanto a la *distribución de los ingresos según el día de la semana*, los que registran un mayor número de ingresos fueron los jueves y los viernes, ambos con un 19,3%, favorecidos posiblemente porque en estos días se dan en la Unidad de Hospitalización un mayor número de altas, lo que hace que se produzcan un mayor número de ingresos totales y, consecuentemente también aumenten los ingresos en menores de 18 años.

El domingo ocupa el tercer lugar con un 17% de los ingresos, lo cual sería explicable en relación con el aumento de los conflictos familiares normales, etc., en los fines de semana.

El resto de los días se distribuye con un 15,9% de los ingresos realizados en martes, un 12,5% en miércoles, un 10,2% en lunes y por último el sábado con tan sólo un 5,7% de los ingresos (Fig. 1.3).

En cualquier caso parece que la distribución semanal de ingresos viene determinada más por razones asistenciales, la posibilidad de poder efectuar el ingreso o no, que por razones clínicas. Además no se registran diferencias significativas entre los diferentes días de la semana, salvo el sábado.

7. Procedencia

Para realizar la valoración de la procedencia del paciente ante su ingreso en la Unidad de Hospitaliza-

ción de Psiquiatría, se diferenciaron tres categorías: por una parte quién enviaba al paciente para su ingreso, por otra quién solicitaba la consulta y, por último de dónde procedían los pacientes previamente al ingreso.

7.1. En la primera categoría, es decir quién *enviaba al paciente para su ingreso*, se observa cómo el mayor porcentaje de los pacientes son enviados por el psiquiatra de guardia con un total del 53,4%, seguido por los pacientes enviados por otros psiquiatras en el 37,5%. Es de destacar que, al realizar el estudio por sexos, este último porcentaje es mayor en el sexo femenino con un 43,9%. Este aumento podría ser debido al grupo de las anoréxicas que, siendo tratadas a nivel ambulatorio, precisarían un ingreso que será indicado previamente por su propio psiquiatra. En el resto de los pacientes cabe destacar que un 6,4% de los pacientes varones fueron enviados por la Policía o por el Juez, lo que corresponde a un 2,3% del total de pacientes. Los demás casos fueron enviados por el médico general (3,4%), por un pediatra (1,1%) o no consta este dato (2,3%) (Tabla 3).

7.2. En relación con la *solicitud de consulta*, se observa que en la mayoría de las ocasiones son los padres los solicitantes, con un 47,7%, seguido de la solicitud por parte de un médico (sin especificar si es médico de atención primaria o un especialista de cualquier otra área) con un 30,7%. El que la solicitud parta del propio paciente se da en el 11,4% de los casos. En el resto o bien no se recoge este dato (5,7%) o se realiza por otros familiares (4,5%) (Tabla 3). Destaca la importancia que el clínico da a esta variable ya que es recogida en prácticamente el 100% de los casos a pesar de tratarse de una entrevista abierta.

7.3. En cuanto a la *procedencia del paciente previa al ingreso* y en relación con el punto anterior la mayoría de los pacientes proceden del Servicio de Urgencias (48,9%), seguido de los que proceden de las policlínicas de Psiquiatría Infantil del propio hospital (28,4%). De estas indicaciones de ingreso en su mayor parte se referían a trastornos de la alimentación, sobre todo anorexia nerviosa. Este dato concuerda con lo comentado en el punto 7.1 respecto a quien envía al paciente. El desfase de los pacientes vistos por el psiquiatra de guardia en relación con los procedentes del Servicio de Urgencias, viene complementado por la procedencia de la UVI y las consultas interdepartamentales, en que el paciente también es enviado por el psiquiatra de guardia (4,5%). El resto de los pacientes procedían de su

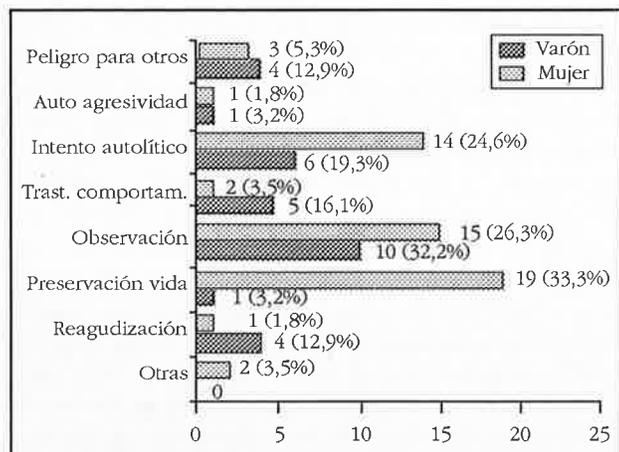


Figura 2. Motivo de ingreso en la Unidad de Psiquiatría: pacientes < 18 años.

ambulatorio (4,5%), de otros centros (11,4%) o no constaba este dato (2,3%) (Tabla 3).

8. Motivo de ingreso

Hersov y Bentovim⁽¹¹⁾ consideran que la hospitalización psiquiátrica constituye la modalidad de asistencia de preferencia cuando:

1. El malestar afectivo o de conducta se hace tan intenso que no es controlable con un tratamiento ambulatorio.
2. Si el niño o adolescente se vuelve peligroso para otros o para sí mismo.
3. El complejo problema psiquiátrico requiere habilidades especiales en la observación, exámenes complementarios y tratamiento.
4. La relación familiar está tan distorsionada que la vida en casa causa problemas en el desarrollo del niño.
5. Para realizar métodos específicos de diagnóstico o de tratamiento.
6. Para tratamiento de enfermedades que conciernen a la supervivencia como la anorexia nerviosa o el suicidio en los estados depresivos.

No obstante, la situación actual de la hospitalización en paidopsiquiatría parece indicar que se caracteriza por un rápido desarrollo de la percepción de la necesidad de aplicar un tratamiento, pero con una total ausencia de datos sobre los mecanismos que provoca esta necesidad⁽¹³⁾.

En nuestro caso se pueden resumir los motivos de ingreso en la Unidad de Psiquiatría y en nuestra experiencia, en los siguientes apartados:

1. Cuadros de agitación
 - 1.1. Con peligro para otros
 - 1.2. Con autoagresividad
2. Intento de suicidio
3. Trastornos del comportamiento que dificultaban la convivencia.
4. Observación: donde se incluye el ingreso para confirmación diagnóstica (obsesivos, autistas), para ajustar el tratamiento o incluso para la supresión de tratamiento.
5. Trastornos graves de la alimentación.
6. Reagudización de trastornos mentales que hacen difícil el tratamiento ambulatorio.
7. Por último, otras causas no incluidas en los supuestos anteriores.

En la figura 2 se puede observar la distribución de los motivos de ingreso hallados en la unidad de hospitalización estudiada, observándose que los intentos de suicidio y los trastornos de alimentación graves constituyen la demanda asistencial más habitual y en consecuencia parece que sería interesante establecer programas de atención específicos tendentes a prevenir estos problemas. Coinciden estos resultados con los aportados por otros autores, como Gutterman⁽¹²⁾ quien refiere que los intentos de suicidio constituyen uno de los motivos más frecuentes para la hospitalización paidopsiquiátrica. También Hillard y cols.⁽¹⁴⁾ hallan que la causa de ingreso más frecuente son los intentos de suicidio y los trastornos de la alimentación. Shafi y cols.⁽¹⁵⁾ destacan también la importancia de los intentos autolíticos como motivo de ingreso a estas edades (10%), si bien incide en que las conductas agresivas e impulsivas constituyen la causa más frecuente de ingreso. En la población aquí estudiada no parece ser esta última causa una de las más relevantes (Fig. 2), si bien esto puede ser secundario a la actuación ambulatoria directa a través de la Sección de Psiquiatría Infantil que permite dotar a los padres de ciertas habilidades de intervención y con ello atenuar este tipo de demanda asistencial. Asimismo Gutterman⁽¹²⁾ destaca que, al contrario que sucede en los adultos, los problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas no constituyen causas importantes de hospitalización. En este mismo sentido se expresan Williams y cols.⁽¹⁶⁾ quienes destacan que apenas se producen ingresos paidopsiquiátricos por

Tabla 4 Diagnósticos psiquiátricos previos al ingreso

Diagnóstico	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alucinosis orgánica	—	—	1	3,8	1	2,3
Síndrome amnésico orgánico	1	5,5	—	—	1	2,3
Trastornos esquizofrénicos	4	22,2	1	3,8	5	12,2
Trastornos afectivos	3	16,7	3	11,5	6	14,6
Otras psicosis no orgánicas	2	11,1	—	—	2	4,9
Autismo	—	—	1	3,8	1	2,3
Otros trastornos no psicóticos	3	16,7	1	3,8	4	9,7
Anorexia nerviosa	—	—	12	46,1	12	29,3
Otros trastornos alimentarios	—	—	2	7,7	2	4,9
Enuresis	2	11,1	1	3,8	3	7,3
Trastornos adaptativos	1	5,5	3	11,5	4	9,7
Negativismo	1	5,5	—	—	1	2,3
Trastorno del desarrollo de la lectura	—	—	1	3,8	1	2,3
Retraso mental	1	5,5	—	—	1	2,3

abuso de drogas, si bien generalmente ciertos comportamientos y situaciones de crisis hacen predecir el consumo, no necesariamente la adicción, de alguna de ellas.

Por otra parte, hay que destacar los planteamientos de Kashani y Cantwell⁽¹⁷⁾ quienes destacan que el motivo de ingreso más frecuente hallado en un estudio que realizaron en una población infantil entre 12 y 14 años fue la inestabilidad de los padres para poder manejar a sus hijos, siendo el diagnóstico de alta en la tercera parte de los casos trastornos del comportamiento. Este problema también resulta frecuente en la casuística aquí presentada (Fig. 2), si bien parecen existir importantes diferencias entre varones y mujeres de modo que constituye la segunda causa en frecuencia, tras el intento de suicidio, bien definida entre los varones, mientras que en el caso de las mujeres apenas tiene relevancia. Existen en este caso diferencias significativas ($p < 0,05$) entre sexos para este diagnóstico.

9. Antecedentes psiquiátricos previos.

Se recogió la existencia de *antecedentes psiquiátricos* previos al ingreso actual, según los datos proporcionados por la historia clínica de la Unidad Hospitalaria, obteniendo como resultado que el 60,2% del total de los pacientes tenía un diagnóstico previo. Este porcentaje

era más alto en varones (67,7%) que en mujeres (56%) (Tabla 4).

De los pacientes con antecedentes psiquiátricos, prácticamente la mitad (47,7%) habían recibido *tratamiento psicofarmacológico previo*, no observándose diferencias significativas entre varones y mujeres ($p > 0,05$). Así, la mitad habían recibido Benzodiazepinas, y un 47,7% Antidepresivos. Los Neurolépticos habían sido prescritos en el 30,8% de los casos, y los Nootropos en un 2,4% (en un solo caso). En el 23,7% habían recibido otros tratamientos tales como Vitaminas (práctica frecuente en los cuadros de anorexia), Antibióticos o Analgésicos. Es de subrayar el hecho de que ninguno de los pacientes había recibido previamente Medicación Estimulante. Se recogió un caso en el que no constaba el tratamiento psicofarmacológico que previamente había recibido. Sólo un 10% de los varones habían recibido tratamiento psicofarmacológico anterior, frente al 37% de las mujeres ($p < 0,05$). En un alto porcentaje de casos no constaba este dato en la historia clínica (38,7% de hombres y 19,3% de las mujeres). Esta variable es muy relevante, pues como se expone en el primer párrafo de este apartado una gran mayoría de pacientes han sido atendidos previamente al ingreso en consultas ambulatorias (Tabla 3). En este sentido Gutterman (1993)⁽¹²⁾ destaca que el tratamiento ambulatorio previo constituye un importante factor predictivo de hospitalización posterior, lo cual por otra parte resulta lógico.

Se había realizado psicoterapia en un 29,5% de los casos. Ésta estuvo a cargo en un 84,6% de un psiquiatra, y en un 15,4% de un psicólogo clínico o escolar.

En cuanto al *cumplimiento* de dicho tratamiento, tanto si fue psicofarmacológico como psicoterapéutico, no constaba este dato en más de la mitad de los casos. En aquéllos en los que sí pudo valorarse, el cumplimiento fue bueno en un 50% de los casos, regular en aproximadamente el 30%, y malo en casi el 21%.

Se intentó también especificar cuáles eran los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en las diferentes edades en la población evaluada. Se observó que, al tratarse de un estudio retrospectivo, que contaba sólo, como fuente clínica primaria, con los datos recogidos en el material proporcionado de la historia clínica, únicamente aparecían síntomas, agrupaciones sintomáticas, y síndromes, sin que constasen, en la gran mayoría de los casos, informes previos, y menos aún diagnósticos ajustados a los códigos y sistemáticas de

uso clínico. En aquellos pacientes en los que se recogió un diagnóstico previo fiable, se pudo observar que destacaban por su frecuencia los siguientes (Tabla 3):

- Anorexia Nerviosa, en el 29% de los casos (n=19).
- Trastornos Afectivos, en un 14% (n=6).
- Trastornos Esquizofrénicos en el 12%, correspondiendo a los diagnósticos de Esquizofrenia tipo desorganizado, no especificado (n=2) Esquizofrenia tipo paranoide, no especificado (n=1), Esquizofrenia tipo residual, subcrónico (n=1), y de Esquizofrenia tipo indiferenciado, no especificado (n=1).
- Casi un 10% habían sido diagnosticados de Trastorno Adaptativo.
- Con igual porcentaje (10%), estaban los que fueron diagnosticados bajo el epígrafe de "Otros trastornos no psicóticos", y que correspondían a 'l' trastorno por Angustia sin agorafobia (n=1), Trastorno por Ansiedad Generalizada (n=1), Trastorno obsesivo-compulsivo (n=1), y Trastorno por Conversión (n=1) (Tabla 4).

El resto de los diagnósticos recogidos correspondieron a Alucinosis Orgánica (una paciente había sufrido encefalitis), Síndrome Amnésico Orgánico (n=1), otras Psicosis no Orgánicas (n=1), otros Trastornos Alimentarios (n=2), Enuresis (n=3), Negativismo (n=1), Trastorno del desarrollo de la lectura (n=1), Retraso Mental (n=1) (Tabla 4).

10. Interconsultas realizadas durante el ingreso

En más de la mitad de la población, 67,7% de los varones y 56,1% de las mujeres, se realizaron *interconsultas* con otros especialistas.

Las interconsultas a dietética fueron las más frecuentes, siendo realizadas en 13 mujeres (22,8%) y en un varón (3,2%). En el tratamiento hospitalario de los trastornos de la alimentación se requiere la colaboración del especialista en nutrición dietética, y con frecuencia dada la gravedad de los casos hospitalizados debe recurrirse a alimentación enteral. En el 70% de los casos tratados recibieron este tipo de alimentación durante un tiempo de su estancia. Hay que tener en cuenta que en estos casos con frecuencia se produce el ingreso como consecuencia de una mala respuesta al tratamiento ambulatorio.

Se realizaron interconsultas también a Ginecología (10,5% de las mujeres), Medicina Interna (dos varones y dos mujeres: 64% y 35% respectivamente), Oftalmolo-

gía (en igual número de casos que a Medicina Interna), Dermatología (2 varones), y a otras diversas especialidades, como O.R.L., Traumatología, Cirugía, cinco casos (tres varones y dos mujeres). En cuanto a otras interconsultas distintas a las efectuadas a dietética, como se ha descrito, las más frecuentes fueron las ginecológicas (23%) realizadas casi en su totalidad en las enfermas anoréxicas.

11.- Diagnóstico al alta

11.1.- Diagnóstico según el Eje 1

Los *diagnósticos realizados* pueden verse en la Tabla 5. La patología que justifica el ingreso es con frecuencia expresión de trastornos psicopatológicos subyacentes, descompensados por diversas causas, y que requieren la hospitalización como forma prolongada de atención en crisis.

Es de reseñar que, entre los varones, el diagnóstico más frecuente fue el de Trastorno Adaptativo, que se realizó en un 29%. Éste también fue el diagnóstico más frecuente entre las mujeres, con un porcentaje similar (28%). También es destacable el alto número de Trastornos de la Conducta Alimentaria, con 15 chicas (26%) diagnosticadas de Anorexia Nerviosa, y 5 (8,8%) de Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria. Son varios los autores que inciden en la importancia en estas edades de los ingresos debidos a trastornos de la alimentación^(11,18). También destaca el que en muchos casos se han encontrado diagnósticos múltiples. En la tabla 5 se han relacionado los principales y más relacionados con el ingreso y posterior alta. No obstante, es frecuente que los pacientes ingresados en unidades de paidopsiquiatría presenten trastornos mixtos o múltiples, siendo importante el uso de estas unidades para el estudio y evaluación de la comorbilidad^(10,11,13). Por contra los resultados aquí obtenidos contrastan con los hallados por Berlin (1978)⁽¹⁸⁾ quien considera que la causa más frecuente de ingreso son las psicosis infantiles y las conductas agresivas, y sólo en un pequeño porcentaje se producían por existir peligrosidad para sí mismos o para otros. En la tabla 5 se observa que apenas tienen incidencia en la casuística presentada el diagnóstico de psicosis infantil: cinco casos totales sumando los trastornos esquizofrénicos, paranoides y otras psicosis no orgánicas.

Dada la edad de los pacientes estudiados no se observaron casos de niños con malos tratos, abusos o

Tabla 5 Diagnóstico al alta según el eje 1

Código DSM-III-R	Diagnóstico	Varón		Mujer		Total	
		N	%	N	%	N	%
291,4	Intoxicación Idiosincrásica alcohólica	1	3,2	2	3,5	3	3,4
293,82	Alucinosis Orgánica	-	-	1	1,8	1	1,1
295,X	Trastornos Esquizofrénicos	1	3,2	1	1,8	2	2,3
296,X	Trastornos Afectivos	2	6,4	3	5,3	5	5,7
297,X	Trastornos Paranoides	-	-	1	1,8	1	1,1
298,X	Otras Psicosis No Orgánicas	2	6,4	-	-	2	2,3
299,0	Autismo Infantil	1	3,2	-	-	1	1,1
300,15	Trastorno Disociativo Atípico	1	3,2	2	3,5	3	3,4
300,3	Trastorno Obsesivo-Compulsivo	1	3,2	1	1,8	2	2,3
300,40	Neurosis Depresiva/ Distimia	1	3,2	1	1,8	2	2,3
307,1	Anorexia Nerviosa	-	-	15	26,3	15	17
307,5X	Otros Trast. de Cond. Alimentaria	-	-	5	8,8	5	5,7
309,X	Trastornos Adaptativos	9	29	16	28,1	25	28,4
312,90	Trastornos de Conducta Atípico	2	6,4	-	-	2	2,3
313,21	Trastorno por Evitación	1	3,2	1	1,8	2	2,3
313,82	Trastorno de Identidad	1	3,2	1	1,8	2	2,3
317,00	Retraso Mental	1	3,2	-	-	1	1,1
V61,20	Problemas Paterno-Filiales	2	6,4	2	3,5	4	4,5
799,90	Aplazado	-	-	4	7	4	4,5
V71,09	No Consta	6	19,35	-	-	6	6,8

negligencias, si bien y tal como destacan Jeremin y Philips en 1988⁽⁴⁾, estos casos habitualmente son ingresados en el Departamento de Pediatría.

De los resultados hallados y de su comparación con los autores revisados parece destacarse el que los motivos de ingreso parecen haber variado a lo largo de estos años, observándose un cambio de prevalencia de algunos trastornos, y asimismo destaca la existencia de diferencias significativas en el diagnóstico realizado según los distintos rangos de edad.

11.2. Diagnóstico en el resto de los Ejes

El diagnóstico en el Eje 2 no constaba en un 80% de los informes de alta, y figuraba como "Aplazado", en un 15%. En aquellos casos en los que sí existía, correspondió a Trastorno de Personalidad Límite (2 varones), Trastorno de Personalidad Dependiente (1 mujer), Trastorno Histriónico de la Personalidad (1 mujer), y Trastorno de Personalidad Compulsiva (1 mujer). La patología que justifica el ingreso es con frecuencia expresión de trastornos psicopatológicos subyacentes, descompensados por diversas causas, y que requieren la hospitalización como forma prolongada de atención en crisis.

Dado que todos los pacientes son menores de 18 años, criterio preciso para el diagnóstico de trastornos de personalidad, podrían considerarse como rasgos que pueden llegar a evolucionar hacia trastornos de personalidad tipificables en el D.S.M.-III-R.

No se ha valorado en este trabajo el eje III ya que se ha pretendido dirigirlo directamente hacia los aspectos más relacionados con la demanda puramente psiquiátrica.

12. Tratamiento psicofarmacológico recibido durante el ingreso.

En la figura 3 puede observarse la distribución por sexos del tratamiento psicofarmacológico recibido durante el ingreso. Más de la mitad de los pacientes recibieron Benzodiacepinas sin que existieran grandes diferencias entre hombres y mujeres. Se utilizaron Neurolépticos, sobre todo en los varones (el 58% de los mismos los recibieron), frente a tan sólo en una tercera parte de las mujeres. Por el contrario, a un mayor porcentaje de mujeres se les pautó Antidepresivos (37%). Con el epígrafe "Otros", nos referimos a tratamientos

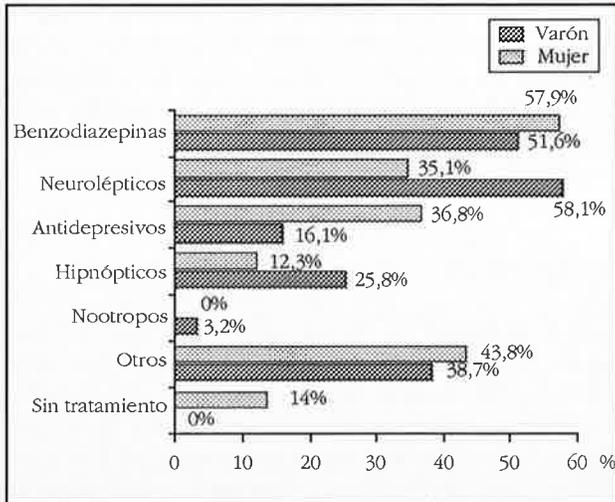


Figura 3. Tratamiento psicofarmacológico durante el ingreso según el sexo.

vitamínicos, analgésicos, antibióticos, u otros fármacos relacionados con diversas patologías somáticas.

Como destacan Jemerin y Philips⁽¹⁾ la medicación psicotrópica puede ser beneficiosa cuando es usada en sus indicaciones específicas y junto a otras terapias. Igualmente estos autores destacan que el incremento del empleo de psicotrópicos en las unidades de hospitalización no debe extrañar ya que es el resultado de un mejor conocimiento de la psicofarmacología y la necesidad de emplear métodos rápidamente efectivos.

13. Tratamiento Psicoterapéutico

Al evaluar la intervención psicoterapéutica durante el ingreso, la primera dificultad ha sido conceptualizar qué se entiende por tal, debido a que las psicoterapias pueden ser clasificadas según la técnica, la naturaleza de los trastornos, la edad, la formación, etc. Como quiera que eran datos difícilmente contrastables en las historias clínicas de la unidad, consideramos que habían existido intervenciones psicoterapéuticas cuando así quedase reflejado en las pautas de tratamiento, tratándose siempre de psicoterapias breves, encuentros no formalizados y entrevistas psicoterapéuticas, de forma que el 71% de los varones y el 85% de las mujeres habían recibido esta modalidad de tratamiento. Ello supone un incremento notable frente a los datos de

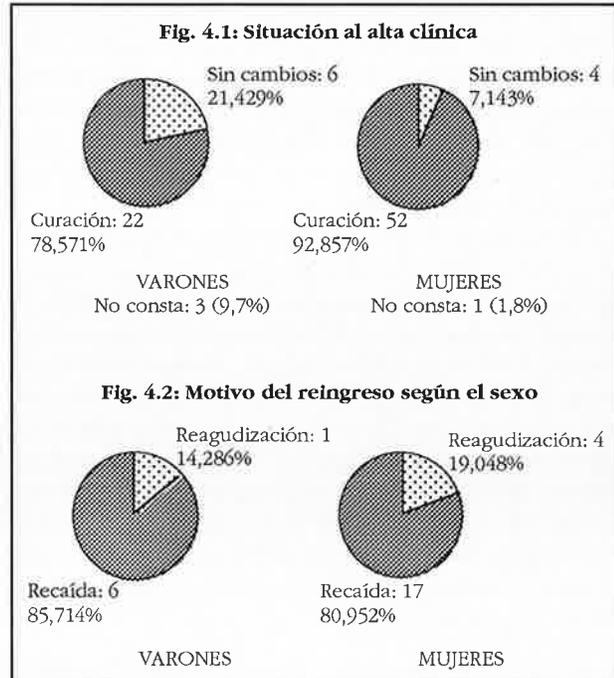


Figura 4. Situación al alta y motivo de reingresos según el sexo.

antecedentes previos al ingreso de tratamiento psicoterapéutico.

Es preciso añadir aquí que las entrevistas con los padres, durante el tiempo de hospitalización, son muy frecuentes, considerando siempre que el paciente forma parte de un grupo familiar. Es importante destacar aquí que además la inclusión de los padres en el plan y acción terapéutica es importante ya que de este modo se evita la posibilidad de crear el llamado "proceso de adopción" del paciente por el psiquiatra, con la interferencia que esto supone para el diagnóstico y tratamiento⁽¹⁹⁾.

14. Duración del Ingreso

En general, la hospitalización fue más prolongada en mujeres que en hombres. Aquellos ingresos con una duración inferior a cinco días correspondían a pacientes que solicitaban el alta voluntaria, que eran trasladados a otros centros, o aquellos otros en los que el motivo del ingreso fue la valoración de un intento de suicidio. Las hospitalizaciones más largas corresponden en su mayo-

240 ría a pacientes del sexo femenino con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, o a pacientes con diagnóstico de Trastorno Adaptativo y sintomatología depresiva (Fig. 1). Esto justifica el que existan diferencias significativas ($p < 0,05$) entre varones y mujeres en relación a esta variable, ya que la mayoría de los pacientes con ese diagnóstico eran mujeres.

Christ y cols.⁽²⁰⁾ destacan también, al igual que sucede con nuestros resultados, que la estancia hospitalaria de los niños y adolescentes posee gran variabilidad, de modo que en Estados Unidos son considerados los más problemáticos en cuanto al estudio de tiempo de estancia-media, de gran importancia para valoraciones económicas. En cualquier caso, esta variable resulta difícil de comparar entre distintos países ya que vendrá determinada por factores no sólo inherentes al diagnóstico y tratamiento sino también a los costes económicos que la hospitalización provoca y las políticas de salud que se estén llevando a cabo en cada zona⁽²¹⁾ (Fig. 4.1).

15. Situación al Alta

El 78% de los varones y el 93% de las mujeres presentaban una mejoría del cuadro clínico que motivó el ingreso, o una estabilización del mismo que permitiera la continuidad del mismo en régimen ambulatorio. No hubo cambios en la clínica en el 21% de los hombres y en el 7% de las mujeres, incluyendo en este grupo los pacientes que solicitaban el alta voluntaria, los traslados a otros centros, o aquellos cuyo motivo de ingreso fue la observación para el diagnóstico (Fig. 4). No se registran diferencias significativas entre ambos sexos en relación con esta variable (Fig. 4.2).

16. Reingresos

El 26% de los hombres y el 38% de las mujeres precisaron reingresos posteriores en la Unidad de Hospitalización, correspondiendo el motivo de reingreso en el 85,71% de los varones y en el 81,95% de las mujeres a una recaída, entendiéndose por tal el ingreso que se produjo después de finalizado el tratamiento del cuadro clínico que motivó el primer ingreso. Reingresaron por reagudización de la sintomatología durante el tratamiento del trastorno el 14,28% de los varones y el 19,05% de las mujeres (Fig. 4). No se registran diferencias significativas entre ambos sexos.

El número de reingresos fue más alto en las mujeres (38,6%) que en los hombres (28,8%), aunque, en general, eran inferiores a dos (1 mujer y 3 varones). Aquellos casos poco frecuentes de múltiples ingresos (más de 6), corresponden a pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa y de Trastorno Límite de la Personalidad.

CONCLUSIONES

En conclusión, de los 88 preadolescentes, adolescentes y jóvenes - edad media de 16,4 años; 94% solteros y 67% estudiantes; con una mayor proporción de origen y residencia urbanos - ingresados en la Unidad de Hospitalización del Departamento del HCU se observa una distribución decreciente de los ingresos por años, pareciendo oportuno incrementar la serie cronológica para realizar un estudio más completo de tendencias. Se encontró también un patrón mensual de ingresos, con un número menor y significativo de ingresos en los meses de mayo y enero (julio y agosto) y respecto a los días de la semana, con un incremento significativo los jueves, viernes y domingos. La procedencia asistencial del paciente paidopsiquiátrico ingresado respecto al envío fue mayoritariamente realizada por el psiquiatra de guardia (91%), solicitado principalmente por los padres y familia (52%), y en segundo lugar, por el médico (31%) y procedente mayoritariamente del servicio de urgencias (49%) o de la propia sección de paidopsiquiatría integrada en el servicio de policlínicas del Departamento, dato que requiere una cierta interpretación crítica en función del artefacto asistencial que distorsiona los patrones de procedencia, sobre todo si se tiene en cuenta que la presión de urgencias para hospitalización psiquiátrica en general, en nuestra Unidad y en nuestra experiencia supera el 98% en los 13 últimos años. Adquiriendo incluso patrones estacionales del 100%.

Respecto al motivo de ingreso variaba significativamente en función del sexo, sobre todo respecto a preservación de la vida, casos de observación clínica e intentos de suicidio superiores en el sexo femenino. Es interesante reseñar que en el diagnóstico multiaxial predominaban los establecidos según el eje I de la D.S.M.-III-R, de tal forma que no constaba en el 7% de los casos, todos ellos masculinos, y quedó aplazado en el 6% de los varones, lo cual supone un interesante factor de sesgo a interpretar en estudios futuros. Los

diagnósticos predominantes hasta alcanzar un tercio de la población, fueron los trastornos adaptativos (309.x) y la anorexia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria (307.1 y 300.x). En el eje II figuraba el diagnóstico como aplazado en un 15% de los casos y los trastornos de la personalidad se limitaban a uno o dos casos entre los diversos tipos de personalidad: límite, dependiente, histriónica y compulsiva. Se utilizaron diversos tipos de tratamiento psicofarmacológico y no constaba en las historias revisadas técnicas específicas protocolizadas.

Parecen necesarios el incrementar conocimientos referidos a la hospitalización paidopsiquiátrica en la

que se incluya datos sobre la fenomenología básica de los trastornos psiquiátricos y su asociación con estresores psicosociales, el desarrollo y sobre todo con estrategias específicas de tratamiento⁽²²⁾. Igualmente, parece observarse un incremento de ingresos paidopsiquiátricos, los cuales, según Zinn⁽²³⁾, pueden deberse a una serie de factores que están influyendo: la mejor apreciación por parte del psiquiatra de la patología del adolescente; las dificultades que conlleva el tratamiento ambulatorio en ciertos trastornos de este grupo de edad; un aumento de los síntomas comportamentales en los mismos, y por último, la mayor accesibilidad a este tipo de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jemerin JM, Philips I. Changes in In-patient Child Psychiatry. *J Am Acad Child Psychiatry* 1988;**27**:397-403.
- 2 Woolston JL. Psychiatric In-patient Services for children. En: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991.
- 3 Nurcombe B. Goal-Directed Treatment Planning and the Principles of Brief Hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:26-30.
- 4 Harper G. Focal In-patient Treatment Planning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:31-37.
- 5 Woolston JL. Transactional risk model for short and intermediate term psychiatric inpatient treatment of children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:38-41.
- 6 Patrick C, Padgett D, Burns BJ, Schlesinger HJ, Cohen J. Use or inpatient Services by a National Population: Do benefits Make a Difference? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;**32**:144-154.
- 7 Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943;**2**:217-250.
- 8 Ajuriaguerra J. *Manual de psiquiatría Infantil*. (4ª ed). Barcelona: Toray Masson, 1979.
- 9 Mendiguchía FJ. *Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Ed. Castillo S.A. Madrid, 1980.
- 10 Fredman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría*, Tomo 2, cap 40.4 y 40.5. Barcelona: Salvat Medicina, 1982.
- 11 Rutter M, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry* (2ª ed). Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.
- 12 Gutterman EM, Markowitz JS, Loconte JS, Beier J. Determinants for Hospitalization from an Emergency Mental Health Service. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;**32**:114-122.
- 13 Woolston JL. Issues in child adolescent psychiatry hospitalization: Introduction to a special section. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;**27**:20.
- 14 Hillard JR, Slomowitz M, Deddens J. Determinants of Emergency Psychiatric Admission for Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry* 1988;**145**:1416-1419.
- 15 Shafi M, Mccue A, Ice JF, Schwab JJ. The Development of an Acute Short-Term Inpatient Child Psychiatry Setting: A Pediatric-Psychiatric Model. *Am J Psychiatry* 1979;**136**:427-429.
- 16 Williams RA, Feibelman ND, Moulder C. Events Precipitating Hospital Treatment of Adolescent Drug Abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:70-73.
- 17 Kashani JH, Catwel DP. Characteristics of Children Admitted to Community Mental Health Center. *Arch Gen Psychiatry* 1983;**40**:397-400.
- 18 Berlin IN. Developmental Issues in the Psychiatric Hospitalization of Children. *Am J Psychiatry* 1978;**135**:1044-1048.
- 19 Palmer AJ, Harper G, Rivinus TM. The "adoption process" in the inpatient treatment of children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983;**22**:286-293.
- 20 Christ AE, Andrews H, Tsemberis S. Fiscal implications of a childhood disorders DRG. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:279-337.
- 21 Philips I. The decay of optimism: the opportunity for change. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;**25**:151-157.
- 22 Geraty R. Administrative Issues in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:21-25.
- 23 Zinn D. Hospital Treatment of the Adolescent. En: Noshpitz JD, ed. *Basic handbook of Child Psychiatry*. vol 3. cap 16. Nueva York: Basic Books, 1979.