

Prospectiva evolutiva longitudinal a largo plazo en psiquiatría infanto-juvenil

A. Bonals Pi; J.M. Velilla Picazo; J.A. Merino Montesa; P. Miravete Fuertes; C. Soro Abardía

Zaragoza

RESUMEN

Se trata de un estudio de seguimiento longitudinal de 63 niños que fueron visitados en consulta de Paidopsiquiatría, entre 15 y 20 años antes de realizar el estudio. El seguimiento se realiza por medio de un cuestionario de detección en Salud Mental. Se concluye que la regularización de la sintomatología menor es evidente, y que persisten los grandes síndromes en un porcentaje de 1/3.

Palabras clave: Epidemiología. Estudio de seguimiento.

INTRODUCCIÓN

Hay una coincidencia unánime en la bibliografía al respecto, en señalar la escasez de estudios de seguimiento en Psiquiatría Infanto-juvenil. Dos de los aspectos claves que este tipo de estudios deben abordar serían, por un

lado, comprobar si existe un continuum entre la psicopatología del niño y la del adulto, y por otra parte hasta qué punto es eficaz, desde la perspectiva de la Higiene Mental, atender precozmente los distintos síndromes y trastornos de adaptación que en la infancia y adolescencia puedan presentarse, comprobando la ausencia o no de psicopatología en la edad adulta.

Para la presente investigación, la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del Departamento Universitario de Psiquiatría proyectó llevar a cabo un estudio prospectivo de los pacientes vistos hacia un periodo de tiempo comprendido entre quince y veinte años, que por diferentes motivos acudieron a esta consulta de psiquiatría infantil, que entonces iniciaba su labor asistencial, ubicada en las clínicas de la antigua Facultad de Medicina y única, en esta especialidad, en la región aragonesa. Los tres paidopsiquiatras que componen la Sección, ayudados por dos asistentes voluntarios, llevaron a cabo en una primera fase del trabajo la selección de las historias clínicas correspondientes a todos los pacientes referidos, en los ficheros del Departamento, siendo un total de 201 historias.

Posteriormente se elaboró una **Encuesta** que

Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

consta de un apartado de datos personales y otro de datos epidemiológicos.

Asimismo y tras consultar bibliografía referente al tema, se decidió incluir el **Cuestionario de Detección en Salud Mental SRQ**, recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Anexo 1

Encuesta epidemiológica

Edad (en años) Fecha

Sexo: Caso N.º

Hombre Fecha 1ª visita

Mujer Edad 1ª visita

Estado civil:

Soltero

Casado

Separado

Núcleo familiar

Ocupación actual:

Estudia

Trabaja

Inactivo

Estudios realizados

Trabajos desempeñados anteriormente

.....

Servicio militar

Cumplido

Exento (Motivo)

¿Ha precisado en los últimos diez años atención psiquiátrica?

Sí

No

En caso afirmativo:

En Servicio de Urgencias

Consulta ambulatoria

Ingreso

¿Sigue tratamiento en la actualidad?

Sí

No Fecha alta

En caso afirmativo:

Tratamiento medicamentoso

Psicoterapia

La siguiente etapa consistió en el trabajo de campo llevado a cabo por una encuestadora cualificada, con experiencia en Psiquiatría de adultos y Psiquiatría Infanto-juvenil. Para ello, se siguieron una serie de pautas:

—Se remitió una carta a los pacientes que formaban el grupo objeto de estudio, explicándoles la naturaleza del trabajo epidemiológico y anunciándoles la proximidad de un contacto personal para llevar a cabo la cumplimentación de la encuesta y el cuestionario, lo que se hizo tras un plazo de quince días en los casos que habían dado la conformidad.

—A los dos meses, se llamó por teléfono a aquellos a quienes se había enviado la carta y no habían contestado.

—A los tres meses siguientes se volvió a remitir otra carta similar, a los que no habían respondido, ni tenían teléfono. A las tres semanas de esta última gestión se fue personalmente al domicilio de aquellos que seguían sin contestar.

De esta etapa previa de contacto se obtuvieron los siguientes resultados: No contestaron la encuesta ni el cuestionario:

— Ausencia de dirección completa en la H.C.	57
— La dirección que figuraba actualmente no existe	9
— Devolución por correos e imposibilidad de contactar	45
— Cambio de residencia a otra ciudad y se desentendían de la encuesta	5
— Fallecidos	2
— Se niegan a contestar la encuesta	20
Total	138

Nos parece oportuno subrayar que en estos veinte casos en que a pesar de ser localizados no se prestaron a colaborar en el estudio, en dieciséis de ellos fue la familia quien se negó a facilitar la labor de la encuestadora y tan solo en cuatro fue el propio paciente el que rechazó la encuesta; en cuanto al sexo, eran quince varones y cinco mujeres.

Colaboraron en el estudio y respondieron a la encuesta 63 casos; de estos 63 pacientes que colaboraron, con once de ellos no fue posible rellenar el cuestionario de salud mental, bien por no estar presente el paciente o, estándolo, debido a su situación de incapacidad, por lo que, en este grupo, solo nos podremos referir

a los datos de la encuesta epidemiológica suministrados por los familiares:

- Oligofrénicos 5
- Deterioro esquizofrénico 2
- Trabaja fuera del lugar de residencia 3
- Se encuentra cumpliendo condena en prisión 1

En resumen, de un total de 201 casos elegidos, 52 pacientes son los que han cumplimentado encuesta y cuestionario.

Los resultados obtenidos por nuestros pacientes se han comparado con un grupo control, aprovechando como tal grupo control la población joven estudiada en un trabajo de epidemiología psiquiátrica sobre población general, realizado en Zaragoza en nuestro Departamento («Proyecto SAMAR», Seva et al., 1989). La selección de estos jóvenes se realizó mediante un muestreo aleatorio simple a partir del censo municipal de nuestra ciudad del año 1986. Este grupo de población joven se detectó como libre de morbilidad psiquiátrica, mediante la realización de un screening en dos fases (GMQ-28 y CIS).

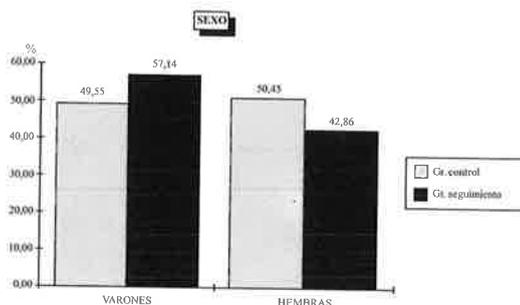
El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante los programas del proyecto estadístico SASS (Statistical Ackage for the Social Sciences) versión M, Update 7-9 (1981), en un ordenador VAX-11/780 del Centro de Cálculo de la Universidad de Zaragoza, contando para la realización del presente trabajo con el asesoramiento del personal de dicho centro. El tratamiento estadístico que presentamos se basa en la descripción de frecuencias, en el caso de las variables epidemiológicas. En cuanto a las variables del cuestionario SRQ se ha hecho el análisis de la asociación de variables aplicando la prueba de «Chi-cuadrado».

RESULTADOS

En primer lugar, comentaremos aquellas variables que son comunes en nuestro grupo de antiguos pacientes y el grupo control.

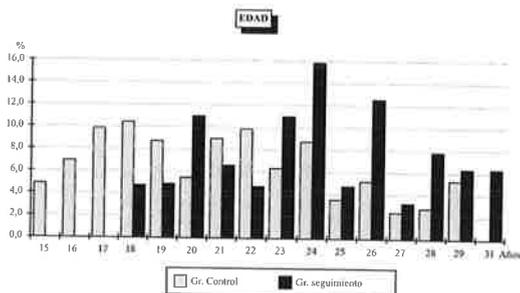
Sexo: Observamos cómo, si bien la pobla-

ción general se reparte prácticamente al 50% entre varones y hembras, en el grupo de seguimiento hay un predominio de los primeros en un 57,14% frente al 42,86% de los segundos. Es unánime la coincidencia en la práctica totalidad de trabajos epidemiológicos en psiquiatría infanto-juvenil, el que hay un mayor porcentaje de niños que de niñas que acuden a consulta. Para ello se han manejado diversas hipótesis coincidiendo casi todas ellas en que este hecho estaría en relación con factores socioculturales, tendiendo a dar más importancia los padres a los posibles trastornos psicopatológicos que plantea el hijo varón.



Gráfica 1

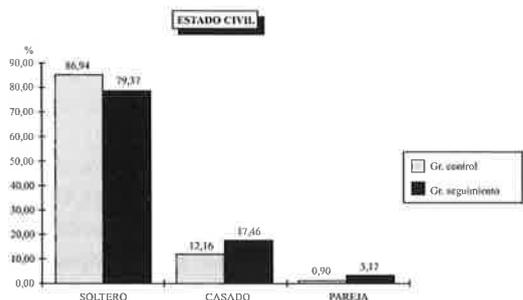
Edad: La edad media del grupo de seguimiento, cuando fueron vistos en nuestra Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil, era de 8,88 años, estando comprendidas las edades entre 2 y 17 años. En la actualidad, la edad media es de 24 años frente a los 21,077 años del grupo control, más baja ésta por la presencia de un 22,1% de sujetos de 15 a 17 años.



Gráfica 2

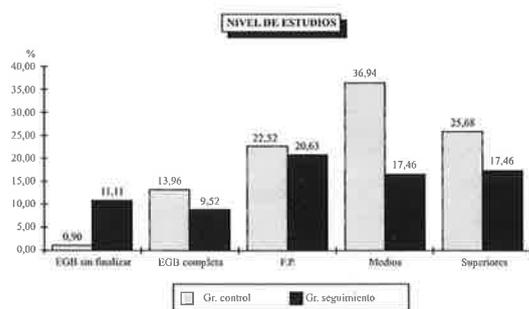
Estado civil: Debido a que nos encontramos ante dos grupos de «población joven», es lógi-

co que predominan ampliamente los solteros, existiendo una minoría de casados, 12,16% en el grupo control y 17,46% en el de seguimiento. Asimismo se dan casos aislados, en ambas muestras, que conviven con su pareja, manteniendo su estado civil de solteros.



Gráfica 3

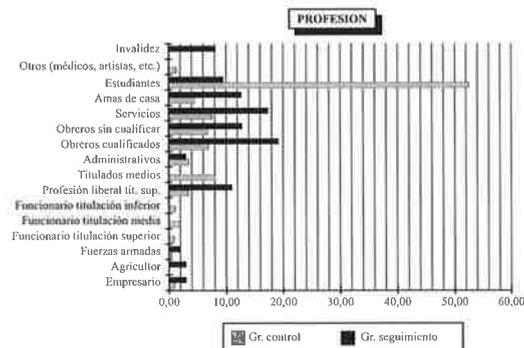
Nivel de estudios: Analizando los estudios realizados por los 63 encuestados de nuestro grupo vemos que presentan un buen nivel, ya que únicamente el 11,11% tienen la EGB sin finalizar, porcentaje bajo máxime teniendo en cuenta que se incluyen casos de oligofrenia. El resto se distribuye de forma homogénea entre aquellos que cursaron formación profesional, estudios medios y estudios superiores. En el grupo control existe un predominio de individuos con un nivel de estudios medios.



Gráfica 4

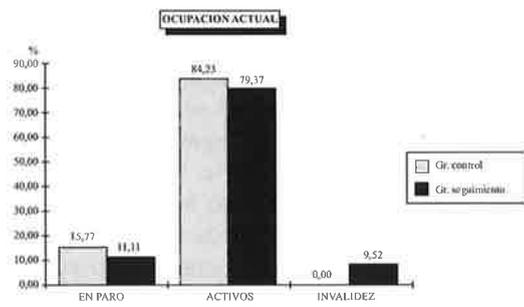
Profesión: En cuanto al tipo de profesión, el importante porcentaje de estudiantes en el grupo control se explica por el hecho de que hay adolescentes de 15 a 17 años y la mayoría de ellos desempeñan esa actividad. En el grupo de seguimiento hay una mayor proporción de

obreros cualificados y sin cualificar, servicios y profesionales liberales.



Gráfica 5

Ocupación: Desde el punto de vista de la actividad laboral no hay diferencias respecto al grupo control ya que hay que tener en cuenta que en el 20,63% de inactivos están incluidos un 9,52% de pacientes con invalidez por oligofrenia o psicosis. Por lo tanto podemos afirmar que nuestro grupo de seguimiento presenta un índice de paro prácticamente superponible a la población general.



Gráfica 6

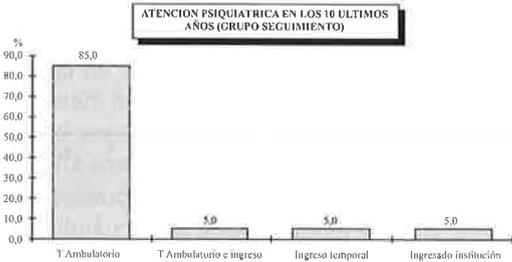
Servicio militar: De un total de 36 varones, 24, el 66,66%, habían cumplido el Servicio militar. De los que no lo habían hecho, que eran 10, la mitad fueron excedentes de cupo y a los otros 5 se les declaró inútiles (2 por oligofrenia y 3 por enfermedad mental).

Atención psiquiátrica en los últimos años: A la pregunta de si habían precisado atención psiquiátrica en los últimos 10 años, contestaron afirmativamente 20, el 31,7%. De estos 20 pacientes que habían requerido tratamiento



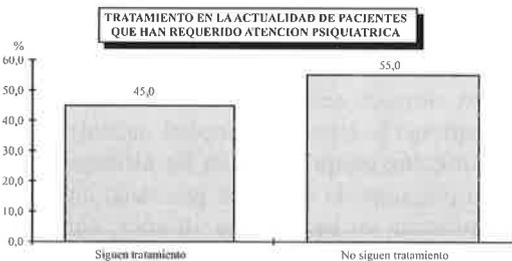
Gráfica 7

psiquiátrico, la mayoría (el 85%) había sido en régimen ambulatorio, y en casos aislados, el 15%, fueron ingresos temporales en unidades de enfermos agudos. Solamente uno de ellos permanecía ingresado en una institución cerrada.



Gráfica 8

Si siguiendo con este grupo de 20 pacientes que habían estado bajo control psiquiátrico, el 55% no seguían tratamiento en la actualidad y un total de 9, el 45%, continuaban en tratamiento con psicofármacos o psicoterapia. A los primeros se les preguntó la fecha, aproximada, del alta médica y más de la mitad no habían vuelto tras una primera visita o no recordaban la fecha por haber pasado demasiado tiempo; solamente el 18% había sido dado de alta hacía un año y el 9% durante el año en curso.

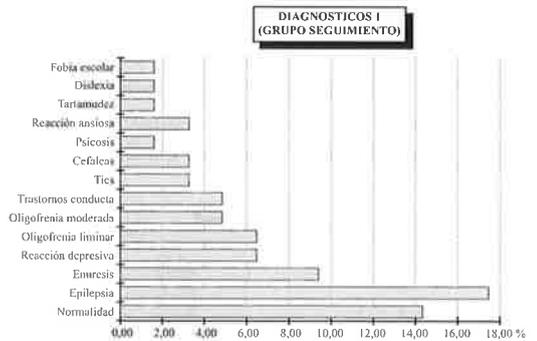


Gráfica 9



Gráfica 10

Diagnóstico: Revisando los diagnósticos que presentaban los pacientes cuando en su infancia o adolescencia acudieron a consulta, cabría destacar que existía un grupo importante (gráfica 11) de epilépticos, lo que se justifica porque en las consultas del antiguo hospital clínico la epilepsia se diagnosticaba y trataba dentro del departamento de psiquiatría, a diferencia de lo que ocurre en la actualidad que son los Servicios de Neurofisiología, Neuropediatria o Neurología los que se ocupan de este tema.

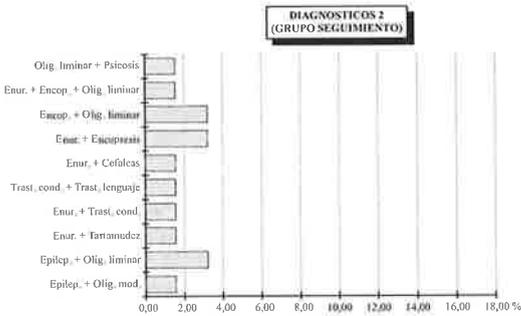


Gráfica 11

Había otro grupo numeroso de pacientes en los que no habíamos encontrado psicopatología valorable y estaban diagnosticados de «normalidad». Seguían en frecuencia los casos de oligofrenia, enuresis, cuadros depresivos y trastornos de conducta.

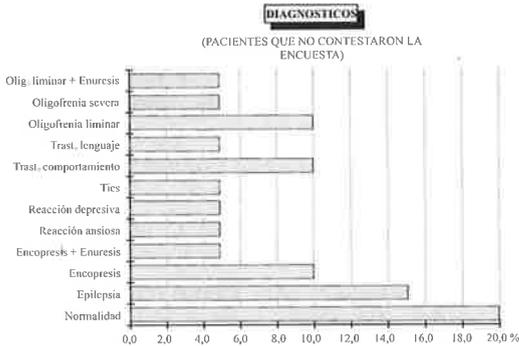
En un grupo de 13 pacientes, se había realizado doble y triple diagnóstico (gráfica 12).

Por otra parte, hemos querido fijarnos en los diagnósticos previos de aquellos pacientes que



Gráfica 12

se negaron a colaborar en la encuesta, comprobando que los casos de «epilepsia» y «normalidad» eran los que igualmente predominaban. No obstante, proporcionalmente en este grupo había una mayor incidencia de oligofrenias, trastornos de comportamiento, y encopresis.



Gráfica 13

Tras los resultados obtenidos en las diferentes variables epidemiológicas que forman la **Encuesta** que se administró al grupo de seguimiento, formado por nuestros 63 antiguos pacientes, pasamos a comentar lo que constituiría la segunda parte de los resultados, es decir, aquellos referentes al **Cuestionario de Salud Mental SRQ**. Este fue, desde el primer momento, el objetivo fundamental del presente trabajo: Comprobar, de forma lo más objetiva posible, si ese aparente buen estado de salud actual, sugerido por algunas de las variables anteriores, se correspondía con un buen índice de «salud mental». Para ello eran necesarios dos requisitos:

–Disponer de un cuestionario sencillo, fiable, ampliamente respaldado y experimentado.

–Contar con un grupo control de población general, sana psicológicamente y de similares características en sexo, edad, estado civil, nivel educacional y estatus socioeconómico.

La primera de estas dos premisas la resolvimos decidiéndonos por el «cuestionario» SRQ de la Organización Mundial de la Salud, avalado igualmente por la Organización Panamericana de Salud y en nuestro país por la Dirección General de Planificación Sanitaria, que lo recomienda especialmente por su utilidad didáctica para el reconocimiento y manejo de los grandes síndromes psiquiátricos en atención primaria de salud.

Hemos utilizado la versión ampliada de 30 items: Los veinte primeros son preguntas sobre posible sintomatología psicósomática, ansiosa y depresiva; del 21 al 24 se centran en posibles manifestaciones psicóticas; el item 25, que en el manual se incluye en el bloque anterior, pensamos que hay que contemplarlo de forma individual ya que se refiere específicamente a sintomatología comicial o neurológica; las cinco últimas preguntas, de la 26 a la 30, han sido recientemente introducidas y se centran en la detección de posible alcoholismo.

Por otra parte y en cuanto al segundo de nuestros requisitos, el grupo control, nos pareció que la población estudiada en el proyecto de investigación en curso, SAMAR, sobre epidemiología psiquiátrica en la región aragonesa, era idóneo ya que se había detectado, libre de morbilidad psiquiátrica, mediante la realización de un screening en dos fases, como ya hemos indicado anteriormente.

Pasando a analizar las respuestas a los diferentes items del cuestionario por los dos grupos (el de seguimiento y el de población general) nos encontramos con los siguientes datos de interés:

1. En el bloque de preguntas de la 1 a la 20,

Observamos cómo en doce de ellos aun existiendo diferencia entre los dos grupos, estas diferencias se deben posiblemente al azar, en un porcentaje muy elevado, por no alcanzar significación estadística ($P > 0,01$), lo que nos lleva a afirmar que en las preguntas 2, 3, 4, 5,

TABLA I
Cuestionario SRQ. Respuestas a las preguntas 1-20 cuyas diferencias entre los dos grupos no alcanzan significación estadística

	Grupo control		Grupo seguimiento		p
	Sí	No	Sí	No	
2. ¿Tiene mal apetito?	15 (6,8%)	207 (93,2%)	56 (9,8%)	47 (90,4%)	0,67 > 0,01
3. ¿Duerme mal?	12 (5,9%)	210 (94,6%)	8 (15,4%)	44 (84,6%)	0,02 > 0,01
4. ¿Se asusta con facilidad?	43 (19,4%)	179 (80,6%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	1 > 0,01
5. ¿Sufre temblor de manos?	8 (3,6%)	214 (96,4%)	5 (9,6%)	47 (90,4%)	0,14 > 0,01
8. ¿Puede pensar con claridad?	23 (10,9%)	199 (89,6%)	8 (15,4%)	44 (84,6%)	0,43 > 0,01
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	19 (8,6%)	203 (91,4%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	0,04 > 0,01
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	27 (12,2%)	195 (87,8%)	7 (13,5%)	45 (86,5%)	0,98 > 0,01
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	43 (19,4%)	179 (80,6%)	18 (34,6%)	34 (65,4%)	0,02 > 0,01
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	4 (1,8%)	218 (98,2%)	4 (7,7%)	48 (92,3%)	0,06 > 0,01
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?	14 (6,3%)	208 (93,7%)	9 (17,3%)	43 (82,7%)	0,02 > 0,01
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	21 (9,5%)	201 (90,5%)	11 (21,2%)	41 (78,8%)	0,03 > 0,01
20. ¿Se cansa con facilidad?	23 (10,4%)	199 (89,6%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	0,12 > 0,01

8, 10, 11, 12, 14, 16, 19 y 20, los dos grupos se comportan como si pertenecieran a una sola muestra. (Tabla I).

En las ocho preguntas restantes de este primer bloque del cuestionario, las diferencias de respuestas afirmativas son altamente significativas ($P < 0,01$) correspondiendo los más altos porcentajes de «SÍ» al grupo de seguimiento. Es decir, en nuestros antiguos pacientes se observaba una mayor propensión a: cefaleas (28,8% frente al 10,8%), sensación de intranquilidad y nerviosismo (el 44,2% frente al 11,3%), malas digestiones (23,9% frente al 5,9%), sentimientos de tristeza (26,9% frente al 9,5%), dificultad

ante el trabajo (21,2% y 4,5%), pérdida de interés (17,3% y 5,9%), ideas autolíticas (19,2% y 1,8%) y astenia (19,2% y 1,8%). (Tabla II).

No obstante, siguiendo las instrucciones de valoración del cuestionario, para considerar que un sujeto tenga «alta probabilidad de padecer enfermedad mental», la contestación afirmativa ha de ser en al menos 11 preguntas, de entre las comprendidas de la 1 a la 20; vemos que han contestado «SÍ» a once o más preguntas el 9% del grupo control y el 5,8% del grupo de seguimiento, diferencias que, como puede comprobarse, no alcanzan significación estadística.

TABLA II
Cuestionario SRQ. Respuestas a las preguntas 1-20 cuyas diferencias entre los grupos alcanzan significación estadística

	Grupo control		Grupo seguimiento		p
	Sí	No	Sí	No	
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	24 (10,8%)	198 (89,2%)	15 (28,8%)	37 (71,2%)	0,00 < 0,01
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	25 (11,3%)	197 (88,7%)	23 (44,2%)	29 (55,8%)	0,00 < 0,01
7. ¿Sufre de mala digestión?	13 (5,9%)	209 (94,1%)	12 (23,1%)	40 (76,9%)	0,00 < 0,01
9. ¿Se siente triste?	25 (9,5%)	201 (90,5%)	14 (26,9%)	38 (73,8%)	0,00 < 0,01
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?					
¿Sufre Vd. con su trabajo?	10 (4,5%)	212 (95,5%)	11 (21,2%)	41 (78,8%)	0,00 < 0,01
15. ¿Ha perdido interés por las cosas?	13 (5,9%)	209 (94,1%)	9 (17,3%)	43 (82,7%)	0,01 = 0,01
17. ¿Ha tenido idea de acabar con su vida?	4 (1,8%)	218 (98,2%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	0,00 < 0,01
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	4 (1,8%)	218 (98,2%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	0,00 < 0,01

TABLA III
Han contestado afirmativamente a 11 o más preguntas de las 20 primeras del cuestionario SRQ

	Grupo control	Grupo seguimiento
Sí (Probable caso psiquiátrico)	2 (0,9%)	3 (5,8%)
No (No caso psiquiátrico)	220 (99,1%)	49 (94,2%)
Total	222 (100%)	52 (100%)

$p = 0,07 > 0,01$

TABLA IV
Cuestionario SRQ. Respuestas a las preguntas 21-25 cuyas diferencias entre los grupos no alcanzan significación estadística

	Grupo control		Grupo seguimiento		ρ
	Sí	No	Sí	No	
22. ¿Es Vd. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	37 (16,7%)	185 (83,3%)	11 (21,2%)	41 (78,8%)	0,57 > 0,01
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida de conocimiento?	2 (0,9%)	220 (99,1%)	1 (1,9%)	51 (98,1%)	1 > 0,01

2. *En cuanto a las preguntas 21 a la 24, encontramos que en la 22 la diferencia de respuestas afirmativas no tiene significación estadística, aunque es más elevada en el grupo de seguimiento. (Tabla IV).*

En las otras tres preguntas los porcentajes de «SÍ» en uno y otro grupo son distintos, y sus diferencias tienen validez estadística. No obstante, es en este punto donde queremos hacer una reflexión teniendo en cuenta que con tan solo una respuesta afirmativa a estas cuatro preguntas ya puede considerarse al individuo susceptible de constituir un «caso psiquiátri-

co». A la pregunta nº 21 (¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?) el 38,5% del grupo de seguimiento contesta afirmativamente pero es que prácticamente el 20% de la población general también lo hace; estas cifras, tan elevadas ambas, hablan a favor de que la citada pregunta es sumamente inconcreta y vaga, si lo que pretende es detectar un trasfondo psicótico.

En las otras dos preguntas 23 y 24, la significativa diferencia se explica por el hecho de que en el grupo de seguimiento hay un 15% de pacientes que nos informaron que en los

TABLA V
Respuestas a las preguntas 21-25 cuyas diferencias entre los grupos alcanzan significación estadística

	Grupo control		Grupo seguimiento		ρ
	Sí	No	Sí	No	
21. ¿Siente Vd. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	43 (19,4%)	179 (80,6%)	20 (38,5%)	32 (61,5%)	0,00 < 0,01
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	14 (6,3%)	208 (93,7%)	11 (21,2%)	41 (71,8%)	0,00 < 0,01
24. ¿Oye Vd. voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	2 (0,9%)	220 (99,1%)	4 (7,7%)	48 (92,3%)	0,01 = 0,01

TABLA VI

Han contestado afirmativamente a 1 o más preguntas de entre las preguntas 21 a la 24 del cuestionario SRQ

	Grupo control	Grupo seguimiento
Sí (Probable caso psiquiátrico)	73 (32,9%)	25 (48,1%)
No (No caso psiquiátrico)	149 (67,1%)	27 (51,9%)
Total	222 (100%)	52 (100%)

$$r = 0,05 > 0,01$$

últimos diez años requirieron ingreso temporal en unidades psiquiátricas de agudos y otro de ellos permanecía ingresado en una institución cerrada. (Tabla V).

Contestaron afirmativamente a una o más de estas preguntas el 32,9% del grupo control y el 48,1% del grupo de seguimiento, lo que confirma que en este apartado hay al menos dos preguntas, la nº 21 y la nº 22, que pensamos no están bien planteadas y pueden distorsionar los resultados del cuestionario si se contemplan desde un punto de vista exclusivamente global y cuantitativo. (Tabla VI).

3. La pregunta nº 25 pretende detectar patología neurológica y comicial y en ella las diferencias de porcentajes entre los dos grupos es solo de un punto (ver Tabla 4).

4. Las preguntas 26 a la 30 constituyen el bloque correspondiente al alcoholismo y en ninguna de las cinco la diferencia entre las respuestas afirmativas en los dos grupos, control y seguimiento, alcanza significación estadística. (Tabla VII).

Han contestado afirmativamente a una o más preguntas de este bloque el 11,3% del grupo control y el 13,5% del grupo de segui-

TABLA VII

Cuestionario SRQ. Respuestas a las preguntas 26-30 cuyas diferencias entre los grupos no alcanzan significación estadística

	Grupo control		Grupo seguimiento		p
	Sí	No	Sí	No	
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Vd. estaba bebiendo demasiado licor?	10 (4,5%)	212 (95,5%)	6 (11,5%)	46 (88,5%)	0,10 > 0,01
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	3 (1,4%)	219 (98,6%)	1 (1,9%)	51 (98,1%)	1 > 0,01
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (estudio) a consecuencia de la bebida, como beber en el trabajo, en el colegio o faltar a ellos	0 (0%)	222 (100%)	1 (1,9%)	51 (98,1%)	0,42 > 0,01
29. ¿Ha estado en riñas o le han detenido estando borracho?	0 (0%)	222 (100%)	1 (1,9%)	51 (98,1%)	0,42 > 0,01
30. ¿Le ha parecido alguna vez que bebía demasiado?	19 (8,6%)	203 (91,4%)	2 (3,8%)	50 (96,2%)	0,38 > 0,01

TABLA VIII

Han contestado afirmativamente a 1 o más preguntas de entre las preguntas 26 a la 30 del cuestionario SRQ

	Grupo control	Grupo seguimiento
Sí (Probable caso psiquiátrico)	25 (11,3%)	7 (13,5%)
No (No caso psiquiátrico)	197 (88,7%)	45 (86,5%)
Total	222 (100%)	52 (100%)

$$r = 0,83 > 0,01$$

Tabla IX
Valoración global del cuestionario SRQ

	Grupo control	Grupo seguimiento
Sí (Probable caso psiquiátrico)	85 (38,3%)	27 (51,9%)
No (No caso psiquiátrico)	137 (61,7%)	25 (48,1%)
Total	222 (100%)	52 (100%)

$r = 0,1 > 0,01$

miento, diferencia de solo 2 puntos que no es significativa. (Tabla VIII).

CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente expuesto, extraemos las siguientes conclusiones:

–En primer lugar se pone de relieve la **necesidad de sistematizar**, de manera lo más precisa posible, la **Recogida de Datos de Filiación** de los pacientes que acuden a la consulta, ya que más de la mitad de los que son objeto de este estudio no pudieron ser localizados, hecho que en la actualidad quedaría en gran parte paliado teniendo en cuenta el sistema de fichas epidemiológicas y de recogida de datos de filiación que se lleva a cabo, desde la puesta en marcha en 1975 de la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil en el actual Hospital Clínico Universitario. Se constata pues, que tal vez la mayor dificultad para realizar un estudio de seguimiento se relaciona con una incompleta o defectuosa recogida de datos.

–Aunque en una baja proporción, observamos el **rechazo activo a colaborar** en un trabajo sobre salud mental, por parte de los familiares de nuestros ex pacientes (en este grupo, curiosamente el 75% eran pacientes varones) que en su día fueron diagnosticados de trastornos psicopatológicos, muchos de ellos de los que podríamos llamar menores (trastornos de conducta, reacciones de ansiedad, trastornos del control esfinteriano...). Aquí podría pensarse en factores socioculturales que todavía siguen influyendo de forma negativa en nuestro entorno y que subrayarían la necesidad de toda una serie de actuaciones informativas hacia la población general en un nivel primario de prevención.

–El **nivel de estudios** alcanzado en nuestro grupo es satisfactorio ya que tan solo el 11,11% tienen la EGB sin finalizar, máxime teniendo en cuenta que se incluyen casos de oligofrenia.

–Nuestro grupo de seguimiento presenta un **índice de paro** prácticamente superponible a la población general.

–La mayoría de los varones (67%) pudieron cumplir el **Servicio militar**, y si tenemos en cuenta que la mitad de los que no lo hicieron fue por «excedente de cupo», nos parece un primer indicativo de ausencia de psicopatología grave en el grupo estudiado.

–Ya hemos indicado que una tercera parte, aproximadamente, han requerido **atención psiquiátrica en los últimos diez años**, siendo en la práctica totalidad de ellos de forma ambulatoria, estando justificado en la mitad de los casos, pensamos que por el diagnóstico previo (oligofrenia, psicosis...). A primera vista, pues, parece obvio que la psicopatología infantil que en su día requirió estudio y tratamiento en nuestra consulta (a excepción de lo que Ajouria-guerra llama «grandes síndromes» como los casos de oligofrenia y psicosis, afortunadamente escasos en número) fue superada satisfactoriamente ya que, al menos, el nivel de estudios, ocupación y adaptación social han sido satisfactorios en la mayor parte de los pacientes y la necesidad de posterior atención psiquiátrica ha persistido en un grupo poco numeroso de ellos.

Esto pondría una vez más de manifiesto la importancia de una actuación precoz en psiquiatría infanto-juvenil, y justificaría la necesaria proliferación de unidades especializadas que atendieran suficientemente los tres niveles clásicos de prevención en nuestra comunidad.

—Esta impresión positiva se confirma de forma más específica y objetiva mediante el estudio comparativo entre nuestro grupo de seguimiento y otro de población general libre de morbilidad psicopatológica, mediante la aplicación del cuestionario SRQ de la OMS para la detección de posibles casos psiquiátricos. En él comprobamos cómo las diferencias entre las respuestas de ambos grupos no alcanzan signi-

ficación estadística, lo que nos lleva a afirmar que los dos grupos se comportan como si perteneciesen a una sola muestra. Solamente esto no ocurre, en preguntas que detectan el posible psicoticismo y que se ve necesario revisar, ya que por sí solas harían que considerásemos susceptible de atención psiquiátrica a un importante porcentaje de población general considerada sana. (Tabla IX).

Cuestionario de detección de casos psiquiátricos SRQ

1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	Sí	No
2. ¿Tiene mal apetito?	Sí	No
3. ¿Duerme mal?	Sí	No
4. ¿Se asusta con facilidad?	Sí	No
5. ¿Sufre de temblor de manos?	Sí	No
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	Sí	No
7. ¿Sufre de mala digestión?	Sí	No
8. ¿No puede pensar con claridad?	Sí	No
9. ¿Se siente triste?	Sí	No
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	Sí	No
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	Sí	No
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	Sí	No
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	Sí	No
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	Sí	No
15. ¿Ha perdido interés por las cosas?	Sí	No
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?	Sí	No
17. ¿Ha tenido idea de acabar con su vida?	Sí	No
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	Sí	No
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	Sí	No
20. ¿Se cansa con facilidad?	Sí	No
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	Sí	No
22. ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	Sí	No
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	Sí	No
24. ¿Oye usted voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	Sí	No
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimiento de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida de conocimiento?	Sí	No
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?	Sí	No
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	Sí	No
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a consecuencia de la bebida, como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos?	Sí	No
29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	Sí	No
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	Sí	No

Determinación de la puntuación

Se suman las respuestas afirmativas distinguiendo tres bloques de preguntas:

- De la 1 a la 20: si la puntuación es 11 o más, se debe hacer una cita para una visita de seguimiento.
- De la 21 a la 25: si alguna de estas preguntas se responde afirmativamente se debe plantear el seguimiento del caso.
- De la 26 a la 30 (preguntas adiciones sobre alcoholismo): Una sola respuesta afirmativa determina la identificación del paciente como un caso de riesgo de alcoholismo.