

C. Gómez-Ferrer¹
A. Fernández²
L. Coy³
J. M. Peñalver⁴
D. Barcía^{5,6}

Conveniencia del Hospital de día en la patología paidopsiquiátrica

1 Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil
2 Jefe de Servicio de Psiquiatría (Emérito)
3 Psiquiatra
4 Psiquiatra
5 Catedrático de Psiquiatría
Hospital Universitario de Murcia

Correspondencia:

C. Gómez-Ferrer Górriz
Servicio de Psiquiatría Infantil
Hospital General Universitario. Avd. Intendente Jorge Palacios 1.
30003 Murcia.

Day hospital or day centre child and adolescent psychiatry

Ponencia Oficial XXXII. Reunión Anual SEPIJ. Valencia

RESUMEN

Se revisan los antecedentes históricos y la bibliografía reciente del Hospital o Centro de Día en Psiquiatría Infanto-Juvenil, exponiendo sus objetivos, indicaciones, estructura, organización y limitaciones. Se considera que sería de gran utilidad su creación en un Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, estableciendo sus indicaciones concretas según los casos clínicos que se beneficiarían de su existencia, a partir de una revisión de dos años de consulta. Se presenta un modelo de Hospital de Día y programa de actividades terapéuticas para una consulta paidopsiquiátrica.

PALABRAS CLAVE

Hospital o Centro de Día; Psiquiatría Infanto-Juvenil.

ABSTRACT

Historical antecedents and recent bibliography about Day Hospital or Day Center Child and Adolescent Psychiatry are revised explaining its objectives, indications, structure, organization and limitations. The authors consider that it will be very useful in a Child and Adolescent Psychiatry Service, justifying its particular indications in those cases where it would be beneficial. For that they revised the two last years in the General Hospital Child and Adolescent ambulatory consult.

A model of Day Hospital and a therapeutics program in a Child and Adolescent Psychiatry Consult are exposed.

KEY WORDS

Day Hospital or Day Centre; Child and Adolescent Psychiatry.

278 INTRODUCCIÓN

Dentro de la Ponencia "Hospitalización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia" de la XXXII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (Valencia, 1993), hemos querido presentar el tema del "Hospital de Día" del que, anticipamos, no tenemos experiencia pero pensamos en él casi a diario como un eficaz recurso terapéutico para las necesidades de nuestra consulta. Por ello teníamos interés en profundizar en su estudio y posibilidades.

Aunque es de todos bien sabido, recordaremos brevemente su concepto: el Hospital o Centro de Día es un espacio intermedio entre la hospitalización o internado y la asistencia ambulatoria, lo que determina la peculiaridad de su acción terapéutica.

Queremos advertir que a lo largo de nuestra exposición utilizaremos indistintamente los términos Hospital, Centro o Unidad de día. (H.D.), (C.D.), (U.D.).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Aunque la primera referencia al concepto de Hospital de Día infantil se remonta, según el Informe de Zang⁽¹⁾, a un programa realizado en Moscú en 1933, no es hasta 1961 cuando Connell⁽²⁾ creó una unidad para niños. A partir de entonces, en las décadas de los 60 y 70 se desarrollan en gran número, sobre todo en Norteamérica, Gran Bretaña, y Francia.

Precisamente en la XX Reunión de nuestra Sociedad, celebrada en Pamplona en 1967, Cobo⁽⁴⁾ dirigió la ponencia sobre "Modelo de organización internacional en Psiquiatría Infantil" y de todos los países europeos cita y describe los hospitales de día existentes en Francia (Distrito 13 de París) y en Suiza (Ginebra y Lausana).

A pesar de estos datos y de las ventajas que todos los autores reconocen a este tipo de tratamiento, resulta paradójica la escasa referencia al H.D. en los diversos manuales de psiquiatría infantil.

Así, no lo citan en sus tratados ni Ajuriaguerra⁽⁵⁾, Kanner⁽⁶⁾, ni Finch⁽⁷⁾. Sólo lo nombran como posibilidad: Shaw⁽⁸⁾, Connell⁽⁹⁾, Wilkinson⁽¹⁰⁾, Debray-Riten⁽¹¹⁾, Ajuariaguerra y Marcelli⁽¹²⁾.

En cambio, en las mismas décadas de los 60 a los 80, otros autores sí hacen referencia a su concepto, objetivos, indicaciones y terapias; así lo encontramos en

Ajuariaguerra y Buckle⁽¹³⁾ que lo consideran modalidad interesante del tratamiento institucional, implicando a los padres en la acción terapéutica, a la vez que se ejerce también sobre ellos.

Midenet y Favre⁽¹⁴⁾ distinguen el tipo "continuo" y "discontinuo", según sea la frecuencia con que el niño acude a él por su problemática.

Mendiguchia⁽¹⁵⁾ incluye el H.D. en el capítulo de planificación de la asistencia psiquiátrica infantil, describiendo el número de centros que debe haber por habitantes (1/1.000.000), la procedencia de los enfermos, objetivos y tipo de tratamientos.

Stone y Koupernik⁽¹⁶⁾ resaltan su ventaja, por no tener que dejar el hogar, para niños y adolescentes con graves problemas de ansiedad de separación, rechazo escolar, síndrome hiperquinético, problemas graves de conducta o alimentación, etc., refiriéndose también a los métodos terapéuticos utilizados.

Mazet y Houzell⁽¹⁷⁾ destacan su utilidad para trastornos mentales graves en la infancia, como psicosis, presicosis, neurosis.

Angulo⁽¹⁸⁾ se refiere al concepto de H.D., objetivos, elección de casos, indicaciones y tipos de tratamiento. Cobo⁽¹⁹⁾ destaca la conveniencia de la creación de H.D. para la infancia prefiriendo la denominación de "estancias de medio día" para evitar el ambiente medicalizado. Indica que tiene algunas experiencias en el Servicio de Psiquiatría Infantil de la Paz (Madrid), en horario de 9 a 14 horas, con objeto de observación, diagnóstico y tratamientos de niños con problemas evolutivos (lenguaje y esfinterianos) y reactivos (escolares, de conducta), teniendo como principal objetivo evitar la cronificación.

También en la década de los 80, los Programas de Salud Mental Infanto-Juvenil de las diferentes autonomías españolas consideran conveniente el H.D. haciendo referencia al concepto e indicaciones: Asturias⁽²⁰⁾, Murcia⁽²¹⁾, Castilla-León⁽²²⁾, Aragón⁽²³⁾.

Los autores que dedican más atención al tema son Hersov y Bentovim⁽²⁴⁾ que describen, en un amplio capítulo, las metas y objetivos de estas unidades, así como los distintos modos de abordaje, indicaciones, ambiente terapéutico y organización, resultados, limitaciones y estudios de seguimiento.

De forma más reducida, Lewis⁽³⁾, tras una breve introducción histórica se centra en las indicaciones, programa y limitaciones de estos centros, mencionando también algunos estudios de seguimiento.

SITUACIÓN ACTUAL

Para actualizar estos datos, hemos realizado una búsqueda bibliográfica sobre Hospital o Centro de Día en Psiquiatría infantil y de la adolescencia, en el Index Medicus y Excerpta Médica. Del total de 82 artículos proporcionados, sólo 23 eran psiquiátricos y, de ellos, 13 estaban relacionados con el tema que nos ocupa, publicados entre los años 1985 y 1992. La mayoría, siete, son franceses, cuatro americanos y dos alemanes.

De todos ellos sólo el de Nezelof y cols.⁽²⁵⁾ describe con detalle el concepto, estructura y funcionamiento del H.D. para niños y adolescentes hasta 15 años, creado el 1-12-1987 en el H.C.U. de Besançon. Jacquet y cols.⁽²⁶⁾ se refieren a los recursos existentes para adolescentes en la ciudad de Cholet, entre los que se encuentra el H.D., pero no lo incluye en los resultados de la experiencia habida durante el año 1987 en hospitalización y consulta.

El resto de los trabajos se centran en cuestiones más concretas, sobre todo adolescentes con trastornos de conducta grave⁽²⁷⁾ y psicóticos crónicos⁽²⁸⁾ o niños pequeños autistas⁽²⁹⁾ y psicóticos⁽³⁰⁾, siendo el enfoque terapéutico, fundamentalmente, psicoanalítico y psicopedagógico o reeducacional. Otros autores exponen los trastornos mentales que determinan la hospitalización de adolescentes en Hospital General⁽³¹⁻³³⁾.

Los trabajos anglosajones se refieren a estudios de seguimiento y situación actual de pacientes tratados en H.D. en su infancia, sin hacer especial mención a las características de dichas instituciones⁽³⁴⁾. Otros, a la evolución y pronóstico de niños y adolescentes con conductas agresivas tratados con diversos medios terapéuticos, entre los que se encuentra el H.D.^(35,36) o el tratamiento intensivo en H.D. de trastornos de autoestima en adolescentes⁽³⁷⁾.

Con la información recogida en toda la bibliografía estudiada hemos confeccionado los distintos apartados en los que describimos a continuación lo más esencial del Hospital de Día en paidopsiquiatría.

OBJETIVOS

El principal objetivo del H.D. es proporcionar un tratamiento más estructurado, intensivo y especializado que el que se puede recibir en régimen ambulatorio y,

frente al internado, el niño mantiene el contacto diario con el hogar que, de esta manera, también colabora en la acción terapéutica a la vez que recibe del centro la ayuda que necesita, siempre que el ambiente familiar no sea destructivo para el niño que pasa en el Centro una gran parte del día y varios días a la semana

Tiene un enfoque, fundamentalmente, médico-psiquiátrico aunque también se ocupa, de forma secundaria, de aspectos educacionales y sociales, incluyendo las terapias familiares.

Pretende un tratamiento precoz e integral de pacientes muy afectados para lograr, en breve tiempo, la reinserción familiar, escolar y social. También puede ser puente entre el internado y el regreso a la familia.

Es adecuado lugar de observación y estudio del niño para valorar sus problemas y necesidades, determinando las terapias adecuadas que se pueden impartir en el mismo centro o en otras instituciones exteriores, con las que siempre debe relacionarse, sean de carácter familiar, escolar, social, judicial, etc.

Debe tener una importante función de investigación y docencia para la formación de profesionales.

INDICACIONES

Respecto a la patología que debe atender el H.D. hay unanimidad en destacar las enfermedades evolutivas crónicas y graves pero también otras funcionales y de menor duración. Son afecciones que se van desarrollando y manteniendo a lo largo de la infancia y adolescencia, requiriendo una acción terapéutica de larga evolución y más intensiva que en régimen ambulatorio. Podemos agruparlas de esta manera:

- 1) Trastornos psiquiátricos graves: autismo infantil, prepsicosis, psicosis, límites, retraso mental disarmónico, trastornos de la personalidad y conducta, neurosis, trastornos hipercinéticos con graves problemas de atención y conducta, fracaso escolar.
- 2) Trastornos de las relaciones y conductas familiares: problemas psiquiátricos y conflictos familiares, abuso infantil, abandono, etc., cuando aún hay posibilidades de tratamiento y colaboración de la familia o para una acción sustitutiva de ésta, cuando el niño ha sido separado de ella.
- 3) En las fases agudas de las psicosis y neurosis, intentos suicidas o en descompensación de autistas y psicóticos.

- 280 4) Trastornos funcionales graves: alteraciones de la alimentación, sueño, esfinterianos, etc. Así como la ansiedad de separación y de evitación o en el rechazo escolar inicial. Todo ello frecuente e importante en la edad pre-escolar.
- 5) Trastornos psicósomáticos: asma, eccema, alopecia, obesidad, digestivos, cefaleas, circulatorios, etc.
- 6) Trastornos psicólogos ligados a enfermedades somáticas crónicas: diabetes, reumatismo, déficits sensoriales graves, cáncer, leucemia, hemofilia, secuelas motóricas, etc.
- 7) Adolescentes con trastornos emocionales graves, crisis agudas de agresividad, aislamiento, psicosis crónicas. A ellos van dirigidos la mayor parte de los C.D. existentes, con un enfoque psicoanalítico y reeducacional.

EQUIPO PROFESIONAL

Respecto a los profesionales que deben ocuparse de los H.D. hay cierta variedad en el número y especialidades según sean las características de cada centro: dimensión, número y edades de los pacientes, diagnósticos de los mismos y terapias que se realicen.

También variará según sea el H.D. una estructura aislada o esté integrado en un hospital general o pediátrico, o vinculado a un centro de salud mental o servicios de sector.

Pero hay acuerdo en que debe ser multidisciplinario y constituir un verdadero equipo en el que cada profesional realiza una función pero está en coordinación con los demás, por medio de una reunión de síntesis para estudio de los acogidos.

En general, los profesionales que deben hacerse cargo de los H.D. son: psiquiatra, paidopsiquiatra, pediatra, psicólogo, psicoterapeuta, educador, diplomado en enfermería, trabajador social, maestro, logopeda, ortofonista, psicomotricista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, cuidador, auxiliar, etc.

Cada uno de ellos con especialización adecuada y dedicados a tiempo completo o parcial, según las necesidades y orientaciones del centro. Es fundamental el apoyo mutuo entre ellos para liberar las tensiones que el contacto con la patología de los pacientes provoca, evitando la desesperanza ante los resultados y las frustraciones que puedan producirse.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

De la arquitectura hablan pocos trabajos; el más detallado es el del H.D. de Besançon⁽²⁵⁾. El diseño y la construcción deben ser adecuados a la función del C.D., siendo los profesionales del mismo quienes indiquen sus necesidades a los arquitectos. Se requieren espacios abiertos, jardín o terrazas, dependencias amplias y suficientes, construcción sencilla pero resistente en cuanto a materiales y ornamentación, aspecto agradable y acogedor.

El número de plazas es variable, suele ser entre 12 y 20, algunos llegan a 40. Las edades dependen de la finalidad del H.D., con distintos rangos de edades: de 4 a 12 años o hasta 15 y 17.

En el horario hay más similitud, funcionando en régimen de semipensión, comenzando sobre las 8:30 horas y terminando entre las 16 y 20 horas. Si bien los niños pueden asistir durante toda la jornada y diariamente o en jornada partida o sólo algunas horas y también algunos días a la semana. Todo depende de las necesidades de los pacientes, según la patología.

MÉTODOS TERAPÉUTICOS

Podemos considerar que la terapia comienza con el estudio inicial del niño y su familia y con las primeras entrevistas por parte de los distintos profesionales. También es importante el periodo de acogida del niño, sobre todo en los casos en que es necesario el alivio del estrés.

Se utilizan todas las técnicas de la Psiquiatría infantil y adolescencia, según las edades y patología, que podemos resumir así:

- 1) Tratamientos psíquicos: biológicos, psicoterapias (individual, grupal, lúdica, psicoanalítica, conductista), estimulación precoz.
- 2) Reeduaciones: foniatría, logopedia, psicomotricidad, rehabilitación, etc.
- 3) Pedagogía especializada: programas escolares complementarios, lecto-escritura, etc.
- 4) Terapia ocupacional y actividades de expresión: pintura, modelado, artesanía, danza, marionetas, música, juegos de agua, etc.
- 5) Actividades lúdicas y recreativas: interiores y exteriores, juegos educativos, cine, video, piscina, deportes, excursiones, etc.

6) Utilización del tiempo libre.

El "ambiente terapéutico" del H.D. es el substrato básico de toda la terapia, así como las "intervenciones terapéuticas" de todo el equipo que debe responsabilizarse de las necesidades de los niños y familias, consiguiendo su colaboración, evitando culpabilidad.

Pero también hay que cuidar las relaciones humanas de los profesionales, conseguir interacciones satisfactorias y cubrir sus necesidades emocionales para lograr un óptimo funcionamiento psicológico.

LIMITACIONES

Los diversos autores también destacan las limitaciones e inconvenientes del H.D., llegando a decir Mises⁽³⁸⁾ que es tan caro como la hospitalización. Otros^(3,24,25), resaltan los siguientes aspectos:

- Dificultad de controlar la evolución de los niños tratados y evaluar su efectividad, por lo difícil que es encontrar adecuados grupos de control y por los escasos estudios de seguimiento y el no ser éstos comparativos.

- Muchos padres, por sus graves trastornos psiquiátricos, requieren una ayuda que va en detrimento de las necesidades de los niños, debiéndose valorar si es más necesario el H.D. para el niño o para los padres.

- Hay que cuidar la estructura del grupo de niños para que la combinación de edades y problemas no sea perjudicial para algunos, como puede ocurrir si hay varios niños agresivos o mayores con trastornos de conducta graves.

- Valorar la influencia que los graves problemas de los niños pueden ejercer sobre el personal, provocando sentimientos de desesperanza, frustración, incapacidad, terror, rabia, incluso tensión y rivalidad con los padres.

- Los distintos profesionales deben trabajar unidos, recibir apoyo y tener una estimación realista de lo que se puede hacer y conseguir.

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

En nuestra ya larga experiencia paidopsiquiátrica hemos trabajado en centros de internamiento, semipensión y consultas ambulatorias, comprobando en los primeros cómo el "ambiente terapéutico" resol-

vía de forma rápida y casi imperceptible gran parte de los problemas de hábitos o de conducta que tenían los niños ingresados. Mientras que en las consultas es más difícil conseguirlo a pesar del tratamiento intensivo y frecuente (de uno o más días semanales) sobre niños y padres, mediante las diversas técnicas psicoterápicas.

Por todo ello, creemos que determinados niños y patologías se podrían beneficiar en gran manera del tratamiento integral que diariamente recibirían en una Unidad de día, tanto ellos como su entorno.

En base a esto y a pesar de no tener experiencia en este campo, vamos a presentar una propuesta de funcionamiento de Hospital de Día para la patología que hemos encontrado con más frecuencia en nuestras consultas necesitada de esta atención.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del presente estudio hemos utilizado tres muestras de pacientes, todas ellas del Hospital General Universitario (H.G.U.) de Murcia, donde radica el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el que trabajamos desde su creación el 1-12-1990, integrado en el Departamento de Psiquiatría dirigido por el Prof. Barcia.

1ª Pacientes que acudieron a las urgencias psiquiátricas durante el periodo comprendido entre el 20-5-1991 y el 30-9-1992.

2ª Pacientes ingresados en la Unidad Psiquiátrica Hospitalaria (U.P.H.) durante el periodo 20-1-1991 y el 21-10-1992.

3ª Pacientes atendidos en la consulta externa de nuestro Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, desde el 1-1-1991 al 15-4-1993.

La elección de los periodos de revisión de las dos primeras muestras coincide con los datos disponibles en el Servicio de Documentación Clínica del Hospital (Jefe de Servicio: Dr. San Eustaquio) que ha colaborado con gran interés y eficacia en cuanto hemos solicitado del mismo.

En el caso de las dos primeras muestras, el objetivo era conocer la proporción que había de pacientes menores de 16 años, que es la edad que nosotros atendemos y comprobar si la indicación terapéutica propuesta era la idónea o estaba condicionada por los recursos existentes en la comunidad, teniendo en cuenta que no hay H.D. ni hospitalización pediátrica en el H.G.U. y que U.P.H. está

282

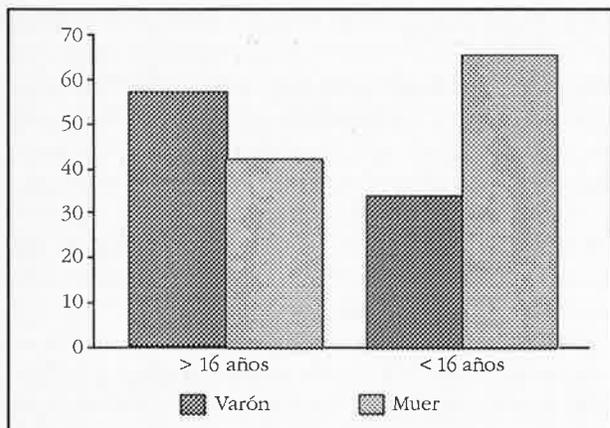


Figura 1. Urgencias: Porcentajes de sexos por edad.

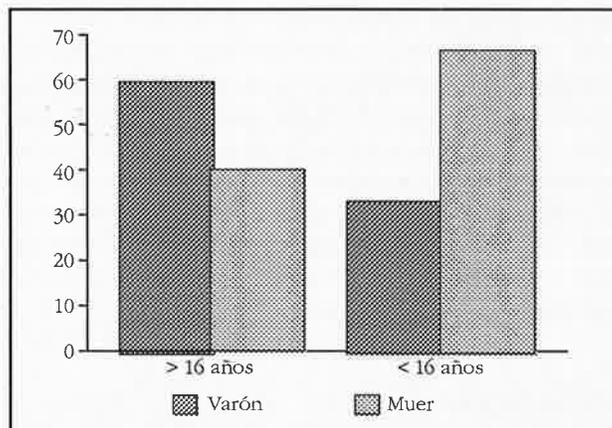


Figura 2. Hospitalización: Porcentajes de sexos por edad.

destinada a jóvenes y adultos y sólo en casos muy concretos se producen ingresos de menores de 16 años.

Con respecto a la tercera muestra, procedimos a revisar todas las historias de nuestra consulta del periodo referido para determinar qué casos se hubieran beneficiado de un H.D.

Las tres muestras fueron clasificadas en función de los siguientes parámetros: sexo, edad, diagnóstico e indicación terapéutica.

RESULTADOS

Urgencias

En los 16 meses que comprende la revisión, se atendieron un total de 1614 urgencias psiquiátricas, siendo 1576 (97,7%) mayores de 16 años y sólo 38 (2,3%) los menores de esa edad, entre 10 y 15 años.

De los mayores de 16 años, el 57% (903) eran varones y el 43% (673) mujeres, al contrario de lo que sucede en los menores, de los que el 34% (13 casos) son varones y el 66% (25) son mujeres. (Fig. 1).

Los menores de 16 años tenían los siguientes diagnósticos: S. depresivo (8 casos); Tr. conducta (6 casos); Tr. ansiedad (5 casos); Tentativas de autolisis (5 casos); Problemática familiar (3 casos); Tr. conversión (3 casos); T.O.C. (2 casos); R. mental más TR. conducta (2 casos) y con 1 solo caso: P.C.I., Psicosis infantil, Anorexia, TR. personalidad, Toxicomanía, Intoxicación accidental, Hipersomnía.

De estos casos ninguno fue ingresado y se les remitió a su C.S.M. o neuropsiquiatra de zona, aunque revisando las historias de forma detenida, en nuestra opinión, precisaban ingreso hospitalario 13 casos y otros 11 tratamiento en H.D.

Hospitalización

En los 21 meses que comprende la revisión, hubo un total de 695 ingresos - incluidos los reingresados - de los que sólo 9 (1,2%) eran menores de 16 años, entre 12 y 15 años. Los mayores de 16 años eran 686 (98,8%).

De estos 686, el 60% (409) son varones y el 40% (277) mujeres, mientras que en los menores la proporción está invertida, si bien el número total es pequeño, 9 pacientes, de los que el 33% (3) son varones y el 67% (6) son mujeres (Fig. 2).

Los diagnósticos de estos menores fueron: Psicosis esquizofrénica (3 casos); Anorexia (2 casos); Tr. conducta (2 casos); Depresión con tentativa de autolisis (1 caso); R. mental más Tr. conducta (1 caso).

Consulta externa infanto -juvenil

Esta muestra, que es la fundamental para nuestro estudio, corresponde a un periodo de 28 meses, en el que se vieron un total de 353 casos en primera consulta, de los que seleccionamos 103 (29%) como candidatos al tratamiento en C.D. y son los que estudiamos más exhaustivamente y describimos a continuación.

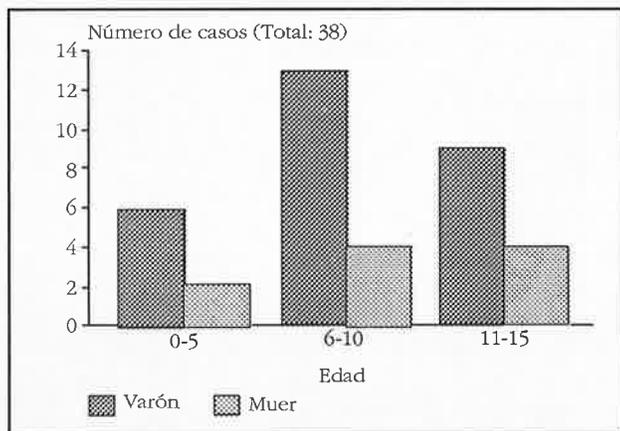


Figura 3. Trastornos de conducta. Frecuencias por edad y sexo.

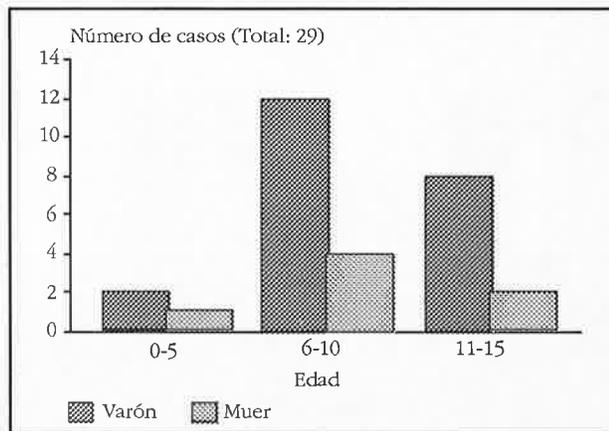


Figura 4. Trastornos de relaciones familiares. Frecuencias por edad y sexo.

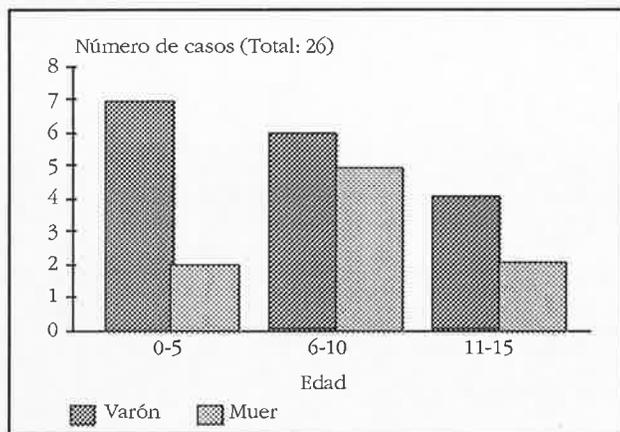


Figura 5. Trastornos de alimentación. Frecuencias por edad y sexo.

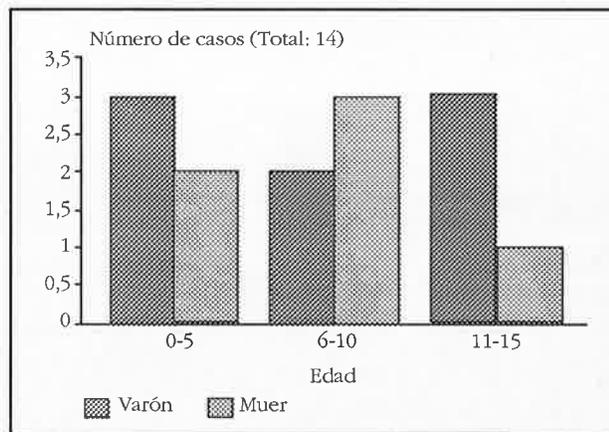


Figura 6. Trastornos de ansiedad. Frecuencias por edad y sexo.

Respecto al sexo de los 103 casos, 72 (70%) son varones y 31 (30%) son mujeres. Esta proporción es la que siempre se da en la patología paidopsiquiátrica.

Las edades las hemos distribuido en tres grupos: 0-5 años; 6-10; 11-15 años. Teniendo en cuenta estos grupos y el sexo, se distribuyen el total de 103 casos en los siguientes diagnósticos, según orden de frecuencia:

- Trastornos de conducta: 38 casos; Varón=28; Mujer=10 (Fig. 3).
- Tr. de relaciones familiares: 29 casos; V=22; M=7 (Fig. 4).
- Tr. de alimentación: 26 casos; V=17; M=9 (Fig. 5).
- Tr. ansiedad: 14 casos; V=8; M=6 (Fig. 6).

- Tr. hiperkinético: 9 casos; todos varones (Fig. 7).
- Tr. hábitos motores: 8 casos; V=7; M=1 (Fig. 8).
- Tr. psicóticos: 8 casos; V=7; M=1. (Fig. 9)
- Tr. psicósomáticos: 6 casos; V=2; M=4 (Fig. 10)
- Tr. O.C. y fóbicos: 6 casos; V=4; M=2 (Fig. 11)
- Otros diagnósticos (R. M. , T, autolisis, Tr. eliminación: 10 casos; V=6; M=4 (Fig. 12).

Teniendo en cuenta que algunos casos presentan dos o más diagnósticos, aparecen un total de 154 que se distribuyen con los siguientes porcentajes por orden de frecuencia (Fig. 13), agrupándose según sexo y edad como indica la figura 14.

- 286 - 8 horas: Reunión del equipo para planificación.
- 9 horas: Recepción de niños y de la información de los padres.
- 10 horas: Programa de actividades terapéuticas.
- 11:30 horas: Descanso.
- 12 horas: Programa de actividades terapéuticas.
- 13 horas: Comida.
- 13:45 horas: Aseo y descanso.
- 14:15: Planificación de las tareas en el hogar.
- 15 horas: Despedida.

Como es obvio, el programa de actividades terapéuticas será variable según el tipo de patología y las edades de los niños y se simultanearán con las terapias que haya que hacer a la familia.

DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

Dentro de la patología que hemos descrito en nuestra casuística, vamos a especificar la que creemos más necesitada de este tratamiento, indicando algunas pautas especiales.

Trastornos de conducta

Hemos incluido problemas evolutivos de la edad escolar: agresividad, rabietas, rebeldías, desadaptación, así como el trastorno hiperactivo. El tratamiento consistirá, fundamentalmente, en psicoterapia individual y de grupo, técnicas de modificación de conducta e intervención familiar.

Trastornos de las relaciones familiares

Está formado por los casos en los que existen problemas en la constitución familiar (separación, familias incompletas, desorganización familiar, problemas socio-culturales, miembros con patología psíquica grave, etc.); y cuando la conducta patológica del niño se manifiesta especialmente en el ámbito familiar. En estos casos prevalece la acción terapéutica sobre la familia y la intervención del trabajador social.

Trastornos de alimentación

Es una de las patologías que más se beneficiarían del H.D. ya que las pautas de alimentación alteradas en la familia se cronifican y es necesario separar al niño de su

ambiente para su resolución en breve tiempo. En estos casos es necesario, en una segunda fase, la actuación de la familia, en especial de la madre, en el Centro para que aprenda las nuevas normas sobre alimentación y puedan así tener continuidad en el hogar. Entre los problemas de alimentación incluimos no sólo la anorexia y la típica inapetencia evolutiva sino caprichos, restricción alimenticia, fobias, bulimia, pica, etc., que son más tolerados en el ámbito familiar, incluso hasta la adolescencia.

Trastornos de ansiedad y psicósomáticos

Comprenden la ansiedad generalizada, crisis agudas de ansiedad, ansiedad de separación y evitación, mutismo selectivo y los diversos problemas psicósomáticos. La intervención se basaría en la psicoterapia individual y de grupo, modificación de conducta, programas de decondicionamiento y relajación. Así como psicofarmacología.

Trastornos obsesivo compulsivos y de hábitos motores

Requieren técnicas de modificación de conducta, relajación, decondicionamiento y farmacología.

Trastornos psicóticos

Serían acogidos para estudio, confirmación diagnóstica y determinación de pautas terapéuticas, tanto en las primeras edades, en las formas precoces, como en la pre y adolescencia. También en las crisis agudas o de descompensación para su control así como en la instauración de psicofármacos que en muchos casos es difícil iniciarla en el medio familiar, no preparado para los posibles efectos secundarios y la inseguridad de que los administren correctamente.

COROLARIO

Aunque nos hemos referido, sobre todo, a las técnicas de acción psicoterápica no hemos de olvidar que en ciertas patologías resulta de gran ayuda la psicofarmacología que, a pesar de ser reducida en nuestra especialidad, no deja de ser necesaria y efectiva como complemento de las técnicas mencionadas.

Concebimos este Centro de Día con prioritaria acción médico-psiquiátrica y psicoterapéutica, por lo que no contemplamos la actuación psicopedagógica y reeducativa que requeriría más profesionales y supondría unas estancias de larga duración en los niños. De estos aspectos, si los necesitan, se ocuparían las instituciones correspondientes pues quedan totalmente fuera de nuestro ámbito de posibilidades y competencias.

Nos gustaría que esta idea e ilusión del Hospital o Centro de Día llegara a tener realidad, algún día, en nuestro Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del H.G.U. de Murcia.

Nosotros estaríamos dispuestos a iniciarlo de forma modesta, práctica y realista, como hemos hecho siempre a lo largo de los años en nuestro trabajo clínico y de forma paulatina ir avanzando y desarrollando la tarea emprendida, siempre en beneficio de nuestros niños.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Zang LD. The antisocial aggressive school-age child: Day hospitals. En: Wolman B, Egan J, Ross A, eds. *Handbook of Treatment of Mental Disorders and Adolescence*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. NJ, 1978:317.
- 2 Connell PH. The day-hospital approach in child psychiatry. *J Ment Sci* 1961;107:969-977.
- 3 Lewis M. Tratamiento de día. En: Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría*, 2ª Ed. Barcelona: Salvat Medicina, 1989:1799-1800.
- 4 Cobo C. *Modelo de organización internacional en Psiquiatría Infantil*. Ponencia a la XX Reunión Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, 1977.
- 5 Ajuriaguerra J de. *Manual de Psychiatrie de l'Enfant*. Masson Editeurs, Paris, 1970.
- 6 Kanner L. *Psiquiatría Infantil*. Ed. Paidós-Psique, Buenos Aires, 1966.
- 7 Finch SM. *Fundamentos de Psiquiatría Infantil*. Ed. Psique, Buenos Aires, 1967.
- 8 Shaw ChR. *Psiquiatría Infantil*. Ed. Interamericana S.A. México, 1969.
- 9 Connell HM. *Essentials of Child Psychiatry*, 2ª Ed. Blackwell Scientific Publications, Melbourne, 1985.
- 10 Wilkinson TR. *Child and adolescent Psychiatry Nursing*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1983.
- 11 Debray-Ritzen P. *Neuro-psychiatrie Infantile*, Masson, Paris, 1981.
- 12 Ajuriaguerra J de, Marcelli D. *Manual de Psicopatología del niño*. Toray-Masson, Barcelona, 1982.
- 13 Ajuriaguerra J de. *Le choix thérapeutique en Psychiatrie infantile*. Masson Ed. , Paris 1967.
- 14 Midenet M, Favre JP. *Manual práctico de Psiquiatría Infantil*. Toray-Masson, Barcelona, 1976.
- 15 Mendiguchía F. *Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Ed. del Castillo S.A. Madrid, 1980.
- 16 Stone FH, Koupemnik C. *Psiquiatría Infanto-Juvenil*, Salvat ,Barcelona, 1980.
- 17 Mazet Ph, Houzel D. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica y Técnica S.A., Barcelona, 1981.
- 18 Angulo F. Psicoterapias dinámicas. En: de Barcia D, López-Ibor JJ, Ruiz C. *Psiquiatría*. Toray S.A. Barcelona 1981.
- 19 Cobo C. *Paidopsiquiatría Dinámica*. I Roche, Madrid, 1983.
- 20 *Planificaciones y bases para una actuación en Salud Mental Infantil*. Asturias, 1983.
- 21 Gómez-Ferrer C, Fernández A. Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil para la Comunidad Autónoma de Murcia. *Rev Neur Psiq Inf* 1986;8(2):9-19.
- 22 *Informe y Recomendaciones del Comité de Expertos en Salud Mental Infanto-Juvenil*. Junta de Castilla y León, 1986.
- 23 *Proyecto para la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad Autónoma de Aragón*, 1988.
- 24 Hersov L, Bentovim A. In-patient and Day-Hospital Units. En: Rutter M, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry*, 2ª ed. Blackwell Scientific Publications, 1985:771-777.
- 25 Nezelof S, Morelli A, Bonin B, Bizouard P. Un Hôpital de Jour pour enfants et adolescents dans un Hôpital General. *Ann Psychiatr* 1991;3(6):159-164.
- 26 Jacquet Y, Mabrut JP. Approche polydisciplinaire d'adolescents en difficulté. *Arch Fr Pediatr*. 1991;48:179-183.
- 27 Pinel JP. Remarques sur la place de la scolarité dans l'attitude thérapeutique et dans l'évolution. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1988;36(8-9):343-348.
- 28 Guedeney N, Jeammet Ph. Adéquation de l'Hôpital de jour a la pathologie de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1988;36(8-9):317-322.
- 29 Manzano J, Palacio F, Knauer D. Probléms des interventions thérapeutiques en Psychiatrie du nourrisson. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1984;32(9):443-450.
- 30 Geissmann P, Geissmann CL, Huttin M, Chabanne M. Des expériences de coopération entre enseignants et psychiatres. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1985;33(8-9):369-374.
- 31 Marquis F, Deschamps JP, Legras B, Senault R. L'hospitalisation des adolescents dans un centre hospitalier regional. *Arch Fr Pediatr* 1985;42:459-464.

C. Gómez-Ferrer
A. Fernández
L. Coy
J. M. Peñalver
D. Barcia

Conveniencia del Hospital de día en la patología
paidopsiquiátrica

- 288 32 Carbray JA, Pitula CR. Trends in adolescent Psychiatric Hospitalization. *J Child Adolesc. Psychiatr Ment Health Nurs* 1991;4(2):68-71.
- 33 Gunter M. The situation at the admission of adolescents in acute crisis. *Dtsch Krankenpflegez* 1991;44(10):725-729.
- 34 Corkey CL, Zimet SG. Relationships with Family and Friends in Young Adulthood; A follow-up of Children Treated in a Day Hospital. *Int J Partial Hosp* 1987;4(2):97-115.
- 35 Gabel S, Schindedecker R. Agressive Behavior in Youth: Characteristics, Outcome and Psychiatric Diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(6):982-989.
- 36 Knolker U. Possibilities of the Rehabilitation of Children and Adolescents with Behavior Disorders. *Off Gesundheitswes* 1989;51(8-9):477-482.
- 37 Miller Th W. Effects of an Intensive Self-Esteem Building Therapeutic Model on Adolescents in Psychiatric Treatment. *Child Psychiatry and Hum Dev* 1990;21(2):135-143.
- 38 Mises R. L'Organisation de la Neuropsychiatrie infantile. *Rev Neuropsychiatrie infantiles* 1965:118-134.