

ESTUDIO DEL MOTIVO DE CONSULTA EN UNA POBLACION INFANTO-JUVENIL DEL SINDROME DEL ACEITE TOXICO

AUTORES

M.A. Jimenez Arriero
C. Lozano Gallego

Centro E. Ramón y Cajal, Unidad de seguimiento hospitalario del Síndrome Tóxico, MADRID.

RESUMEN

Se realiza un estudio de los motivos de consulta en tres poblaciones paidopsiquiátricas afectadas por el Síndrome de Aceite Tóxico, y se comparan con los motivos de consulta de una población control obtenida en una consulta paidopsiquiátrica de un hospital general infantil.

Se observa en primer lugar un altísima morbilidad que lleva a solicitar consulta al 48,3% de los afectados y a un 36,9% de los considerados población en riesgo.

Los motivos de consulta marcan unos perfiles sintomáticos totalmente característicos de cada uno de los distintos grupos de estudio, con diferencias estadísticas claramente significativas.

La población afectada se caracteriza por una alta incidencia de trastornos depresivos y conductuales, la población en riesgo por trastornos conductuales y ambas se diferencian claramente de la población control.

INTRODUCCION

En un trabajo anterior (1), realizado en una población afectada por el Síndrome por Aceite Tóxico (SAT.), estudiábamos la diferencia evolutiva presentada a lo largo de tres años por una población adulta y otra infantil.

Estos pacientes pertenecían a la Unidad de Seguimiento Ambulatorio de Móstoles, dependiente de la Unidad de Seguimiento Hospitalario de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Observamos que el 62% de la población adulta tenía una evolución tendente al estacionamiento, con un cuadro psicopatológico compatible con una Neurosis Traumática que ha evolucionado con características rentistas y que podríamos encuadrar en el diagnóstico de Reacción de Stress Posttraumático Crónico (Código DSM III: 309.81).

Por otra parte se observa en la población infantil una evolución tendente a la mejoría en el 87% de los casos, con una

sintomatología de características especiales que presenta dificultades para ser encuadrada en un diagnóstico tipo, acercándose con frecuencia a alteraciones adaptativas con rasgos depresivos o desajustes comportamentales.

Esta diferencia evolutiva la poníamos en relación con la distinta manera en que los factores socioambientales influían sobre ambas poblaciones y con las diferentes características de personalidad y de mecanismos defensivos disponibles por adultos o niños.

Psicodinamicamente, en el caso de los niños, el cuadro se caracterizaba por una situación de pérdida de objeto con temores fóbico paranoides, centrados sobre todo a nivel oral, ante lo cual reaccionaban con mecanismos defensivos de disociación, regresión, aislamiento, negación y retracción de la realidad. Produciéndose una aceptable mejoría al conseguirse durante el tratamiento una progresiva reparación de la relación ambivalente con las figuras parentales.

Sin embargo en el caso de los adultos se producía una situación de duelo patológico con angustias catastróficas y regresiones narcisísticas y orales; que ponían en marcha defensas proyectivas masivas que junto con los aspectos reivindicativos bloqueaban la evolución.

Nos pareció interesante continuar con un estudio en mayor profundidad sobre la forma de evolución de la población infantil. Interesaba determinar si existía un perfil psicopatológico típico del SAT., en cuyo caso podría justificarse un estudio posibilidad era que estos síntomas se debieran a reacciones inespecíficas de adaptación o a descompensaciones de psicopatología previa en cuyo caso el posterior estudio de la evolución requeriría un planteamiento metodológico diferente.

Para esto nos planteamos como primer paso el análisis comparativo del "Motivo de Consulta" entre varias Unidades de Seguimiento y una población con-

trol. Seguido en una segunda fase con el estudio de su evolución en el tiempo y las similitudes o discordancias de dicho análisis con los diagnósticos que posteriormente elaboramos.

DESCRIPCION DEL FENOMENO SAT

Recordemos brevemente que el SAT. se inicio bruscamente y con carácter epidémico el primero de mayo de 1981, creándose una situación de pánico y confusión acrecentados por el desconocimiento de esta extraña enfermedad y por las distintas posibilidades etiológicas y pronósticas que continuamente se barajaban.

Durante los primeros meses en que prepondero la etiología infectocontagiosa, esa situación se caracterizo por el aislamiento de los enfermos en zonas especiales hospitalarias bajo situación de gran stress y con el consiguiente rechazo por otros miembros de la comunidad y a veces incluso por los de su propia familia.

Una vez conocida la etiología toxicoalimentaria disminuyeron estas pautas de aislamiento y rechazo, pero se mantuvieron o incluso se incrementaron todas las vivencias de pertenencia a un grupo de población marcado por un futuro incierto e imprevisible, con inminencia de muerte o secuelas, e incertidumbre de pronóstico a largo plazo.

Esta situación era mantenida de forma crónica por una información dramáticamente sensacionalista, que a diario, transmitía la cifra de muertos y los distintos comentarios que, surgiendo de las más diversas fuentes, competían acerca de la malignidad del pronóstico.

A esto habría que añadir la problemática creada por la demanda masiva de atención sanitaria que requería la población de las zonas afectadas, lo cual produjo un desbordamiento de la estructura asistencial presente en aquel entonces,

obligando a la puesta en marcha de dispositivos médicos y sociales que se han mantenido a lo largo de estos años.

Las características de la población que al final resultó ser afectada por el SAT, configuraban un grupo social de alto riesgo, con un grado de vulnerabilidad determinado (2). Se trataba de personas pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo, con un elevado porcentaje de inmigración, con el consiguiente desarraigo socioafectivo, bajo nivel cultural, importante incidencia de analfabetismo y alto índice de desempleo en un periodo de crisis económica.

Es obligado resaltar el grupo infantojuvenil que representa por sí mismo un colectivo con mayor grado de vulnerabilidad por encontrarse en un momento evolutivo de crisis vital, en el sentido de Caplan, y por la menor capacidad operativa consecutiva a la pasividad impuesta por su momento de desarrollo vital (3,4).

ESTRUCTURA ASISTENCIAL

Describiremos a continuación la estructura asistencial del SAT, como marco de referencia que ha presidido nuestro trabajo diario.

Con el fin de proporcionar una atención adecuada que abarcara todos los campos afectados por esta enfermedad, se creó un dispositivo sanitario que se modificaría a lo largo del tiempo para ajustarse mejor a los cambios médicos y sociales de los enfermos.

En un principio este dispositivo se centró en el área hospitalaria, creándose en estos centros Unidades de Seguimiento que constituían pequeñas parcelas dentro del hospital y cubrían tres áreas fundamentales para el tratamiento y gestión de estos enfermos: el área médica, el área social y el área administrativa.

En Octubre-Noviembre de 1981 se crearon los primeros equipos de salud

mental, constituidos por psiquiatras y psicólogos específicos para la población infantil y la adulta (5,6).

Por aquel entonces la enfermedad, el número de ingresos y el de muertes iniciaba una fase de estabilización, se vislumbraba la no existencia de tratamiento curativo (7) y la necesidad de tratamientos crónicos con carácter paliativo sobre las secuelas (rehabilitación física y psicoterapia). Este enfoque terapéutico fue insistentemente propiciado en los sucesivos informes que la O.M.S. realizó sobre el SAT (8).

Fue por esto por lo que la estructura asistencial creada fue trasladándose progresivamente hacia Unidades Extrahospitalarias de nueva creación. Este cambio repercutió muy favorablemente en la atención a los niños que anteriormente se veían obligados a importantes desplazamientos y ausencias escolares, al tener que acudir a los hospitales, los cuales representaban por sí mismo un factor estresante sobreañadido.

El trabajo en equipo y coordinado de los profesionales, fue la tónica general. Se realizaron entrevistas con profesores de Centros escolares y otras actuaciones comunitarias que facilitaron la comprensión de la problemática de los niños y el que se adoptaran medidas especiales en determinados casos en que lo creíamos oportuno. El área Social fue de gran ayuda como intermediaria en los problemas que surgieron en el ámbito escolar.

Un elemento que influyó negativamente en la planificación de la asistencia, obligándonos siempre a la elaboración de programas terapéuticos a corto plazo, fue la inestabilidad laboral creada por el sistema de contrataciones eventuales y el desconocimiento de si serían o no renovados y si se daría continuidad a la planificación que se iniciase (6).

MATERIAL Y METODO

POBLACION DE ESTUDIO

Los niños de este estudio pertenecían a las Unidades de Seguimiento Extrahospitalario de tres núcleos urbanos periféricos de Madrid, con características sociodemográficas, culturales y económicas idénticas a las del resto de la población SAT, y con un grado similar de repercusión por la afectación (2).

Básicamente son grupos periurbanos de aluvión con residencia de alrededor de diez años en estas localidades y cuyas características sociodemográficas coinciden con las que hemos descrito al principio para el resto de la población SAT. Otro factor que ha influido a la hora de elegir las poblaciones ha sido el que en ellas el trabajo se ha realizado por los mismos profesionales durante los cuatro años que recoge el estudio.

Los niños acudían a consultar a partir de la demanda que nos realizaba el pediatra de la Unidad de Seguimiento y otras veces tras la petición que realizaban los padres en la consulta de adultos o mediante la Asistencia Social. En todos los casos se aplicó una sistemática de trabajo consistente en una entrevista diagnóstica de una hora de duración, parcialmente dirigida, durante la cual se preguntaba a los padres sobre el desarrollo del niño y a este se le hace asociar sobre un dibujo libre realizado durante el tiempo de la entrevista. En una segunda cita se aplicaban pruebas psicodiagnósticas (Bender, H.T.P., Botertag y Familia) y en aquellos casos en que parecía indicado, pruebas psicométricas (WISC) o proyectivos (Rorschach o Cat) según la edad.

Las tres Unidades de Seguimiento elegidas para este trabajo han sido: Alcalá de Henares, Móstoles y Torrejón. La población infantil existente en cada una de ellas era:

Alcalá: 124 "afectados" y 104 "ries-

go" de los que consultaron
140 niños, (61,4%).

Móstoles: 137 "afectados" y 110 "riesgo" de los que consultaron
110 niños, (44,5%).

Torrejón: 66 "afectados" y 89 "riesgo" de los que consultaron
80 niños, (51,9%).

Hay que destacar la alta incidencia de morbilidad psiquiátrica en estas poblaciones, un 48,3% en la población "afectada" y un 36,9% en la población en "riesgo" del total de los niños de estas tres Unidades. Cifras muy superiores al 8-10% considerado como morbilidad psiquiátrica en la población general.

La denominación de población en "riesgo" se refiere a aquellas personas, hijos, hermanos, u otros familiares de "afectados", que convivían en el mismo núcleo familiar al producirse la intoxicación.

Como considerábamos importante disponer de un grupo control constituido por niños de edades similares y que igualmente hubieran acudido a una consulta paidopsiquiátrica para poder comparar si existían diferencias entre los motivos de consulta de niños SAT. y NO SAT, elegimos de la unidad paidopsiquiátrica de un hospital general infantil, e igualmente por técnicas de azar, una población de 100 niños que habían consultado en el mismo periodo de tiempo, randomizada por grupos de edades y sexo con los grupos de niños "afectados y "riesgo" de nuestra muestra.

Este grupo había sido estudiado en dicho hospital general por otros profesionales distintos, por lo que nos limitamos a reflejar el motivo de consulta presente en la historia clínica. Pensamos que esta metodología tenía una ventaja manifiesta, ya que siendo profesionales que trabajaban con nuestra misma sistemática clínica y con los mismos criterios diagnósticos, realizarían una valoración de cada caso homologable a la nuestra y sin em-

bargo evitaríamos el posible sesgo que podríamos introducir al buscar el motivo de consulta en una población control constituida por nosotros.

De este modo el grupo que ha sido objeto de nuestro estudio en este trabajo ha estado configurado por 100 casos control y por 270 niños de la población SAT., con edades comprendidas entre 1 y 14 años y que han consultado entre 1981 y 1984 ambos inclusive (Cuadro 1).

Esta muestra de estudio de 270 niños de población SAT. estaba formada por 158 Afectados y 112 en Riesgo. Su distribución por Unidades era: 80 pacientes en Torrejón, 110 pacientes en Móstoles (el total de los niños que consultaron en paidopsiquiatría en dichas Unidades), y además 80 pacientes en Alcalá de Henáres; este último grupo se obtuvo mediante técnicas de azar del total de 140 niños que consultaron en la consulta de paidopsiquiatría de dicha Unidad.

A continuación describiremos el análisis detallado de la distribución de las variables SEXO y EDAD en las tres Unidades y un segundo análisis según su pertenencia al grupo de AFECTADOS o al de población en RIESGO.

En la Unidad de Alcalá de Henáres, los 80 pacientes estaban formados por 42v. y 32h. con la siguiente distribución por edades: el grupo de 0-5 años estaba constituido por 12 pacientes, 5v. y 7h.; el grupo de 6-10 años por 38 pacientes, 23v. y 15h.; y el grupo de 11-14 años por 30 pacientes, 14v. y 16h.

En la Unidad de Móstoles el grupo de 110 pacientes estaba constituido por 60v. y 50h. y su distribución por edades era: 22 pacientes, 14v. y 8h. en el grupo de 0-5 años; 61 pacientes, 32v. y 29h. en el de 6-10 años y 27 pacientes, 14v. y 13h. en el de 11-14 años.

En la última Unidad, Torrejón de Ardoz, los 80 pacientes estaban constituidos por 43v. y 37h.. En el grupo de menor edad había 17 pacientes, 11v. y 6h.; en el grupo mediano 38 pacientes, 21v. y 17h.; y

en el grupo de mayor edad 25 pacientes, 11v. y 14h.

Del análisis de estos datos se desprende la uniformidad existente en cuanto a las variables consideradas no existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y sexo entre las tres Unidades.

En el análisis de los 270 niños, 158 Afectados y 112 Riesgo considerados como un único grupo homogéneo según se deduce del planteamiento anterior, encontramos que su distribución por edades, agrupados en periodos de 5 años, era: 51 pacientes (18%) menores de 5 años; 137 pacientes (50.7%) entre 6 y 10 años; y 82 pacientes (30.3%) entre 11 y 14 años. La composición total por sexos era: 145 niños (53.7%) y 125 niñas (46.3%). Cuadros 3 y 4.

La población total Afectada presentaba una distribución por edades de: 28 pacientes (17.7%) entre 0-5 años; 80 pacientes (50.6%) entre 6-10 años; y 50 pacientes (31.6%) entre 11 y 14 años. Su composición por sexos era de 79 niños (50%) y 79 niñas (50%). Cuadros 5 y 6.

Una vez realizado el análisis detallado de la composición, en cuanto a las variables sexo y edad, pudimos afirmar que no existían diferencias significativas entre las poblaciones de las tres Unidades ni entre los dos subgrupos, Afectados y Riesgo, que existían en cada una de ellas.

Como el grupo control fue elegido de forma randomizada, teniendo en cuenta las características de las variables anteriormente descritas, ver Cuadros 5 y 6, podíamos plantearnos el análisis comparativo entre la población SAT. —Afectados y Riesgo— y la población Control de los síntomas "motivo de consulta" encontrados en la población estudiada.

DESCRIPCION DE LOS SÍNTOMAS

Hay que tener en cuenta que los síntomas que hemos considerado, han si-

do aquellos a los que la madre o el pediatra se han referido como motivo que justificaba la consulta.

Los síntomas encontrados han podido ser clasificados en los siguientes grupos:

1. Trastornos de esfínteres
2. Tristeza
3. Trastornos de conducta
4. Trastornos del lenguaje
5. Somatizaciones
6. Trastornos de escolaridad
7. Trastornos psicóticos
8. Trastornos del sueño
9. Anorexia
10. Fobias

En la población Control hemos encontrado que existían otros tres grupos de síntomas motivo de consulta: 11. Retraso mental, 12. Suicidio, 13. Enfermedades psicósomáticas.

En nuestro trabajo se ha estudiado la distribución de estos síntomas en función de las distintas variables planteadas (sexo, edad, afectación o riesgo por el SAT, distribución anual y distribución por Unidades de Seguimiento).

Finalmente hemos seleccionado aquellos síntomas que caracterizan a cada uno de los grupos, por tener una diferencia estadísticamente significativa, siendo estos los que se estudian en mayor profundidad.

El resto, aquellos que no difieren en su presentación en ninguno de los grupos estudiados, son tratados de una forma más general, ya que no sirven para caracterizar un "Perfil Sintomático" de los grupos SAT.

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio los hemos plasmado en cuatro cuadros que describiremos a continuación:

En el Cuadro 7 observamos una distri-

bución similar de la totalidad de los síntomas en las distintas Unidades, con la preponderancia de los grupos Tristeza y Trastornos de conducta en la población Afectada de cada una de ellas, y aunque con menor intensidad en las poblaciones en Riesgo, donde el Trastorno de conducta destaca del resto de los grupos sintomáticos. Les siguen en frecuencia Trastornos de esfínteres y Trastornos escolares en las poblaciones de cada una de las Unidades con independencia de que sean Afectados o Riesgo.

Observando el grupo Control, vemos que los síntomas más frecuentes son Trastornos de esfínteres, Trastornos de conducta y Trastornos escolares. Llama también la atención la presencia en este grupo de síntomas como Suicidio, Retraso mental y Enfermedades psicósomáticas que no aparecen como motivo de consulta en nuestra muestra de población SAT.

En el Cuadro 8, considerando en conjunto las poblaciones Afectadas y las poblaciones en Riesgo y comparándolas con la Control, destaca la peculiar distribución de algunos síntomas en cada una de estas tres poblaciones:

La Control, obtenida en un hospital general infantil de su consulta ambulatoria de psicopatología, muestra una alta incidencia de Trastornos esfinterianos, de conducta, escolares y de lenguaje, y más baja del resto de los síntomas, siendo llamativo el bajo 3% con que aparece el síntoma Tristeza como motivo de consulta en esta población.

En la población Afectada, sin embargo, la Tristeza ocupa el primer lugar en orden de frecuencia (36%), seguido de Trastornos de conducta, escolares y esfinterianos, lo que permite señalar de entrada que la población Afectada por el SAT, comparándola con la Control presenta más Tristeza y Trastornos de conducta.

Por último la población en Riesgo, pre-

senta un perfil sintomático intermedio en algunos síntomas entre la Control y la Afectada por el SAT. Como síntoma más frecuente aparece Trastorno de conducta. Los síntomas Tristeza y Trastornos esfinterianos ocupan una situación intermedia entre las poblaciones anteriormente descritas. Curiosamente los Trastornos del sueño presentan una frecuencia mayor a la de las otras poblaciones.

En el Cuadro 9 hemos realizado un estudio comparativo de los porcentajes con que aparece cada grupo sintomático en cada una de las tres poblaciones (Control, Afectados y Riesgo), para intentar determinar si en función de estas variables (síntomas) las tres poblaciones continúan siendo homogéneas o se diferencian entre sí.

Nos hemos encontrado con que la mayor parte de los síntomas aparecían por igual en cada uno de estos grupos sin más diferencias que las producidas por azar; pero en cuatro de estos grupos sintomáticos (Trastornos de esfínteres, Tristeza, Trastornos de conducta y Trastornos de lenguaje) la incidencia de presentación guardaba una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre sí, por lo que podemos afirmar que en este sentido eran poblaciones cualitativamente independientes.

La población Afectada de nuestro estudio, se caracterizaba por haber reaccionado ante el SAT. mediante alteraciones de tipo depresivo y conductual.

La población en Riesgo se diferenciaba de la afectada por no haber recurrido a síntomas depresivos con igual frecuencia pero presentando una incidencia similar en los Trastornos conductuales.

Ambas se diferenciaban de la población Control en que esta tenía menos Trastornos de conducta, muy baja incidencia de Tristeza y mayor frecuencia de trastornos esfinterianos y de lenguaje.

En el Cuadro 10 consideramos la relación entre síntomas y edades. Dado

que nuestra población de estudio tenía una amplia distribución de edades (de 0 a 14 años), nos interesaba analizar si los síntomas que hemos considerado, aquellos que tenían un D.S. ($p < 0.05$) y por tanto caracterizaban a cada una de las poblaciones, mantenían una distribución peculiar en los distintos grupos de edades y si era o no similar a la que aparece en la población general que habíamos elegido como grupo control.

En Trastornos esfinterianos, la mayor incidencia se observa en el rango de edades de 6 a 10 años; donde se sitúa entre el 65 y el 78% de todos los casos de las tres poblaciones estudiadas. El siguiente porcentaje en importancia se sitúa en el rango de 11 a 14 años, excepto en la población Afectada, en la que llama la atención que un 22,3% aparece en el rango entre 0 y 5 años. Este último dato lo ponemos en relación con la ansiedad de los padres al producirse retrocesos en el control esfinteriano, en su mayor parte acaecidos tras la hospitalización.

En el síntoma Tristeza, en la población Control, llama la atención que su mayor incidencia aparece en el rango de 11 a 14 años, seguido del de 6 a 10, mientras que en las poblaciones Afectadas y en Riesgo esto se invierte, siendo la incidencia mayor en el rango de 6 a 10 años. De todo esto se deduce que la población SAT., sea Afectada o en Riesgo, presenta síntomas depresivos desde edades más tempranas que la población Control.

Los trastornos de conducta, curiosamente, presentan la misma distribución por edades en las tres poblaciones, volviendo a destacar una mayor incidencia en el rango de 6 a 10 años.

El otro síntoma en el que existía D.S. era Trastornos del lenguaje, pero debido al bajo número de casos no nos ha parecido válido la realización de un perfil por edades.

Hemos considerado que no estaba justificado el plantear el estudio en este trabajo, del resto de los grupos sintomá-

ticos, al no presentar una D.S. en su incidencia en cada una de las poblaciones de las respectivas Unidades de Seguimiento.

En el Apéndice A nos ha parecido interesante dejar reflejado un Cuadro resumen de toda la sintomatología de la población estudiada, incluidos los grupos sintomáticos sin D.S. a los que nos hemos referido anteriormente, realizando su clasificación por: nivel de afectación, sexo, Unidad de Seguimiento y año.

En el Apéndice B reflejamos gráficamente los perfiles sintomáticos obtenidos de cada una de las tres poblaciones. Podemos observar como los tres perfiles son casi idénticos para los últimos grupos sintomáticos, pero presentan una marcada diferencia en los primeros síntomas del perfil, y son estos últimos los que caracterizan de manera significativa a cada una de las tres poblaciones.

CONCLUSIONES

1. La población infantil Afectada por el SAT, que ha consultado en psiquiatría supone el 48,3% del total de la población infantil Afectada de las tres Unidades de Seguimiento. La población infantil en situación de Riesgo por el SAT, que igualmente ha consultado, supone el 36,9% del total de la población infantil en Riesgo de las tres Unidades de Seguimiento. Morbilidad muy superior en ambos casos a la de la población general.

2. El perfil sintomático de la población Afectada se caracteriza por la presencia de Tristeza y Trastornos de conducta como síntomas fundamentales. La población en Riesgo se caracteriza por la presencia de Trastornos de conducta como síntoma fundamental.

3. Los perfiles sintomáticos de las poblaciones Afectada y de Riesgo difieren en la mayor incidencia de presentación del síntoma Tristeza en la población Afectada y del síntoma Trastornos de esfínteres en la de Riesgo, teniendo los Trastornos de conducta una distribución similar.

4. El perfil sintomático de la población Control se caracteriza por la presencia de Trastornos de esfínteres, Trastornos de conducta y Trastornos escolares como síntomas fundamentales.

5. El perfil sintomático de la población Control se diferencia del de la población Afectada y del de la Riesgo en tener una mayor incidencia de Trastornos de esfínteres y de lenguaje, y una menor incidencia de Tristeza y Trastornos de conducta.

6. La población SAT (Afectada y Riesgo) se caracteriza y se diferencia de la población Control por presentar síntomas depresivos y conductuales.

7. La situación creada por el SAT, ha repercutido provocando un cuadro psicopatológico depresivo-conductual.

8. En la población SAT, la incidencia de los Trastornos de esfínteres, Tristeza y Trastornos de conducta ha sido mucho mayor en el rango de edades de 6 a 10 años. En la población Control la mayor incidencia de los Trastornos de esfínteres y de conducta se sitúa igualmente en el mismo rango, pero el síntoma Tristeza tiene su mayor incidencia en el rango de 11 a 14 años.

9. No hay ninguna otra diferencia estadísticamente significativa en cuanto al resto de las variables consideradas (sexo, pertenencia a las distintas Unidades de Seguimiento y fecha de consulta).

10. Los restantes motivos de consulta son de igual frecuencia tanto en la población Control como en la población SAT.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— JIMENEZ ARRIERO M.A. y cols.: El Síndrome Tóxico por aceite de colza desnaturalizado como patología psicosocial: diferencia evolutiva entre la población adulta y la infantil. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 8, 15-33, 1984, Madrid.
- 2.— BARREDA MOLINA M. y col.: Aspectos clínicos y psicosociales. Mesa Redonda «Aspectos de Salud Mental en el Síndrome del Aceite Tóxico», Subcomisión de Investigación Clínica, 1984, Madrid.
- 3.— JIMENEZ ARRIERO M.A. y cols.: Repercusiones psicológicas del Síndrome Tóxico en la infancia. IV Symposium de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría, 1982, Madrid.
- 4.— PEDREIRA MASSA J.L. y cols.: Aspectos paidopsiquiátricos del Síndrome Tóxico en la infancia. Symposium Nacional Síndrome Tóxico, 1982, Madrid.
- 5.— SORIA J. y cols.: Aspectos psiquiátricos del Síndrome Tóxico. Symposium Nacional Síndrome Tóxico, 1982, Madrid.
- 6.— JIMENEZ ARRIERO M.A. y cols.: Aspectos Asistenciales. Mesa Redonda «Aspectos de Salud Mental en el Síndrome del Aceite Tóxico», Subcomisión de Investigación Clínica, 1984, Madrid.
- 7.— OFICINA REGIONAL PARA EUROPA, O.M.S.: El Síndrome del Aceite Tóxico, intoxicación alimentaria masiva en España, 1983, Madrid.
- 8.— OFICINA REGIONAL PARA EUROPA, O.M.S.: Publicación de la primera reunión del Comité Científico del Síndrome Tóxico, 1984, Madrid.

CUADRO I

AÑOS	1981	1982	1983	1984
Nº CASOS N=270	16	129	76	49

DISTRIBUCION DE CONSULTAS POR AÑOS

CUADRO II

UNIDADES POBLACION	ALCALA	MOSTOLES	TORREJON	TOTAL
AFFECTADOS	52	64	42	158
RIESGO	28	46	38	112
TOTAL	80	110	80	270

POBLACIONES AFECTADA Y RIESGO POR UNIDADES

CUADRO III

UNIDADES EDAD	ALCALA	MOSTOLES	TORREJON	TOTAL
0-5 AÑOS	12	22	17	51
6-10 AÑOS	38	61	38	137
11-14 AÑOS	30	27	25	82
TOTAL	80	110	80	270

INCIDENCIA POR EDADES Y GRUPOS DE POBLACION

CUADRO IV

UNIDADES SEXO	ALCALA	MOSTOLES	TORREJON	TOTAL (%)
VARONES	42	60	42	53,7
HEMBRAS	38	50	38	46,3

DISTRIBUCION POR SEXO Y GRUPOS DE POBLACION

CUADRO V

POBLACION EDAD	AFECTADOS (%)	RIESGO (%)	CONTROL
0-5 AÑOS	17,7	20,5	18
6-10 AÑOS	50,6	50,8	52
11-14 AÑOS	31,6	28,5	30

DISTRIBUCION POR EDADES Y POBLACIONES

CUADRO VI

SEXO POBLACION	VARONES	HEMBRAS
AFECTADOS	50%	50%
RIESGO	58,9%	41,1%
CONTROL	53%	47%

DISTRIBUCION POR SEXOS Y POBLACIONES

CUADRO VII

GRUPOS DE POBLACION SINTOMAS	AFECTADOS			RIESGO			CONTROL
	ALCALA	MOSTOLES	TORREJON	ALCALA	MOSTOLES	TORREJON	
TRASTORNOS ESFINTERIANOS	1	6	2	5	6	3	26
TRISTEZA	18	18	21	5	9	7	3
TRASTORNO DE CONDUCTA	19	22	13	9	16	15	22
TRASTORNO DE LENGUAJE	1	1	0	3	1	0	7
SOMATIZACIONES	4	4	0	0	3	3	7
TRASTORNO DE ESCOLARIDAD	4	7	6	5	5	6	15
TRASTORNOS PSICOTICOS	0	0	0	1	1	0	2
TRASTORNOS DEL SUEÑO	3	4	0	0	4	2	1
ANOREXIA	1	2	0	0	1	1	1
FOBIAS	1	0	0	0	0	1	4
RETRASO MENTAL	0	0	0	0	0	0	2
SUICIDIO	0	0	0	0	0	0	1
PSICOSOMATICAS	0	0	0	0	0	0	9

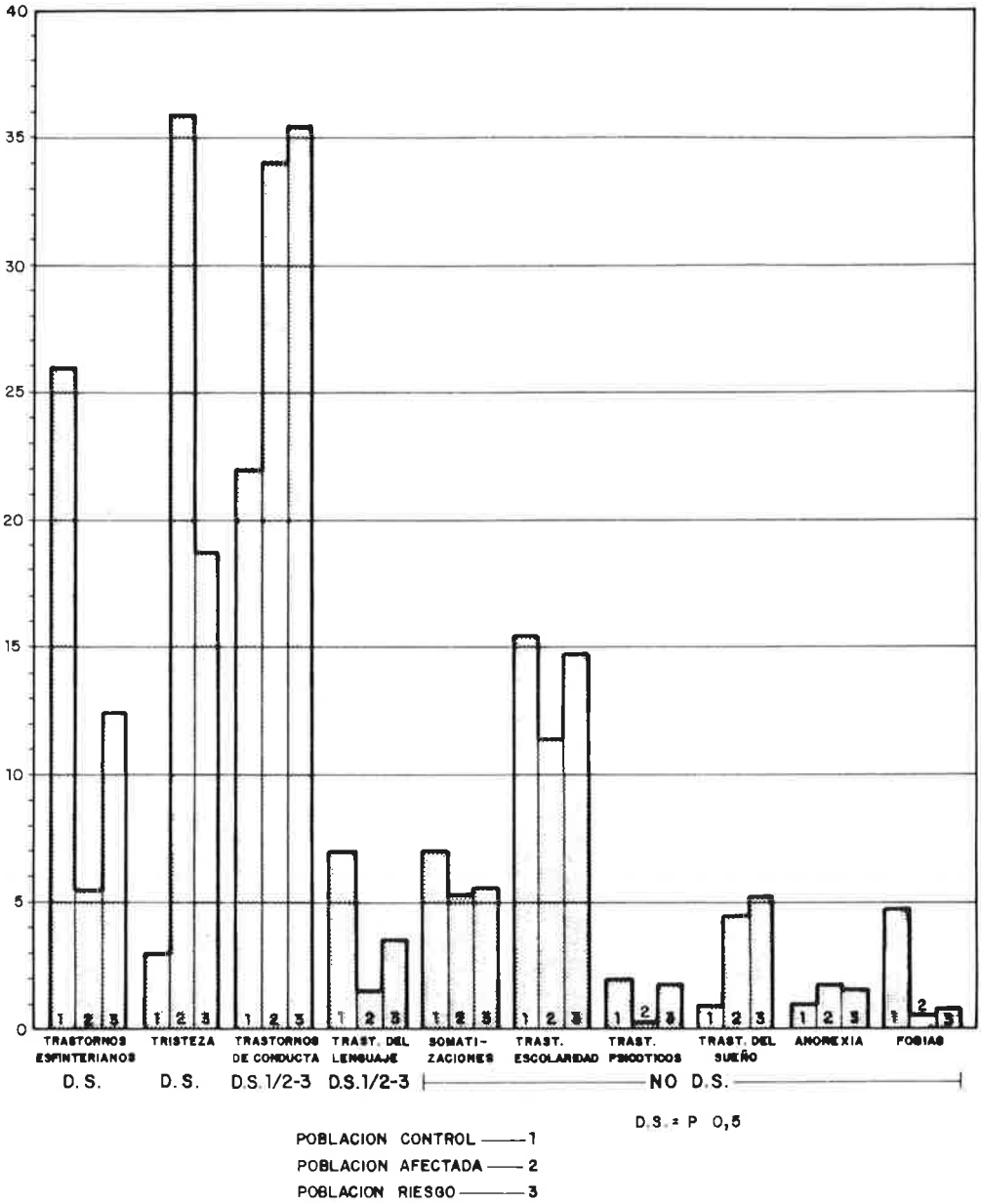
INCIDENCIA DE SINTOMAS POR GRUPOS Y UNIDADES

CUADRO VIII

POBLACIONES SINTOMAS	CONTROL (%)	AFECTADOS (%)	RIESGO (%)
TRASTORNOS ESFINTERIANOS	26	5,6	12,5
TRISTEZA	3	36	18,75
TRASTORNOS DE CONDUCTA	22	34,1	35,7
TRASTORNOS DE LENGUAJE	7	1,2	3,5
SOMATI- ZACIONES	7	5	5,35
TRASTORNO DE ESCOLARIDAD	15	10,75	14,2
TRASTORNOS PSICOTICOS	2		1,7
TRASTORNOS DEL SUEÑO	1	4,43	5,3
ANOREXIA	1	1,8	1,7
FOBIAS	4	0,6	0,8
RETRASO MENTAL	2		
SUICIDIO	1		
PSICO- SOMATICAS	9		

PORCENTAJES DE LOS SINTOMAS POR GRUPOS DE POBLACION.

CUADRO IX



DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR POBLACIONES

CUADRO X

	TRASTORNOS ESFINTERIANOS (%)			TRISTEZA (%)			TRASTORNOS DE CONDUCTA (%)		
	AFFECT.	RIESGO	CONTROL	A.	R.	C.	A.	R.	C.
0-5 AÑOS	22,3	7,1	11,5	12,2	14,2	0	20,3	27,5	22,7
6-10 AÑOS	77,7	78,5	65,3	49,1	57,1	33,3	53,7	50	54,5
11-14 AÑOS	0	14,3	23,1	38,6	28,5	66,6	26	22,5	22,7

INCIDENCIA DE SINTOMAS POR RANGO DE EDADES

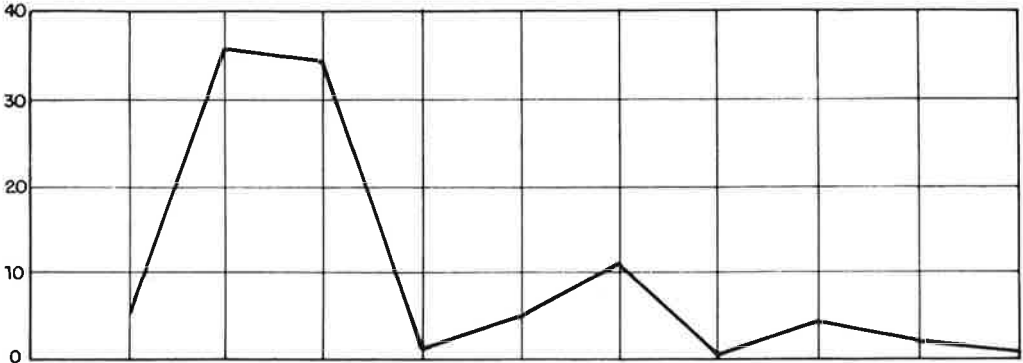
APENDICE A

		1981						1982						1983						1984						
		Alcala		Mostoles		Torrejon		Alcala		Mostoles		Torrejon		Alcala		Mostoles		Torrejon		Alcala		Mostoles		Torrejon		
		V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	
TOTALES	Nº	7		4		5		36		50		43		26		23		27		11		33		5		270
		2	5	3	1	3	2	18	18	25	25	24	19	14	12	14	9	13	14	8	3	18	15	3	2	270
	A	2	5	2		3	1	9	15	13	18	14	15	8	7	9	2	3	5	5	1	10	10	1	158	
	R			1	1			1	9	3	12	7	10	4	8	5	5	7	10	9	3	2	8	5	2	112
TRASTORNOS DE ESFINTERES	A	1										1			3		1				1	2			9	
	R						1	1	1		1		2	1	1	1	1	1			2	1			14	
TRISTEZA	A	4			2	1	3	6	3	5	6	11	1	2	3	2		1	2		1	4			57	
	R			1		1	1	1		1	1		2	1	2	2	2	1	1	2	2				21	
TRASTORNO DE CONDUCTA	A	2			1		3	7	6	8	5	2	4	2			2	3	1		7	1			54	
	R			1			4		4	4	5	1	1	2	1	2	5	2	2		3	1	1	1	40	
TRASTORNO DE LENGUAJE	A						1		1																2	
	R							2	1				1												4	
SOMATIZACIONES	A						1		1				2	1					1		2				8	
	R									2					1	1	1						1		6	
TRASTORNO DE ESCOLARIDAD	A		1				1	1	2	3	1	1	1	2			1	1			1	1			17	
	R						3	2		2	1	1	2		3		1		1		1				16	
TRASTORNOS PSICOTICOS	A																								0	
	R							1				1													2	
TRASTORNOS DEL SUEÑO	A		1				1	1	1				2								1				7	
	R							1	1		1			1	1						1				6	
ANOREXIA	A						1	1	1																3	
	R							1															1		2	
FOBIAS	A																	1							1	
	R										1														1	

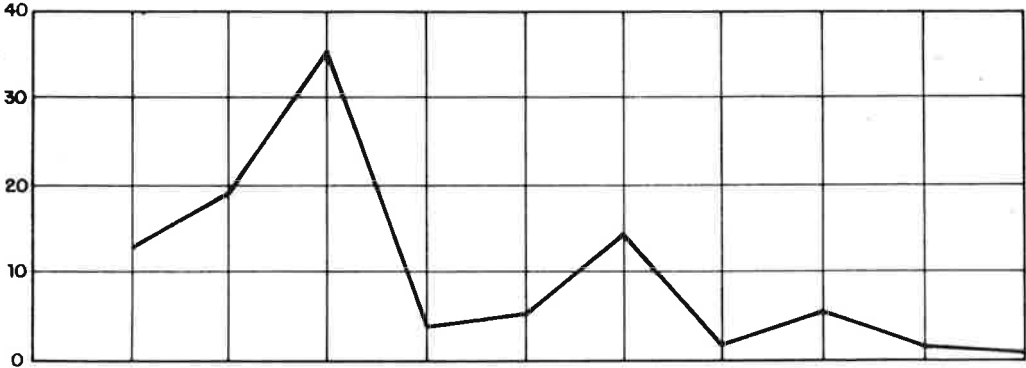
DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR AÑO, UNIDADES, SEXO Y GRADO DE AFECTACION

APENDICE B

POBLACION AFECTADA

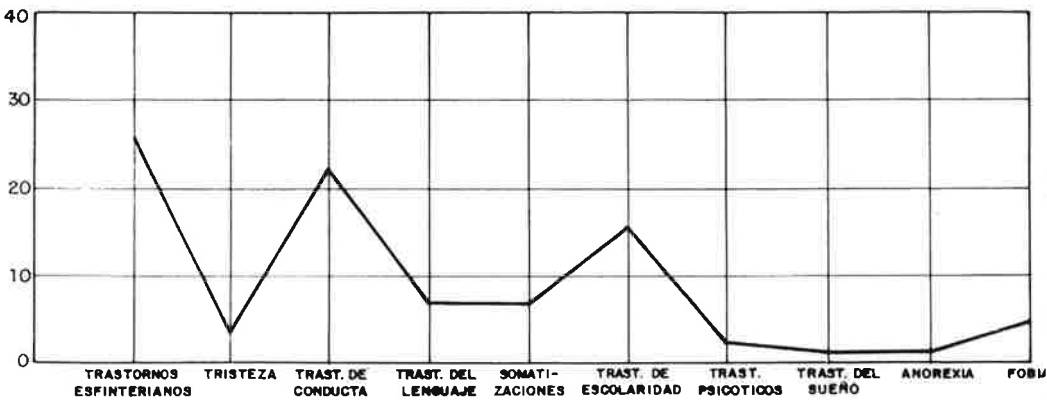


POBLACION RIESGO



Nº CASOS

POBLACION CONTROL



SINTOMA: