

Año 1994

Nº 4

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S.A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Cronopsicología y ritmos escolares

François Testu

Laboratoire de Psychologie,
Poitiers, Francia.

Prefacio del Prof. Paul Fraise

Versión española de
Montse Freixa Niella

Prof. Titular Interina.

Jesús Garanto Alós

*Prof. Titular, Facultad de Pedagogía,
Universidad de Barcelona.*

F. TESTU

**Cronopsicología
y ritmos escolares**



Un tomo (16 x 24 cm)
con 128 páginas y 28 ilustraciones.
Encuadernado en rústica
con cubiertas a color.
ISBN 84-311-0611-5

- La actividad mental varía diaria e incluso semanalmente, según ciertos mecanismos o factores de influencia que originan cierta ritmicidad en el comportamiento de los individuos.
- En este libro se expone cómo el comportamiento del niño en el medio escolar está condicionado en gran medida por la cronobiología.
- Dirige una mirada a los resultados obtenidos y a las nuevas perspectivas, e intenta abordar, pensando sobre todo en los alumnos, el problema de los ritmos semanales.
- El autor ofrece conclusiones sobre los horarios escolares y también sobre el mejor momento para impartir las diferentes materias.

INDICE DE CAPITULOS (extracto)

Prefacio. Introducción. 1. Elementos de cronobiología. 2. Variaciones diarias de rendimiento, temperatura corporal y activación. 3. Elementos de cronopsicología. 4. De la cronobiología al estudio de las variaciones periódicas de ciertas variables comportamentales y fisiológicas del alumno. 5. Variaciones periódicas de la actividad intelectual del alumno. Elementos de cronopsicología del alumno. 6. Conclusión. **Bibliografía. Índice alfabético.**

Desde 1804 al servicio de la Medicina

TARJETA DE PEDIDO

Agradeceré remitan a mi nombre el libro:

TESTU: Cronopsicología y ritmos escolares (cód. 0611)

PVP: 3.650 Ptas. con IVA y 3.544 Ptas. sin IVA

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso,
sin recargo alguno.

NOMBRE

Fecha de nacimiento

FIRMA:

ESPECIALIDAD

DIRECCION

LOCALIDAD

Puede dirigirse a
su librería habitual
o remitir esta tarjeta
de pedido a:

Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Licenciataria de



MASSON



SALVAT

Medicina
Enfermería
Farmacia
Odontología

Av. Ppe. Asturias, 20 - 08012 Barcelona - España - Fax (93) 416 12 19

012



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción:

Sr. Salvador Arxé i Closa
C/ Riera Sant Miquel, 71 pral. 1ª
08006 Barcelona

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

Editorial Garsi, S.A.
Juan Bravo, 46
28006 Madrid
Tel. (91) 402 12 12
Fax. (91) 402 09 54

Av./ Príncipe de Asturias, 20
08012 Barcelona
Tel. (93) 415 45 44
Fax. (93) 416 12 20

Copyright 1994

© Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil
Editorial Garsi, S.A.
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal:

B-41.588-90

ISBN:

84-7179-182-X

Comité de Redacción

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*

Secretario: *S. Arxé i Closa*

Vocales: A. Agüero Juan

M.D. Domínguez Santos

X. Gastaminza Pérez

P. León Ramos

J.L. Pedreira Massa

P. Rodríguez Ramos

C. Rubin Álvarez

L. Sordo Sordo

M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J. Tomás i Vilaltella*

Vice-presidente: *M.J. Mardomingo Sanz*

Secretario: *R. Vacas Moreira*

Tesorero: *L. Sordo Sordo*

Vocal: *J. Espín Montañez*

Asesor de Junta: *J. L. Alcázar Fernández*

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez†

J. de Moragas Gallisa†

C. Vázquez Velasco†

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente†

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

Asociación fundada en 1950

Revista fundada en 1983

Revista Indexada en el Índice Médico Español.

1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de Redacción:

Sr. Salvador Arxé i Closa
Riera Sant Miquel, 71 ppral. 1ª
08006 BARCELONA

2) Los originales se presentarán por duplicado (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse, en el orden que se citan:

- a) Título original
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor(es)
- c) Nombre del Centro de trabajo y población
- d) Fecha de envío
- e) Dirección del primer firmante

Es necesario enviar un diskette 3^{1/2} en cualquier procesador de textos para facilitar el trabajo de publicación.

3) Como norma general, cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: resumen y palabras clave (castellano e inglés); introducción en la que se explique el objeto del trabajo; descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que puede seguirse de unas conclusiones.

4) Resumen: se entregará en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.

5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos clínicos o Comentarios breves, tendrán una extensión máxima de cinco folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de cinco folios.

6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta; estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.

7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números arábigos y contener el correspondiente título.

8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:

- a) Apellidos e inicial del nombre de los autores.
- b) Título del trabajo en la lengua original.
- c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional.
- d) Número del volumen, página y año.

9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc., que se efectúen en las sesiones de la Asociación, podrán ser publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de siete días después de haber tenido lugar la sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para cada Sección correspondiente.

10) Las Cartas al Director podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o datos personales y las mismas serán enviadas por la Redacción al autor del trabajo, a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener tres o cuatro citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.

11) La Sección de actos societarios (Agenda) podrá contener notas relativas a asuntos de interés general.

12) Números monográficos: se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

13) La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

La «Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil» se adhiere a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos publicados a Revistas Biomédicas (4ª edición). Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario	La interconsulta de Psiquiatría en el Hospital Infantil <i>M.J. Mardomingo, E. Parra, A. Espinosa, M.C. Díaz</i>	215
Artículos originales	Interconsulta paidopsiquiátrica en hospitalización pediátrica. Estudio retrospectivo <i>J. San Sebastián Cabasés, M.J. Martín Vázquez</i>	221
	Ingresos psiquiátricos infanto-juveniles. Estudio descriptivo <i>M.C. Ballesteros Alcalde, M.A. Franco Martín, M.C. Pérez Puente, A. Royuela Rico, A. Ruiz Otazo</i>	227
	Urgencias psiquiátricas de adolescentes. Estudio descriptivo <i>M. Hernández Viadel, F. Pérez Prieto, M.A. Cuquerella Benavent, P. Llorents Rodríguez, A. Agüero Juan, M.A. Catalá Ángel</i>	242
	Resultados de la aplicación del STAIC en población clínica ambulatoria <i>I. Irigoyen Recalde, A. Bonals Pi, J.C. Giménez Morales, M.P. Lusilla Palacios, M.P. Miravete Fuertes</i>	248
	"Escala d'avaluació dels trets autistes (A.T.A.)". Validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas <i>M.C. Jané Ballabriga, R.M. Capdevila Escudé, E. Domènech Llaberia</i>	254
Artículos de revisión	Estudio comparativo entre trastorno fóbico y trastorno obsesivo en niños y adolescentes <i>N. Bassas, M. Trias, J. Tomás</i>	264
	Conveniencia del Hospital de día en la patología paidopsiquiátrica <i>C. Gómez Ferrer, A. Fernández, L. Coy, J.M. Peñalver, D. Barcia</i>	277
Caso clínico		289
Reseñas terapéuticas		292
Comentario de publicaciones		294
Agenda		295
Notas necrológicas		297

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Commentary	Consultation-liaison psychiatry in pediatric hospitals <i>M.J. Mardomingo, E. Parra, A. Espinosa, M.C. Díaz</i>	215
Original articles	Consultation-liaison paidopsychiatry in pediatric hospitalization. Retrospective study <i>J. San Sebastián Cabasés, M.J. Martín Vázquez</i>	221
	Child-young psychiatry in-patients. Descriptive study <i>M.C. Ballesteros Alcalde, M.A. Franco Martín, M.C. Pérez Puente, A. Royuela Rico, A. Ruiz Olazo</i>	227
	Psychiatry emergencies of teenagers. Descriptive study <i>M. Hernández Viadel, F. Pérez Prieto, M.A. Cuquerella Benavent, P. Llorents Rodríguez, A. Agüero Juan, M.A. Catalá Ángel</i>	242
	Results of STAIC in psychiatric outpatients <i>I. Irigoyen Recalde, A. Bonals Pi, J.C. Giménez Morales, M.P. Lusilla Palacios, M.P. Miravete Fuertes</i>	248
	The "Escala d'avaluació dels trets autistes (A.T.A.)". Validity and reliability of the scale for the assessment of autistic behaviour <i>M.C. Jané Ballabriga, R.M. Capdevila Escudé, E. Domènech Llaberia</i>	254
Review articles	Comparative study between phobic disorder and obsessive disorder in children and adolescents <i>N. Bassas, M. Trias, J. Tomás</i>	264
	Day hospital or day centre child and adolescent psychiatry <i>C. Gómez Ferrer, A. Fernández, L. Coy, J.M. Peñalver, D. Barcia</i>	277
Clinical case		289
Therapeutical summary		292
Publications commentary		294
Calender		295
Obituary		297

M^a J. Mardomingo
E. Parra
A. Espinosa
M^a C. Díaz

La interconsulta de Psiquiatría en el Hospital Infantil

Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil
Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid.

Correspondencia

M^a Jesús Mardomingo
Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
C/ Doctor Esquerdo, 46.
28007 Madrid.

Consultation-liaison psychiatry in pediatric hospitals

Ponencia Oficial. XXXII Reunión Anual SEPIJ. Valencia

RESUMEN

La interconsulta de psiquiatría en el hospital infantil ha experimentado un considerable impulso en los últimos años y probablemente alcanzará una mayor complejidad y desarrollo en el futuro, no en vano un nuevo concepto de Psiquiatría del niño y adolescente, definida como especialidad médica, está ganando paso entre los médicos y en la sociedad en general. El pediatra remite a psiquiatría aproximadamente el 20% de los pacientes que ve y la estrecha colaboración entre ambos especialistas resulta indispensable.

PALABRAS CLAVE

Interconsulta de psiquiatría; Psiquiatría de enlace; Niños y adolescentes.

ABSTRACT

Pediatric consultation-liaison psychiatry is undergoing change and may be expected to exhibit major growth in the near future, in part because of the new concepts about Child and Adolescent Psychiatry emerging through medical staff and society. About 20% of infants, children and adolescents seen by pediatricians are in need of mental health services. Good collaboration between Pediatricians and Child and Adolescent Psychiatrists is needed.

KEY WORDS

Psychiatry consultation; Liaison psychiatry; Children; Adolescents.

216 La pediatría ha experimentado en las últimas décadas un desarrollo científico extraordinario, situándose de una vez por todas al mismo nivel que la medicina del adulto. Este desarrollo ha sido posible gracias al enorme impulso de las especialidades pediátricas, desde la nefrología -por poner un ejemplo de especialidad altamente tecnificada- hasta la psiquiatría infantil⁽¹⁾.

El diagnóstico correcto de los trastornos pediátricos y el tratamiento más adecuado y eficaz, requiere la estrecha colaboración entre los pediatras generales y el resto de los especialistas. Esta colaboración adquiere un carácter relevante y especial cuando se trata de la psiquiatría infantil. De hecho, la colaboración del pediatra es fundamental para el diagnóstico precoz de muchos trastornos psiquiátricos. El pediatra puede ser el primer profesional que sospeche la existencia de un trastorno profundo del desarrollo, una depresión, una esquizofrenia, una anorexia nerviosa, una fobia escolar, una situación de maltrato o privación emocional, un retraso del lenguaje o un trastorno específico del desarrollo. El pediatra atiende muchas veces al niño durante años, conoce los antecedentes obstétricos y el desarrollo psicomotor así como los antecedentes patológicos y familiares, las características de la interacción familiar y acontecimientos vitales que pueden ser importantes para el diagnóstico.

Por otra parte la colaboración del psiquiatra infantil es imprescindible en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, el SIDA, las enfermedades psicosomáticas, las situaciones de divorcio y separación de los padres, el retraso mental, las enfermedades neurológicas o el síndrome de Munchausen por poderes, entre otros⁽²⁾.

El desarrollo de las especialidades pediátricas ha tenido lugar, de modo preferente, en los hospitales infantiles y departamentos de pediatría de los hospitales generales, por tanto, la interconsulta de psiquiatría, que no es menos importante en los servicios de atención primaria, cuenta con una experiencia reconocida en muchos de estos centros⁽³⁾.

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERCONSULTA DE PSIQUIATRÍA

El pediatra remite al psiquiatra infantil del 11%⁽⁴⁾ al 20%⁽²⁾ de todos los niños y adolescentes que ve. Esta

cifra puede ascender hasta un 40% cuando se trata de niños que viven en situaciones de riesgo familiar y social^(5,6), como son la pobreza, las áreas marginales de las grandes ciudades, el desempleo, la adicción a drogas, la delincuencia, las enfermedades psiquiátricas y los trastornos en la interacción familiar, ya que en estas circunstancias aumentan la morbilidad pediátrica y psiquiátrica.

La interconsulta con psiquiatría en los hospitales infantiles procede tanto de la pediatría general, como de las demás especialidades médicas y quirúrgicas. Y abarca el 55% de todos los pacientes que se atienden; de éstos el 30% proceden de la planta y el 70% de la consulta externa⁽²⁾. De hecho la psiquiatría infantil comparte con la neuropsiquiatría el 40% de los pacientes y con la pediatría general el 24,6%.

Otras especialidades que requieren colaboración habitual son la gastroenterología, alergia, traumatología, otorrino, cuidados intensivos, oncohematología, nefrología e inmunología⁽²⁾.

La interconsulta con psiquiatría tiene unas características específicas que la diferencian del resto.

1. La primera de estas características es que la petición de consulta rara vez procede de los padres o del propio paciente, sino de otro médico o profesional que está en contacto con el niño. Esta circunstancia repercute en la relación médico-paciente que se establece, en la confidencialidad, en la relación con los padres y en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. En ocasiones, los padres y el paciente se resisten, cuando no se oponen claramente, a la interconsulta, debido a los prejuicios sociales frente a la psiquiatría, a la ignorancia respecto de su carácter científico y al concepto mágico de las enfermedades psiquiátricas que aún persiste y del que participa no sólo la población general, sino también, muchos médicos en particular⁽⁷⁾.

2. Una segunda característica se refiere al motivo que suscita la interconsulta y a la finalidad de la misma. Así como en otras especialidades médicas, tanto el motivo como la finalidad están, en términos generales, bien definidos, en psiquiatría no sucede siempre lo mismo. La interconsulta puede tener como objetivo la búsqueda de un diagnóstico, pero otras veces, tiene su origen en problemas de interacción del paciente o de la familia con el médico o con el resto del personal, en problemas de los padres entre sí, o simplemente, en el hecho de que no se logra establecer el diagnóstico del paciente y

Tabla 1 Motivos de interconsulta

<i>Generales</i>	<i>Específicos</i>	
	<i>Urgencias</i>	<i>Planta</i>
Sospecha de trastorno psiquiátrico	Trastornos psicóticos	Intentos de suicidio
Sospecha de retraso mental o trastorno específico del desarrollo	Episodios de agitación	Trastornos depresivos
Diagnóstico diferencial con enfermedades pediátricas	Conductas agresivas	Trastornos de ansiedad
Enfermedades pediátricas con sintomatología psiquiátrica	Intentos de suicidio	Anorexia nerviosa
	Crisis histéricas	Enfermedades crónicas
		Trastornos de interacción familiar
		Maltrato
		Diagnóstico diferencial de enfermedades pediátricas

aunque no se objetivan datos o síntomas que sugieran un trastorno psiquiátrico, se pide la interconsulta con psiquiatría. Es decir, tiene su origen en un intento de psiquiatrización de enfermedades médicas cuyo diagnóstico se desconoce⁽⁹⁾.

Por tanto, la interconsulta de psiquiatría puede tener también motivaciones ocultas, que afectan al médico o profesional que la formula, a la familia y al resto del personal.

3. La tercera característica se refiere a la responsabilidad del médico respecto del paciente. Durante el proceso de interconsulta la responsabilidad última le corresponde al médico consultante y el psiquiatra tiene un papel asesor.

4. La interconsulta de psiquiatría puede tener como objetivo el estudio de un caso clínico, con sus múltiples ramificaciones, tal como se indicaba previamente, pero también puede tener como finalidad la asesoría y formación del propio personal médico y paramédico^(9,10). Este tipo de interconsulta es relativamente frecuente en cuidados intensivos, nefrología, oncología, unidades de SIDA y maltrato y en servicios de urgencias⁽¹¹⁾.

MOTIVOS DE INTERCONSULTA

Los motivos de interconsulta abarcan en líneas generales cuatro grandes apartados:

1. Sospecha de la existencia de un trastorno psiquiátrico en sentido estricto.
2. Sospecha de un retraso mental o de un trastorno específico del desarrollo.

3. Enfermedades pediátricas que plantean el diagnóstico diferencial con un trastorno psiquiátrico.

4. Enfermedades pediátricas que se acompañan de sintomatología depresiva, ansiosa o de otro tipo, como por ejemplo las enfermedades crónicas.

5. Un quinto motivo de interconsulta lo constituyen los trastornos en la interacción familiar, u otras circunstancias familiares y sociales que son factores de riesgo para el desarrollo del niño, de forma especial las situaciones de privación emocional y maltrato.

Los motivos de interconsulta procedentes de los servicios de urgencia y de la planta se exponen en la tabla 1 y tienen un carácter más específico. En la urgencia predominan los trastornos psicóticos, episodios de agitación, comportamientos agresivos, intentos de suicidio y crisis histéricas. En la planta predominan los trastornos depresivos y de ansiedad, los intentos de suicidio, anorexia y bulimia nerviosas, las enfermedades crónicas y el diagnóstico diferencial de enfermedades pediátricas.

El diagnóstico diferencial se plantea de modo preferente en las enfermedades neurológicas, gastrointestinales, endocrinológicas y alérgicas. Las enfermedades crónicas que suscitan con más frecuencia la consulta con psiquiatría son la diabetes, colitis ulcerosa, asma, epilepsia, cáncer y fracaso renal.

En los casos de la Cirugía Infantil dos importantes motivos de interconsulta son los traumatismos craneoencefálicos y los grandes accidentes, así como aquellas circunstancias que hacen sospechar un trastorno de estrés postraumático.

Tabla 2 Fases de la interconsulta

1. <i>Volante de petición</i>	Fecha Nombre y apellido del paciente Nº de historia Nº de cama o servicio Nombre del médico y teléfono Motivo de la consulta Urgencia
2. <i>Preparación del paciente por parte del pediatra</i>	Percepciones posibles de la familia: - abandono del médico - amenaza o castigo - desconocimiento del diagnóstico - búsqueda de la mejor atención y tratamiento
3. <i>Recogida de información</i>	Pediatra y residentes Enfermeras y auxiliares Historia clínica de pediatría
4. <i>Entrevista con los padres</i>	Presentación a los padres por parte del pediatra o de la enfermera
5. <i>Evaluación del niño</i>	Carácter privado Indicar el motivo de la consulta Conocimiento y comprensión del paciente de la propia enfermedad Miedos y expectativas Examen psiquiátrico
6. <i>Informe inicial</i>	Verbal a médico y enfermeras Por escrito en la historia clínica Atención a cuestiones urgentes Planificación de próximas visitas y estudios
7. <i>Informe definitivo</i>	

PLANTEAMIENTO DE LA INTERCONSULTA

La forma en que el médico u otro profesional comunica al paciente y a la familia la necesidad de la consulta con psiquiatría es esencial para el futuro trabajo del psiquiatra. El niño y los padres deben saber que:

- La interconsulta con psiquiatría tiene un carácter rutinario en el centro, se solicita de forma habitual y no es una señal de alarma.
- La interconsulta tiene como finalidad el estudio diagnóstico más riguroso del paciente y por tanto el tratamiento más completo y eficaz.
- La interconsulta no significa que el pediatra declina su responsabilidad sobre el paciente. Tampoco re-

presenta una forma de castigo, amenaza o venganza, frente a los problemas que el paciente y la familia plantean.

- La interconsulta se sustenta en la relación de mutua confianza y colaboración científica de los profesionales del hospital o de cualquier otro centro.

La relación de confianza del pediatra con el niño y con la familia, es un factor muy importante para que se establezca esa misma relación de confianza con el psiquiatra infantil.

Remitir un paciente a psiquiatría no es siempre una tarea fácil para el médico o para la enfermera y esto se debe, en primer lugar, a los múltiples prejuicios sociales y de los propios médicos frente a la psiquiatría y frente a los psiquiatras. Aunque resulte difícil creerlo, en la sociedad actual todavía permanece un concepto mágico de las enfermedades psiquiátricas, que se atribuyen a causas extranaturales, que siguen representando un deshonra o vergüenza y que en opinión de muchos se curan bien por propia voluntad del paciente o mediante remedios que quedan fuera del marco de la medicina científica.

Por lo que respecta a los médicos, la actitud de escepticismo, cuando no de declarada desconfianza, frente a la psiquiatría infantil, tiene su origen, en algunos casos, en el más absoluto desconocimiento del acervo de conocimientos, métodos y técnicas de la especialidad. Muchos médicos siguen viendo a los psiquiatras como un grupo de médicos frustrados que se entregan a discusiones bizantinas y a la especialidad como un divertimento desposeído de todo pragmatismo. No cabe ninguna duda que la ignorancia es libre, pero que los propios psiquiatras también tendrán alguna responsabilidad en esta situación.

La relación de respeto y confianza mutua entre el pediatra y el psiquiatra es imprescindible para la buena marcha del proceso de la interconsulta. El psiquiatra infantil debe reforzar la relación de confianza del pediatra con el paciente y con la familia, apoyar sus decisiones y transmitir a los padres la relación positiva que se da entre los dos profesionales. Lo mismo debe hacer el pediatra respecto al psiquiatra infantil^(12,13). Esto se traducirá en sentimientos de seguridad y confianza del niño y de los padres y en un diagnóstico y tratamiento más adecuados evitando situaciones de yatrogenismo.

FASES DE INTERCONSULTA

Las fases de la interconsulta se exponen en la tabla 2 y comprenden el volante de petición, preparación del paciente y de la familia por parte del médico o profesional que hace la petición, recogida de información por parte del psiquiatra tras recibir el volante, entrevista con los padres, evaluación del paciente, elaboración del informe inicial, y por último, elaboración por escrito del informe definitivo.

La petición de interconsulta debe hacerse siempre por escrito y haciendo constar, como mínimo, los datos reseñados en la tabla 2.

La preparación de los padres y del niño o adolescente para la interconsulta, es tan importante que, tal como se exponía en un apartado anterior, puede condicionar el éxito posterior.

La información sobre el caso objeto de consulta debe obtenerse del médico responsable, los residentes, otros especialistas que estén en contacto con el niño, las enfermeras y auxiliares y la historia clínica de pediatría. A continuación se mantiene la entrevista con los padres. Es deseable que la presentación del psiquiatra a los padres y al paciente la realice el pediatra o la enfermera responsable del niño.

La exploración del niño debe tener un carácter privado y es importante evaluar el concepto e información que tiene de su enfermedad, si conoce el motivo de la interconsulta con psiquiatría y los miedos y expectativas que le suscita. El examen psiquiátrico seguirá las mismas normas que en cualquier otra circunstancia.

A continuación se hará un informe verbal a médicos, enfermeras y a la familia y un informe por escrito en la historia clínica. Se prestará especial atención a las cuestiones urgentes y a la planificación de próximas visitas y exploraciones complementarias. Por último se elaborará el informe definitivo.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas de la interconsulta merecen una mención especial. En primer lugar deben tener en cuenta las características y los servicios disponibles en el hospital, de tal forma que su ejecución se sitúe en el ámbito de lo posible⁽³⁾. Estas recomendaciones no serán siempre iguales en un hospital de atención terciaria que en un hospital con menor dotación. Por ejemplo, recomendar la continuidad del personal y la atención personalizada en la asistencia al paciente, puede ser muy problemático en un hospital altamente tecnificado, con rotación frecuente del personal, tanto residentes como enfermeras, que tiene como objetivos prioritarios la obtención y publicación de buenos resultados. Por otra parte aconsejar medidas que sobrepasan los medios del propio hospital, rara vez se traduce en la mejoría del paciente y sí en sentimientos de frustración y resentimiento por parte del pediatra.

Como casi siempre en medicina, la cantidad y calidad de los conocimientos del psiquiatra, la experiencia y el buen juicio, son factores fundamentales para el éxito de la interconsulta.

CONCLUSIÓN

El progresivo reconocimiento de la psiquiatría del niño y del adolescente como una especialidad médica más, por parte de los médicos y de la sociedad, se traducirá en el desarrollo de los servicios de interconsulta, dentro y fuera del hospital pediátrico, y en una mejor asistencia a los niños y a los adolescentes. Esta colaboración entre distintas disciplinas es imprescindible para la mejor comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de las enfermedades y para la implantación de medidas preventivas y terapéuticas más eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mardomingo MJ. Historia de la psiquiatría del niño y del adolescente. En: Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994.
- 2 Mardomingo MJ. Relaciones entre Pediatría y Psiquiatría del niño y del adolescente. Revisión. *Acta Pediátrica Española* 1994.
- 3 Fritz GK, Mattison RE, Nurcombe BN y cols. *Child and adolescent mental health consultation in hospitals, schools and courts*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
- 4 Stocking M, Rothney W, Grosser G y cols. Psychopathology in the pediatric hospital: Implications for community health. *Am J Public Health* 1972;62:551-556.
- 5 Garralda ME, Bailey D. Psychiatric disorders in general pediatric referrals. *Arch Dis Child* 1989;64:1727.
- 6 Starfield B, Katz H, Gabriel A y cols. Morbidity in childhood: A longitudinal view. *N Engl J Med* 1980;310:251.

- 220
- 7 Greene CM. Mutual collaboration between child psychiatry and pediatrics: Resistances and facilitation. *J Dev Behav Pediatr* 1984;**5**:315.
 - 8 Lewis ML, Vitulano LA. Child and adolescent psychiatry consultation-liaison services in pediatrics: What messages are being conveyed?. *J Dev Behav Pediatr* 1988;**9**:388.
 - 9 Kaplan G. *The theory and practice of mental health consultation*. New York, Basic Books, 1970.
 - 10 Tarnow JD, Gutstein SE. Systemic consultation in a general hospital. *Int J Psychiatry Med* 1982;**12**:161-185.
 - 11 Mrazek D. Pediatric hospitalization: understanding the stress from a developmental perspective. En: Christie M, Mellet P (eds). *The Psychosomatic Approach: Contemporary Practice of Whole-Person Case*. New York, Wiley 1986:164-196.
 - 12 Bergman AS, Fritz GK. pediatricians and mental health professional: Patterns of collaboration and utilization. *Am J Dis Child* 1985;**139**:155.
 - 13 Fritz GK, Bergaman AS. Child psychiatrists seen through pediatricians eyes: Results of a national survey. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;**24**:81.

J. San Sebastián Cabasés
M. J. Martín Vázquez

**Interconsulta paidopsiquiátrica
en hospitalización pediátrica.
Estudio retrospectivo**

Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Servicio de Psiquiatría
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia:

J. San Sebastián Cabasés
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Ramón y Cajal. Crtra. de Colmenar, Km 9,100
23034 Madrid

*Consultation-liaison
paidopsychiatry in pediatric
hospitalization. Retrospective
study*

RESUMEN

La *Psiquiatría de enlace de niños y adolescentes* constituye una vertiente de la actividad paidopsiquiátrica en auge, cada vez más desarrollada, y, a pesar de las reticencias que supuso en su inicio, hoy día aceptada como esencial, cuando no imprescindible, en los hospitales que atienden a poblaciones infanto-juveniles. El presente trabajo constituye un estudio retrospectivo y descriptivo de la actividad llevada a cabo en un hospital general, por parte de una Unidad de enlace paidopsiquiátrico durante cuatro años y siete meses. Se presentan datos clínicos, sociodemográficos y relativos al tipo de demanda. Se concluye la necesidad de implantación de esta actividad, y lo útil de la misma.

PALABRAS CLAVE

Psicosomática infantil; Paidopsiquiatría de enlace; Hospitalización pediátrica.

ABSTRACT

The Consultation-liaison psychiatry in children and adolescents is an aspect in rapid progression of the every time more developed paidopsychiatric activity. In spite of the insinuations at its beginning, this activity is currently accepted as essential if not indispensable in hospitals looking after children-young population. This work is a retrospective and descriptive study of the activity performed, in patients admitted in a general hospital, by part of a Consultation-liaison paidopsychiatric service during 4 years and 7 months. There are clinical and sociodemographic data showed, and also the ones regarding sort of demand. It is concluded the implementation necessity of this activity and how useful it is.

KEY WORDS

Child's Psychosomatic; Consultation-liaison paidopsychiatry; Pediatric hospitalization.

222 INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 50 años existe la tendencia a la unificación de la medicina y la psiquiatría, tanto en los aspectos clínicos como en los docentes y de investigación⁽¹⁾. El estudio de la naturaleza psicopatológica de ciertas enfermedades, las consecuencias psíquicas de otras y la influencia de los factores mentales en la evolución de casi todas, constituyen un reto apasionante para la clínica, la organización de servicios y la investigación.

La patología psiquiátrica infanto-juvenil representa un porcentaje importante y creciente de los trastornos psiquiátricos en la población general. Además, la hospitalización constituye una circunstancia especialmente conflictiva en el niño y adolescente, produciendo efectos nocivos en su desarrollo personal, social y familiar y, en ocasiones, psicopatología. Por ello desde hace años se ha procedido a la instauración del trabajo conjunto, en equipo, de pediatras, psiquiatras y otros profesionales de la salud⁽²⁾, con arreglo al modelo de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace de niños y adolescentes⁽³⁾ para la detección y prevención de trastornos, tratamiento de los mismos, abordaje conjunto protocolizado de determinadas patologías y actuación sistemática en caso de grupos o unidades de "alto riesgo".

Debido al mejor pronóstico de enfermedades anteriormente mortales, la mayor importancia que ha adquirido la calidad de vida y la mayor preocupación por los sectores más débiles de la sociedad, se han estudiado ampliamente las interacciones entre los factores somáticos y psíquicos en las enfermedades infanto-juveniles, las secuelas psicopatológicas de la enfermedad, sobre todo de aquellas crónicas o que requieren intervenciones más drásticas, o de aquellas más graves *per se*, las consecuencias de la hospitalización en el niño a todos los niveles, las relaciones y comunicación con servicios pediátricos y de atención primaria⁽⁴⁾, la organización de servicios de Interconsulta paidopsiquiátrica⁽⁵⁻⁷⁾ y otros elementos y factores que, en su conjunto, constituyen la Psiquiatría infanto-juvenil de enlace^(7,8).

En los últimos años, esta especialidad paidopsiquiátrica ha tomado tan gran auge, que ha sugerido la implantación de "Unidades Médico-Psiquiátricas", en lugar del tradicional servicio de Interconsulta y de Hospitalización⁽⁹⁾. Debido a todas estas razones, cada vez son más frecuentes las consultas entre servicios pediátricos y paidopsiquiatría, por lo que resulta imprescindible una buena coordinación entre ambos⁽⁹⁾.

Para ello es importante considerar las características de los pacientes remitidos a psiquiatría, de modo que se pueda conseguir la mejor adecuación de los medios existentes.

Graham⁽¹⁰⁾, analizando la adecuación de las remisiones de servicios pediátricos a psiquiátricos, aporta sus criterios, y concluye que, en líneas generales, son susceptibles de interconsulta:

- La presencia de trastornos de la conducta y de las emociones sin que resulte probable (o resultando ampliamente improbable) una causa física.
- Presencia de síntomas físicos sin que se demuestre una causa somática evidente.
- Presencia de causalidad somática clara, pero sin obtención de respuesta a la terapéutica convencional.
- Existencia de causalidad claramente física en el trastorno, pero habiéndose diagnosticado un problema psiquiátrico coincidente, en el niño o en su familia.
- En general, situaciones en las que el trastorno condicione algún grado de dificultad para las tareas habituales (incapacidad) y dure varias semanas, y sea tal que el propio pediatra se vea incapacitado por tiempo o preparación para tratarlo. A ello se añade la posibilidad de autismo o psicosis, enfermedad mental en uno o ambos padres (no depresión reactiva), o necesidad de medicación psicotrópica en el niño.

Varios autores^(4,6,10) enfatizan las dificultades que presenta la remisión de un niño hacia los servicios pediátricos, en particular cuando, a juicio del pediatra, la naturaleza de los síntomas es fundamentalmente psicósomática⁽¹¹⁾. En nuestra experiencia de trabajo en un Hospital General de gran relieve, una gran mayoría de pediatras no presenta reticencias en cuanto a la derivación o consulta con Psiquiatría Infanto-Juvenil y su grado de concienciación en cuanto a la importancia de los factores psicológicos en la enfermedad física y la colaboración con paidopsiquiatría es elevado, correspondiendo los temores y reticencias, sobre todo, a las familias de nuestros pacientes.

Se presenta un *Estudio descriptivo y retrospectivo* de la actividad llevada a cabo en la asistencia a pacientes *hospitalizados* menores de 17 años, en un Hospital General (Ramón y Cajal), por parte de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, en el período Enero 1989-Julio 1993 (4 años y 7 meses), con el *objetivo* de analizar las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, el tipo y adecuación de remisiones y el grado de coordinación en el trabajo de interconsulta y enlace.

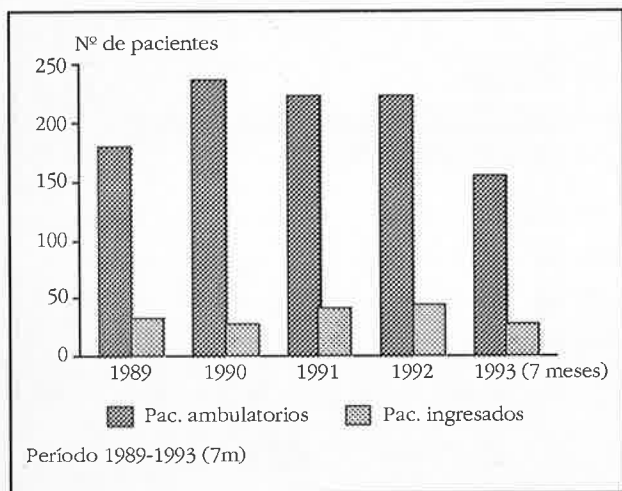


Figura 1. Número de Interconsultas, pacientes ingresados / ambulatorios.

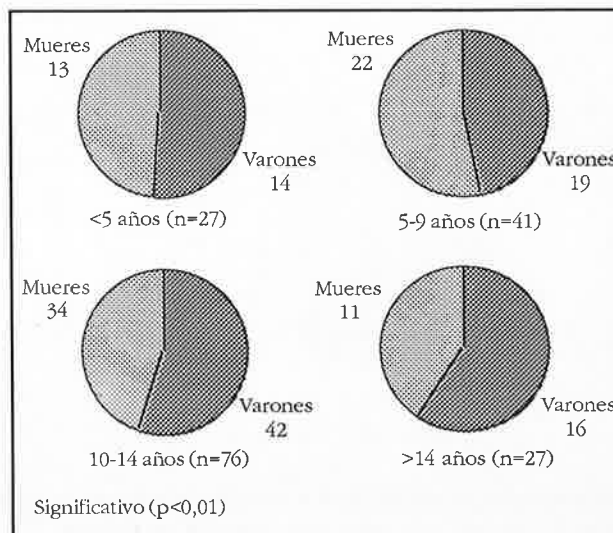


Figura 2. Distribución por sexos y edades.

MATERIAL Y MÉTODO

Se examinaron las historias clínicas y los datos estadísticos registrados, correspondientes a la muestra ($N=171$), extractando variables relativas a: Número de I.C. y distribución anual; edad, sexo y variables socio-demográficas; unidades y servicios demandantes de I.C. (en el hospital objeto de estudio, la distribución de camas se hace por subespecialidades pediátricas - secciones - en unidades más amplias o bien por unidades equivalentes a servicios); tipos de demandas y motivo de las mismas; diagnósticos pediátricos y somáticos; diagnósticos psiquiátricos según DSM III-R y actitud de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Se relacionan estos datos con variables como número de camas pediátricas, distribución por servicios y número y causa de los ingresos por año. Una vez categorizadas las variables se procesaron, relacionaron y compararon estadísticamente a través del programa informático "Sigma".

RESULTADOS

Destaca, en primer lugar, el incremento creciente del número de I.C. de pacientes ingresados en los últimos tres años, sobre todo en relación al número de pacientes ambulatorios (Fig. 1).

La *Edad Media* fue de 11,3 años, y en la distribución por sexos aparece una mayoría de varones en todos los rangos de edad, excepto en el tramo comprendido entre 5 y 9 años. Los varones suponen en total el 53,2% de la muestra y las mujeres el 46,8%.

En la figura 2 puede observarse la distribución por sexos en distintos grupos de edades, siendo significativo el predominio de varones en el grupo de mayores de 14 años. El intervalo de edades comprendido entre 10 y 14 años fue el más representado (40,5%), seguido por el correspondiente a la población de 5 a 9 años (24,5%).

En cuanto a las *Unidades y Servicios consultantes* (Fig. 3), cabe destacar la alta frecuencia con que consultaron la Unidad de Hospitalización Pediátrica (50,4%), donde son ingresados los pacientes de Oncología, Gastroenterología, Neurología, Endocrinología, Pediatría General y Cirugía Pediátrica General y las unidades quirúrgicas (32,7%). Destaca la alta frecuencia relativa de I.C. por parte de las secciones de Oncología Pediátrica (13,5%) y Ortopedia Infantil (12,8%), así como la escasa demanda relativa (en relación con el número de camas e ingresos) de las unidades-servicios de Cardiología Pediátrica y Cirugía Cardíaca Pediátrica.

En relación con el *motivo de interconsulta y tipo de demanda* (Fig. 4), el más frecuente fue la valoración y

224

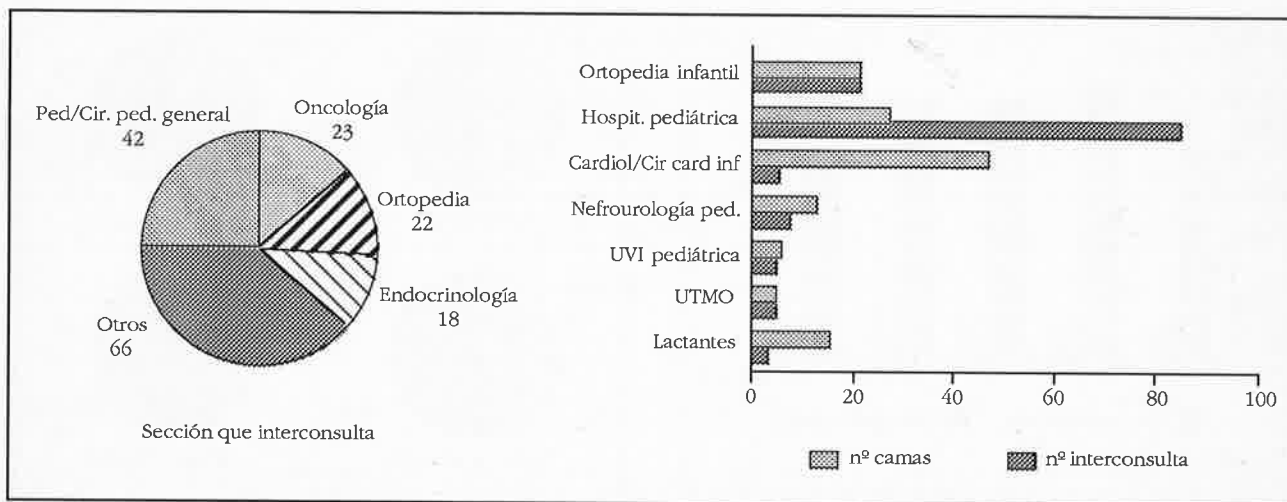


Figura 3. Unidades y secciones demandantes de interconsulta.

I.C. de unidades/servicios pediátricos en relación al nº de camas.

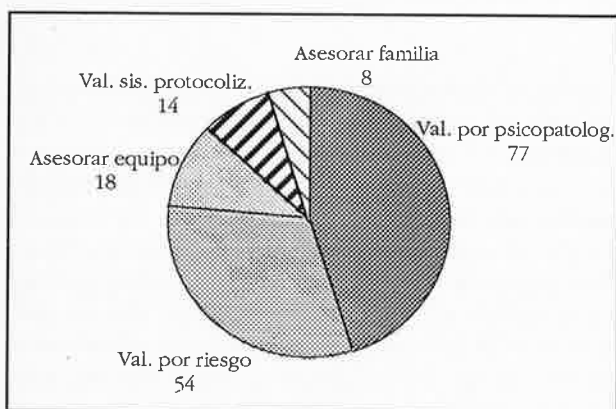


Figura 4. Motivos de interconsulta y tipos de demanda.

Tabla 1 Diagnóstico pediátrico/somático

Diagnóstico	%	Total
Alt. genéticas	7,1%	12
Tras. desarrollo	8,7%	15
Infecciones	4,1%	7
Tumores o Cánceres	22,8%	39
Pr. cardiovasculares	4,1%	7
Fibrosis quística	9,9%	17
Tras. alimentarios	7,1%	12
Intoxicaciones	3,5%	6
Accidentes	8,7%	15
Sospecha psicogenidad	11,1%	19
Otros	12,9%	22

Período 1989-1993 (7m).

tratamiento por detección previa de psicopatología (45% de los casos), seguido de valoración simple por riesgo (31,6%), incluyéndose en este grupo los intentos de suicidio (5 casos).

En la tabla 1 se representan los diagnósticos realizados, en la demanda, por los servicios pediátricos, habiéndose incluido entre éstos la "sospecha de causalidad psicógena en enfermedad física" y cualquier diagnóstico de enfermedad somática. Destacan entre ellos: "Tumores y enfermedades oncológicas" (22,8%), "Sospecha de causalidad psicógena" (11,1%) y "Fibrosis Quística del Páncreas" (9,9%).

El diagnóstico psiquiátrico se recoge en la tabla 2, siendo los más frecuentes: Trastorno Adaptativo (32,75%), Códigos V (22,8%) y Retraso Mental (11,7%). Cabe destacar la presencia de comorbilidad de diagnósticos entre los ejes 1 y 2 del DSM III-R en un 2% de los casos, y entre los ejes 1 y 3 en más del 87% de los casos.

En cuanto a la actitud por parte de la Unidad consultada, predominó el tratamiento mixto predominante farmacológico (31,6%) seguido del tratamiento mixto predominante psicoterapéutico (28%) (Tabla 3).

Tabla 2 Diagnóstico psiquiátrico (eje 1 DSM III-R)

Diagnóstico DSM III-R	Nº	%
Trastorno Adaptativo	56	32,75%
Códigos V	39	22,8%
Retraso Mental	20	11,7%
Trast. Conductas Pert.	11	6,4%
Trast. por Ansiedad	11	6,4%
Trast. Somatoformes	8	4,7%
Tr. Cond. alimentaria	8	4,7%
Trast. Facticios	6	3,5%
Trast. Eliminación	5	3%
Otros y ausencia diag.	7	4%

Periodo 1989-1993 (7 m).

DISCUSIÓN

Estos resultados, concordantes con estudios previos nuestros⁽¹²⁾ y de otros autores⁽⁵⁾ son expresivos de las especialidades características de las unidades pediátricas del Hospital (alto nivel de especialización, pacientes graves y crónicos, con patologías de sofisticado abordaje, etc.), así como de las características demográficas de la población asistida por el Centro (en cuanto a distribución por edades y sexos). Determinados resultados, como la escasa interconsulta por parte de servicios con elevado número de camas e ingresos, puede interpretarse por la muy diversa concepción que tienen los pediatras de distintos servicios de lo que supone la intervención paidopsiquiátrica y la necesidad de la misma, y también por la "tradición" establecida o la protocolización previa de la interconsulta. El creciente número de I.C. en los últimos años, puede explicarse por la tendencia progresiva a ingresar sólo los casos más graves o difíciles (con mayor riesgo psicopatológico), y a la mayor utilización de Unidades Especiales (por ejemplo, U.T.M.O., Diálisis o U.V.I.).

Es importante observar que la gran mayoría de pacientes (97%) obtuvieron un diagnóstico psiquiátrico en el eje 1 (Incluidos códigos V), o en el eje 2, lo que indica la adecuación de la I.C. paidopsiquiátrica y la capacidad de los servicios demandantes para detectar problemática psiquiátrica o adaptativa. La alta comorbilidad (más de un 87%) encontrada entre los ejes 1 y 3 es comprensible por el tipo de muestra utilizado (pacientes hospitalizados), e indica en qué medida tanto la enfermedad física como la especial situación de

Tabla 3 Actitud de la Unidad de enlace

Actitud del equipo	nº	%
Tratamiento mixto farmacológico	54	31,6%
Tratamiento mixto psicoterápico	48	28%
Otros tratamientos	9	5,3%
Orientación sociofamiliar	29	17%
Asesoría al Equipo Ped.	26	15%
Otros	5	3%

Periodo 1989-1993 (7m)

estos pacientes constituye un factor de riesgo psicopatológico. No se analizó la comorbilidad en el eje 1, pues se optó, en el diseño, por extraer tan sólo el diagnóstico principal. No obstante, un número no escaso de pacientes presentaron más de un diagnóstico en dicho eje. En una ulterior fase, y con un diseño prospectivo, tenemos intención de analizar qué comorbilidad precisa se da en los ejes 1 y 2, dato que no se presenta en estos resultados por no considerarlo suficientemente fiable a la vista del tipo de diseño (retrospectivo).

Comparando los resultados obtenidos en nuestra muestra con los de otros estudios (hemos encontrado muy pocos similares en la bibliografía consultada), observamos que tanto los *diagnósticos* somáticos como los psiquiátricos difieren de unos trabajos a otros, en función de las distintas estructuras hospitalarias, los rangos de edades que se abarquen, etc. En el trabajo de Kahan y cols.⁽⁵⁾, a partir de una muestra de 237 pacientes se reseñan 74 diagnósticos somáticos distintos, entre los que destacan diabetes mellitus, obesidad severa y enfermedad y trasplante renal, siendo los servicios que con mayor frecuencia demandan Neurología, Gastroenterología y Endocrinología. De los diagnósticos psiquiátricos efectuados destacan: Factores psicológicos afectando un estado físico (Código V), Trastorno somatoforme, incluyendo conversión y Trastornos de la conducta alimentaria. En nuestra experiencia, *incluyendo pacientes ambulatorios*, existen notables coincidencias en cuanto a la frecuencia de demanda por parte de distintos servicios pediátricos (Neurología Pediátrica, seguido de Oncología Pediátrica, Endocrinología y Gastroenterología); y también en lo referente a diagnósticos somáticos (elevada población de diabéticos y otros pacientes crónicos, destacando como diagnóstico somático los trastornos comiciales). La interconsulta a niños y adolescentes *hospitalizados*, no obstante, pre-

- 226 senta, como se ha expuesto, otras características (la sección que consulta en primer lugar es Oncología Pediátrica, el diagnóstico somático más frecuente "tumor o enfermedad oncológica"). Esto indicaría que los pacientes son remitidos de distinta manera según su patología, hecho probablemente influido por el posible carácter de prevalencia de trastornos adaptativos inmediatos en enfermedades graves, potencialmente mortales, como el cáncer, y la influencia posterior de enfermedades en principio no tan dramáticas, como la epilepsia, pero con un gran potencial ansiogénico y que conllevan posteriormente un proceso adaptativo importante.

CONCLUSIONES

Puede decirse a la vista de los resultados y de la confrontación de los mismos, que la existencia de una

Unidad de enlace Paidopsiquiátrico, en los términos expuestos, es necesaria, como lo demuestra la demanda que suscita, lo justificado y adecuado de la misma y la alta prevalencia de psicopatología en la población infanto-juvenil ingresada en hospitales y con alguna enfermedad física. La intervención de la Unidad solicitada se basa en una buena comunicación con los equipos pediátricos y la integración en los mismos, no limitándose su labor, en ningún caso, al paciente exclusivamente, sino teniendo en cuenta tanto al equipo terapéutico como a la familia de los enfermos, de especial importancia debido a la edad de éstos, hecho también recogido en los trabajos consultados. Es necesario, por último, que la respuesta de la Unidad de Enlace sea lo más rápida posible, el informe claro y preciso y el abordaje terapéutico resolutivo a corto plazo, para lo cual muchas veces es necesaria la utilización de fármacos psicotrópicos en conjunción con intervenciones psicoterapéuticas de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lipowsky ZJ. Consultation-liaison Psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;**8**:305-315.
- 2 Jiménez Hernández JL. Perspectivas actuales de la Psiquiatría Infantil de Enlace. *Rev Psiq Infanto-Juvenil* 1993;**4**:205-207.
- 3 San Sebastián Cabasés J, Somoza Ortega JC. Psiquiatría de Enlace Infanto-Juvenil. En: *Psiquiatría de Enlace (Monografía)*. Aula Médica. CEA, 1994 (en prensa).
- 4 Cornwall PL. Communication between general practitioners and child psychiatrists. *BMJ* 1993;**306**:692-693.
- 5 Sexson SB, Kahan BB. Organization and development of a pediatric medical-psychiatric units. Part I: Administrative, financial and political issues. *General Hospital Psychiatry* 1991;**5**:296-304.
- 6 Kahan BB, Sexson SB. Organization and development of pediatric medical-psychiatric units. Part II: Clinical management issues. *General Hospital Psychiatry* 1991;**13**(6):391-398.
- 7 Leslie SA. Paediatric liaison. *Archives of disease in childhood* 1992;**67**(8):1046-1049.
- 8 Black D, Mc Fadjen A, Broster G. Development of a psychiatric liaison service. *Archives of disease in childhood* 1990;**65**(12):1373-1375.
- 9 Mc Gibben L, Ballard C. Child psychiatry liaison services. *British Journal of Psychiatry* 1991;**158**:573.
- 10 Graham P. Paediatric referral to a child psychiatrist. *Archives of disease in childhood* 1984;**59**(11):1103-1105.
- 11 Hodas JR, Honig PJ. An approach to psychiatric referrals in pediatric patients. Psychosomatic complaints. *Clinical pediatrics* 1983;**22**(3):167-172.
- 12 San Sebastian Cabasés J, Del Rio Vega J, Moreno Oliver I. Psiquiatría Infantil de Enlace y Hospitalización pediátrica: Análisis descriptivo. *Rev Esp de Pediatría* 1990;**46**(3):328-242.

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

Ingresos psiquiátricos infanto-juveniles. Estudio descriptivo

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

Correspondencia

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

Child-young psychiatric in- patients. Descriptive study

Ponencia Oficial. XXXII Reunión Anual SEPIJ. Valencia.

RESUMEN

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

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

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

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

PALABRAS CLAVE

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

228 ABSTRACT

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

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

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

KEY WORDS

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

Tabla 1 Variables analizadas en este estudio

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

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS

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

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

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

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

En la figura 2 se resumen los motivos de ingreso.

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

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

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

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 1.1

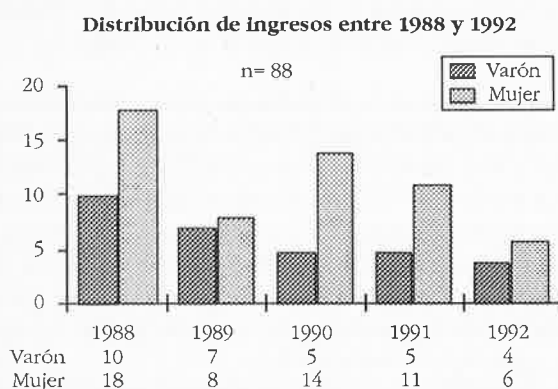


Figura 1.2

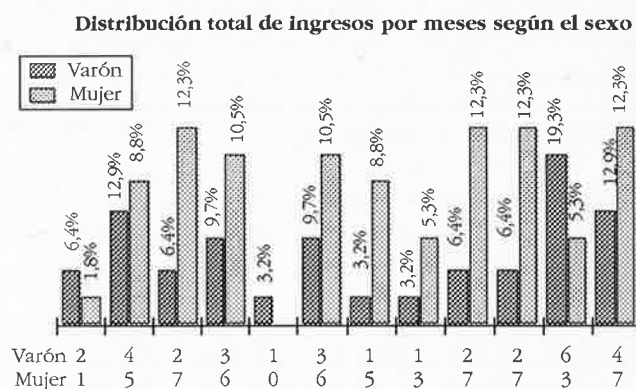


Figura 1.3

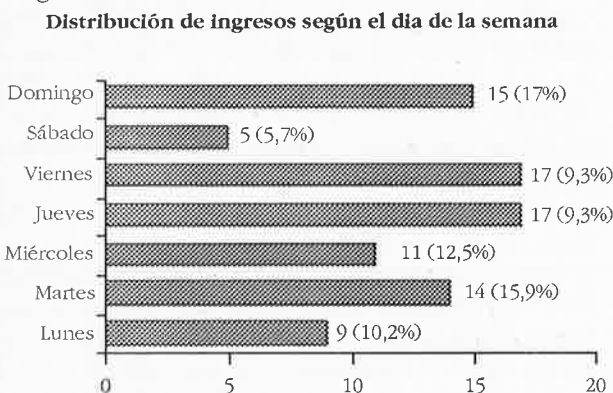


Figura 1.4

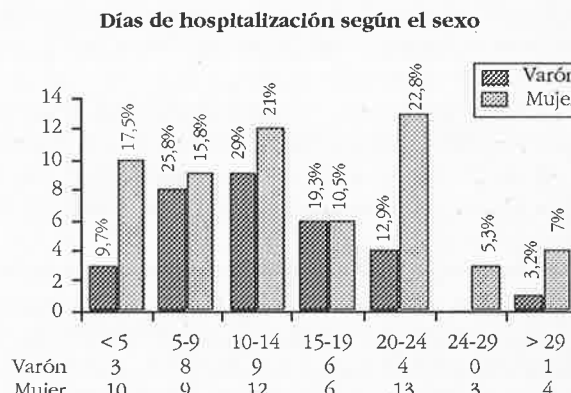


Figura 1. Algunas variables relacionadas con el ingreso de los pacientes paidopsiquiátricos según en sexo.

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

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

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

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

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

		<i>Varón</i>		<i>Mujer</i>		<i>Total</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Enviado por	Médico General	2	6,4	1	1,8	3	3,4
	Psiquiatra	8	25,8	25	43,9	33	37,5
	Psiqu. Guardia	18	58	29	50,9	47	53,4
	Pediatra	—	—	1	1,8	1	1,1
	Juez / Policía	2	6,4	—	—	2	2,3
	No consta	1	3,2	1	1,8	2	2,3
Solicitado por	Médico	10	32,2	17	29,8	27	30,7
	Padres	15	48,4	27	47,4	42	47,7
	Familia	1	3,2	3	5,3	4	4,5
	Paciente	4	12,9	6	10,5	10	11,4
	No consta	1	3,2	4	7	5	5,7
Procedencia	Policlínicas H.	5	16,1	20	35,1	25	28,4
	Ambulatorio	2	6,4	2	3,5	4	4,5
	Urgencias	17	54,8	26	45,6	43	48,9
	Otros centros	3	9,7	7	12,3	10	11,4
	U.V.I.	2	6,4	1	1,8	3	3,4
	Interdepartamental	1	3,2	—	—	1	1,1
	No consta	1	3,2	1	1,8	2	2,3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Procedencia

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

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

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

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

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

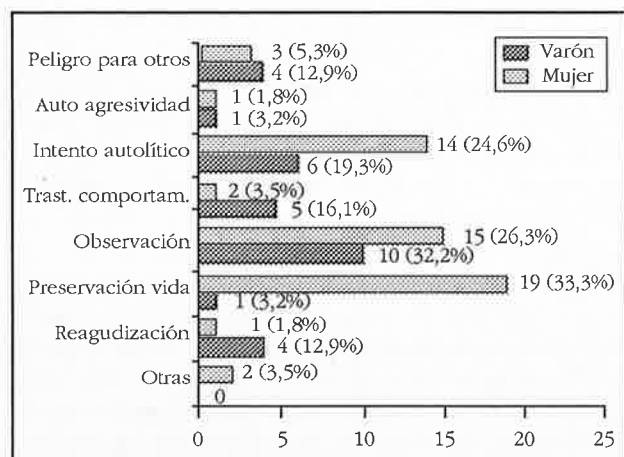


Figura 2. Motivo de ingreso en la Unidad de Psiquiatría: pacientes < 18 años.

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

8. Motivo de ingreso

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

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

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

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

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

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

Tabla 4 Diagnósticos psiquiátricos previos al ingreso

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

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

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

9. Antecedentes psiquiátricos previos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Interconsultas realizadas durante el ingreso

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

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

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

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

11.- Diagnóstico al alta

11.1.- Diagnóstico según el Eje 1

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

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

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

Tabla 5 Diagnóstico al alta según el eje 1

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

negligencias, si bien y tal como destacan Jeremin y Philips en 1988⁽¹⁾, estos casos habitualmente son ingresados en el Departamento de Pediatría.

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

11.2. Diagnóstico en el resto de los Ejes

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

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

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

12. Tratamiento psicofarmacológico recibido durante el ingreso.

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

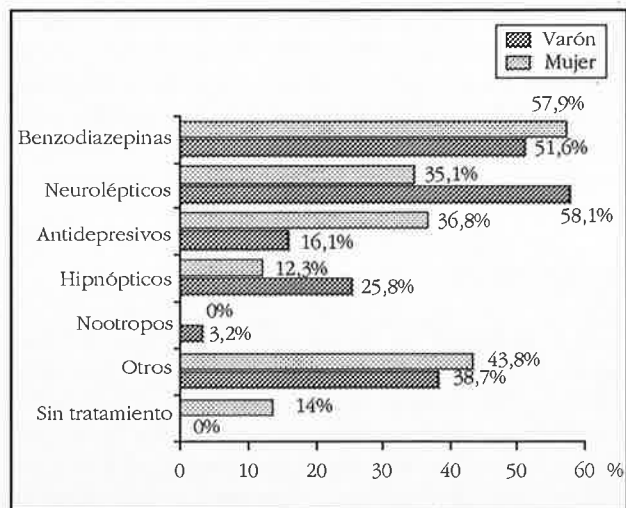


Figura 3. Tratamiento psicofarmacológico durante el ingreso según el sexo.

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

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

13. Tratamiento Psicoterapéutico

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

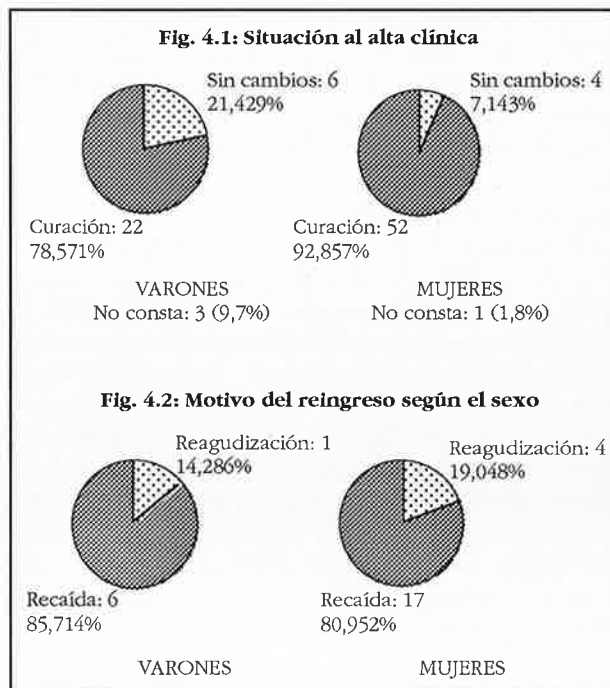


Figura 4. Situación al alta y motivo de reingresos según el sexo.

antecedentes previos al ingreso de tratamiento psicoterapéutico.

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

14. Duración del Ingreso

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

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

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

15. Situación al Alta

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

16. Reingresos

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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

241

BIBLIOGRAFÍA

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

M. Hernández Viadel¹
F. Pérez Prieto¹
M. A. Cuquerella Benavent¹
P. Llorens Rodríguez¹
A. Agüero Juan²
M. A. Catalá Angel²

1 Médico Residente. Servicio de Psiquiatría del H.C.U.

2 Profesor titular. Facultad de medicina.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil H.C.U.

Servicio de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina. Valencia.

Urgencias psiquiátricas de adolescentes. Estudio descriptivo

Psychiatry emergencies of teenagers. Descriptive study

Ponencia Oficial. XXXII Reunión Anual SEPIJ. Valencia.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de las urgencias psiquiátricas de adolescentes entre 14 y 18 años del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Un estudio retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos por el servicio de Urgencias, a lo largo de año y medio (junio 1992-diciembre 1993). En nuestra muestra, obtenemos que el grupo de edad de mayor incidencia es el de 17-18 años (53,2%) y no aparecen diferencias en la distribución por sexos (50%). El motivo de consulta más común es una queja física sin hallazgos orgánicos y el Trastorno de Ansiedad es el diagnóstico más frecuente (24%). Las benzodiacepinas son los fármacos más utilizados, aunque en el 56% de los casos no se pauta ningún fármaco.

PALABRAS CLAVE

Urgencias; Psiquiatría; Adolescentes.

ABSTRACT

A descriptive study of the psychiatry emergencies of teenagers between 14 and 18 years old was performed in the Clinical University Hospital of Valencia. A retrospective survey revising the case histories of teenagers that were visited in emergency service during a one and a half year period (June 1992-December 1993). In our sample we obtain that the age group between 17 and 18 years is the group with the highest incidence (53.2%) and no differences are found in distribution by gender (50%).

The most common consulting motive is a physical symptom without organic findings and the most frequent diagnosis is anxiety disorder (24%). Benzodiazepines are the most commonly prescribed drugs, although in 56% of patients it is not used any pharmacological treatment.

KEY WORDS

Psychiatric emergencies in teenagers.

INTRODUCCIÓN

La urgencia psiquiátrica en el niño siempre supone una situación de gran tensión emocional, ya que suele corresponder a problemática de aparición lo suficientemente brusca e inesperada como para desbordar a los adultos que rodean al niño hasta el punto de considerarse incapaces de manejarla. Las consultas son más frecuentes a medida que aumenta la edad del niño, por lo que es la adolescencia la edad en la que existe mayor número de urgencias psiquiátricas, tanto por la mayor posibilidad de aparición de trastornos mentales, como por el aumento en número y diversidad de los factores estresantes a que pueden estar sometidos⁽¹⁾.

Estos factores estresantes suelen estar relacionados con la separación de los padres, establecimiento de amistades con otros adolescentes y desarrollo de autonomía. En un adolescente vulnerable pueden desencadenar una respuesta patológica que requiera tratamiento psiquiátrico urgente⁽²⁾.

De acuerdo con Alcalde⁽³⁾, los cuadros descritos con mayor frecuencia en los adolescentes en un servicio de urgencias son:

- *Cuadros de ansiedad.* En el adolescente encontramos ya crisis de angustia similares a las del adulto. Predominan en las mujeres al igual que el resto de los trastornos ansiosos. Son probablemente los más frecuentes en la adolescencia.
- *Intentos autolíticos.* Son más frecuentes entre los 14 y los 16 años y en el sexo femenino (aunque los suicidios consumados son más frecuentes en varones). El método más empleado es la ingesta de fármacos. Los desencadenantes son variados y entre ellos destacan los problemas escolares, familiares y sentimentales. Es necesario intervenir ya desde el servicio de urgencias, tanto en la conducta del adolescente como en la angustia generada en sus padres tras el suceso.
- *Consumo de drogas.* Es más frecuente en varones. Generalmente son llevados a urgencias por trastornos de conducta debidos a las drogas, aunque otras veces son traídos cuando los padres se dan cuenta del consumo tóxico y en ocasiones como forma de intentar acelerar el inicio del tratamiento de desintoxicación. A destacar la intoxicación etílica en adolescentes, muy frecuente, sobre todo en días festivos, normalmente aparatosas y que guardan

relación con una pérdida de control de la ingesta, que suele derivar del desconocimiento y la falta de experiencia en el uso de esta sustancia. Utilizada en muchas ocasiones por los jóvenes para conseguir efectos de tipo euforizantes, desinhibidores o socializadores.

- *Psicosis.* Sobre todo, aquellas de inicio agudo y que cursan con un primer brote a esta edad. Aparecen con mayor frecuencia en varones, entre 15 y 17 años. Son la gran mayoría de urgencias en adolescentes que acaban en ingreso psiquiátrico.
- *Retraso Mental.* Son causa de urgencia cuando se asocian a trastornos de conducta como agresividad o agitación psicomotriz.

En el presente artículo intentamos valorar la patología psiquiátrica urgente de adolescentes entre 14 y 18 años, que es atendida en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital Clínico Universitario de Valencia atiende a una población de 295.000 habitantes con una media de urgencias de 360-370 pacientes/día, aunque para urgencias psiquiátricas se suma el distrito nº 4 (Hospital de Sagunto) con 121.000 habitantes y hasta Septiembre-93 se sumaba el distrito nº 15 (Hospital de Gandía) con 134.000 hab., que actualmente dispone de un psiquiatra de guardia.

Además el H.C.U. era el único Hospital en la ciudad de Valencia que disponía de psiquiatra de guardia hasta Octubre -93, por lo que la población atendida era mayor que la población de referencia.

Material

Hacemos un estudio retrospectivo de las historias clínicas de urgencias de adolescentes, en edades comprendidas entre 14 y 18 años, que fueron atendidos por el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico, a lo largo de año y medio (Junio-92- Diciembre-93).

El estudio de la muestra se inicia en junio-92, coincidiendo con la informatización de los registros de las historias clínicas de urgencias. El Servicio Informático del Hospital nos proporciona la muestra. Es un listado que incluye número de registro, edad, sexo, fecha y servicio que atiende al paciente.

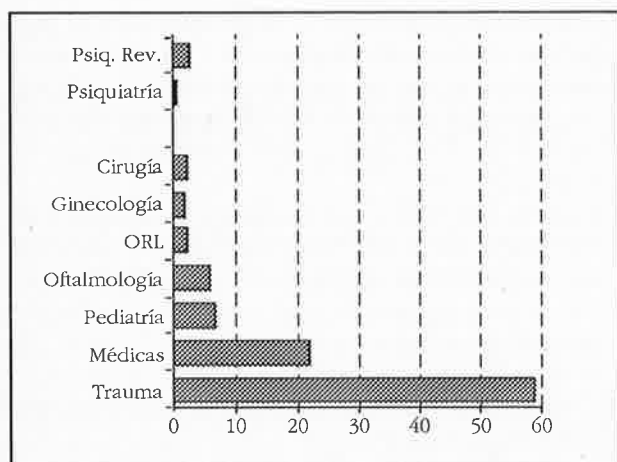


Figura 1.

El estudio se centra sobre aquellos casos que demandan atención psiquiátrica de urgencias. Se incluyen también aquellos casos por uso de tóxicos (intoxicación, abuso, abstinencia...), incluido alcohol, aunque hayan sido atendidos exclusivamente por el médico internista y no recibieran atención psiquiátrica.

Método

Aunque a veces las historias de urgencias no incluyen toda la información deseada, intentamos recoger los siguientes datos:

- *Remitente del paciente:* Nos referimos a la procedencia del paciente, es decir, si viene por iniciativa propia o familiar, remitido por médico de cabecera u otro especialista o procedente de otro Hospital.
- *Motivo de consulta:* Recogemos la demanda o queja expresada por el propio paciente o familiares.
- *Diagnóstico*
- *Exploraciones complementarias* (analítica general, ECG...)
- *Antecedentes Psiquiátricos Personales y Familiares*
- *Derivación.*

Los diagnósticos realizados son agrupados del siguiente modo:

- *Intentos de suicidio:* Incluimos cualquier conducta autolesiva, sin entrar en consideraciones sobre la existencia o no de intencionalidad suicida.
- *Trastornos depresivos:* Se refiere a cualquier tipo de depresión (Depresión Mayor, Trastorno Adaptati-

vo con estado ánimo deprimido...), sin distinciones sobre la gravedad del cuadro.

- *Trastornos Ansiedad:* Incluiría todos los tipos de Trastorno por Ansiedad.
- *Trastorno Mental Orgánico:* Incluye retraso mental, epilepsia, cuadros confusionales.
- *Trastornos Psicóticos.* Hacemos un apartado para esquizofrenia.
- *Trastorno de la conducta alimentaria*
- *Uso de tóxicos* (Intoxicación, Abuso y Abstinencia)
- *Alteraciones de conducta:* Serían aquellos casos de Trastornos de Conducta, que no se englobarían en los diagnósticos anteriores y estarían relacionados con los Trastornos de personalidad.

RESULTADOS

Obtenemos una muestra de 5.727 adolescentes, entre 14 y 18 años, atendidos por el servicio de urgencias del H.C.U. de Valencia en un período de año y medio (Julio 92 - Diciembre 93). Esto supone un promedio de 10-11 urgencias / día (3% Urgencias Totales / día).

Por Sexos, 2.801 son mujeres (48,91%) y 2.926 son varones (51,09%).

La distribución por Edades se reparte de modo homogéneo: 1.197 pacientes tienen 18 años (20,90%), 1.211 tienen 17 años (21,15%), 1.169 tienen 16 años (20,41%), 1.097 15 años (19,15%) y 1.053 14 años (18,39%).

Por meses, octubre-92 sería el mes con mayor número de adolescentes atendidos (653) y agosto-93 el que menos (154).

Según el Servicio que inicialmente atiende al paciente, obtenemos los siguientes resultados: Trauma 3.334; Médicas 1.249; Pediatría 406; Oftalmología 325; ORL 146; Ginecología 111; Cirugía 108; Psiquiatría 48 casos.

Como se observa en el listado, el servicio de traumatología atiende más de la mitad de las urgencias médico-quirúrgicas de adolescentes (58,2%) (Fig. 1).

Tras la revisión de las historias clínicas obtenemos que las 48 urgencias psiquiátricas iniciales aumentan a 154. Esto es debido, principalmente, a que un administrativo del área de admisión de pacientes, los acompañantes del paciente o el propio paciente son quienes deciden qué especialista debe atender cada caso. Ocurre entonces que tras una primera valoración médica, a veces, es otro especialista quien realmente debe ver al

Tabla 1 Urgencias Psiquiátricas. Edades

Edad	Total(%)	Total (N)
14	14,9	23
15	14,3	22
16	17,5	27
17	29,2	45
18	24	37
Total	100	154

Tabla 2 Urgencias Psiquiátricas. Distribución según Procedencia

Remitido por:	Total (N)	Total (%)
Iniciativa propia o familiar	121	78,6
Acompañado por amigo	15	9,7
S.E.U.	6	3,9
Psiquiatría	4	2,6
Otro Hospital	4	2,6
Médico Cabecera	2	1,3
Pediatría	1	0,6
Policía	1	0,6
Total	154	100

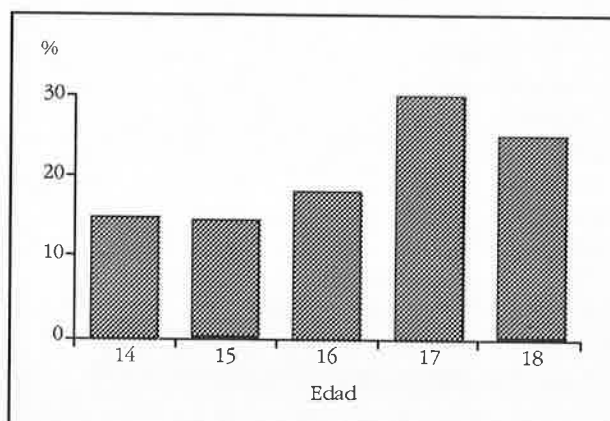


Figura 2. Urgencias psiquiátricas por edades.

paciente. También es cierto que un mismo paciente puede necesitar la valoración conjunta de distintos especialistas, en urgencias. Esto es evidente en las conductas autolíticas, p. ej. en el caso de las ingestas medicamentosas, tras una primera intervención por parte del internista, se pide una valoración psiquiátrica.

Urgencias psiquiátricas

De las 154 urgencias psiquiátricas obtenemos los siguientes resultados: por *sexos*, se reparten exactamente al 50%: 77 Varones y 77 Mujeres. Por *Edades*, el grupo más numeroso es el de los 17 años con 45 casos (29,2%) y el de los 18 años, con 37 casos (24%). Entre ambos grupos suman el 53,2% del total. Con 16 años aparecen 27 casos (17,5%); 22 casos con 15 años (14,3%) y 23 casos con 14 años (14,9%) (Tabla 1, fig. 2).

Remisión del paciente

El 88,3% de los casos (136) llegan a urgencias por iniciativa propia o familiar. Es ésta, por tanto, la situación más frecuente. Incluye además cuando vienen

acompañados por un amigo o conocido no familiar. En el resto de casos obtenemos las siguientes remisiones: en seis ocasiones el paciente es llevado a urgencias por el Servicio Especial de Urgencias (S.E.U.). En cuatro casos son remitidos por otro psiquiatra, y en otros cuatro casos proceden de otro Hospital. Sólo dos casos son remitidos por el médico de cabecera (Tabla 2).

Número de contactos

Nos referimos al número de veces que un paciente ha sido atendido en urgencias de psiquiatría. Obtenemos que en el 87% de los casos (134) eran la primera vez que mantenían contacto con el servicio de urgencias psiquiátricas. En el 9,2% casos era la segunda vez; y en el 3,8% era la tercera o más veces que venían a urgencias por un problema psiquiátrico.

Motivo de consulta

La queja más frecuente se debe a problemas o síntomas físicos sin hallazgos orgánicos valorables (58,4%). Los síntomas psicopatológicos -que englobarían síntomas afectivos y psicóticos- (15,58%) ocupan el segundo lugar y a continuación los problemas de conducta en general (13%). Con menor frecuencia, problemática social (3,9%) o derivados desde otro hospital (3,25%).

Diagnóstico

Los T. Ansiedad son el grupo diagnóstico más frecuente con 37 casos (24%); 27 de estos casos corresponden a crisis de pánico (17,5%). En segundo lugar están los problemas derivados del uso de tóxicos, que suponen

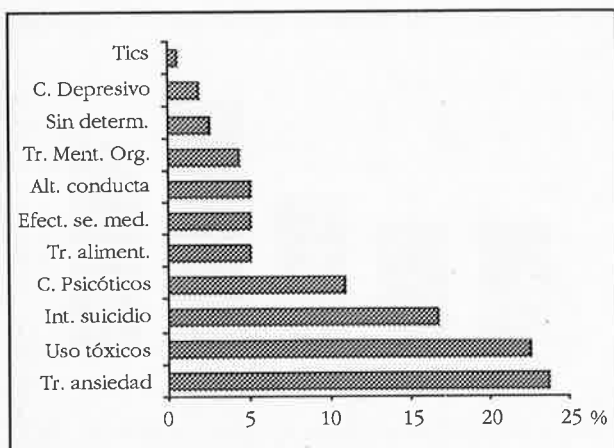


Figura 3. Urgencias psiquiátricas. Diagnóstico.

el 22,7% (35 casos). La tentativa de suicidio ocuparía el tercer lugar, en frecuencia, de las urgencias psiquiátricas, 16,9% (26 casos); seguido de los trastornos psicóticos, 11% (17 casos); de los cuales, cinco casos son diagnosticados de esquizofrenia (Fig. 3).

Consideramos importante destacar el elevado número de casos que acuden a urgencias por efectos secundarios de la medicación (5,2%).

Respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria encontramos unos resultados (5,2%) similares a los obtenidos por San Sebastián y cols.⁽³⁾.

Antecedentes Personales

En el 50% de los casos no hay antecedentes psiquiátricos personales. Asumimos que en aquellas historias clínicas que no hacen referencia a los antecedentes personales, éstos no existen. En 17 casos (11%) existen antecedentes de T. Ansiedad y en 16 casos, antecedentes de consumo de tóxicos. Los T. Psicóticos aparecen en 12 ocasiones.

Antecedentes Familiares

Este dato no puede considerarse válido, ya que sólo viene recogido en cuatro casos.

Psicofármacos

Observamos que en el 56,36% no llevan pautado tratamiento psicofarmacológico.

Cuando se utilizan, los fármacos más frecuentemente utilizados son las benzodiazepinas (14%), seguido de los neurolepticos (12,1%). (Tabla 3).

Tabla 3 Urgencias psiquiátricas, Psicofármacos

	Total (N)	Total (%)
Benzodiazepinas	23	14
Neurolepticos	20	12,1
Antidepresivos	9	5,5
Otros	20	12,1
No prescripción fármacos	93	56,3
Total	165	100

Tabla 4 Urgencias psiquiátricas. Derivación

	Total (N)	Total (%)
Psiquiatría	57	37
Domicilio (Ningún seguimiento)	37	24
Médico cabecera	25	16,2
Otro Hospital	16	10,3
Ingreso Psiquiátrico	10	6,5
Ingreso Otro Servicio	4	2,6
Psicólogo	2	1,3
Neurólogo	2	1,3
Pediatría	1	0,6
Total	154	99,8

Exploraciones complementarias

En el 81,8% no se practicaron exploraciones complementarias de urgencias. Sólo en 28 casos (18,2%), se consideró necesario realizar alguna exploración complementaria.

Derivación

La situación más frecuente es la remisión al Centro de Salud Mental o psiquiatra de zona para seguimiento ambulatorio (34,55%). En segundo lugar aparece la remisión al domicilio del paciente, sin necesidad de seguimiento médico (24,03%) y remisión al médico de cabecera (16%). El ingreso psiquiátrico se produce en 10 casos (6,5%) (Tabla 4).

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada obtenemos los siguientes resultados sobre las urgencias psiquiátricas de adolescentes:

- No encontramos diferencias en cuanto a la distribución por sexo. Distintos resultados obtienen Alpera y cols.⁽⁴⁾, en el estudio sobre urgencias psiquiátricas del servicio de pediatría realizado también en el HCU de Valencia donde obtienen mayor incidencia en el sexo femenino (54%) en población entre 12 y 15 años.
- Son los adolescentes entre 17 y 18 años los que con mayor frecuencia son visitados en urgencias psiquiátricas (53,2%). Al igual que en las urgencias médico-quirúrgicas, el número de casos atendidos aumenta con la edad.
- En la gran mayoría de los casos vienen por iniciativa propia o familiar (88%) y refieren una queja somática sin hallazgo orgánico (54%).

- En nuestra muestra, los tres diagnósticos más frecuentes, ordenados de más a menos, son: Trastornos de Ansiedad, Uso de tóxicos (incluidas las intoxicaciones étlicas) y las Tentativas de suicidio.
- Si tenemos en cuenta que en la mayoría de casos vienen a urgencias por iniciativa propia o familiar (88%) y en el 40% de los casos se remiten al médico de cabecera o a su domicilio por considerar que no necesitan tratamiento psiquiátrico posterior, nos hace pensar en la inadecuada utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, olvidándose a menudo de la asistencia primaria.
- Respecto a los psicofármacos, en más de la mitad de los casos no se utilizan, y cuando se pautan, son las benzodiacepinas los más utilizados (31,9%).

247

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alcalde MT. Urgencias en Psiquiatría Infanto Juvenil. En: Seva A. *Manual de Urgencias en Psiquiatría*. Barcelona: Editorial EDOS, 1993.
- 2 Kalogerakis MG. Emergency evaluation of adolescents. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(6):617-621.
- 3 San Sebastián Cabasés J y cols. La urgencia psiquiátrica en el niño y en el adolescente: Estudio descriptivo en un hospital pediátrico. *Rev Esp Pediatr* 1989;45(1):36-41.
- 4 Alpera La Cruz y cols. Estudio descriptivo sobre las urgencias psiquiátricas en el servicio de pediatría del H.C.U. de Valencia. *Rev Soc Esp Psiq Inf-Juv* (en prensa).

I. Irigoyen Recalde¹
A. Bonals Pi²
J. C. Giménez Morales²
M. P. Lusilla Palacios²
M. P. Miravete Fuertes²

1 Residente de Psiquiatría
2 Psiquiatra
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Correspondencia

A. Bonals Pi.
Hospital Clínico Universitario.
Avda. Gómez Laguna s/n. Zaragoza

**Resultados de la aplicación del
STAIC en población clínica
ambulatoria**

*Results of STAIC in psychiatric
outpatients*

RESUMEN

El cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (STAIC), fue diseñado por Spielberger en 1973 como un instrumento destinado a medir estados transitorios de ansiedad y tendencias relativamente estables de propensión a la ansiedad. En este trabajo se analizan los resultados obtenidos tras la aplicación del inventario STAIC en una muestra formada por 130 pacientes, admitidos consecutivamente en consulta psiquiátrica ambulatoria, con edades comprendidas entre los 9 y los 15 años. Se estudian las relaciones entre las medidas de ansiedad (elementos y factores generales) y los diagnósticos psiquiátricos realizados.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad infantil; Escalas de ansiedad; Población Psiquiátrica ambulatoria.

ABSTRACT

The Spielberger's "State-Trait Anxiety Inventory for Children" (STAIC) was designed in 1973 to examine anxiety transitory states and relatively permanent tendencies of anxiety inclination. STAIC was applied in a 130 outpatients sample (age 9 to 15). The obtained data and the relationship between anxiety measures (items and general factors) and psychiatric diagnosis, are analysed in this paper.

KEY WORDS

Childhood anxiety; Anxiety inventories; Psychiatric outpatients.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los trastornos de ansiedad en niños han sido motivo de interés y de investigación por parte de la comunidad científica. Este hecho parece motivado, en alguna medida, por la inclusión en el apartado referido a los *Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia*, de la *DSM-III-R*, de tres trastornos de ansiedad: el *Trastorno por angustia de separación*, el *Trastorno por evitación*, y el *Trastorno por ansiedad excesiva*. Además, esta clasificación hace referencia a otros cinco trastornos de ansiedad, que pueden ser diagnosticados igualmente en adultos y en niños; estos cuadros son: *Trastorno fóbico*, *Trastorno por angustia ("panic disorder")*, *Trastorno por ansiedad generalizada*, *Trastorno obsesivo compulsivo* y *Trastorno por estrés postraumático*. De la misma manera, la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (*CIE 10*) incluye dentro de los *Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia*, dos cuadros clínicos característicos por tener como núcleo central la ansiedad: *Trastorno de ansiedad de separación de la infancia* y *Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia*. Esta clasificación hace referencia explícita a que varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas de cualquier edad, y por lo tanto pueden utilizarse para niños y adolescentes.

Last y cols.⁽¹⁾, a través de los resultados obtenidos en sus intervenciones, han confirmado la validez de muchas de las entidades nosológicas incluidas como trastornos de ansiedad específicos de la infancia. Estos autores sugieren que existe un importante componente familiar relacionado con la patogénesis de estos trastornos, aunque no se ha podido establecer si se debe a causas de tipo ambiental o de tipo genético.

Los *Trastornos de Ansiedad* constituyen una patología muy común, que según algunos autores afecta al 4-8% de la población general⁽²⁾. Estos cuadros no se restringen a la edad adulta, Kashani y Orvaschel⁽³⁾ los describieron como los trastornos psiquiátricos más frecuentemente presentes en los adolescentes, ya que en su muestra de adolescentes entre 14 y 16 años, el 17% cumplía criterios *DSM-III-R* para alguno de los trastornos de ansiedad. Por otra parte, mientras que algunos estudios⁽³⁻⁵⁾, señalan cifras más elevadas de ansiedad en adolescentes mujeres que en varones, la mayoría de los autores indican que este hecho podría deberse a la idiosincrasia de la cultura

occidental donde existe una mayor dificultad para que los varones expresen sus sentimientos⁽⁶⁾.

Se han diseñado diferentes instrumentos para recoger y medir la ansiedad infantil. Entre los más ampliamente usados⁽⁷⁾ se encuentran el *Fear Survey Schedule for Children Revised (FSSC-R)* de Ollendick (1983), el *Revised-Children's Manifest Anxiety Inventory for Children (STAIC)* de Spielberger y colaboradores (1973) y la versión modificada de éste (*STAIC-M*) por Fox y Houston en 1983. Todas estas escalas se ha demostrado que poseen una consistencia interna de moderada a elevada, una fiabilidad test-retest moderada, y una validez de constructo, o grado en que la prueba mide un conjunto de conductas definidas por el investigador, variable. Otras medidas de ansiedad infantil son la *Children's Manifest Anxiety Scale for Children (CMAS)* de Castaneda y colaboradores (1956) y la *General Anxiety Scale for Children (GASC)* de Saranson y cols. (1960).

El cuestionario de autoevaluación *STAIC* es, de entre los señalados, hasta la fecha, el único que ha sido traducido al castellano y tipificado en población española⁽⁸⁾. Tiene como precedente el test *STAI*, elaborado por el mismo autor para el estudio de la ansiedad en la edad adulta.

El objetivo de este trabajo es doble. En primer lugar realizar un análisis cuantitativo y descriptivo de la ansiedad, en población infantil que acude a consulta psiquiátrica. En segundo término, estudiar las relaciones entre las medidas de ansiedad obtenidas y los diagnósticos psiquiátricos realizados. La elección del *STAIC* viene fundamentada por un hecho coyuntural, el ser la única escala de ansiedad existente en lengua castellana para el grupo etáreo investigado, y por cuestiones metodológicas, al haber sido considerado el instrumento más preciso para valorar la ansiedad en niños⁽⁹⁾, y ser de fácil aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra se constituyó con 130 pacientes, de edades comprendidas entre los 9 y los 15 años, remitidos por diferentes motivos, y que fueron admitidos de manera consecutiva en una consulta de psiquiatría infantil.

Se les administró el cuestionario *STAIC*, en aplicación individual, en los días inmediatamente posteriores a la primera consulta.

250

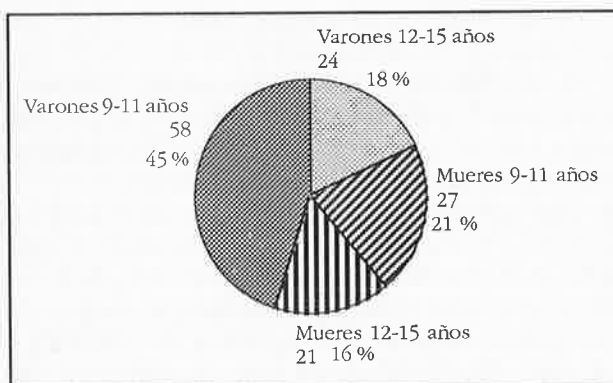


Figura 1. Distribución según edad y sexo

Se excluyeron del estudio aquellos niños en los que posteriormente (mediante la aplicación de pruebas de evaluación de inteligencia) se objetivó un retraso mental moderado o mayor que éste, que invalidara la comprensión de la prueba, o bien aquéllos en los que se observó una contestación al azar del inventario.

El STAIC es un instrumento de administración individual o en grupo, formado por dos escalas independientes autoaplicadas. Este cuestionario mide, en niños de 9 a 15 años, dos aspectos diferentes de la ansiedad: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Cada una de estas dos escalas tipo *likert*, consta de 20 elementos que deben ser contestados con tres alternativas de respuesta. La escala ansiedad-estado (EA-E) intenta apreciar estados transitorios de ansiedad y por ello debe responderla el niño en función de "como se siente en un momento determinado". Sin embargo, la escala ansiedad-rasgo (EA-R) evalúa tendencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, y por ello, debe contestarse teniendo en cuenta "como se siente en general".

En la corrección del STAIC cada ítem se puntúa de 1 a 3, reflejando respectivamente menor a mayor severidad del síntoma. La puntuación total de cada escala es la suma de las obtenidas en cada ítem, y por lo tanto oscila entre 0 y 60. De los 20 elementos de la escala ansiedad-estado, la mitad expresan de forma "positiva" la ansiedad y la otra mitad de forma "negativa"; en la corrección estos últimos se invierten, de manera que el resultado final de la escala apunta siempre hacia el nivel de ansiedad existente. Todos los ítems de escala ansiedad-rasgo apuntan hacia el constructo de ansiedad.

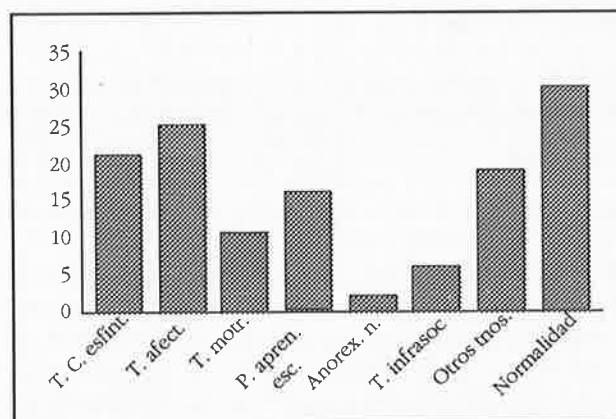


Figura 2. Distribución por grupos diagnósticos

El diagnóstico psiquiátrico se realizó usando los criterios CIE 9; dada la dispersión de diagnósticos se procedió a su agrupamiento, con el fin de facilitar la elaboración de los resultados y aumentar su comprensibilidad. Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico STATVIEW.

RESULTADOS

De los 130 pacientes que constituyeron la muestra total, 82 (63,0%) pertenecían al sexo masculino, con una edad media de 11,0 años ($DS \pm 1,6$), y 48 (36,9%) al femenino, con edad media de 11,8 años ($DS \pm 2,1$). El grupo etáreo de 9 a 11 años estaba compuesto por 85 niños (65,3%), y el de 12 a 15 años por 45 niños (34,6%). La distribución por sexos en cada grupo etáreo puede verse en la figura 1.

El grupo diagnóstico más frecuente fue Normalidad (23,0%) seguido de Trastornos afectivos (19,2%) y Trastornos del control de esfínteres (16,1%). Los Trastornos de la conducta alimentaria fueron los que alcanzaron el menor porcentaje (1,5%) respecto del total. La distribución por grupos diagnósticos se presenta en la figura 2.

La puntuación media obtenida en la EA-E fue 30,2 ($DE \pm 8,0$), con una varianza de 65,4; la puntuación mínima encontrada fue 5 y la máxima 50 (rango 45). En la EA-R la media de puntuaciones fue 36,7 ($DE \pm 7,7$), con una varianza de 60,4; la mínima puntuación hallada fue 22 y dos niños puntuaron la máxima posible, es decir 60. La figura 3 muestra la distribución de puntuaciones.

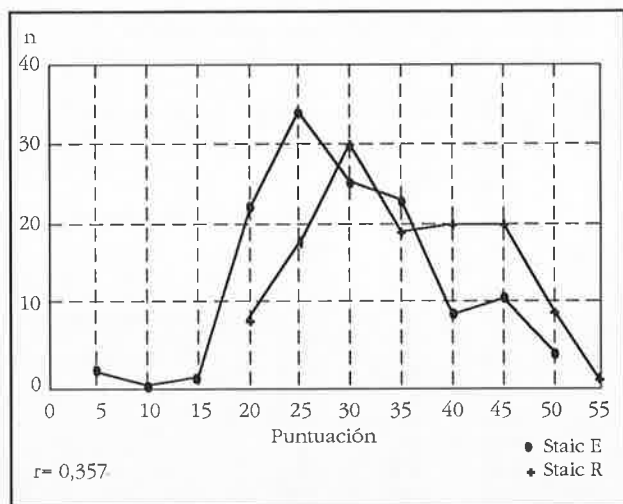


Figura 3. Distribución por puntuaciones.

El coeficientes de correlación entre las dos escalas (EA-E y EA-R) fue muy bajo ($r=0,357$).

Con el objeto de establecer si la pertenencia a un determinado sexo o grupo etáreo influía en la puntuación dada en el STAIC se llevaron a cabo dos análisis de la varianza. El primero de ellos estudiaba las puntuaciones en las EA-E y EA-R, en función del sexo. En la EA-E la puntuación media en varones fue $30,0$ ($DE\pm 8,1$) y en mujeres $30,5$ ($DE\pm 8,0$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,7$). En la EA-R tampoco se encontró que el sexo determinase diferencias estadísticamente significativas ($p=0,1$), al ser la puntuación media en varones de $35,6$ ($DE\pm 7,1$) y en mujeres de $37,6$ ($DE\pm 8,6$). El segundo análisis de la varianza estudiaba las puntuaciones en las EA-E y EA-R según el grupo etáreo. En el grupo de 9 a 11 años, la puntuación media en la EA-E fue $29,4$ ($DE\pm 7,5$) y en el grupo de 12 a 15 años de $31,6$ ($DE\pm 8,9$). La puntuación media en la EA-R fue $35,6$ ($DE\pm 7,8$) para el grupo de 9 a 11 años, y de $37,7$ ($DE\pm 7,6$) para el grupo de 12 a 15 años. No se observó que la pertenencia a un grupo etáreo u otro condicionara diferencias estadísticamente significativas.

Al estudiar, mediante análisis de la varianza, las puntuaciones medias alcanzadas en el STAIC por cada uno de los grupos diagnósticos se encontró que en algunos casos había significación estadística. La tabla 1 muestra los resultados obtenidos por cada grupo en las dos escalas del STAIC.

Tabla 1 Puntuación del STAIC por grupos diagnósticos

Grupo	n	Media STAIC-E	Media STAIC-R
T. c. esfínteres	21	30,6	35,4
T. afectivos	25	32,2	40,2
T. motricidad	11	31,1	31,7
P. aprendiz. escol.	16	31,0	35,2
Anorexia nerviosa	2	35	39
T. no soc. y abu. tóx.	6	34,6	39,8
Otros t. psíquicos	19	25,5	33,4
Normalidad	30	29,0	37,1

Los grupos diagnósticos formados por Trastornos del control de esfínteres, Trastornos afectivos, Problemas del aprendizaje escolar y Trastornos no socializados y de abuso de tóxicos puntuaron en la EA-E de forma significativa ($p<0,05$), más alto que el grupo compuesto por Otros trastornos psíquicos. No se encontraron, sin embargo, otras diferencias que tuvieran significación estadística, al correlacionar todos los grupos diagnósticos entre sí en la EA-E.

En la EA-R se encontró que los pacientes afectos de Trastornos afectivos fueron los que tuvieron unas puntuaciones más elevadas, alcanzando significación estadística ($p<0,05$) respecto de los diagnosticados de Trastornos del control de esfínteres, Trastornos de la motricidad, Trastornos del aprendizaje escolar y Otros trastornos psíquicos. Por el contrario, los pacientes que presentaban Trastornos de la motricidad fueron los que obtuvieron una puntuación menor en la EA-R, lo que también fue significativo respecto de Trastornos afectivos, Trastornos no socializados y de abuso de tóxicos y Normalidad.

Los porcentajes de contestaciones dadas para cada alternativa de respuesta en la EA-E y EA-R, respectivamente, se muestran en las tablas 2 y 3.

DISCUSIÓN

El mayor porcentaje de niños, entre 9 y 15 años de edad, que acuden a consulta ambulatoria fueron del sexo masculino. Este hecho nos induce a pensar que la tolerancia ante la presencia de trastornos psíquicos, por parte de los adultos que rodean al niño, es menor en el caso de los varones, o bien, que en el caso del sexo femenino esta misma patología tiene una menor reper-

Tabla 2 Porcentajes de respuestas STAIC-E

Nº ítem	1 (nada)	2 (algo)	3 (mucho)	Contenido
1	12,3	53,8	33,8	*
2	61,5	26,9	11,5	
3	51,5	35,5	13,0	
4	25,3	37,6	36,9	*
5	80	14,6	5,3	"Tengo miedo"
6	18,4	40,7	40,7	*
7	67,6	20	12,3	
8	23,8	34,6	41,5	*
9	8,4	35,3	49,2	*
10	15,3	35,3	49,2	*
11	14,6	20,7	64,6	*
12	75,3	17,6	6,9	"Me siento molesto"
13	22,3	36,9	40,7	*
14	80,7	13,0	6,1	"Me encuentro atemorizado"
15	66,1	24,6	9,2	
16	20	36,1	43,8	*
17	77,6	16,1	6,1	"Me siento angustiado"
18	10,7	40	49,2	*
19	72,3	19,2	8,4	"Me encuentro contrariado"
20	76,1	14,6	9,2	"Me siento triste"

* Ítem "negativo"1.

Tabla 3 Porcentajes de respuestas STAIC-R

Nº ítem	1 (casi nunca)	2 (a veces)	3 (a menudo)	Contenido
1	18,4	52,3	29,3	
2	49,2	35,3	15,3	
3	68,4	20	11,5	"Me siento desgraciado"
4	26,1	47,6	26,1	
5	41,5	37,6	20,7	
6	33,0	41,5	25,3	
7	60	30,7	9,2	"Me encuentro molesto"
8	40	26,9	33,0	
9	19,2	45,3	35,3	
10	30	40,7	29,2	
11	46,9	29,2	23,8	
12	51,5	29,2	19,2	
13	22,3	41,5	36,1	
14	42,3	30	27,6	
15	55,3	28,4	16,1	"Tengo sensaciones extrañas en el estómago"
16	33,8	32,3	33,8	
17	37,6	40	22,3	
18	31,5	41,5	26,9	
19	42,3	39,2	18,4	
20	60,7	28,4	10,7	"Me siento menos feliz que los demás chicos"

cusión conductual y sobre las expectativas creadas en el ambiente próximo. Sin embargo, no podemos descartar la existencia de otros factores de tipo biológico, cultural, educacional, etc.

La mayoría de estos niños reciben un juicio clínico de normalidad psíquica, es decir, en estos casos los motivos por los que fueron remitidos no tienen la entidad suficiente como para pertenecer a una categoría diagnóstica. El trastorno psíquico más frecuentemente hallado fue el afectivo, casi uno de cada cinco niños atendidos en consulta pediátrica presenta por lo tanto, algún cuadro de carácter emocional que precisa abordaje médico y psicoterapéutico.

El STAIC se configura como un instrumento de fácil aplicación y corrección, de gran utilidad para discriminar los niveles estables de ansiedad y los estados transitorios de ansiedad. El bajo coeficiente de correlación obtenido, nos indica, como ya señaló Spielberger en sus estudios originales, los diferentes constructos (ansiedad estado y rasgo) medidos por el inventario.

Los niños atendidos en consulta psiquiátrica presentaron una ansiedad rasgo superior a la ansiedad estado; es decir, en estos niños su tendencia estable de propen-

sión a la ansiedad era más relevante que el nivel de ansiedad existente en el momento biográfico en que fueron remitidos para su evaluación.

El sexo o la edad son dos variables que no se ha podido objetivar que influyan en la puntuación alcanzada en el STAIC, habiendo oscilado las puntuaciones medias en la EA-E entre el percentil 45 y el 50 para cualquier edad y sexo, y en la EA-R entre el percentil 50 y 60.

Los pacientes diagnosticados de normalidad presentaron unos de los niveles de ansiedad estado más bajos, por el contrario, sorprende que sea este mismo grupo el que alcance unos niveles de ansiedad rasgos intermedios. Este hecho pudiera ser la causa de que estos niños, aún no padeciendo trastorno psíquico alguno sean considerados por sus padres, profesores, etc. como susceptibles de "mejorar" mediante un abordaje psicológico.

El STAIC se configuró como un instrumento válido para discriminar entre los diferentes grupos diagnósticos. Sin embargo, la EA-E es menos precisa en este cometido que la EA-R, ya que las puntuaciones alcanzadas en esta última fueron capaces de mostrar mayor número de diferencias estadísticamente significativas al correlacionar los grupos diagnósticos entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

253

- 1 Last CG, Hersen M, Kazdin A, Orvaschel H, Perrin S. Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psychiatry* 1991;**48**:928-934.
- 2 Sartorius N. Perspectivas internacionales sobre la ansiedad. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1988;**16**:3-9.
- 3 Kashani JH, Orvaschel H. Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *Am J Psychiatry* 1988;**145**:960-964.
- 4 Abe K, Masui T. Age-sex trends of phobic and anxiety symptoms. *Br J Psychiatry* 1981;**138**:297-302.
- 5 Gates L, Lineberger MR, Crockett J, Hubbard J. Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. *J Genet Psychol* 1986;**149**(1):29-34.
- 6 Canals J, Martí-Hennerberg G, Fernández-Ballart J, Clivillé R, Domenech E. Scores on the State-Trait Anxiety Inventory for children in a longitudinal study of pubertal spanish youth. *Psychol Rep* 1992;**71**:503-512.
- 7 Perrin S, Last CG. Do childhood anxiety measures measure anxiety? *J Abn Child Psychol* 1992;**20**(6):567-578.
- 8 Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE, Montouri J, Platzek D. *Cuestionario de Autoevaluación Estado/Rasgo en niños (STAIC)*. Madrid: TEA, 1990.
- 9 Buros OK. The eight mental measurement yearbook. Highland Park NJ: Gryphon. En: Kleinman MJ, Russ SW. Primary process thinking and anxiety in children. *J Personal Assess* 1988;**52**(2):254-262.

M^a C. Jané Ballabriga
R. M^a Capdevila Escudé
E. Domènech Llaberia

Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Autónoma de Barcelona

“Escala d’avaluació dels trets autistes (A.T.A.)”. Validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas

The “Escala d’avaluació dels trets autistes. (A.T.A.)”. Validity and reliability of the scale for the assessment of autistic behaviour

RESUMEN

La escala “Avaluació dels Trets Autistes” consta de 23 ítems y ha sido especialmente diseñada para un primer estudio diagnóstico del síndrome autista. La descripción y el desarrollo de la escala junto con los estudios de validez y fiabilidad de la misma son presentados en este artículo. Los resultados sugieren que la escala ATA es un instrumento aceptable en la valoración de las conductas autistas, fácil de utilizar y accesible a los profesionales de las áreas médico-educativas.

PALABRAS CLAVE

Síndrome autista; Características conductuales; Propiedades psicométricas; Validez; Fiabilidad; Medida de la conducta autista.

ABSTRACT

The scale “Avaluació dels Trets Autistes (ATA)”, is a 23-item paper-and pencil rating scales specifically designed for the measurement of behavioral parameters in autistic children. The development of the scales, the validity, and reliability studies are presented in this paper. The results suggest that the ATA is an acceptable tool for the assessment of autistic behaviors, easy to handle, and accessible to both professionals and paraprofessionals of the medico-educative staff. However, more work is suggested to further investigate the psychometric properties of this behavior assessment instrument.

KEY WORDS

Autistic syndrome; Behavioural parameters; Psychometric properties; Validity; Reliability; Assessment of autistic behaviour.

INTRODUCCIÓN

Presentamos en este trabajo una escala original para evaluar a niños autistas. El objetivo es construir una escala fácil de aplicación, útil para un primer diagnóstico del Autismo.

La *Escala d'Avaluació dels Trets Autistes*, nace a partir de la discusión de cuáles considerábamos que eran los rasgos más significativos de este síndrome. En un principio, se tuvo en cuenta la mayor parte de los aspectos analizados e incluidos en otros instrumentos de evaluación y diagnóstico del Autismo. Asimismo, se partió de aquellas características que nosotros encontrábamos constantemente en la conducta de estos niños y que no estaban presentes en los instrumentos de evaluación de los cuales teníamos conocimiento. Esta primera evaluación fue realizada por tres profesionales con años de experiencia en el tratamiento y diagnóstico del Síndrome (dos psicólogos clínicos y un psiquiatra infantil).

La decisión de crear este nuevo instrumento fue largamente gestada y discutida, pero a nuestro entender, desde que empezamos a trabajar con niños autistas según los criterios de Kanner⁽¹⁾. En función de los criterios de diagnóstico de Rutter y Lockyer⁽²⁾, muchos niños presentaban el Síndrome Autista y también el Retraso Mental. Desde 1967 a 1980 aparecieron varios criterios de diagnóstico para el Síndrome Autista, pero en 1980 con la aparición del DSM-III⁽³⁾ se unificaron muchos de estos criterios.

Con la aparición del DSM-III-R⁽⁴⁾ los criterios varían y se diagnostican muchos más niños⁽⁵⁾. Se había observado que el Síndrome de Kanner no era una condición específica aunque era un pequeño segmento de un espectro más amplio de desórdenes⁽⁶⁾. Hertzog⁽⁷⁾, indica que el diagnóstico del Autismo, en este momento, incluye un largo y más variado grupo de niños que no antes, quizás debido a que los criterios de diagnóstico del DSM-III-R⁽⁴⁾ implican una definición más libre. Es preciso analizar síntoma por síntoma para realizar un diagnóstico eficaz dado que muy frecuentemente, estos síntomas son lo primero que se presenta y lo que es más evidente del Síndrome Autista⁽⁸⁻¹⁰⁾.

En nuestra opinión muchos de los instrumentos de diagnóstico del Autismo revisados incluyen algunos ítems que no pertenecen al Síndrome Autista. Por otra parte, existen unos rasgos específicos que nuestra experiencia nos lleva a considerar como puntos de refe-

rencia para el diagnóstico. Además, hay instrumentos muy conocidos e interesantes como el Cuestionario E2⁽¹¹⁾ y la Escala HBS⁽¹²⁾ que a la hora de aplicarlos resultan muy complicados.

Al considerar la escala nos hemos propuesto tres objetivos: que sea fácil de aplicar, que el número de ítems no sea excesivo y que se pueda administrar en un tiempo que no supere los 20-25 minutos.

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA

La escala ATA consta de 23 subescalas cada una de las cuales se halla dividida en diferentes ítems (Tabla 1).

En la construcción de la escala ATA, se han tenido en cuenta los criterios de diagnóstico base del DSM-III⁽³⁾, del DSM-III-R⁽⁴⁾ y la ICD-10⁽¹³⁾. De los criterios de diagnóstico del DSM-III⁽³⁾, se han incluido en la escala ATA los cuatro criterios fundamentales; del DSM-III-R⁽⁴⁾, se han tenido en cuenta diez de sus ítems y de la ICD-10⁽¹³⁾, sus criterios descriptivos y los adicionales están presentes en once de los 23 subescala de la ATA. En total, quince subescalas de la ATA son representativas de los tres criterios de diagnóstico base del Autismo. El resto de las ocho subescalas no se hallan en ninguno de los tres criterios básicos y únicamente las subescalas 8, 10 y 15 son apuntadas como ítems adicionales en las escalas ERCN, PPBS, ERC-III A y la escala de Riviére.

Las subescalas números 1, 16 y 21, son las que se presentan con más frecuencia en los 20 instrumentos de diagnóstico revisados pero hay que tener en cuenta que estas tres subescalas son las más típicamente representativas del Síndrome Autista.

En resumen, la escala ATA es un instrumento de fácil aplicación y accesible a los profesionales que mantienen un contacto directo con los niños autistas. La escala da información del estado clínico actual del niño. Es una escala que está diseñada para ser contestada por aquellas personas que mantienen un contacto directo con el niño como los padres y educadores. La escala ha de ser aplicada por un profesional clínico conocedor del Síndrome dado que éste es el responsable de evaluar las respuestas dadas en función de cada ítem. *No es una entrevista*, es una prueba estandarizada que nos dará el perfil conductual del niño en base a los diferentes criterios de diagnóstico. Se basa en la observación y permite hacer un seguimiento longitudinal de la evolu-

Tabla 1 "Escala d'avaluació dels trets autistes" (ATA).
Versión castellana

Subescala

0 1 2

1. Dificultad de la interacción social.
2. Manipulación del ambiente.
3. Utilización de las pers.
4. Resistencia al cambio.
5. Búsqueda de un orden estricto.
6. Mirada indefinida, Falta de contacto.
7. Inexpresividad facial.
8. Problemas del sueño.
9. Alteraciones alimentarias.
10. Dificultad en el control de los esfínteres.
11. Exploración de los objetos (toc, huele, chupa).
12. Uso inapropiado de los objetos.
13. Falta de atención.
14. Ausencia de interés por el aprendizaje.
15. Pereza.
16. Alteraciones del lenguaje y de la comunicación.
17. Encubrimiento de habilidades y conocimientos.
18. Reacciones inapropiadas ante frustración.
19. Omisión de cualquier obligación.
20. Hiperactividad / Hipoactividad.
21. Movimientos estereotipados y repetitivos.
22. Ignorancia del peligro.
23. Aparición anterior a los 30 meses.

ción de la sintomatología autista. Esta escala ayuda al profesional clínico a elaborar con la ayuda de los criterios de diagnóstico adecuados, un diagnóstico más fiable del Síndrome.

La escala ATA se administrará después de tener una buena información de los datos clínicos y evolutivos del niño. Asimismo, podrá ser una ayuda en el proceso de tratamiento y así, servirá *a posteriori*, para evaluar la evolución del niño y afianzar la intervención terapéutica de los profesionales. Se puede aplicar a partir de los dos años de edad. El hecho de que la escala tenga unos ítems muy específicos, comporta que el tiempo necesario para su aplicación sea muy bajo, de 20 a 25 minutos. La escala se puntuará en base a los siguientes criterios: cada subescala de la prueba tendrá un valor de 0 a 2; se puntuará la subescala positiva en el momento en que uno de sus ítems sea positivo (ver anexo Glosario); la puntuación global de la escala se obtendrá a partir de la suma aritmética de todos los valores positivos de las subescalas. El punto de corte que nosotros proponemos es el 20 que está apoyado por los análisis de fiabilidad y de Validez de la escala ATA.

ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA

Diseño

Se partió de la población de todos los niños escolarizados en los centros de Educación Especial de la Comarca del Vallès Occidental. Iniciamos la primera etapa del diseño con la selección de los probables positivos, partimos de los 43 casos que ya habían sido diagnosticados de autismo por profesionales ajenos al estudio. Estos 43 casos son diagnosticados por dos psicólogos clínicos a partir de los criterios de diagnóstico del DSM-III⁽³⁾ y del DSM-III-R⁽⁴⁾. A partir de la muestra obtenida en base al diagnóstico dado por los criterios base, pasamos a la segunda etapa del diseño, correspondiente a la validación de la escala ATA.

Muestra

La muestra inicial de la cual partimos constaba de 359 casos de niños que asistían a diferentes centros de Educación Especial. De éstos, 43 habían sido diagnosticados de Autistas por diferentes profesionales. De los 43 casos que consideramos iniciales, 9 eran niñas (20,9%) y 34 niños (79,1%). Estos 43 casos iniciales, fueron diagnosticados por dos psicólogos clínicos en base a los criterios de diagnóstico del DSM-III⁽³⁾ y del DSM-III-R⁽⁴⁾.

En la muestra obtenida bajo los criterios de diagnóstico del DSM-III-R⁽⁴⁾ fueron descartados siete sujetos que no cumplían los criterios quedando una muestra de 36 casos de los cuales 5 eran niñas y 31 eran niños, dando una razón por sexo de 6,2 niños por cada niña. Las edades de la muestra se hallaban comprendidas desde los 0 a los 18 años. La distribución del CI de la muestra fue: tres casos con un CI <20; 18 casos con un CI en el intervalo de 20 a 50; 10 casos con un CI en el intervalo de 50 a 70 y 2 casos con un CI >70. La distribución por índice social analizado con la prueba de Hollingshead (1965)⁽⁴⁾ fue de: un caso pertenecía a la clase alta; seis casos a la clase media; cuatro casos a la clase media baja y 23 casos a la clase baja.

En la muestra obtenida bajo los criterios de diagnósticos del DSM-III⁽³⁾ se descartan 14 sujetos, quedando una muestra de 25 niños y 4 niñas con una razón entre sexos de 6,25 niños por cada niña. La distribución del CI. De la muestra fue: tres casos con un CI <20; 12 casos

Tabla 2 Fiabilidad de la utilización

	ATA DSM-III	ATA DSM-III-R
Índice Kappa	0,11	-0,1
Concordancia Observada	0,76	0,89
Concordancia Esperada	0,73	0,90

Tabla 3 Calidad de la observación

	ATA DSM-III	ATA DSM-III-R
Sensibilidad	0,76	0,94
Especificidad	0,11	0
Valor Predictivo (+)	0,77	0,94
Valor Predictivo (-)	0,50	0

presentan un CI entre 20 y 50; nueve casos están en el intervalo de 50 a 70 y tres sujetos tienen un CI. superior a 70. La distribución del índice social analizado con la prueba de Hollingshead⁽¹⁴⁾, fue como sigue: seis sujetos pertenecen a la clase media, dos sujetos pertenecen a la clase media baja y 20 sujetos a la clase baja.

VALIDEZ EXTERNA

Fiabilidad de la utilización (Reproductibilidad)

Para medir la reproductibilidad de la escala ATA, se ha utilizado el coeficiente de correlación intragrupos Kappa⁽¹⁵⁾. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 2.

El acuerdo obtenido entre los criterios del DSM-III⁽³⁾ y la escala ATA es bajo (Kappa=0,11) mientras que se produce un desacuerdo de diagnóstico entre la escala ATA y los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ que no era ni mucho menos esperado.

Fiabilidad del contenido de la escala

Para analizar la consistencia interna de la escala se ha utilizado el Coeficiente Alfa de Cronbach⁽¹⁶⁾. Se obtiene un resultado de Alfa=0,81, este coeficiente se puede considerar alto dado que al ser la muestra muy homogénea cabe esperar un coeficiente de fiabilidad menor de 0,90.

Error típico de medida

Últimamente, se prefiere utilizar el estadígrafo del Error Típico de Medida que no el Coeficiente de correlación en la obtención de la fiabilidad de un test. Este estadígrafo, a diferencia del Coeficiente de correlación, no está afectado por el recorrido de las puntuaciones de

la muestra y tiende a ser igual en muestras de varianzas distintas. El Error Típico de Medida de la escala ATA fue de 3,44.

VALIDEZ INTERNA

Cualidad de la observación (Tabla 3)

A partir de estos resultados se puede afirmar que la escala ATA es una prueba con una alta sensibilidad respecto a los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾. La sensibilidad que presenta respecto a los criterios del DSM-III⁽³⁾, no es tan buena pero tampoco se puede considerar ineficaz. La Especificidad de la escala ATA es muy baja en función de los criterios del DSM-III⁽³⁾ y nula en función de los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾.

El Valor Predictivo de los resultados positivos de la escala ATA en relación al DSM-III-R⁽⁴⁾, es muy elevado mientras que para los criterios del DSM-III⁽³⁾ el Valor Predictivo de los resultados positivos decrece llegando al 76%. El Valor Predictivo de los resultados negativos de la escala ATA en base a los criterios del DSM-III⁽³⁾ es del 50% mientras que para los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ es del 0%.

Eficiencia de la prueba

El índice de Eficiencia Global hallado para la escala ATA en relación al diagnóstico dado por los criterios del DSM-III⁽³⁾ es del 76% y para los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ es del 94%.

VALIDEZ DEL CRITERIO CONEXO

La escala ATA presenta una validez en base al criterio externo del DSM-III-R⁽⁴⁾ muy elevada (0,5625, $p < 0,001$).

- 258 La validez hallada en base a los criterios del DSM-III⁽³⁾ es más baja (0,2810).

DISCUSIÓN

La propuesta de este estudio era desarrollar un listado conductual válido que pudiera ser utilizado fiablemente para medir los niveles y la aparición de las conductas autistas en los niños con el fin de que sirviera de base para un primer diagnóstico, y posteriormente, pudiera servir de guía en el tratamiento.

La escala contiene un listado de conductas y medidas que son capaces de identificar individualmente los niveles altos de la conducta autista. La escala ATA se basa en la observación directa de las conductas pero los datos que podemos obtener a partir del listado, aunque nos sugieren la existencia de una fuerte relación entre los valores obtenidos en la escala ATA y los datos clínicos conocidos, el diagnóstico dado por la escala ATA no puede suplantar la información que se obtiene a partir de la historia clínica, la dada por las escuelas y la dada por el comportamiento en el seno de la familia. Sin lugar a dudas, un diagnóstico adecuado para el desarrollo individualizado de los niños necesita muchas fuentes de información⁽¹⁷⁾.

En el análisis de las comparaciones halladas en la definición de Autismo dada por la escala ATA y los dos criterios de diagnóstico base que se han utilizado, se deducen los siguientes puntos:

La escala ATA presenta una Sensibilidad en función del DSM-III⁽³⁾ del 76%, una Especificidad del 11%, un Valor Predictivo de los resultados positivos del 77% y un Valor Predictivo de los resultados negativos del 50%. Por tanto, considerando estos resultados y siendo la escala ATA una prueba sensible pero muy poco específica, tendremos que esperar un elevado número de Falsos Positivos pero a la vez, descubriremos muchos individuos sospechosos, y por tanto podemos considerar a la escala ATA una buena prueba para la detección del Síndrome Autista.

Dado que los Valores Predictivos dependen explícitamente de la Sensibilidad, Especificidad y de la Prevalencia de la enfermedad y teniendo en cuenta que la escala ATA presenta un Valor Predictivo positivo alto (75%) hallamos un contraste con lo que cabría esperar dada la baja Prevalencia que presenta el Síndrome Autista. Por otra parte, si tomamos en consideración el

Valor Predictivo de los resultados negativos (50%) hallamos también que contrasta con lo que cabría esperar debido a la baja Prevalencia⁽¹⁸⁾.

La escala ATA presenta una Sensibilidad en función de los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ del 94%, una Especificidad del 0%, un Valor Predictivo de los resultados positivos del 94% y un Valor Predictivo de los resultados negativos del 0%; teniendo en cuenta estos resultados podemos considerar a la escala ATA como una prueba muy sensible en base a los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾, no obstante su Especificidad en base a los mismos criterios es nula, este hecho nos indica que podemos esperar un alto número de falsos positivos. Debido a su alta Sensibilidad consideramos esta escala un buen instrumento para la detección de los posibles afectados por el Síndrome. Partiendo de la base de que la escala ATA ha sido construida a partir de una perspectiva muy amplia en cuanto a presentación de los rasgos autistas, no nos puede extrañar que su valor en la Sensibilidad sea alto y presente una nula Especificidad.

En la Validez del criterio conexo, la escala ATA da un coeficiente de $r=0,5625$, $p<0,001$ y por tanto se considera muy buena. Este hecho no debe extrañarnos debido a que las bases de su construcción presentan unos criterios poco restrictivos al igual que los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾.

El hecho más remarcable de la relación existente entre el diagnóstico dado por la escala ATA y el obtenido por los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾ da un desacuerdo del 10%. Estos datos estadísticos no eran esperados ya que lógicamente debería haber un alto nivel de acuerdo entre el diagnóstico obtenido en base a la escala ATA y el diagnóstico obtenido en base a los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾, ya que la concordancia observada entre ambos diagnósticos fue del 89%; pero lo que también es cierto, es que la concordancia esperada es 0,01, más alta que no la observada, y este hecho simplemente nos puede indicar que los criterios de diagnóstico dados por la escala ATA son o más restrictivos o más laxos que los criterios del DSM-III-R⁽⁴⁾.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión se puede afirmar que *L'Escala d'Avaluació dels Trets Autistes (ATA)*, es un buen instrumento para la detección del Síndrome Autista, y será

por lo tanto un buen utensilio para un primer cribaje del síndrome. Debido a una buena consistencia interna, la escala ATA es un instrumento con una alta fiabilidad. Es un instrumento muy sensible pero poco específico y

por tanto adecuado para un primer screening del Síndrome Autista. Los datos estadísticos analizados nos permiten afirmar que la escala ATA es un instrumento válido para medir los rasgos autistas.

259

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Kanner L. Autistic disturbance of affective contact. *Nerv Child* 1943;2:217-250.
- 2 Rutter M, Lockyer L. A five-to-fifteen year follow-up study of infantile psychoses. I Description of the sample. *British Journal of Psychiatry* 1967;113:1169-1182.
- 3 American Psychiatric Association. *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington DC: APA. 1980.
- 4 American Psychiatric Association. *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington DC: APA. 1987.
- 5 Volkmar FR, Cicchetti DV, Dykens E, Sparrow SS, Leckman JF, Cohen DJ. An evaluation of the Autism Behavior Checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorder* 1988;18:81-97.
- 6 Wing L, Attwood A. Syndromes of autism and atypical development. En: Cohen DJ, Donnellan AM, Paul S, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Development Disorders*. New York: Wiley, 1987:3-19.
- 7 Hertzog ME. DSM-III and DSM-III-R diagnosis of autism and pervasive developmental disorders in nursery school children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29:123-126.
- 8 Dahlgren SO, Gillberg C. Symptoms in the first two years of life. A preliminary population study of infantile autism. *European Archives of Psychiatric and Neurological Sciences* 1989;386:1-6.
- 9 Ornitz E. Autism: A disorder of directed attention. *Brain Dysfunction* 1989;1:309-322.
- 10 Gillberg C. Infantile autism: diagnosis and treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;81:209-215.
- 11 Rimland BJ. *Infantile autism*. New York: Appleton-Century Crofts, 1964.
- 12 Wing L. *Autistic children: A guide for parents*. Londres: Constable, 1975.
- 13 World Health Organization. *ICD-10. Draft of chapter V, categories F00-F99, mental behavioral and developmental disorders*. Geneva: WHO, 1987.
- 14 Hollingshead AB. *Two factors Index Social Position*. New Haven. Connecticut, 1965.
- 15 Spitzer RL, Fleiss JL. A re-analysis of the reliability for psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 1974;125:341-347.
- 16 Cronbach LJ. Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
- 17 Schopler E, Reichler RJ. *Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally delayed children*. Volum I. Psychoeducational Profile. Baltimore: University Park Press, 1979.
- 18 Jenicek M, Cleroux R. *Epidemiología: Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat Medicina, 1988.

1. Dificultad en la interacción social.

La desviación de la sociabilidad puede oscilar entre formas ligeras como por ejemplo un cierto negativismo y la evitación del contacto ocular, hasta formas más severas como un intenso aislamiento.

- 1.1. *Evita a las personas.*
- 1.2. *Falta de aproximaciones espontáneas.*
- 1.3. *No sonríe.*
- 1.4. *No busca compañía.*
- 1.5. *Es incapaz de mantener un intercambio social.*
- 1.6. *Permanece encerrado en su mundo.*
- 1.7. *Busca constantemente su rincón.*

2. Manipulación del ambiente.

El problema de la manipulación del ambiente puede presentarse a nivel espectacular o bien, a nivel más ligero, como por ejemplo, no responder a las propuestas y mantenerse indiferente. El hecho más común es la presentación brusca de rabietas, pataletas, risas incontroladas y sin motivo..., todo ello con el fin de conseguir ser el centro de la atención.

- 2.1. *No responde a las propuestas.*
- 2.2. *Presenta un humor cambiante.*
- 2.3. *Se mantiene indiferente, sin expresión.*
- 2.4. *Risas compulsivas.*
- 2.5. *Pataletas y rabietas.*
- 2.6. *Excitación motriz o verbal (no para de ir de un lugar a otro, empieza a hablar sin parar).*

3. Utilización de las personas de su entorno.

La relación que puede mantener con el adulto casi nunca es una verdadera relación dado que suele tener por norma, valerse de los adultos para conseguir todo lo que en un momento determinado pueda desear o necesitar.

- 3.1. *Utiliza al adulto como un objeto.*
- 3.2. *El adulto le sirve de puente para conseguir lo que desea (ejem. el bote de galletas).*
- 3.3. *El adulto es el medio para cubrir una necesidad (ejem. atarse los zapatos).*
- 3.4. *Si el adulto no responde a sus demandas, actúa presentando una conducta interferente.*

4. Resistencia al cambio.

Las alteraciones pueden variar desde una cierta resistencia a renunciar a un material o a una actividad hasta la presencia de la irritabilidad ante los cambios de materiales y actividades.

- 4.1. *Pide insistentemente mantener la rutina.*
- 4.2. *Gran dificultad en aceptar hechos poco habituales como: cambios de lugar, de vestidos, de alimentos.*
- 4.3. *Presenta resistencia al cambio manteniendo la actividad, los objetos y persistiendo en la misma respuesta.*

5. Búsqueda de un orden estricto.

Se puede observar a partir de las tendencias más o menos presentes de ordenarlo todo hasta llegar a unas conductas obsesivas que no le permiten realizar ninguna actividad hasta el momento que lo vea todo ordenado.

- 5.1. *Colocación directa de los objetos (juguetes, sillas, ropa...).*
- 5.2. *Cada cosa en su sitio.*
- 5.3. *Cada cosa a su tiempo.*
- 5.4. *Cada persona en el lugar que le corresponde.*

6. Mirada indefinida. Falta de contacto.

Las desviaciones pueden incluir la evitación de los estímulos visuales, así como una conducta visual extraña. Pueden presentarse alteraciones ligeras con la evitación de la mirada de manera intermitente o las formas más severas de mantener constantemente la evitación del contacto ocular.

- 6.1. *No mira a los ojos. Desvía las miradas directas.*
- 6.2. *Mira hacia fuera. Vuelve la cabeza cuando se le llama o se le mira.*
- 6.3. *Expresión de la mirada vacía y sin vida.*
- 6.4. *Sigue los objetos con los ojos sólo de una manera intermitente.*
- 6.5. *Fija los objetos (estímulos) con una mirada periférica, no central.*
- 6.6. *Da la sensación de que no mira.*

Anexo (continuación)

7. Inexpresividad facial.

La carencia de comunicación no verbal se hace evidente en la inexpresividad del rostro. Puede presentar una inmutabilidad total tanto para los hechos agradables como para los desagradables en los casos más severos. En los casos ligeros, puede llegar a una cierta expresividad especialmente, si el acontecimiento se refiere a algo materia.

- 7.1. Inmovilidad facial.
- 7.2. No muestra una reacción anticipadora.
- 7.3. No indica gestualmente ni con la mirada qué es lo que quiere y lo que siente.
- 7.4. Si tiene instaurado el habla, no utiliza la expresión facial, gestual o vocal con una frecuencia normal.

8. Problemas de sueño.

El problema del sueño puede presentar dos vertientes: cuando son pequeños suelen dormir muchas horas mientras que, a medida que van creciendo, esta pauta va decreciendo que llegan normalmente a necesitar pocas horas de sueño. Esta conducta puede ser constante o intermitente.

- 8.1. No quiere ir a dormir.
- 8.2. Se levanta muy temprano.
- 8.3. Sueño a intervalos.
- 8.4. Cambia el día por la noche.
- 8.5. Duerme muy pocas horas.

9. Alteraciones de la alimentación.

Pueden ser cualitativas y/o cuantitativas. Pueden ir desde la indiferencia pasiva (el niño deja que le den de comer sin participación efectiva), a la resistencia y a la negación activa (llora y chilla a la hora de comer, se opone a la introducción de los alimentos en la boca gestualmente o volviendo la cabeza).

- 9.1. Selectividad alimentaria.
- 9.2. Come otras cosas además de los alimentos (papel, tiza...).
- 9.3. De pequeño no masticaba.
- 9.4. Presenta una actividad rumiante.
- 9.5. Vómitos.
- 9.6. Come groseramente, desparrama la comida o la tira.
- 9.7. Rituales (desmenuza los alimentos antes de la ingesta).
- 9.8. Falta de gusto.

10. Dificultad en el control de los esfínteres.

El hecho fundamental no es en sí la falta de control de los esfínteres, sino su utilización como medida de control del adulto y búsqueda de la atención.

- 10.1. Miedo a sentarse en el WC.
- 10.2. Utiliza los esfínteres para manipular al adulto.
- 10.3. Utiliza los esfínteres como estímulo.
- 10.4. Si controla de día, el control nocturno aparece mucho más tarde, o no llega a aparecer nunca.

11. Exploración de los objetos (toca, huele, chupa).

Analiza los objetos sensorialmente. No tiene bastante con la mirada necesitando también el resto de áreas sensitivas para llegar a los objetos. Esto no lo realiza con ninguna finalidad concreta.

- 11.1. Muerde y traga objetos no alimentarios.
- 11.2. Chupa y se pone las cosas en la boca.
- 11.3. Lo huele todo.
- 11.4. Lo toca todo. Examina las superficies con los dedos de una manera minuciosa.

12. Uso inapropiado de los objetos.

Los objetos normalmente no tienen una finalidad funcional, siempre consiguen encontrar un nuevo tipo de utilización y actividad.

- 12.1. Ignora los objetos o muestra solamente un interés fugaz.
- 12.2. Los pega, los golpea o simplemente los tira al suelo.
- 12.3. Conducta inusual con los objetos, los tiene pasivamente en las manos o los hace girar.
- 12.4. Insiste en llevar siempre un objeto de un lado a otro.
- 12.5. Se interesa solamente por una parte del objeto o del juguete.
- 12.6. Colecciona objetos extraños.
- 12.7. Utilización inadecuada y personal de los objetos. Conducta extraña.

13. Falta de atención.

La atención es difícil de fijar y mantener. A veces fija la atención en sus propias producciones sonoras, escuchándolas atentamente y dando la sensación de que se halla ausente. Lo mismo sucede con la motricidad.

- 13.1. *Es incapaz de fijar la atención en la actividad que se está llevando a cabo, si la fija es por poco rato.*
- 13.2. *No se da cuenta cuando se le habla.*
- 13.3. *Lentitud de reacción. Entiende las instrucciones muy retrasadamente (cuando no le interesan, no las entiende).*
- 13.4. *Respuesta retardada.*
- 13.5. *Muchas veces da la sensación de ausencia.*

14. Ausencia de interés por el aprendizaje.

No tiene ningún interés por aprender, busca que todo lo solucionen los demás. Aprender le representa un esfuerzo de atención y de intercambio personal, es una rotura en su rutina.

- 14.1 *No quiere aprender.*
- 14.2. *Se cansa muy deprisa, aunque la actividad le guste.*
- 14.3. *Olvida rápidamente.*
- 14.4. *Insiste en ser ayudado aunque lo sepa hacer.*
- 14.5. *Insiste constantemente en cambiar de actividad.*

15. Pereza.

Por propia iniciativa no busca empezar ninguna actividad funcional, prefiere que se lo den todo hecho, constantemente busca la comodidad.

- 15.1. *Es incapaz de tener iniciativa propia.*
- 15.2. *Busca la comodidad.*
- 15.3 *Pasividad, falta de interés.*
- 15.4. *Lentitud.*
- 15.5. *Prefiere que otro le haga el trabajo.*

16. Alteraciones del lenguaje y la comunicación

Es un rasgo fundamental en el autismo. Si el niño habla, las anormalidades pueden variar, sencillamente, entre un lenguaje retrasado hasta las formas más severas con un uso exclusivo de un lenguaje particular y extraño.

- 16.1. *Mutismo.*
- 16.2. *Estereotipias vocales.*
- 16.3. *Entonación incorrecta.*
- 16.4 *Ecolalia inmediata y/o retardada.*
- 16.5 *Repite palabras o frases teniendo o no validez comunicativa.*
- 16.6. *Cuando se encuentra agitado utiliza sonidos estereotipados y en ocasiones sin ninguna razón aparente.*
- 16.7. *No se comunica por gestos.*
- 16.8. *Los intercambios con el adulto no son nunca un diálogo.*

17. Encubrimiento de habilidades y conocimientos.

Nunca manifiesta todo aquello que es capaz de hacer. Su ambigüedad a la hora de saber actuar en lo que hace referencia a sus conocimientos y habilidades comporta una confusión para el profesional.

- 17.1. *Aunque sepa hacer una cosa, si no la quiere realizar, no la hace.*
- 17.2. *No demuestra lo que sabe hasta que tiene una necesidad primaria o un interés inminentemente específico.*
- 17.3. *Aprende cosas pero no lo demuestra, solamente en determinados lugares y con determinadas personas.*
- 17.4. *A veces asombra por sus habilidades inesperadas.*

18. Reacciones inapropiadas ante la frustración.

Reacciones de cólera ante prohibiciones o ante una interrupción de sus actividades. Enfados a causa de un desecho o de una espera insatisfecha.

- 18.1. *Reacciones de enfado si se olvida alguna cosa.*
- 18.2. *Reacciones de enfado si se interrumpe alguna actividad que le gusta.*
- 18.3. *Disgustado cuando los deseos y las expectativas no se cumplen.*
- 18.4. *Reacciones de pataletas.*

Anexo (continuación)

19. Omisión de cualquier obligación.

Por norma, es incapaz de hacerse responsable de alguna cosa. Necesita a cada momento que se le vaya dando la consigna pertinente.

19.1. No acepta ninguna responsabilidad por pequeña que sea.

19.2. Para llegar a hacer alguna cosa se le tiene que repetir muchas veces. En ocasiones, nos vemos en la obligación de subir el volumen de la voz.

20. Hiperactividad/hipoactividad.

El niño puede presentar agitación, excitación desordenada e incontrolada sin ninguna finalidad. El niño no sabe lo que es el descanso. Asimismo, se puede presentar la tendencia contraria con una gran pasividad y con ausencia total de respuesta.

20.1. El niño está constantemente en movimiento.

20.2. No se mueve ni motivándolo.

20.3. Alborotador. Da la sensación de que está obligado a hacer ruido.

20.4. Va de un lugar a otro sin parar.

20.5. Realiza saltos constantemente en el mismo sitio.

20.6. No se mueve nunca de la silla donde está sentado.

21. Movimientos estereotipados y repetitivos.

Particularmente, suelen ser agudos y se dan durante las actividades, pudiéndose presentar, también, en situaciones de reposo o en la deambulación.

21.1. Se balancea.

21.2. Se mira las manos. Juega con las manos y los dedos.

21.3. Se tapa los ojos y las orejas.

21.4. Da puntapiés.

21.5. Hace muecas y movimientos extraños con la cara.

21.6. Rotaciones sobre sí mismo o con los objetos.

21.7. Camina de puntillas o saltando, arrastra los pies, anda haciendo movimientos extraños.

21.8. Tuerce el cuerpo, mantiene una postura desequilibrada, piernas plegadas, cabeza replegada en los pies, extensiones violentas del cuerpo.

22. Ignorancia del peligro.

Da la sensación de que no es consciente de las dificultades. Se expone sin motivo. No ve el peligro.

22.1. No se da cuenta del peligro.

22.2. Trepa por todas partes.

22.3. Parece que el dolor no le afecta.

23. Aparición anterior a los 30 meses.

N. Bassas¹
M. Trias¹
J. Tomás²

Unitat de Psiquiatria. Hospital Universitari Materno-Infantil
Vall d'Hebrón de Barcelona
1 Adjunto clínico
2 Jefe de Unidad

Correspondencia:

N. Bassas
Unitat de Psiquiatria
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron
Pº Vall d'Hebron 119-129
08035 Barcelona

**Estudio comparativo entre
trastorno fóbico y trastorno
obsesivo en niños y adolescentes**

*Comparative study between
phobic disorder and obsessive
disorder in children and
adolescents*

RESUMEN

Este trabajo consiste en un estudio comparativo entre el trastorno fóbico y el trastorno obsesivo en niños y adolescentes. La comparación se ha realizado entre características secundarias o clínica acompañante al trastorno en sí, fóbico y/o obsesivo, diagnosticados en base a las clasificaciones internacionales. El objetivo del trabajo ha sido estudiar si alguna sintomatología acompañante puede resultar objetivamente útil para el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos en la infancia y la adolescencia. La muestra consta de un total de 285 pacientes, entre los 4 y los 18 años y de ambos sexos; 159 de ellos diagnosticados de trastorno fóbico y 126 de trastorno obsesivo. Se han definido 11 variables que abarcan, desde alteraciones del desarrollo y psicopatológicas hasta factores familiares y eficacia de los tratamientos. El tratamiento estadístico de los datos ha sido la prueba de cálculo binomial, a fin de verificar si las diferencias entre los valores en los dos grupos eran significativas. Los resultados muestran las similitudes de ambos trastornos en muchas de las variables estudiadas, pero algunos datos significativos (alteraciones del sueño, rasgos depresivos, alteraciones del desarrollo), así como el análisis

descriptivo sugieren que el presente estudio puede abrir una línea de investigación que resulte fértil.

PALABRAS CLAVE

Trastorno fóbico; Trastorno obsesivo; Diagnóstico diferencial; Infancia y adolescencia.

ABSTRACT

This study consists of comparison between Phobic Disorders and Obsessive Disorders in children and adolescents. The comparison was made between the secondary symptoms of both disorders, diagnosed according to international classifications. The aim of the study was to discover if any accompanying symptomatology could be objectively useful in the differential diagnosis in children and adolescents. The sample included a total of 285 patients of both sexes aged between 4 and 18; 159 phobic and 126 obsessive. Eleven variables were defined ranging from development and psychopathologic disorders to family factors and the efficacy of the treatments. Evaluation of the statistical data was carried out

through binomial calculus in order to see if the differences between the results of the two groups were in any way significant. The results show that the two disorders are similar in many of the studied variables. However, some significant data (sleep disorders, depressive symptoms and development disorders) and the results of the descriptive analysis suggest that this study could open a line of research which may prove worthwhile in the differential diagnosis of Phobic and Obsessive Disorders.

KEY WORDS

Phobic disorders; Obsessive disorders; Differential diagnosis; Childhood and adolescence.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en un estudio comparativo entre el trastorno fóbico y el trastorno obsesivo en niños y adolescentes. La motivación para este estudio ha sido la de intentar profundizar en algunos aspectos del diagnóstico diferencial entre ambos trastornos en la infancia. Históricamente, el estudio de estos dos trastornos, referido sobre todo a pacientes adultos, comenzó de forma entrelazada: en el intento de comprensión y definición nosográfica de las "obsesiones", se identificaron las "fobias". Aún hoy, diferenciados los dos trastornos en todas las clasificaciones internacionales, persiste la proximidad entre ambos. Por otra parte, la tendencia a trasladar la psicopatología del adulto a la del niño no contribuye a una clarificación de estos cuadros en la infancia y adolescencia, etapas en las que hay que tener en cuenta además, que el desarrollo normal implica determinada presencia de sintomatología fóbica y obsesiva, y que "síntoma" y "trastorno" pueden tener una escasa relación.

Por todo ello, nos ha parecido interesante estudiar de forma comparativa dos grupos de niños y adolescentes diagnosticados conforme a las clasificaciones internacionales, uno de ellos como "Trastorno fóbico" y el otro como "Trastorno obsesivo", centrándonos en la clínica acompañante, es decir en la sintomatología secundaria que no es patognomónica de cada trastorno. El objetivo sería ver si existe alguna posibilidad de que dicha sintomatología resultara útil para el diagnóstico diferen-

cial en aquellos casos en que está menos claro; o sea, verificar si existen posibilidades de que el estudio objetivo de otras variables determinadas fuera operativo cuando la presentación de la sintomatología fóbica y obsesiva dificulta el diagnóstico diferencial. A nuestro entender, para el clínico es importante esta cuestión cuando debe precisar una orientación diagnóstica y un tratamiento consecuente, y en concreto se convierte en una problemática importante en psicopatología infanto-juvenil; porque, además, el pronóstico en la vida adulta de un paciente psiquiátrico infanto-juvenil está también en función de los procesos de desarrollo del psiquismo, así como de los eventos vitales. Y pensamos que todavía nos queda mucho por conocer de las causas de que un trastorno obsesivo en la infancia culmine en un trastorno obsesivo en la vida adulta, por ejemplo, y otro evolucione de forma bien diferente.

Para ilustrar esta cuestión, sólo una reseña de la evolución histórica de este tema. Según Marks (1969) el término "fobia" se emplea en el sentido actual desde 1801. Según Wartburg, lo mismo sucede respecto al término "obsesión" desde 1769. Pero ya Morel (1866) llamado "padre" del concepto nosográfico de "obsesión" integra los dos trastornos -fóbico y obsesivo- en el llamado "delirio emotivo". Tampoco Kraepelin (1913) identifica como distintos ambos trastornos. En cambio Westphal (1877) sí los diferenció. Si bien es cierto que con la evolución de la psiquiatría y la psicología se han ido delimitando los cuadros hasta llegar a las clasificaciones internacionales actuales (CIE-10, DSM-III-R y Clasificación Francesa), de acuerdo con Conde⁽¹⁾ podemos afirmar que "la separación entre obsesiones y fobias, al menos desde un punto de vista tanto semiológico como psicopatológico, no es tan clara en la práctica como puede mostrarse en cualquier revisión histórica...". Además, refiriéndonos a la psicopatología infanto-juvenil, hay que tener en cuenta otros factores como son: a) la sintomatología de uno u otro signo, sin alcanzar la identidad de trastorno; b) la estructura de personalidad subyacente en configuración; c) los aspectos comportamentales; d) los aspectos del desarrollo; y e) los aspectos clínicos. Por último, hay que tener en cuenta que históricamente, fueron muchos menos los autores que estudiaron los trastornos fóbicos y obsesivos de la infancia. Destacan: Landor (1873), Dupré (1905) y Freud (1897). A pesar del inmenso avance en este campo durante las últimas décadas, sigue siendo una cuestión conflictiva, e incluso fuente de discrepancia

Tabla 1 Muestra según sexo y trastorno

	M1	M2	Total
Varones	96	80	176
Hembras	63	46	109
Total	159	126	285

entre trastorno fóbico y trastorno obsesivo en la infancia y adolescencia. Sin embargo, no parece poco importante la cuestión, cuando los autores coinciden en que en un 20% de los trastornos obsesivos en la edad adulta tuvieron su inicio en la infancia, y que un 50% de adultos afectos de trastorno fóbico ha presentado este tipo de patología en la infancia o la adolescencia.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha realizado con una muestra de pacientes de ambos sexos y edades comprendidas entre los 4 y los 18 años, afectos de *trastorno fóbico y trastorno obsesivo* según los criterios de las clasificaciones internacionales CIE-10 (F40 y F42), DSM-III-R (300.01 a 300.30) y clasificación francesa (2.02 y 2.03). La muestra consta de 285 pacientes (Tabla 1):

M1: 159 pacientes con *trastorno fóbico* (M1).

M2: 126 pacientes con *trastorno obsesivo* (M2).

En ambas muestras se han medido 11 variables, extraídas del protocolo de historia clínica de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Materno-Infantil de la Vall d'Hebrón. La nosografía incluida en ellas se corresponde con la descrita en las clasificaciones internacionales anteriormente mencionadas.

Estas *variables* son las siguientes:

- V1 y V2 son las variables inherentes al paciente: su *género* y el *lugar que ocupa entre los hermanos*. Así, por ejemplo, varón y primogénito.
- V3 mide las *alteraciones del desarrollo*, es decir los trastornos psicopatológicos madurativos en las siguientes esferas: oroalimentaria, sueño, psicomotricidad, tics, lenguaje, control de esfínteres, conducta y aprendizaje. Se especifican los tics, aunque pertenezcan a las alteraciones psicomotoras, por su relevancia en relación a la sintomatología obsesiva. Como ejemplos de esta variable: enuresis, insomnio, inestabilidad....

- V4 mide las *alteraciones psicopatológicas* referidas a: ansiedad, somatizaciones, trastornos psicossomáticos, rasgos de inhibición, rasgos depresivos, carencia afectiva y rasgos distímicos. Llamamos a esta variable "alteraciones psicopatológicas", a pesar de que la V3 también se refiere a psicopatología, ya que V4 está más centrada en los trastornos afectivos y de somatización, sin relación con los procesos madurativos. Como ejemplos de esta variable: cefalalgias, retraimiento en las relaciones sociales, tristeza...
- V5 mide los *trastornos orgánicos* en los períodos perinatal y postnatal; por ejemplo, anoxia neonatal, convulsión febril, etc.
- V6 mide las *alteraciones familiares* divididas en los tres apartados siguientes: disfunción familiar (psicopatología parental y fraternal, divorcio...); ruptura de lazos familiares (muerte, hospitalización, etc.); adopción. Como ejemplos: madre con trastorno de ansiedad, hijo con hospitalizaciones repetidas por enfermedad crónica, etc.
- V7 mide las exploraciones neurofisiológicas consistentes en el *registro electroencefalográfico* en estado de vigilia y/o de privación de sueño, en función de la clínica del paciente, y para su valoración diagnóstica se valoró como normal o alterado.
- V8 mide los tres *tipos de tratamiento administrado*: psicofarmacológico (básicamente antidepressivo), psicoterapéutico (básicamente psicoterapia de apoyo) y mixto (conjunción de ambos). Hay que hacer constar que el tratamiento mixto ha sido el prescrito en la mayoría de los casos, pero por circunstancias de los pacientes se han administrado algunos tratamientos únicos.
- V9, V10 y V11 miden la *evolución de los tres tipos de tratamiento administrado* (psicofarmacológico, psicoterapéutico y mixto) en dos categorías: ineficaz y eficaz. Por ejemplo, se valora como tratamiento psicofarmacológico eficaz aquel que produce una mejora progresiva en cuanto a la sintomatología.

La medición del éxito de los tratamientos administrados requiere, además de un análisis de cada variable (V9, V10 y V11), un análisis conjunto. Esto es debido a que la eficacia se valoró con criterios diferentes para cada tratamiento: la evolución del tratamiento psicofarmacológico se valoró atendiendo a la remisión de la sintomatología; la del tratamiento psicoterapéutico atendiendo a la mejora en aspectos de personalidad (recursos defensivos, técnicas de autocontrol de la

Tabla 2 Variables: diferencia altamente significativa

Variables	M1	M2
Alt. sueño (Alt. desarrollo)	51	90
Rasgos depresivos (Alt. psicopatológicas)	42	95

Tabla 4 Variables: diferencia significativa

Variables	M1	M2
Hijo único (Fratría)	27	16

ansiedad, etc.). Finalmente en la evolución del tratamiento mixto se valoraban los dos aspectos: mejoría en la clínica psicopatológica y evolución en los aspectos de personalidad.

Los datos se han tratado estadísticamente, mediante la prueba de cálculo binomial, a fin de verificar la significación estadística en las diferencias entre los valores de las variables definidas en ambas muestras. A partir de este tratamiento estadístico de los datos se ha hecho un análisis de los resultados.

También se ha realizado un análisis descriptivo, en base a la comparación entre los porcentajes.

RESULTADOS

Análisis estadístico

En la valoración de significancia se han obtenido los siguientes resultados:

A.1. Variables cuya diferencia es altamente significativa (P entre 0,002-0,005) (Tabla 2).

Así, existe mayor probabilidad de que los pacientes con trastorno obsesivo presenten *alteraciones del sueño y rasgos depresivos*, con mayor frecuencia que los pacientes con trastorno fóbico. Dicha afirmación tiene un riesgo de error mínimo.

En cuanto a los tipos de tratamiento, en la valoración de significancia han resultado altamente significativas las diferencias entre dos variables (Tabla 3).

Existe mayor probabilidad de que los pacientes con trastorno fóbico opten por un *Tratamiento psicoterapéutico*, con mayor frecuencia que los pacientes con

Tabla 3 Tratamientos: diferencias altamente significativas

Variables	M1	M2
Tratamiento psicoterapéutico	24	6
Tratamiento mixto	58	115

Tabla 5 Variables: diferencia probablemente significativa

Variables	M1	M2
Alt. lenguaje (Alt. desarrollo)	53	37
Alt. aprendizaje (Alt. desarrollo)	78	59
Carencia afectiva (Alt. psicopatológicas)	49	43
E.E.G. normal	29	56
E.E.G. alterado	42	37

trastorno obsesivo. La diferencia ha resultado altamente significativa.

Existe mayor probabilidad de que los pacientes con trastorno obsesivo opten por un *tratamiento mixto*, con mayor frecuencia que los pacientes con trastorno fóbico. La diferencia ha resultado altamente significativa.

Sin embargo, debemos aceptar cierto sesgo en estos resultados ya que, como hemos dicho, la indicación terapéutica no siempre fue seguida por el paciente.

A.2. Variables cuya diferencia es significativa (P entre 0,005-0,01) (Tabla 4).

Existe mayor probabilidad de que los pacientes con trastorno fóbico sean *hijos únicos*, con mayor frecuencia que los pacientes que presentan trastorno obsesivo. Dicha afirmación tiene un escaso riesgo de error.

A.3.- Variables cuya diferencia es probablemente significativa (P entre 0,01-0,05) (Tabla 5).

Existe la probabilidad de que los pacientes con trastorno fóbico presenten con mayor frecuencia: *alteraciones del lenguaje, alteraciones del aprendizaje, carencia afectiva, y E.E.G. alterado* que los pacientes con trastorno obsesivo.

Análisis descriptivo

A partir de los porcentajes resultantes podemos realizar un análisis descriptivo de los datos, solamente con valor indicativo (Ver cuadro en anexo 1).

Tabla 6 Perfil Trastorno Fóbico (M1)

- Predominio del género masculino (V1)
- Ocupar el lugar de primogénito, benjamín o hijo único en la fratría (V2)
- Alteraciones de conducta, del aprendizaje, del lenguaje, del sueño, esfinteriales y tics, en cuanto a alteraciones del desarrollo (V3)
- Ansiedad, rasgos de inhibición, carencia afectiva, somatizaciones, rasgos depresivos y rasgos distímicos, en cuanto a alteraciones psicopatológicas (V4)
- Antecedentes de factores orgánicos postnatales (V5)
- Disfunción familiar, en cuanto a factores familiares (V6)
- E.E.G. alterado, en cuanto a prueba neurofisiológica complementaria (V7)

Respecto al tipo y evolución en el tratamiento, se caracterizan por:

- Administración más frecuente de tratamiento mixto y psicoterapéutico (V8);
- Eficacia total en los casos en que se administró un tratamiento psicoterapéutico (V10) y eficacia en la administración de los tratamientos mixto y psicofarmacológico (V11 y V9).

- **VI Género:** En la muestra estudiada aparecen más pacientes varones que hembras en ambos grupos, trastorno fóbico (M1) y trastorno obsesivo (M2). Comparando M1 y M2 hay más varones en M2 y más hembras en M1.

- **V2 Lugar fratría:** El lugar en la fratría más frecuente en los dos grupos es el de "primogénito", y "benjamín", y el de menor frecuencia, "gemelo". Comparando M1 y M2, M2 predomina en "hijo único" y "mediano". M1 predomina en "primogénito", "benjamín" y "gemelo".

- **V3 Alteraciones del desarrollo:** En ambos grupos dominan las "alteraciones de la conducta" mientras que las "alteraciones psicomotoras" presentan la frecuencia menor. Comparando M1 y M2, M1 predomina en "alteraciones de la conducta", "alteraciones del aprendizaje", "alteraciones del lenguaje", "alteraciones esfinteriales" y alteraciones psicomotoras". M2 predomina en "alteraciones del sueño", tics" y "alteraciones oroalimentarias".

- **V4 Alteraciones psicopatológicas:** En los dos grupos la mayor frecuencia aparece en "alteraciones de ansiedad" y la menor en "alteraciones psicosomáticas". Comparando M1 y M2, M1 predomina en "rasgos de inhibición", "carencia afectiva", somatizaciones" y "alteraciones psicosomáticas". M2 domina en "alteraciones de ansiedad", "rasgos depresivos" y "rasgos distímicos".

- **V5 Factores orgánicos:** Las frecuencias en los factores perinatales y postnatales son casi iguales en los dos

grupos. Comparando los dos grupos, M1 predomina en: "factores postnatales" y M2 en "factores perinatales".

- **V6 Factores familiares:** En los dos grupos el factor familiar más frecuente es "disfunción familiar" y el menos frecuente "adopción". Comparando los dos grupos M1 predomina en los tres items: "disfunción familiar" "ruptura lazos familiares" y "adopción", aunque en este último la muestra es muy pequeña.

- **V7 E.E.G.:** Las frecuencias de E.E.G. "alterado" y "normal" son casi iguales en la muestra total. El valor más alto de "E.E.G. alterado" se da en M1, y por tanto, la mayor frecuencia de "E.E.G. normal" aparece en M2.

- **V8 Tipo de tratamiento:** En ambos grupos el tratamiento más utilizado ha sido el "mixto" y el menos utilizado el "psicofarmacológico" en M1 y el "psicoterapéutico" en M2. Comparando M1 y M2 es en M1 donde aparece la mayor frecuencia del "tratamiento psicoterapéutico" y del "psicofarmacológico". M2 predomina en "tratamiento mixto".

- **V9 Evolución tratamiento psicofarmacológico:** El "tratamiento psicofarmacológico" ha resultado "eficaz" en la mayoría de los casos de ambos grupos en que se ha administrado. Comparando M1 y M2 el "tratamiento psicofarmacológico" ha resultado más "eficaz" en M1.

- **V10 Evolución tratamiento psicoterapéutico:** El "tratamiento psicoterapéutico" se valoró como "eficaz" en la totalidad de los casos en que se ha aplicado en los dos grupos.

- **V11 Evolución tratamiento mixto:** El "tratamiento mixto" ha resultado "eficaz" en la mayoría de los casos en que se ha administrado, en los dos grupos. La eficacia se ha mostrado superior en M1 en comparación con M2.

A partir de los resultados se pueden establecer unos *perfiles* así como identificar unos rasgos comunes y otros diferenciales entre los dos grupos estudiados, fóbicos y obsesivos (Tablas 6 y 7).

Rasgos comunes Trastorno Fóbico-Trastorno Obsesivo

En la mayoría de las variables se dan dos similitudes importantes. La primera es que, en ambos grupos, son los mismos items los que alcanzan valores más altos en todas las variables, excepto en *Factores orgánicos y E.E.G.* Por ejemplo, en *V2 lugar fratría* predominan los "primogénitos" tanto en el grupo de fóbicos como en el grupo de obsesivos. La segunda similitud consiste en que los items con los valores más bajos son también los mismos en ambos grupos en todas las variables, excep-

Tabla 7 Perfil Trastorno Obsesivo (M2)

- Predominio del género masculino (V1)
 - Ser el primogénito o benjamín (V2)
 - Alteraciones de conducta, del sueño, aprendizaje, tics, oroalimentarias, lenguaje y esfinteriales, en cuanto a alteraciones del desarrollo (V3)
 - Alteraciones de ansiedad, rasgos distímicos, somatizaciones y carencia afectiva, en cuanto a alteraciones psicopatológicas (V4)
 - Antecedentes de factores orgánicos perinatales (V5)
 - Disfunción familiar, en cuanto a factores familiares (V6)
 - E.E.G. normal, en cuanto a prueba neurofisiológica complementaria (V7)
- Respecto al tipo y evolución en el tratamiento, se caracterizan por:
- Administración más frecuente de tratamiento mixto (V8);
 - Eficacia total en los casos en que se administró un tratamiento psicoterapéutico (V10) y eficacia en la administración de los tratamientos mixto y psicofarmacológico (V11 y V9).

Tabla 8 Rasgos diferenciales trastorno fóbico-trastorno obsesivo

- a. Trastorno fóbico*
- Hijo único (V2)
 - Alteraciones del aprendizaje (V3)
 - Alteraciones del lenguaje (V3)
 - Alteraciones esfinteriales (V3)
 - Carencia afectiva (V4)
 - E.E.G. alterado (V7)
 - Tratamiento psicoterapéutico (V8)
- b. Trastorno obsesivo:*
- Alteraciones del sueño (V3)
 - Rasgos depresivos (V4)
 - E.E.G. normal (V7)
 - Tratamiento mixto (V8). (Cuadros).

to en *Factores orgánicos, E.E.G. y Tipo de tratamiento*. Por ejemplo, en *V4 Alteraciones psicopatológicas* la frecuencia de "alteraciones psicósomáticas" es la inferior tanto en fóbicos como en obsesivos. Los rasgos diferenciales entre ambos trastornos quedan expuestos en la tabla 8.

DISCUSIÓN

V1 Género

Tanto Conde⁽¹¹⁾ como Mendiguchía⁽³⁴⁾ citando a Pelechano (1981) afirman: "las niñas serían más miedosas que los niños, siendo la diferencia mayor en el temor a animales, al peligro físico y a la amenaza de violencia".

Marks (1991)⁽³⁰⁾ afirma que el trastorno obsesivo-compulsivo es raro en la infancia y que se observa más a menudo en varones; en cambio, en adultos, se presenta tan a menudo en varones como en mujeres.

Nuestros resultados coinciden con Marks en el trastorno obsesivo en la infancia, puesto que predominan claramente los varones en ambos trastornos (63,5% trastorno fóbico y 60,4% trastorno obsesivo).

V2 Lugar fratría

Marks (1991)⁽³⁰⁾ afirma que "podría existir una tendencia, en varones obsesivo-compulsivos, a ser primogénitos o hijos únicos".

Nuestros resultados confirman parcialmente esta afirmación. Los primogénitos son los que presentan mayor frecuencia, tanto en el trastorno obsesivo (45,3%) como en el fóbico (36,5%), luego los benjamines (28,9% y 25,4% respectivamente), y, en tercer lugar, los hijos únicos en el trastorno fóbico (21,4%) y los medianos en el trastorno obsesivo (14,5%).

V3 Alteraciones del desarrollo

- *Alteraciones oroalimentarias*. Marks⁽³⁰⁾ afirma que un porcentaje importante de mujeres con trastorno obsesivo-compulsivo tiene antecedentes de anorexia nerviosa. Este factor en concreto no ha sido estudiado por nosotros, pero sí hallamos, en nuestra población infantil, mayor presencia de "alteraciones oroalimentarias" en el trastorno obsesivo (24,5%) que en el trastorno fóbico (18,2%).

Mendiguchía⁽³⁴⁾ afirma que una gran parte de los pacientes afectos de bulimia, adolescentes femeninas muchas de ellas, muestran rasgos obsesivos de personalidad. El atracarse de comida tiene una gran relación con las compulsiones y algún autor como Rosen y Leitemberg dicen claramente que es un trastorno obsesivo-compulsivo.

Referente a la anorexia mental, Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a varios autores como Shyrley y Kanner que la adjudican a la neurosis obsesiva, y a Laboucarie y Barres, que distinguen una forma obsesiva y una forma fóbica entre varios tipos de anorexia.

270 Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita aún a otros autores que relacionan el trastorno obsesivo, el trastorno fóbico y la ansiedad mental: Gallot-Saulnier, Asperger, Jeammet, Chinchilla Moreno, Di Cagno y cols., y Dally y Gómez.

Nuestros resultados confirman la presencia de "alteraciones oroalimentarias" especialmente en el trastorno obsesivo (24,5%), pero no de forma significativa.

- *Alteraciones del sueño.* Rapoport y cols.⁽⁴⁰⁾ subrayan la presencia, en todos sus casos de trastorno obsesivo, de síntomas como los trastornos del sueño, enmarcados en un cuadro depresivo.

Nuestros datos coinciden al detectarse "alteraciones del sueño" especialmente en el trastorno obsesivo (56,6%), aunque también en el trastorno fóbico (40,4%). Esta diferencia es altamente significativa estadísticamente.

- *Tics.* Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a varios autores: Janet afirma que los tics son equiparables en cierto modo a los fenómenos obsesivos genuinos. Regis distingue el tic obsesivo del psicomotor y del motor involuntario. Michaux: "los tics pueden tener el valor de una obsesión-compulsión". Kanner destaca un exceso de escrupulosidad entre los componentes de personalidad del ticoso. Levovici y Diatkine "los tics pueden tener un carácter obsesivo". En la misma línea se hallan Houzel y Bastard, Malet y Raban, Mazet y Houzel, Charcot, Cobert y cols., y Rouart.

En sentido contrario se pronuncia Ajuriaguerra⁽²⁾: "si se encuentra en los ticosos una sintomatología neurótica, en el 59% de los casos está muy lejos de ser necesariamente de tipo obsesivo".

Nuestros resultados destacan una presencia similar de "tics" en el trastorno obsesivo (29,5%) y en el trastorno fóbico (25,3%) y no de forma significativa, por lo que apuntan en la línea de Ajuriaguerra.

- *Alteraciones de conducta.* Bolton⁽⁹⁾ afirma que los niños afectados de trastorno obsesivo-compulsivo involucran a sus padres y hermanos en sus rituales, reaccionando con un humor violento cuando no le obedecen.

Toro⁽⁴⁶⁾ coincide con Bolton⁽⁹⁾, afirmando que en las obsesiones infantiles existe agresividad hacia la familia, más concretamente hacia los padres, y una forzada implicación de éstos en los rituales. También recuerda la frecuente coexistencia de depresión, trastorno que, especialmente en el niño y en el adolescente, suele cursar con irritabilidad y agresividad.

Nuestros resultados coinciden en las afirmaciones de Bolton y Toro. Destaca la presencia de "alteraciones de

conducta" en el trastorno obsesivo (64,1%) pero aún más en el trastorno fóbico (73%).

- *Alteraciones del lenguaje y del aprendizaje.* En la bibliografía revisada no hemos hallado ninguna referencia a las "alteraciones del lenguaje" (42,0%) ni a las "alteraciones del aprendizaje" (61,9%). En nuestra muestra ambas han resultado significativas en el trastorno fóbico.

V4 Alteraciones psicopatológicas

- *Rasgos depresivos.* Para Adams (1973), citado por Toro⁽⁴⁸⁾, las obsesiones en la infancia se acompañan de alteraciones del humor. En 1981, Rapoport y cols.⁽⁴⁰⁾ dicen de una manera taxativa que "todos los niños obsesivos por ellos estudiados fueron diagnosticados de depresivos y que todos ellos presentaban trastornos del sueño y algunas ideas de suicidio. Para estos autores el cuadro depresivo era en todos los casos secundario al obsesivo cuando éste llevaba uno o dos años de evolución".

Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a varios autores que también opinan que existe una base depresiva en la personalidad del obsesivo: desde Abraham en 1924 a Bollea y Giannotti en 1971.

Nuestros resultados se corresponden con estas afirmaciones, puesto que "rasgos depresivos" resultan más frecuentes en el grupo de los obsesivos (59,7%), siendo la diferencia con el grupo de los fóbicos altamente significativa estadísticamente.

Por el contrario, Marks⁽³⁰⁾ encuentra sintomatología depresiva con frecuencia, tanto en fóbicos como en obsesivos, aunque también concuerda con Rapoport⁽⁴⁰⁾ respecto a la relación obsesivo-depresión.

Nuestros resultados confirman la observación de Adams respecto a la presencia de "rasgos depresivos" en niños obsesivos.

- *Alteraciones de ansiedad.* Para Marks⁽³⁰⁾ la depresión está casi siempre asociada con ansiedad, pero la ansiedad se presenta frecuentemente sin depresión. También afirma que la depresión asociada con síntomas obsesivo-compulsivos es por lo general de la variedad ansiosa.

Bolton y cols.⁽⁹⁾ afirman que "los adolescentes obsesivo-compulsivos son ansiosos y alrededor de la mitad intentan resistir sus rituales", coincidiendo con Flament y Rapoport (1984) en que "la mayoría, reconoce que sus preocupaciones no tienen sentido y sufre asimismo depresión mayor en alguna etapa".

Nuestros resultados coinciden con Marks. En ambos grupos el nivel de "alteraciones de ansiedad" es muy elevado (79,8% trastorno obsesivo y 79,3% trastorno fóbico), pero en los obsesivos la frecuencia de "rasgos depresivos" es significativamente mayor (59,7%).

Coincidimos con Mendiguchía⁽³⁴⁾ respecto a la frecuencia de los miedos anómalos en trastornos fóbicos y obsesivos. En una investigación realizada por este autor, si bien aparecen casos aislados de miedo sin otra sintomatología, frecuentemente el miedo coincide con síntomas obsesivos y fóbicos. En las dos muestras estudiadas por nosotros, la presencia de miedos ha sido uno de los indicadores para la medición de las "alteraciones de ansiedad", que como ya hemos dicho muestra una frecuencia elevada en ambos grupos.

- *Rasgos de inhibición.* Los "rasgos de inhibición" han aparecido con mayor frecuencia en el grupo de fóbicos (57,9%) que en el de obsesivos (49,6%). Aunque ambas frecuencias son elevadas no hemos encontrado bibliografía con la que cotejarlas.

V5 Factores orgánicos

Conde⁽¹¹⁾ afirma que los trastornos obsesivos, más que los fóbicos, parecen tener etiopatogenia orgánica.

Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a Toro, quien afirma: "la base biológica de las obsesiones es muy sugerente dada la relación de las mismas en el síndrome de Gilles de la Tourette, cuya cimentación orgánica, y más concretamente genética, es cada día más favorablemente considerada".

Nuestros "factores orgánicos" investigan los antecedentes peri y postnatales en general, y los resultados no son destacables en ninguno de los dos grupos.

V6 Factores familiares

Mendiguchía⁽³⁴⁾ dice: "son pocos los autores que han estudiado el papel jugado por la familia en la génesis de las fobias y obsesiones en la infancia, aunque existen numerosos trabajos sobre la posible transmisión hereditaria de la neurosis obsesiva".

Marks⁽³⁰⁾ afirma que los familiares de niños afectados de fobias muestran una mayor incidencia de depresión y ansiedad, y que los padres tienden a incitar la dependencia en el niño fóbico. Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo, afirma que los familiares varones primogénitos presentan una gran cantidad de síntomas

obsesivo-compulsivos, y que el deterioro del paciente se generaliza menos si los familiares no participan en los rituales. Toro⁽⁴⁸⁾ también corrobora la importancia de la implicación de la familia en los rituales del paciente en la evolución del mismo.

Toro⁽⁴⁸⁾ afirma que es significativamente frecuente la presencia de trastornos obsesivos y compulsivos en los familiares, y más concretamente en los padres de los niños obsesivos. Esto ocurría en cuatro de los cinco niños estudiados por Judd⁽²⁵⁾. Asimismo, el 71,4% de los 49 pacientes que constituían la población de Adams (1973) también contaban con padres obsesivos-compulsivos. Más recientemente, Hollingsworth y cols.⁽²⁴⁾ verificaron la presencia de un 82% de padres con enfermedades graves psiquiátricas o médicas en sus 17 obsesivos. Por fin, Knölker (1983) también ha confirmado que las familias de los niños obsesivos, especialmente las madres, son mayoritariamente ansiosas y presentan comportamientos compulsivos.

Sin embargo, Rapoport y cols.⁽⁴⁰⁾ en su estudio de nueve adolescentes obsesivos no hallaron en los padres ningún trastorno fóbico u obsesivo-compulsivo, aunque detectaron una relativa frecuencia de alcoholismo. Asimismo, estudiados los 27 hermanos de sus pacientes, sólo uno de ellos pudo ser diagnosticado de obsesivo.

Pese a los resultados de Rapoport y cols., Toro⁽⁴⁸⁾ afirma que la frecuencia de obsesiones y compulsiones en los padres de estos niños es sumamente superior a la de cualquier grupo de control normal.

Adams (1973), citado por Toro⁽⁴⁸⁾, afirma que se trata de familias muy "verbales", tendentes a ignorar las reacciones emocionales de los demás, con escasos amigos íntimos, incitando muy escasamente a sus hijos a la búsqueda de amistades. Estos datos se corresponden con los hallados por Knölker (1983).

Nuestros resultados también destacan la presencia de "disfunción familiar" y "ruptura de lazos familiares" en el trastorno obsesivo (53,3% en total); pero sobresalen más en el trastorno fóbico (65,8% en total), lo cual, en la bibliografía revisada, sólo Marks corrobora para las fobias.

V7 E.E.G

Insel (1982), citado por Sánchez Planell⁽⁴⁸⁾, ha estudiado el registro polisomnográfico del sueño nocturno en pacientes obsesivos, demostrando la existencia de anomalías evidentes: acortamiento de la latencia REM,

272 reducción de la eficacia REM y también del estadio IV; estas anomalías son similares a las presentadas por pacientes depresivos endógenos, pero no han sido demostradas en pacientes ansioso-fóbicos.

Marks⁽³⁰⁾ afirma que el miedo puede presentarse como parte de una convulsión del lóbulo temporal, aunque los síndromes fóbicos y obsesivo-compulsivos están raramente asociados con epilepsia.

Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a Serrate (1966) que señala la presencia de obsesiones en niños con epilepsia y a Eliascheff (1973) para quien los estados obsesivos infantiles con perturbaciones electroencefalográficas de tipo comicial deben hacer pensar en un proceso encefalítico evolutivo. También cita a Lebovici, Heuyer y Bouvier, que se han interesado por las relaciones entre obsesiones y epilepsia y han descrito casos en los que las manifestaciones epilépticas se complican con rasgos obsesivos. Otros en los que las obsesiones se acompañan de modificaciones en los trazados EEG, y otros en los que la epilepsia se complica con temores obsesivos a la crisis.

Rapoport y cols.⁽⁴⁰⁾ afirman que el EEG de sueño de los niños con trastorno obsesivo-compulsivo es parecido al de los jóvenes con trastorno depresivo primario.

Nuestros resultados sólo confirman las tesis de Marks. Únicamente destaca la mayor proporción de EEG normal (60,2%) en el grupo de trastorno obsesivo.

V8 a V11 Tipo de Tratamiento y su evolución

Ajuriagerra⁽²⁾ afirma que "el tratamiento del síndrome obsesivo-compulsivo es bastante decepcionante".

A nivel conductual, Steketee y cols. (1982), citado por Toro⁽⁴⁸⁾, señala que la eficacia es muy elevada cuando se practican conjuntamente la prevención de respuestas y la exposición *in vivo* en el tratamiento del trastorno obsesivo. Si se utiliza exclusivamente una de las dos técnicas, los pacientes experimentan mejoras parciales y sufren más recaídas. La exposición imaginada es una técnica indicada en el caso de los miedos a supuestas catástrofes futuras.

Bolton y cols.⁽⁹⁾ en su trabajo con adolescentes obsesivos-compulsivos, también señalan la eficacia de la prevención de respuestas, paralelamente al trabajo con los padres, y en los casos más graves, los más fóbicos, exposición *in vivo*.

Kennedy⁽²⁷⁾ aconseja la terapia racional emotiva donde se enfoca críticamente al paciente sus rituales para-

lelamente a la desensibilización de las fobias implicadas. También admite la práctica de un "bloqueo total" es decir prevención de respuesta y del refuerzo de los progresos.

Marks⁽³⁰⁾ afirma que cuando la disforia (humor ansioso-depresivo) no está presente, los fármacos antidepresivos ejercen muy poco efecto sobre fobias y rituales...

Austin y cols.⁽⁵⁾ afirman que los pacientes con trastorno fóbico-obsesivo responden significativamente mejor a la clomipramina si tienen historia de otros trastornos de ansiedad.

Ferrer y Tomás⁽¹⁹⁾ administrando clorimipramina junto con psicoterapia a 26 adolescentes obsesivos obtienen un 61% de evoluciones favorables.

Sin embargo Rapoport y Mielsen (1978), citados por Toro⁽⁴⁶⁾, afirman que no es posible concluir sobre la eficacia del tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos del cuadro obsesivo en general.

Refiriéndose específicamente al trastorno fóbico, Hampe, Noble, Miller y Barrett (1973), citados por Kennedy⁽²⁷⁾, señalan que todas las fobias tienden a disminuir con o sin tratamiento en un periodo aproximado de dos años. Una causa posible de su remisión espontánea además de la pérdida de significación, es un cambio cognitivo que reduce la cualidad fóbica.

Nuestros resultados en cuanto al tratamiento psicofarmacológico coinciden con las tesis de Ferrer y Tomás, mientras divergen de las conclusiones de autores como Rapoport y Mikkelsen.

Pero en nuestro estudio, los diferentes tratamientos han resultado eficaces en la mayoría de los casos, especialmente el tratamiento mixto (antidepresivo y psicoterapia), el cual, administrado al trastorno fóbico, ha resultado el más eficaz de todos (93,1%).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio abunda en las dificultades para efectuar aportaciones claras que contribuyan a facilitar el diagnóstico diferencial entre el Trastorno Fóbico y el Trastorno Obsesivo en la infancia y la adolescencia: los resultados muestran las similitudes de ambos cuadros psicopatológicos en múltiples variables estudiadas.

Sin embargo, del análisis estadístico de los datos se pueden extraer algunas conclusiones en cuanto a aspectos diferenciales en la sintomatología secundaria de

los dos trastornos, que pueden resultar útiles para el diagnóstico diferencial en la muestra estudiada. El análisis descriptivo sugiere la necesidad de estudiar muestras más amplias. En definitiva, los resultados obtenidos permiten mantener el interés hacia futuros estudios sobre la importancia de dicha clínica acompañante como apoyo útil para un diagnóstico más fiable, y quizás, incluso para profundizar en el tema del pronóstico.

En primer lugar, las alteraciones del sueño y los rasgos depresivos son significativamente más frecuentes en la muestra de los pacientes obsesivos. Esta afirmación, además de corresponderse con la práctica clínica y la bibliografía revisada, está en línea con las hipótesis a favor de la importancia de los factores biológicos en la génesis de los trastornos obsesivos. Sin embargo, los resultados neurofisiológicos no abundarían en la misma línea.

Por otro lado, en cuanto a alteraciones del desarrollo, los pacientes fóbicos obtienen diferencias probablemente significativas a su favor en alteraciones del lenguaje y del aprendizaje. Así, los trastornos fóbicos aparecen más relacionados con trastornos en la maduración e imbricados con la dinámica familiar y los aspectos de relación afectiva. Pero los resultados neurofisiológicos orientan hacia la importancia de los aspectos orgánicos en el Trastorno Fóbico.

Sin extraer conclusiones del análisis descriptivo exclusivamente, los perfiles obtenidos para cada muestra y, sobre todo, los rasgos diferenciales encontrados resultan muy sugerentes.

La investigación de las características secundarias del Trastorno Fóbico y del Trastorno Obsesivo puede ser útil para una mayor precisión del diagnóstico diferencial y para profundizar en el conocimiento y comprensión de ambas patologías en la infancia y la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Abe K, Suzuki T. "Prevalence of some symptoms in adolescence and maturity: social phobias, anxiety symptoms, episodic illusions and idea of reference". *Psychopathology* 1986;19(4):200-205.
- 2 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray-Masson, Barcelona, 1973.
- 3 Ajuriaguerra J, Marcelli D. *Manual de Psicopatología del Niño*. Toray-Masson, Barcelona, 1982.
- 4 American Psychiatric Association *DSM-III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona, 1988.
- 5 Austin LS, Lydiard RB, Fossey MD, Zealberg JJ, Laraia MT, Ballenger JC. Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51(11):456-458.
- 6 Bergeret J. *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona: Toray-Masson, 1975.
- 7 Bernard RC, Newman SC, Orn H. Age of onset of psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1988;338:43-49.
- 9 Bolton D, Collins S, Steinberg D. The treatment of obsessive-compulsive disorders in adolescence: a report of fifteen cases. *Br J Psychiatry* 1983;142:456-464.
- 10 Boyd JH, Rae DS, Thompson JW, Burns BJ, Bourdon K, Locke BZ, Regier DA. Phobia: prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1990;25(6):314-323.
- 11 Conde V, Ballesteros MC. Introducción. *Rev Neuropsiqu Infanto Juvenil* 1987;10:13-22.
- 12 Días MP, Esquete C. Miedos y fobias infantiles. *Rev Neuropsiqu Infanto Juvenil* 1985;5(1):147-156.
- 13 Dugas M, Smadja B. La semiologie obsessionnelle chez l'enfant. *Rev Pract* 1980;17:1085-1094.
- 14 Duche DJ. *Les névroses infantiles*. E.M.Ch. 4101 L, 1970.
- 15 Elkins R, Raport JL, Lipsky A. Obsessive compulsive disorders of childhood and adolescence. A neurobiological viewpoint. *J Child Psychiatr* 1980;19(2):511-522.
- 16 Ellenberger HF, Murphy H.B.M. Les névroses et les états mineurs. E.M.Ch 37725 B, 1978.
- 17 Erdman HP, Klein MH, Greist JH, Bass SM, Bires JK, Machtinger PE. A comparison of the Diagnostic Interview Schedule and clinical diagnosis. *Am J Psychiatry* 1987;144(11):1477-1480.
- 18 Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson, 1978.
- 19 Ferrer R, Tomás J. Psicofarmacología en los síndromes obsesivos. *Rev Neuropsiq Infanto Juvenil* 1984;4(2):35-39.
- 20 Green A. *Obsessions et Psychonévrose obsessionnelle*. MCh. 37370 A-D, 1965.
- 21 Handl, Wittchen H-U. *Panic and Phobias*. I-II. Springer-Verlag 1988.
- 22 Hardy MC, Hardy P, Kerneis O. Sémiologie des condites anxieuses. E.M.Ch 37112 A, 1985.
- 23 Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics Spring* 1992;33(2):156-165.
- 24 Hollingsworth CE, Tangvay PE, Grossman L, Pabst P. Longterm outcome of obsessive-compulsive disorder in children. *J Am Acad Psychiatry* 1980;19:134-144.

- 274 25 Judd LL. Obsessive compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatry* 1965; **12**:136-143.
- 26 Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins 5ª ed. 1-2.
- 27 Kennedy WA. Obsessive-compulsive and phobic reactions. En: Ollendick TH, Hersen M, eds. *Handbook of Child Psychopathology*. New York: Plenum Press, 1983.
- 28 Kohler CD, Martin. Manifestations phobo-obsessionnelles chez l'enfant. *Psychiatr Enf* 1974; **17**:341-409.
- 29 Krieg JC, Bronisch T, Wittchen HU, Von Zerssen D. Anxiety disorders: a long-term prospective and retrospective follow-up study of former in patients suffering from an anxiety neurosis or phobia. *Acta Psychiatr Scand* 1987; **76**(1):36-47.
- 30 Marks IM. *Miedos, fobias y rituales*. Ed. Martínez Roca, Barcelona I-II 1991.
- 31 Mathews AM, Gelder MG, Johnston DW. *Agorafobia, naturaleza y tratamiento*. Fontanella, Barcelona, 1985.
- 32 Mazet Ph, Rabain D. *Les troubles névrotiques chez l'enfant*. E.M.Ch. 4101 L, 1985.
- 33 McKeon P, Murray R. Familiar aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; **151**:528-534.
- 34 Mendiguchía FJ. Miedos, fobias y obsesiones en la infancia y la adolescencia. *Rev Neuropsiqu Infanto-Juvenil* 1987; **10**:23-134.
- 35 Müller N, Durst Ph, Straube A, Müller Sphan F. Une contribution au diagnostic différentiel des syndromes obsessionnels et compulsifs *J Psychiatrie Biologique et Thérapeutique* 1989; **33**:37-42.
- 36 OMSCIE-10: *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ed. Meditor, Madrid, 1992.
- 37 Perrier F, Conte C. *Névrose phobique*. E.M.Ch., 37368 A, 1964.
- 38 Petersen A, Lehmkuhl G. The course of phobia in children and adolescents: a catamnestic study. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1990; **18**(1):12-17.
- 39 Piedimonte RB, Goldin MA. *Diálogos sobre Psicopatología. II. La Fobia*. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1978.
- 40 Rapoport J, Elkins R, Langer DH, Sceery W, Buchsbaum MS, Gillin JC, Murphy DL, Zahn TP, Lake R, Ludlow C, Mendelson W. Childhood obsessive-compulsive disorders. *Am J Psychiatr* 1981; **138**(12):1545-1554.
- 41 Rodríguez MA. *Trastornos fóbico-obsesivos en la infancia y adolescencia: revisión de 159 casos*. Trabajo del Master en Psiquiatría Infanto-Juvenil. U.A.B., 1992.
- 42 Rolla EH. *Personalidad fóbica*. Ed. Kargieman, Benos Aires, 1970.
- 43 Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR, Bolduc EA, Chaloff J. Behavioral inhibition in children: a possible precursor to panic disorder or social phobia. *J Clin Psychiatry* 1991; **52**:5-9.
- 44 Sabanés F, Salvador L, Bueno JA. Trastornos de Ansiedad. *Medicine* 1986; **69**:2839-2846.
- 45 Swedo SE, Rapoport JL, Harmatz JS, Engelhardt N, Shader RI. Trastornos obsesivo-compulsivos en niños y adolescentes. *Archives of General Psychiatry by the American Medical Association* 1989; **46**:4.
- 46 Toro J, Alga J, Doménech E. *Las obsesiones en Psiquiatría Infantil*. Act. XI Congreso Nacional Neuropsiquiatría 1971:365-384.
- 47 Torgensen S. The nature and origin of common phobic fears. *Br J Psychiatry* 1979; **134**:343-351.
- 48 Vallejo J. *Estados obsesivos*. Salvat Medicina, Barcelona, 1987.
- 49 Vallejo J. Estados obsesivos. *Medicine* 1986; **69**:2847-2853.
- 50 Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affective Disord* 1991; **21**(2):93-99.

Anexo 1 Cuadros

<i>V1 Género</i>		<i>M1</i>	<i>M2</i>		<i>V6 Factores familiares</i>	<i>M1</i>	<i>M2</i>		
<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>		%	<i>N</i>	%	
Masculino	96	60,4	80	63,5	Disfunción familiar	68	53,9	72	45,2
Femenino	63	39,6	46	36,5	Ruptura lazos fam.	15	11,9	13	8,1
Total	159	100	126	100	Adopción	2	1,5	1	0,6
					Total	85		86	
<i>V2 Lugar fratría</i>		<i>M1</i>	<i>M2</i>		<i>V7 E.E.G.</i>	<i>M1</i>	<i>M2</i>		
<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>		%	<i>N</i>	%	
Primogénito	72	45,3	46	36,5					
Mediano	23	14,5	21	16,7	Normal	29	40,8	56	60,2
Benjamín	46	28,9	32	25,4	Alterado	42	49,2	37	39,8
Hijo único	16	10,1	27	21,4	Total	71		93	
Gemelo	2	1,3	0	0					
Total	159	100	126	100					
<i>V3 alteraciones del desarrollo</i>		<i>M1</i>	<i>M2</i>		<i>V8 Tipo de tratamiento</i>	<i>M1</i>	<i>M2</i>		
<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>		%	<i>N</i>	%	
A. oroalimentarias	23	18,2	39	24,5	Psicofarmacológico	14	14,6	15	11,0
Alt. sueño	51	40,4	90	56,6	Psicoterapéutico	24	25,0	6	4,4
Alt. psicomotoras	16	12,6	16	10,0	Mixto	58	60,4	115	84,6
Tics	32	25,3	47	29,5	Total	96	100	136	100
Alt. lenguaje	53	42,0	37	23,2					
Alt. esfinteriales	45	35,7	37	23,2	<i>V9 Evolución tratamiento psicofarmacológico</i>	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Alt. conducta	92	73,0	102	64,1	Ineficaz	2	14,3	3	20,0
Alt. aprendizaje	78	61,9	59	37,1	Eficaz	12	85,7	12	80,0
Total	390		427		Total	14	100	15	100
<i>V4 Alteraciones psicopatológicas</i>		<i>M1</i>	<i>M2</i>		<i>V10 Evolución tratamiento psicoterapéutico</i>	<i>M1</i>	<i>M2</i>		
<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>		%	<i>N</i>	%	
Alt. ansiedad	100	79,3	127	79,8	Ineficaz	0	0	0	0
Somatizaciones	42	33,3	50	31,4	Eficaz	24	100	6	100
Alt. psicósomáticas	13	10,3	9	5,6	Total	24	100	6	100
Rasgos inhibición	73	57,9	79	49,6					
Rasgos depresivos	42	33,3	95	59,7					
Carencia afectiva	49	38,8	43	27,0	<i>V11 Evolución tratamiento mixtos</i>	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Rasgos distímicos	28	22,2	51	32,0	Ineficaz	4	6,9	13	11,3
Total	347		454		Eficaz	54	9,31	102	88,7
					Total	58	100	115	100
<i>V5 Factores orgánicos</i>		<i>M1</i>	<i>M2</i>						
<i>N</i>	%	<i>N</i>	%						
Fact. perinatales	9	7,1	18	11,3					
Fact. postnatales	15	11,9	13	8,1					
Total	24		31						

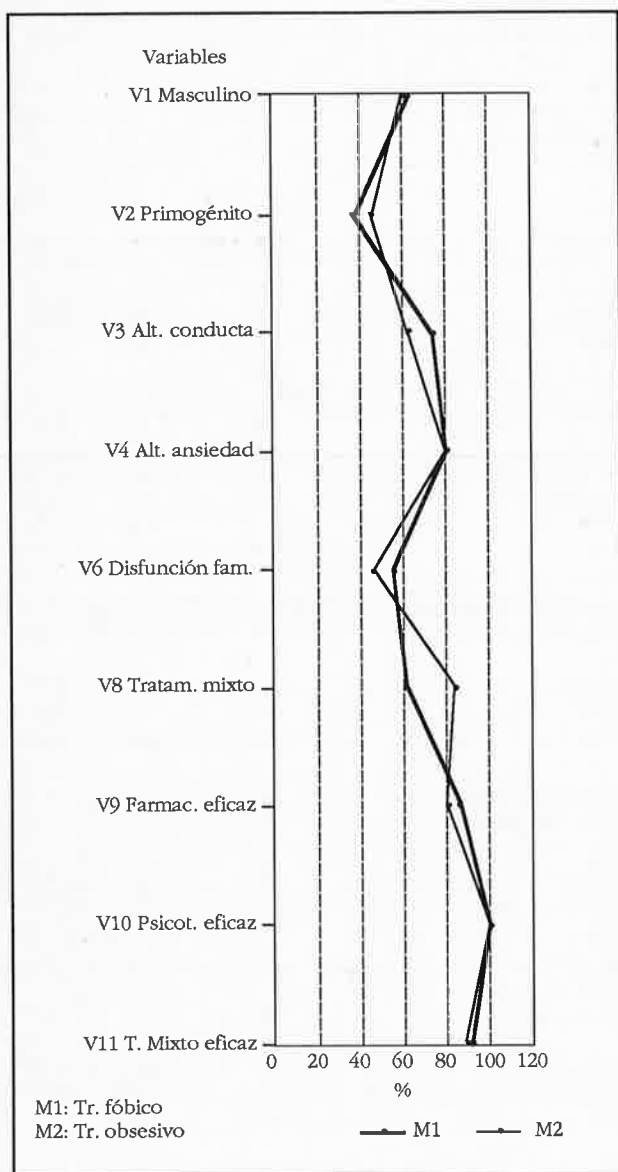


Figura 1. Comparación variables M1/M2. Valores máximos.

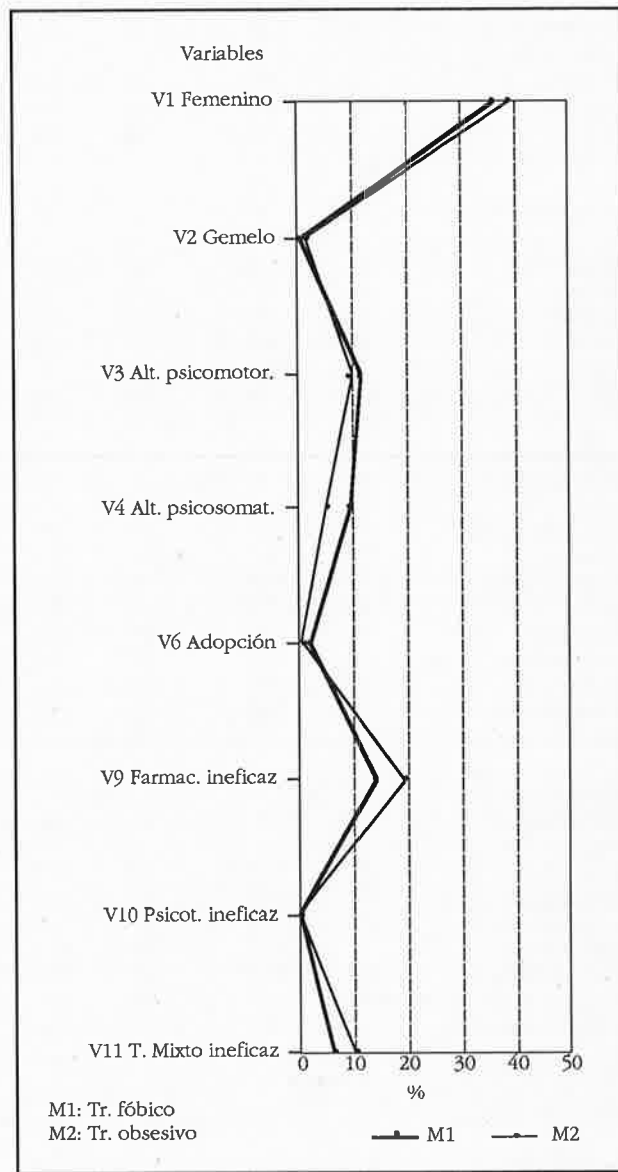


Figura 2. Comparación variables M1/M2. Valores mínimos.

C. Gómez-Ferrer¹
A. Fernández²
L. Coy³
J. M. Peñalver⁴
D. Barcia^{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⁽³⁾ 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⁽⁴⁾, Kanner⁽⁵⁾, 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) Reeducciones: 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

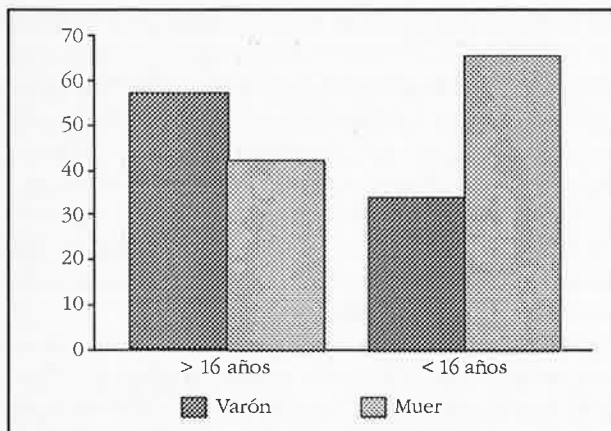


Figura 1. Urgencias: Porcentajes de sexos por edad.

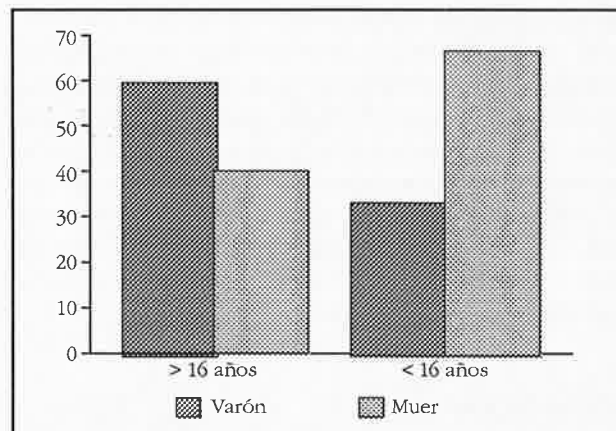


Figura 2. Hospitalización: Porcentajes de sexos por edad.

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, Hipersomnia.

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.

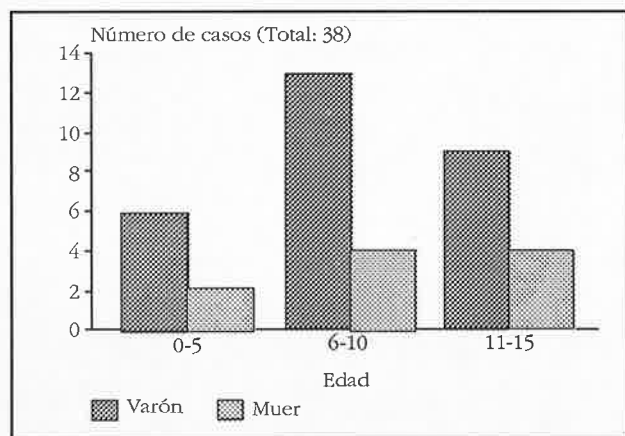


Figura 3. Trastornos de conducta. Frecuencias por edad y sexo.

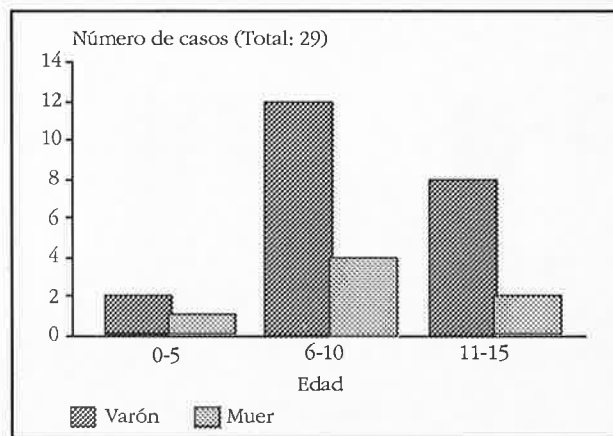


Figura 4. Trastornos de relaciones familiares. Frecuencias por edad y sexo.

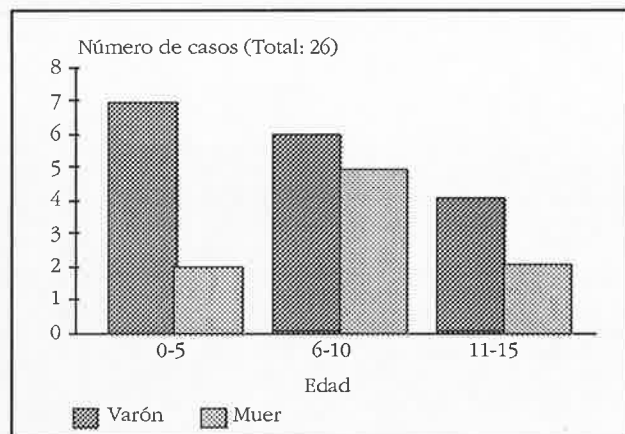


Figura 5. Trastornos de alimentación. Frecuencias por edad y sexo.

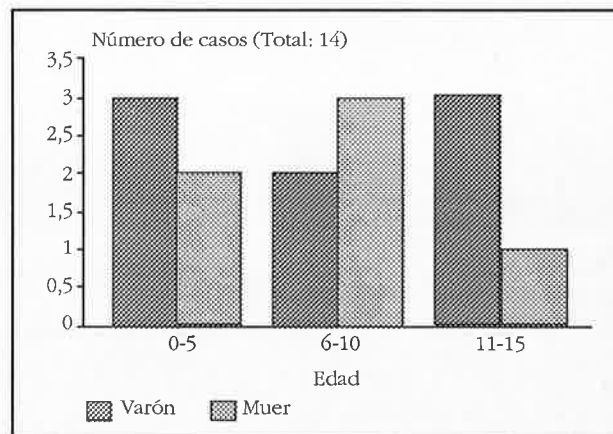


Figura 6. Trastornos de ansiedad. Frecuencias por edad y sexo.

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 psicossomáticos

Comprenden la ansiedad generalizada, crisis agudas de ansiedad, ansiedad de separación y evitación, mutismo selectivo y los diversos problemas psicossomáticos. 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.

287

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, París, 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, Koupemik 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 Psiqu 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. Problèmes 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 régional. *Arch Fr Pediatr* 1985;42:459-464.

C. Gómez-Ferrer
A. Fernández
I. 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, Schindeldecker R. Aggressive 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.

SÍNDROME DEL CROMOSOMA X FRÁGIL. CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El síndrome del cromosoma X frágil es un trastorno descrito recientemente (1977), bastante frecuente. Se estima su incidencia en alrededor de 1/1.300 recién nacidos varones y en alrededor de 1/2.000 recién nacidas hembras, siendo la segunda causa genética más común de retraso mental grave y moderado (Bregman y cols. 1987) y la causa más frecuente de retraso mental hereditario, pues sigue un patrón atípico de herencia ligada al cromosoma X, donde el 30% de las mujeres portadoras sufre de retraso mental y tienen un riesgo aproximado del 50% de tener hijos afectados.

Clínicamente el síndrome del cromosoma X frágil consiste fundamentalmente en un retraso mental de grado variable, facies dismórfica, macroorquidismo asociado en ocasiones a trastornos de conducta y manifestaciones clínicas que se han relacionado con una displasia del tejido conectivo.

El diagnóstico y detección de portadores sanos y enfermos se puede realizar a través de un análisis molecular y/o citogenético. El primero se basa en la demostración de la secuencia alterada del DNA a nivel del brazo largo del cromosoma XXq27,3 en el gen FMR 1. La mutación parece ser un incremento-inserción en el número de repeticiones CGG que se encuentran en un exón del referido gen. Mediante el análisis citogenético se inducen estas localizaciones frágiles en el brazo largo del cromosoma X al incubar sus células en un medio bajo en ácido fólico, timidina y citidina.

MOTIVO DE CONSULTA

Acude a la consulta un varón de 11 años con la madre y la tía materna por presentar trastornos de conducta, dificultades escolares y trastorno del lenguaje.

Lo primero que nos llama la atención es su facies alargada con el mentón prominente, la frente amplia, las orejas grandes, un ligero exoftalmos y la mirada huidiza. Tiene los ojos marrones y la piel clara.

Durante la consulta se muestra muy inquieto tocándolo todo y moviéndose de un lado a otro. Se hace difícil establecer un *rapport* adecuado que finalmente realizamos a través de muñecos. El lenguaje es confuso, pobre, con problemas en la articulación de determinadas sílabas.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Es el segundo de una serie de tres hermanos. Todos ellos presentan trastorno de conducta, del comportamiento y difi-

cultades escolares, con un retraso en el desarrollo psicomotriz; el mayor está diagnosticado de una encefalopatía congénita. Tienen dos primos hermanos por línea materna con igual sintomatología y menor edad. Físicamente también se parecen.

No existe consanguinidad entre los padres. Él es agricultor y la madre se dedica a sus labores. El abuelo materno está diagnosticado de una demencia de Alzheimer. El nivel sociocultural es medio bajo.

ANTECEDENTES PERSONALES Y CLÍNICA ACTUAL

El embarazo y parto habían sido normales. Desde el inicio fue evidente el retraso en el desarrollo psicomotriz, psicoafectivo y del lenguaje.

Comenzó la escolarización a los cuatro años, manifestando dificultades de adaptación e integración. Desde hace dos acude a un Aula de Educación Especial donde ha progresado notablemente aunque podría haberlo hecho más -según refiere la maestra- si no fuera por la inquietud y distraibilidad del niño.

Hasta hace poco le gustaba jugar, solo, con muñecos a los que destrozaba hablando y gesticulando. Se muestra violento y agresivo con los hermanos y otros niños con los que rara vez juega.

Con los padres es cariñoso, siendo la relación más estrecha con la madre que con el padre, para el que es un problema y prácticamente ignora.

Tiende a usar el pronombre *tu* en lugar del *yo*. Le gustan los programas de dibujos animados que ve moviéndose repetitivamente en forma de balanceo.

No tolera bien los cambios en su entorno.

EXPLORACIÓN CLÍNICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración neurológica fue normal. No se objetivaron anomalías somáticas.

El test de Goodenough mostró una edad mental de seis años y nueve meses.

La analítica general, incluyendo pruebas tiroideas, serología de lues, anticuerpos antisarampión, aminoácidos fraccionados en sangre y orina fueron normales.

EEG: Trazado de base dentro de patrones evolutivos normales y sobre el que se recoge una disfunción subcortical de proyección temporal bilateral. T.C. y R.M. de cráneo: normales.

El Cariotipo mostró una fórmula cromosómica 47 XY. La determinación del cromosoma X frágil fue positiva.

PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

M. J. Mardomingo Sanz

Ed. Díaz Santos. S.A. Madrid, 1994. Cartoné 657 págs.

La aparición de un manual de Psiquiatría del niño y del adolescente, en lengua castellana, es realmente un motivo de satisfacción e interés. Desde el manual publicado por Mendiguchía, ya hace algunos años, ningún autor español se había decidido de nuevo a reiniciar tal tarea, de por sí imprescindible y totalmente necesaria tanto para la puesta al día del temario de nuestra especialidad en perspectiva cultural hispana, como para ofrecer un texto que facilite la formación continuada.

La Dra. Mardomingo es profesora en la Complutense de Madrid y Jefe de la sección de Psiquiatría de la Infancia y la Juventud del Hospital Universitario Gregorio Marañón de la misma capital, como ella misma dice es hija del Gregorio Marañón, donde se forma como especialista en psiquiatría y en pediatría. Lo que quizás no es tan conocido es que su formación se completó en la UCLA (California University, Los Angeles) y después en el New York University Medical Center.

Mardomingo ha escrito una obra, en mi opinión excelente; el lenguaje es llano y claro y se aprecia en sus líneas la dilatada experiencia clínica y el sentido común que todos los que frecuentamos las reuniones y congresos de nuestra Asociación Española de Psiquiatría Infantil y de la Juventud sabemos que la autora tiene.

La obra es amplia y escueta al mismo tiempo; es amplia al tratar temas de interés general como la historia de nuestra especialidad junto a la investigación y docencia en nuestro campo, al mismo tiempo que los síndromes clínicos y su orientación terapéutica más adecuada, pasando por los temas neurofisiológicos, neurobiológicos y de maduración imprescindibles para la comprensión clinicoterapéutica de nuestros pacientes.

Mardomingo, en los capítulos dedicados a la clínica, se ha ceñido en lo posible a las clasificaciones internacionales por todos aceptadas, pero quiero felicitarla porque en su exposición clínica ha sabido mantener un criterio de libertad didáctica y ha conservado aquellos síndromes que, si bien alguno no está contemplado en las clasificaciones actuales es de todos conocido y aceptado. Tanto el DSM-III-R, como la ICD-10, carecen por la complejidad de la psiquiatría infantil del suficiente rigor y amplitud como para que los profesionales de la psiquiatría infantil y de la juventud nos sintamos totalmente cómodos en su utilización cuando tenemos que catalogar a un paciente.

La obra es tan recomendable para los profesionales como sobre todo para aquellos que precisan de un manual básico de psiquiatría infantil y en ello iba cuando decía que su exposición era amplia y escueta, puesto que la autora, en esta obra,

tan sólo se fundamenta en aquellos hallazgos y conocimientos aceptados como científicamente comprobados en nuestro campo. Tal rigor convierte la exposición en escueta y por ello presenta en la mayoría de sus capítulos una utilidad práctica poco frecuente en muchísimos textos de notable prestigio de nuestra especialidad.

J. Tomás

ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. EL PESO DE LA CULTURA

Anne Guillemot y Michael Laxenaire

*Editorial Masson, S.A. Barcelona, 1994.
Rústica, 149 págs.*

Desde las primeras descripciones propiamente clínicas realizadas por Lasègue y Gull en 1873 hasta la actualidad, los trastornos de las conductas alimentarias, especialmente la anorexia y bulimia, han adquirido un mayor interés progresivamente, y no únicamente desde una perspectiva unifactorial sino valorando la importancia del ya tan conocido y aceptado aspecto "psico-bio-social".

Los autores inciden especialmente en la influencia sociocultural sobre dichas alteraciones de la conducta alimentaria, mediante estudios comparativos realizados en diferentes países, e incluso, distintos continentes.

El principal interés que aporta la lectura de este libro radica en los aspectos filosóficos y antropológicos referentes al origen, génesis y desarrollo evolutivo de dichos trastornos, sin que aparezca sistemáticamente sintomatología médico-psiquiátrica tan conocida por todos los profesionales de la salud mental.

Es de agradecer que en ocasiones aparezcan trabajos dinámico-analíticos complementando estudios clínico-evolutivos facilitadores de nuevos planteamientos a través de los cuales podamos llegar a conclusiones distintas y diversas hipótesis, con las que modificar, alterar y, por qué no decirlo, sustituir paradigmas establecidos que ya no pueden sostenerse por falta de una base sólida suficientemente arraigada por el continuo proceso de experimentación, avance tecnológico y conocimientos de la sociedad científica actual.

Cultura y Sociedad, tan determinantes e influyentes en nuestro quehacer cotidiano, son los puntales a partir de los que A. Guillemot y M. Laxenaire, exponen su amplia, completa y global visión de una de las patologías más estudiadas en estos últimos años: los trastornos de las conductas alimentarias.

S. Arxé Closa

JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD

Secretaría: Dra. R. Vacas. C/ Gran Vía de les Corts Catalanes, 575 pral. 1ª; 08011 Barcelona. Tel. (93) 323 43 52.

Sede: Sala de actos Hospital General Vall d'Hebron.
Barcelona 13 y 14 de enero de 1995

RUPTURES: SOCIÉTÉS EN CRISE ET SANTÉ MENTALE

Secretaría: Mercure Communication International. 69, rue Ampere; 75017 París (Francia). Tel. 33-1-44 01 23 19. Fax. 33-1-47 63 52 78.

Sede: Palais des Congrès-2, place Pte-Maillot, 75017 París.
París 16 al 18 de febrero de 1995

CONGRESO EUROPEO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL

Información e inscripciones: Presidente del Congreso: Prf. Van Engeland, actual Presidente del ESCAP.

Utrecht (Holanda) del 17 al 20 de septiembre de 1995

PRIMERAS JORNADAS NACIONALES DE HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA. ORÍGENES Y FUNDAMENTOS DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA

Organiza: Asociación Española de Neuropsiquiatría (Sección de Historia de la Psiquiatría). *Secretaría:* Camino de Rubín, s/n 33011. Oviedo. Telf. (98) 511-18-21 Fax: (98) 511-15-18.

Oviedo, del 30 de marzo al 1 de abril de 1995

REVISED ESCAP CONSTITUTION

May 1993

1. The European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) shall have as its aims:
 - a) To foster the European tradition of child psychiatry.
 - b) To facilitate and extend the bonds between physicians practising child psychiatry in European countries.
 - c) To spread the results of research and experience in this branch of medicine by publishing reports and organising scientific conferences and meetings.
 - d) To collaborate with international organisations with the same or related aims.

2. ESCAP shall be the federative body of the national societies for child psychiatry in European countries, consisting of those societies who wish to belong to the Union and are recognised by the Union or of individuals.
3. ESCAP shall be composed of:
 - a) full members
 - b) associate members
 - c) corresponding members, and
 - d) honorary members.
4. Full membership is open to all physicians residing in Europe working in child psychiatry, either in their practice or in research.
Members of national societies of child psychiatry incorporated in ESCAP shall automatically be full members of the Society.
Membership of the Society should be restricted to one national society per country except in exceptional circumstances (eg Flemish speaking and Francophone Belgium). Where there is more than one national society, the various national societies are encouraged to co-operate to ensure all such societies are in touch with ESCAP. In case of failure of agreement the Board should decide which society should be in membership.
All individual categories of membership should be abolished and individuals should only be members of ESCAP by virtue of their membership of their national societies.
5. Physicians or non-physicians living in Europe who are particularly interested in the aims of the federation and who wish to help ESCAP may become associate members.
6. Child psychiatrists or representatives of related disciplines able to further the interest of ESCAP residing outside Europe may become corresponding members.
7. Persons who have made outstanding contributions to child psychiatry or in a field bordering on child psychiatry may be made honorary members.
8. Applications for full or associate membership should be addressed to the President and dealt with by the Board in compliance with articles 4 and 5.
Full members of ESCAP may nominate candidates for corresponding (Art. 6) or honorary (Art. 7) membership. The Board shall decide, by a simple majority vote, what type of membership shall be granted, in compliance with the provisions in articles 4 to 7.
9. The membership dues, to be paid only by full or associate members, shall be fixed by the Board. The national societies shall pay an annual fee corresponding to the number of their members and article 17.
10. Membership of ESCAP shall terminate:
 - a) On the member's death.
 - b) On a written request for resignation addressed to the President.

296

- c) On non payment of dues despite two reminders.
d) On decision of the Board because of acts prejudicial to the interest of ESCAP.
11. ESCAP shall organise a main conference every three or four years, which will incorporate a meeting of the General Assembly. The President, Secretary and Treasurer shall present their reports, and the Board of ESCAP will be elected at this meeting.
12. The Board of ESCAP shall be composed of full members acting in the following capacities:
a) President.
b) Vice-President, ten at the most.
c) Secretary.
d) Treasurer
13. The President shall be elected at each General Assembly. He or she shall not be eligible for re-election. Vice-President shall be eligible for re-election but subject to half being replaced by new officers at every General Assembly. The Secretary and Treasurer should be elected by the Board from among the maximum of ten Vice-Presidents. The immediate past President should be an additional member of the Board.)
Should any officers retire before the date of next General Assembly, the Board is empowered to choose their successors, and these shall remain in office until the next General Assembly.
Whenever votes are equally divided, the President shall have the casting vote. At least five members of the Board must be present for its decisions to be valid.
14. The President and the Vice-Presidents shall be elected after consulting the national societies, regard being paid to regional interests and claims. The Vice-Presidencies should preferably be assigned in consecutive order from one country to another.
15. The Board shall manage the business of ESCAP. It shall administer its finances and organise its conferences and meetings.
The President shall be legal representative of ESCAP. He or she may appoint another member of the Board to act for him or her.
16. The invitations to conferences and meetings shall be sent to all members of the Society at least two months before the date of the conference or meeting in question. An agenda with accompanying documents should be sent to National Societies at least two months before the General Assembly.
17. All members of ESCAP have the right to attend the General Assembly. Each country represented in ESCAP shall be granted the following number of votes:
One vote for up to 60 full members.
Two votes for 61 to 150 full members.
Three votes for more than 150 full members.
Decisions shall be carried by a simple majority vote.
The proceedings of the General Assembly and the decisions taken shall be recorded, and the minutes signed by the President and Secretary, or their substitutes.
18. A two-thirds majority of the voting members is required for any amendment in the constitution.
19. ESCAP cannot be dissolved or combined with another organisation unless a third of all voting members so agree, and unless the step is authorised by two-thirds of the voting members present at the following General Assembly. Should ESCAP be dissolved, the disposition of its assets shall be decided upon by a two-thirds majority of the members at last General Assembly.
20. These articles were adopted by the members at the General Assembly in Stockholm on September 2nd, 1971.
Modifications agreed at Board meetings in London 10.9.91, and in Utrecht 12.3.93.

MARÍA DEL PILAR MIRAVETE FUERTES†

El pasado 15 de septiembre de 1994 falleció de forma inesperada nuestra compañera M^a del Pilar Miravete Fuertes, psiquiatra infantil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y profesora asociada de la Facultad de Medicina. Miembro de la Asociación de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Desde hacía más de veinte años venía desempeñando este trabajo de forma continuada y ejemplar.

Discípula de los Profesores Rey Ardid y Serrate Torrente, a lo largo de su ejercicio profesional publicó diversos trabajos de investigación, destacando su Tesis Doctoral que versó sobre "Los tests de mancha de tinta en los niños". En este número de la revista aparece su último trabajo, en colaboración con algunos de sus compañeros de ejercicio profesional.

Hemos perdido a una gran persona y excelente profesional, y de ello queremos dejar constancia los compañeros que hemos compartido durante tantos años las mismas inquietudes.

*A. Bonals Pi
J.M. Velilla Picazo*

DANIEL CORREA FERRER†

El pasado 2 de agosto de 1994 falleció en Orihuela el Dr. Daniel Correa Ferrer, médico psiquiatra infantil y general. Miembro de la Asociación de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Profesional de renombre en la Vega Baja del Segura, entregado a su profesión, así como a diversas actividades altruistas de apostolado familiar y parroquial.

Dirección de envío _____

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Suscríbame a:

☐ **REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL**
(4 números al año)
5.900 Ptas.

Impuestos y gastos de envío incluidos _____

☐ Mediante talón nº _____
que adjunto

☐ A través de mi cuenta bancaria
(cumplimento autorización adjunta)

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____

Banco/Caja de ahorros _____ Nº Suc. _____

Calle _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Cuenta Cte. o Ahorro N.

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco o caja Oficina Control Nº cuenta (10 dígitos)

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta corriente con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **Editorial Garsi, S. A.**

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:
Editorial Garsi, S. A.
Juan Bravo, 46
280206 Madrid
Tel. (91) 402 12 12
Fax. (91) 402 09 54

_____ de _____ de 199__

Precios de suscripción válidos hasta el 31 de diciembre de 1995



enuresis nocturna

un trastorno de gran prevalencia

el 50% de los enuréticos nocturnos permanecen ocultos

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.
Pº de la Habana, 15 28036 Madrid.
Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17

famix



Minurin[®] Desmopresina

Aerosol nasal 5 ml

única respuesta actual y eficaz
al tratamiento fisiológico de la enuresis nocturna

MINURIN Aerosol nasal. Desamino-8-D-Arginina-Vasopresina acetato (DDAVP), es una sustancia sintética análoga a la hormona antidiurética natural, careciendo de actividad presora y de efectos secundarios, además de poseer una acción antidiurética prolongada. Composición Cuantitativa: Por 100 ml Desmopresina (D.C.I.) 10 mg Excipiente c.s.p 100 ml. Un ml de solución contiene 0,1 mg de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg de Desmopresina. Indicações: Enuresis nocturna. Diabetes insípida. Posología: Enuresis nocturna: 10 a 40 mcg antes de acostarse (1 a 4 insuflaciones). Diabetes insípida: Adultos: 20 a 40 mcg por día (2 a 4 insuflaciones), repartido en dos dosis. Niños: 10 a 20 mcg por día (1 a 2 insuflaciones), repartido en dos dosis. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la Desmopresina. Precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: No se han descrito. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: Son muy raros. En dosificaciones muy altas puede ocurrir ligero dolor de cabeza y moderado aumento de la presión sanguínea que desaparecen cuando la dosificación se realiza correctamente. Intoxicación y su tratamiento: No se conocen casos de intoxicación. No se conoce un específico antídoto. En los posibles casos de sobredosis, la dosis debe ser reducida, disminuir la frecuencia de la administración o suprimir el medicamento de acuerdo a la seriedad de la situación. Si la considerable retención de líquido es causante de preocupación, se puede inducir diuresis con un salurético como la furosemida. Condiciones para su conservación y almacenamiento: Entre 2° y 8° C. Presentación: Un frasco-aerosol de 5 ml. P.V.P. (IVA): 5.215 Ptas.

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.
Pº de la Habana, 15 28036 Madrid.
Tel. 91/564.26.33. Fax 91/563.02.17

famix