

Año 1994

Nº 3

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



 EDITORIAL GARSÍ, S.A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil



**PROGRAMA INTEGRADO DE EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
«TEST BARCELONA»**

**NORMALIDAD, SEMIOLOGÍA Y
PATOLOGÍA NEUROPSICOLÓGICAS**

J. PEÑA-CASANOVA

Formato 17x24 cm., 280 páginas y 44 figuras.
Encuadernado en cartón. © 1991

- En la exploración neuropsicológica no existen recetas ni un enfoque ideal, pero, dentro de las dificultades intrínsecas de ésta, el programa propuesto representa un indudable avance para la neurología y la neuropsicología clínicas. El avance es patente si se considera que no existía nada previo similar. También significa un avance el hecho de ofrecer el estudio de una población normal representativa de nuestro medio.
- La obra constituye el elemento central del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica: además de ser una introducción teórica, expone los contenidos, la normalidad, la fiabilidad y el esquema semiológico y diagnóstico básico de los subtests incluidos.

ÍNDICE DE MATERIAS

Introducción general. Bases para un diagnóstico neuropsicológico.

1. Programa integrado de exploración neuropsicológica. Introducción general.
2. Localización de la función y evaluación neuropsicológica: aproximación neoluriana.
3. Variables del paciente y variables de la lesión en la exploración neuropsicológica.
4. Métodos de evaluación en neuropsicología. Breve panorámica general.
5. De la observación a la exploración sistematizada.
6. Valoración neuropsicológica sistemática e integrada.

Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica: objetivos, contenidos, normalización, validez.

7. Objetivos generales del programa integrado de exploración neuropsicológica - test Barcelona.
8. Análisis de resultados: proceso de normalización.
9. Aproximación al estudio de la fiabilidad y de la validez del test Barcelona.
10. Diseño y criterios de definición del perfil de normalidad.

Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas en el Test Barcelona.

11. Test Barcelona: normalidad, semiología y patología.

Aportaciones y conclusiones

12. Aportaciones generales del programa integrado de exploración neuropsicológica - test Barcelona.

TARJETA DE PEDIDO

Agradeceré remitan a mi nombre la obra:

NORMALIDAD, SEMIOLOGÍA Y PATOLOGÍA NEUROPSICOLÓGICAS. J. Peña-Casanova

ISBN: 84-311-0570-4

PVP: 8.750 Ptas. con IVA y 8.495 Ptas. sin IVA

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso,
sin recargo alguno.

FIRMA:

Nombre y Apellidos:

Dirección: n.º

Teléfono: Población:

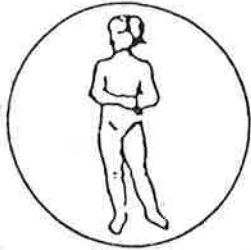
C.P.: Provincia:

Fecha de nacimiento: Especialidad:

012

Puede dirigirse a su librería habitual o enviar el cupón adjunto a:
EDICIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, S.A. - Avda. Príncipe de Asturias, 20 - 08012 BARCELONA

Número 3/1994



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 y suscripciones:

Editorial Garsi, S.A.
Londres, 17
28028 Madrid
Tel. (91) 726 08 00

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

Publicidad:

Editorial Garsi, S.A.

C/ Juan Bravo, 46
28006 Madrid
Tel. (91) 402 12 12

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

Comité de Redacción

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*
Secretario: *S. Arxé i Closa*
Vocales: A. Aguero 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: *X. Gastaminza Pérez*
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

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, podrían 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 breve	Psicopatología en la etapa escolar <i>E. Domènech Llaberia</i>	147
Artículos originales	Experiencias asistenciales en Psiquiatría Infantil: la etapa escolar y sus perfiles evolutivos y psicopatológicos <i>J.L. Pedreira Massa, P. Martín Martínez de Toda, A. Fernández Villar</i>	152
	Análisis de la demanda asistencial en Psiquiatría Infantil en la edad escolar <i>M.J. Mardomingo, M.C. Díaz, A. Espinosa</i>	162
	Características de la población de 6-11 años visitada en la sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona <i>L. Lázaro i García, J. Toro i Trallero</i>	172
	Análisis de la demanda en población infanto-juvenil en Galicia <i>M.D. Domínguez Santos, A. Gómez Gracia, J.A. Mazaira Castro</i>	177
	Perfil conductual en niños de 6-11 años recién diagnosticados de enfermedad crónica o que acaban de sufrir un traumatismo cráneo-encefálico severo: estudio comparativo <i>M.S. Ampudia, X. Gastaminza, I. Quiles, Ch. Sosa, A. Bravo, V. Navarro, R. Ortiga, J. Tomás</i>	187
	Psicopatología severa en la infancia. Aproximación diagnóstica <i>P. Carrión Martín, P. Sánchez Mascaraque, J. García-Noblejas Sánchez Migallón, M.J. Yugueros Andrés</i>	193
	Validez actual de los criterios de Barkley para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad <i>M. Catalá Angel, M. Andrés Carrasco, M. Gómez Beneyto, A. Agüero Juan</i>	198
Carta al director		203
Casos clínicos		205
Reseñas terapéuticas		210
Comentario de publicaciones		212
Agenda		213

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL**
**Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil**

S U M M A R Y

Brief commentary	School age psychopathology <i>E. Domènech Llaberia</i>	147
Original articles	Assistential experience in child and adolescent psychiatry: developmental and psychopathological profiles in school age <i>J.L. Pedreira Massa, P. Martín Martínez de Toda, A. Fernández Villar</i>	152
	Analysis of care seeking in child psychiatry during school age <i>M.J. Mardomingo, M.C. Díaz, A. Espinosa</i>	162
	Clinical features of the population between 6-11 years that attended the Child-Young Psychiatry Unit of the Hospital Clínic i Provincial de Barcelona <i>L. Lázaro i García, J. Toro i Trallero</i>	172
	Analysis of care seeking in the child-young population of Galicia <i>M.D. Domínguez Santos, A. Gómez Gracia, J.A. Mazaira Castro</i>	177
	Behavioural profile in 6-11 children suffering from a chronic illness compared with those with severe head trauma <i>M.S. Ampudia, X. Gastaminza, I. Quiles, Ch. Sosa, A. Bravo, V. Navarro, R. Ortiga, J. Tomás</i>	187
	Severe psychopathology in childhood. A diagnostical approach <i>P. Carrión Martín, P. Sánchez Mascaraque, J. García-Noblejas Sánchez Migallón, M.J. Yugueros Andrés</i>	193
	Nowadays validity of Barkley's criteria for the diagnosis of Attention Deficit Disorder with Hiperactivity <i>M. Catalá Angel, M. Andrés Carrasco, M. Gómez Beneyto, A. Agüero Juan</i>	198
Letter to the editor		203
Clinical case		205
Therapeutical summary		210
Publications commentary		212
Calender		213

E. Domènech Llaberia

Psicopatología en la etapa escolar

Catedrática de Psicopatología
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Autónoma
Barcelona.

School age psychopathology

Comunicación de la ponencia oficial.
Reunión anual SEPIJ. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En el momento actual, marcado por las subespecializaciones dentro de la psiquiatría, diversas parcelas del devenir evolutivo van adquiriendo autonomía propia. Así la psicopatología de la adolescencia, del anciano, preescolar y desde los años 80 está despegando como parcela autónoma la psicopatología de la primera infancia, es decir, de cero a tres años que ya tiene sus congresos propios, sus asociaciones internacionales y su revista científica.

La etapa de 6 a 12 años, comúnmente denominada *etapa escolar* había quedado hasta ahora un poco olvidada de esta tendencia autonómica como si no tuviera características propias y específicas o como si los niños de esta etapa no presentasen problemas psicopatológicos importantes.

¿ES LA ETAPA DE 6 A 12 AÑOS UN PERÍODO MUDO, SILENCIOSO O DE LATENCIA?

Durante un período largo de este siglo que abarca desde los años veinte hasta casi los setenta, la psiquiatría infantil del mundo occidental se ha basado casi exclusivamente en el modelo psicoanalítico. Dentro de

esta orientación los 6 a 12 años corresponden a la etapa de latencia. Se supone que el niño de esta edad ha superado ya la problemática afectiva muy importante de las etapas anteriores, oral, anal y fálica y que a partir de este momento le ocurren pocas cosas hasta que entra en la nueva crisis afectiva de la pubertad.

En los dos últimos decenios las ideas al respecto están variando considerablemente. Entre cinco y diez años el desarrollo cognitivo del niño es muy rápido. Esto permite la aparición a partir de los siete u ocho años de algunas formas psicopatológicas propias de las etapas siguientes. Una de ellas, la esquizofrenia, podría iniciarse a partir de este momento. Las depresiones infantiles constituyen otra patología importante por su frecuencia en esta etapa.

Quiero señalar que la continuidad de la patología depresiva o psicótica en muchos casos obliga a prestar una atención especial a sus inicios en la etapa escolar tanto en el caso de un principio manifiesto como en aquéllos en que aparecen signos predictores.

Considero tan importante este último aspecto que propongo que el estudio de la psicopatología de la etapa escolar se enfoque desde dos ángulos: primero el propiamente psicopatológico, es decir del estudio de las enfermedades mentales manifiestas, el segundo desde el ángulo preventivo, o sea la detección y el

- 148 estudio de los síntomas y signos de riesgo que son predictores de una patología en las etapas siguientes.

DIFERENCIAS DE EDAD Y SEXO EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

La etapa de 6 a 12 años es un período largo, sobre todo con los ojos de niño, cuya vivencia del tiempo es mucho más lenta que la de las personas mayores. No es un período homogéneo:

Los primeros dos años constituyen el tiempo de adquisición de los aprendizajes básicos y de la adaptación del niño a la disciplina de la escuela. Ésta es una etapa muy importante para adquirir unos buenos hábitos de estudio y evitar el fracaso escolar en segunda etapa. De otra parte una buena sedimentación de los aprendizajes básicos evita una mala integración del niño a la escuela e incrementa la autoestima.

Los ocho, nueve y diez años constituyen una época de estructuración cognitiva importante. Los niños de esta edad piensan mucho y son mucho más capaces de autonomía de lo que piensan los adultos. Juzgan y se sorprenden a menudo del comportamiento de las personas adultas. También se juzgan y valoran a sí mismos. Un buen autoconcepto, con una capacidad de autocrítica, es necesario para un correcto desarrollo personal. También lo es una capacidad de autocontrol y unas aptitudes de comunicación y relación con los compañeros y demás niños de su edad. Quiero remarcar que una buena relación con los iguales no suple la necesidad de una buena comunicación con la familia. Cuando esta es deficiente, como ocurre tantas veces en nuestra sociedad, la distancia entre generaciones se agranda y al llegar a la adolescencia el distanciamiento ya no se puede recuperar.

En la etapa escolar se observa una tendencia a la separación de los sexos en el juego. Los niños juegan con los niños y las niñas se reúnen entre ellas sobre todo durante el segundo de los períodos en los que he subdividido esta etapa. También existe una diferencia de sexo en lo que hace referencia a la psicopatología. Los niños son mucho más motivo de consulta psiquiátrica que las niñas. Quizá esto sea en parte debido a la mayor fragilidad mental del sexo llamado fuerte. Pero en nuestra opinión también ocurre que la expresividad sintomatológica del varón cae mucho más dentro de la

vertiente *externalizing* o externalizada y ésta es más visible y más perturbadora del ambiente escolar y familiar que la internalizada. Así, por ejemplo, el síndrome hiperquinético es unas nueve veces más frecuente en niños. En otro tipo de patologías, consideradas internalizadas, como por ejemplo la depresión, no hemos encontrado diferencias de prevalencia entre niños y niñas de esta edad⁽¹¹⁾.

En cuanto a los signos precursores de futura psicopatología la diferencia sexual es clara. Hay profundas diferencias entre chicos y chicas en los caminos evolutivos que llevan a las conductas adolescentes⁽⁶⁾. La adaptación escolar y social precoz tiene una capacidad predictiva elevada de la futura adaptación social en los varones. Se ha observado en estudios longitudinales que un sentimiento interno de bienestar psíquico en las niñas tiene continuidad con el futuro bienestar psicológico de las mujeres. Se acepta que la consulta por un trastorno psiquiátrico a los seis y siete años tiene mayor valor predictivo en niñas que en varones.

LOS PERÍODOS "CRÍTICOS" EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ETAPA ESCOLAR

Cualquier cambio de etapa o período de transición implica un esfuerzo de adaptación tanto para el niño como para su familia y lleva consigo un cierto riesgo de psicopatología.

El paso del niño de la enseñanza preescolar a primera etapa de EGB constituye una de estas etapas de transición. Ésta apenas afecta a aquellos niños que están emocional y escolarmente preparados para el cambio. Pero cuando empieza un nuevo curso un tanto por ciento de los alumnos de primero de EGB no están todavía preparados para superar la transición entre una y otra etapa. La poca flexibilidad del sistema escolar actual coloca a los niños todavía "inmaduros" cognitiva o afectivamente en una situación difícil y de riesgo. Así podríamos explicar una de las causas de los frecuentes trastornos de conducta y de rendimiento en los escolares de seis y siete años. En un estudio epidemiológico sobre trastornos psiquiátricos infantiles referidos específicamente a esta etapa efectuado en una muestra de 603 escolares de la ciudad de Atenas⁽¹⁰⁾, los niños presentaban mucha más psicopatología (39%) que la muestra de 10 y 11 años de Rutter (6% de la población de la isla de Wight) y de la otra muestra también de

Rutter de 9 a 13 años (12% de la población general de Aberdeen)⁽¹²⁾.

Otra etapa crítica dentro del período que nos ocupa sería, según algunos autores, la edad de nueve años. Así, Cederblad⁽²⁾, de la Universidad de Lund (Suecia) escribió un artículo interesante con el título: "La edad de nueve años ¿un problema de nuestro tiempo?" y otro autor sueco, Berig Lagerheim⁽⁸⁾ sostiene la existencia de una crisis depresiva a la edad de nueve años. Él mismo señala que en la clínica infantil de rehabilitación del hospital Dandereyd de Estocolmo habían observado que los enfermos inválidos que atendían sufrían una crisis a esta edad porque es cuando se hacían conscientes de sus dificultades y de su futuro incierto. ¿Será la edad de nueve años una etapa emocional difícil para la mayoría de niños?

Goodyer, Kolvin y Gatzanis⁽⁵⁾ han estudiado la relación entre el impacto de los "Life-events" y la edad en una población de la etapa escolar y no han encontrado ninguna relación. La existencia de unos períodos críticos para la psicopatología infantil ha tenido muchos detractores y defensores y todavía está por demostrar. Es posible que las épocas llamadas "críticas" no dependan únicamente de la edad sino también de muchos otros factores del entorno sociocultural de los niños.

LOS GRANDES SÍNDROMES EN LA ETAPA ESCOLAR

Los grandes síndromes psicopatológicos infantiles de la etapa escolar son tratados con muy poca amplitud y atención en las dos grandes clasificaciones internacionales de la patología mental más utilizada en la actualidad. En las dos últimas versiones, el DSM-III-R (1987) y la ICD-10 (1988), el espacio dedicado a los niños es comparativamente mucho más reducido que el referido a los adultos y consta de muchas menos categorías. De otra parte, lo que es más grave, no existe acuerdo sobre qué síndromes existen realmente en la etapa infantil. Para poner un ejemplo la ICD-10 mantiene el vocablo neurosis mientras que para el DSM-III-R esta categoría no existe.

Si comparamos el DSM-III-R, la ICD-10 y la "Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent"⁽⁹⁾, a nuestro juicio, la que tiene menos en cuenta las características específicas de la psicopatología infantil es la clasificación americana. Ésta, el

DSM-III-R, deja a muchos trastornos infantiles fuera del capítulo de "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia". La clasificación europea, ICD-10, se subdivide en diez secciones principales de las que tres están dedicadas específicamente a los trastornos infantiles: retraso mental (F7), trastornos del desarrollo (F8) y trastornos emocionales y conductuales de comienzo en la infancia y la adolescencia (F9). Pero ni en el DSM-III-R ni en la ICD-10, los trastornos del humor se encuentran dentro de las categorías que hacen referencia a la infancia. En el DSM-III-R los criterios diagnósticos de los trastornos maníacos y depresivos son similares para niños, adolescentes y adultos y no se han previsto de momento cambios en el DSM-IV.

La clasificación francesa de Misès es biaxial y se ha propuesto el objetivo de cubrir toda la psicopatología infantil. A diferencia de las dos anteriores tiene mucho más en cuenta el elemento evolutivo de las categorías diagnósticas infantiles, pudiendo utilizarse incluso para niños muy pequeños. Esta clasificación mantiene la denominación de psicosis, categoría número 1 del eje I de la clasificación. El número 2 son los trastornos neuróticos, siendo ocho el número total de categorías del eje I.

Uno de los puntos más discutidos de estas grandes clasificaciones es el caso del autismo infantil. Este forma parte de las psicosis infantiles dentro de la clasificación de Misès y no es considerado como tal por el DSM-III-R. Esta cuestión se está debatiendo en estos momentos en el Congreso sobre el autismo en la Haya y habrá que esperar los resultados de este encuentro internacional. Todas estas diferencias y discusiones no hacen más que demostrar que la psicopatología infantil del niño de la etapa escolar se encuentra todavía en una fase incipiente a pesar de los esfuerzos realizados estas últimas décadas en estudios epidemiológicos transversales y sobre todo longitudinales que han aportado un poco de claridad en las conductas psicopatológicas de la infancia y en su continuidad o discontinuidad a lo largo del desarrollo.

PRECURSORES EN LA ETAPA ESCOLAR DE CUADROS PSICOPATOLÓGICOS DEL ADOLESCENTE

El conocimiento de algunos signos y síntomas de la etapa escolar que predicen psicopatología en la adoles-

150 cencia ha sido posible gracias a los estudios longitudinales de riesgo. El seguimiento de niños pertenecientes a grupos de alto riesgo de psicopatología conjuntamente con grupos de niños controles ha permitido estudiar las características de los niños que con el tiempo caían enfermos y los que a pesar de ser niños de riesgo nunca contraían una determinada patología mental. Como señala Tsiantis⁽¹³⁾, la investigación longitudinal del riesgo constituye un arma muy eficaz para el estudio de los procesos causales y para el apresamiento de los precursores que permiten predecir una patología tardía o un comportamiento alterado en la vida adulta.

Los estudios longitudinales de Woodlawn, Kellam y cols.⁽⁶⁾, que se iniciaron en Chicago en 1963 y que continúan en la actualidad se basan en la conceptualización de dos componentes medibles en salud mental. Uno es un sentimiento de bienestar psicológico o PWB (*Psychological well-being*) y el otro es la capacidad del individuo para adaptarse a las demandas sociales en cada momento evolutivo. A este segundo factor le denominan SAS (*Social adaptational status*). Como ejemplos de fallo en el PWB están la depresión, la ansiedad y las alteraciones del contenido del pensamiento. Ejemplos de fallo en el SAS son la timidez, la conducta agresiva y los trastornos de aprendizaje.

Uno de los resultados importantes de las investigaciones Woodlawn es el hallazgo de elementos precursores de psicopatología que son claramente identificables desde el primer grado de la etapa escolar. Resumiré brevemente algunas de las conclusiones de estos trabajos (referidos a población americana).

- Dificultades de aprendizaje al inicio de la etapa escolar parecen ser un fuerte predictor de trastornos depresivos en el adolescente pero mucho más en varones que en hembras. Estas dificultades no son predictoras de conductas delictivas a no ser que se acompañen de agresividad.
- La timidez masculina en los niños de primera etapa parece ser un inhibidor de conductas delictivas y drogodependencias a los 16 y 17 años. La timidez precoz de los niños también se ha relacionado con niveles elevados de ansiedad en la adolescencia.
- Una elevada agresividad que no se acompañe de timidez en varones de edad escolar es un predictor potente de delincuencia y de dependencia de drogas de abuso y de tabaco. Este resultado ha sido corroborado en bastantes trabajos posteriores. Esta asociación no se ha encontrado en las hembras.

- Cuando se asocian la agresividad y la timidez en el niño prepúbere, la probabilidad de conductas delinquentes y drogodependientes en el adolescente es todavía mayor. Por el contrario no se ha hallado relación entre la adaptación social del escolar y los posteriores trastornos de conducta y psiquiátricos.

Los signos predictores de patología en la adolescencia que acabamos de señalar pueden detectarse con relativa facilidad dentro del contexto escolar. La escuela puede ser por tanto una pieza clave para la prevención de la psicopatología de los adolescentes.

Otros trastornos son más difíciles de prevenir y en algunos no se sabe todavía como hacerlo. Este es el caso del autismo infantil o de la anorexia mental. También es difícil de prevenir el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En este último caso sin embargo, se ha señalado el efecto nocivo de las pequeñas elevaciones de las tasas de plomo en el organismo en zonas contaminadas y también de las sustancias aditivas en la alimentación.

Dentro del campo de los precursores de patología que se manifiestan en los niños de 6 a 12 años, cabe señalar también la ideación suicida. Ésta se suele asociar a la depresión y puede ser en algunos casos el primer eslabón de un continuum conductual que pasando por la verbalización de los pensamientos suicidas y por las conductas parasuicidas acabe en un acto consumado muchos años más tarde. La ideación suicida se halla presente en un porcentaje mucho más elevado de nuestros escolares de lo que nos podíamos imaginar. Éste es uno de los datos observados en el estudio de la epidemiología de la depresión infantil en España⁽¹¹⁾.

Otro área muy importante en la investigación de los predictores precoces de psicopatología es la de los signos precoces de trastorno esquizofrénico. Uno de los objetivos primarios del "New York High Risk Project"^(3, 4), fue la identificación de indicadores precoces de labilidad genética para desarrollar una esquizofrenia tales como disfunciones atencionales y alteraciones del procesamiento de la información. También se han encontrado en estos niños alteraciones dispráxicas y menor comunicación afectiva⁽¹⁴⁾.

ALGUNAS SUGERENCIAS PARA EL FUTURO

La etapa escolar debe dejar de ser considerada un área muda para la psicopatología. Esta etapa tiene sus

características propias y es tan importante como cualquier otra para la salud mental de un individuo. Al inicio de la etapa los niños experimentan un cambio importante al pasar de la autoridad y protección familiar casi exclusiva al ámbito de influencia de los compañeros y las exigencias de la estructura escolar. Todos los impactos de los eventos ambientales conjuntamente con su predisposición genética y sus experiencias biográficas, pueden llevar al niño a manifestar toda una diversidad de síndromes psicopatológicos. Su estudio así como la delimitación de cada síndrome se halla en una fase todavía incipiente. Todavía es más incipiente el conocimiento de las causas de esta psicopatología. Lo que sí está claro es la multicausalidad de los trastornos mentales infantiles. Tanto los factores biológicos intervinientes como los propiamente psicológicos constituyen un campo de estudio abierto para el futuro.

Para terminar quiero insistir en la importancia de esta etapa en la promoción de la salud puesto que muchos trastornos que parecerá que se presentan por primera vez en la adolescencia tienen sus raíces y sus primeras manifestaciones en el período que nos ocupa. No podemos pasarlos sin darles la importancia que tienen con la excusa que la pubertad lo arreglará. La pubertad en sí no cambia nada. La mayoría de patologías psíquicas tienden a cronificarse y por este motivo conviene descubrirlas y atajarlas cuanto antes. También quiero señalar que el esfuerzo preventivo se dirige a veces exclusivamente a etapas muy precoces de la vida. Sin restar ninguna importancia a este tipo de intervenciones querría añadir que la aplicación de programas preventivos de muchas sociopatías pueden ser eficaces cuando se aplican a la etapa escolar y que este tipo de intervenciones no se plantean todavía en muchos países como el nuestro. Éste es un campo que habría que cultivar en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 A.P.A. *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988 (Original en inglés, 1987).
- 2 Cederblad M. *The nine-year-old, a problem of our time?* Manuscrito no publicado. Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Lund. Suecia, 1987.
- 3 Erlenmeyer-Kimling L. A prospective study of children at risk for schizophrenia: methodological considerations and some preliminary findings. En: Wirt R, Winokor G, Roff M, eds. *Life History Research in Psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1976.
- 4 Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt B. The New York risk project, a follow-up report. *Schizophr Bull* 1987; **13**:451-461.
- 5 Goodyer IM, Kolvin I, Gatzanis S. Do age and sex influence the association between recent life-events and psychiatric disorders in children and adolescents? A controlled inquiry. *J Child Psychol Psychiat* 1986; **27**(5):681-687.
- 6 Kellam SG, Branch JD, Agrawal KC, Ensminger ME. *Mental health and going to school: The Woodlawn program of assessment, early intervention and evaluation*. Chicago. University of Chicago Press, 1975.
- 7 Kellam SG, Anthony JC, Brown CH, Dolan L, Werthamer-Larsson, Wilson R. Prevention research and early risk behaviors in cross-cultural studies. En: Schmidt M, Renschmidt H. *Needs and Prospects in Child and Adolescent Psychiatry*. Toronto, Hogrefe & Huber Publishers, 1989:241-253.
- 8 Lagerheim B. *A depressive crisis at the age of nine? A depressive crisis at the age of nine in handicapped children*. (Manuscrito no publicado) Department of Child Psychiatry, Danderyds Hospital, Sweden, 1987.
- 9 Misès R, Fortineau J, Jeammet Ph, Lang JL, Mazet Ph, Plantade A, Quemada N. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant* XXXI, 1988:67-134.
- 10 Papatheophilou R, Bada K, Micheloyiamakis I, Makarinis G, Pantelakis S. Psychiatric disorders in 6 to 8 year-old-children in the Greater Athens Area. *Bibliotheca Psychiat* 1981; **160**:92-100 .
- 11 Polaino-Lorente A, Domènech Llaberia E. *La depresión en los niños españoles de cuarto de EGB*. Barcelona: Geigy, 1988.
- 12 Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, health and behaviour*. London: Longman, 1970.
- 13 Tsiantis Y. Prediction and prevention. En: Schmidt M, Renschmidt H, eds. *Needs and Prospects of Child and Adolescent Psychiatry*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers 1989:239.
- 14 Walker E, Levine RJ. Predictors of adult-onset schizophrenia from childhood movies of the patients. *Am J Psychiat* 147, **8**:1052-1056.
- 15 World Health Organization. *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. Draft of Chapter V. Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO, 1988.

J. L. Pedreira Massa¹
P. Martín Martínez de Toda¹
A. Fernández Villar²

1 Psiquiatra infantil
2 Trabajadora social
Unidad de Salud Mental de Avilés
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias

Comunicación de la ponencia oficial. Reunión anual SEPIJ. Zaragoza.

Experiencias asistenciales en
Psiquiatría Infantil: la etapa
escolar y sus perfiles evolutivos y
psicopatológicos.

*Assistential experience in child
and adolescent psychiatry:
developmental and
psychopathological profiles in
school age*

RESUMEN

Los autores exponen los resultados de un estudio de prevalencia anual en un Servicio de Salud Mental Infantil y juvenil. Los datos se obtienen del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos, aplicado a la infancia y adolescencia. Según criterios CIE-9 los motivos de consulta en la edad escolar serían, de mayor a menor: trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos esfinterianos, trastornos psicósomáticos, trastornos por déficit de atención, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad por factores estresantes externos y trastornos depresivos. En cuanto a la forma de intervención se establece sobre el 83% de los casos que son asumidos en tratamientos; de ellos el 50% es para psicoterapia (individual, familiar o grupal); en el 30% la forma de intervención es el seguimiento y *counseling* y, por fin, en el 11,5% la interconsulta y enlace en los Centros de Atención Primaria Pediátrica.

PALABRAS CLAVE

Epidemiología; Registro acumulativo de casos; Edad escolar; Atención Primaria.

ABSTRACT

The authors show the results of an annual prevalence study in a Child and Adolescent Mental Health Centre. The data are obtained from the Accumulative Psychiatric Case Register in children and adolescents. According to criteria ICD-9, the reasons for consulting during school age would be in a decreasing degree: anxiety disorders, learning problems, sphincter disorders, psychosomatic disorders, attention-deficit disorders, personality disorders, post-traumatic stress disorders and depressive disorders. About how to treat it we settle it out of the 83% of the cases which are assumed in treatment; 50% of them is for Psychotherapy (individual, family or group therapy); 30% we treat it through follow-up and counselling and, last, 11.5% through liaison consultation in Primary Pediatric Attention Centres.

KEY WORDS

Epidemiology; Accumulative Psychiatry case register; School age; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta presentación consiste en poner en común nuestra experiencia de trabajo concreto a la hora de abordar la asistencia de los trastornos psíquicos infantiles en la etapa escolar. Por esta razón nos limitamos a exponer aquellos datos más relevantes, con el fin de poder comparar con otras diferentes experiencias de una forma uniforme.

La epidemiología tiene una aplicación directa para evaluar las actividades desarrolladas de forma retrospectiva que se incluye en lo que hemos denominado como "Análisis de la demanda", lo que significa aportar datos de forma secuenciada en, al menos, los siguientes eslabones: recorrido previo, derivante, demandante, evaluación clínica, intervención y seguimiento longitudinal⁽¹⁾.

No es el objetivo de esta presentación realizar un análisis pormenorizado de esta situación, sino aplicar este esquema a uno de los aspectos referidos con anterioridad y de una forma sucinta, casi telegráfica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del dispositivo

El presente trabajo se ha realizado en el Área Sanitaria III de la Comunidad Autónoma de Asturias, cuya cabecera es Avilés. Las características generales son:

Población total: en torno a 168.000 habitantes, de los que 34.784 tienen menos de 15 años, límite de edad que atiende la Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés.

Situación en el sistema sanitario: nos encontramos ante una atención en el segundo nivel asistencial de forma territorializada, pero se presta una cobertura en tercer nivel al Área Sanitaria I cuya cabecera es Luarca (dicha cobertura es de muy escasa entidad, por varias razones que no son del caso analizar).

Dependencia: de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del principado de Asturias, en el seno de la reforma asistencial de la Salud Mental, lo que ha sido expresado en diversas publicaciones con anterioridad^(1,2).

Material

Recogimos los datos correspondientes a los casos que acudieron a consulta durante el período de tiempo

comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1991, cuya edad estaba comprendida entre los 5 y los 15 años, es decir contemplamos la Prevalencia Anual Manifestada.

Procedimiento

Los datos se obtuvieron del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos en la Infancia y Adolescencia (RACP-I), cuyo funcionamiento y estructura ha sido expuesto en varias ocasiones precedentes⁽¹⁻⁴⁾. Se obtuvieron los siguientes datos:

Número de primeras consultas en los períodos de edad: 5-9 y 10-14 años en ambos sexos.

Nivel de escolarización.

Motivo de consulta.

Derivante

Comparación del motivo de consulta a la llegada a la Unidad de Salud Mental comparando con el motivo de consulta de salida, tras el período de evaluación.

Contenidos psicopatológicos básicos de esa demanda.

Intervención diseñada: tipo, frecuencia y duración.

Datos complementarios de interés: comparación de diagnósticos tras cuatro años, tipo de derivaciones (utilización de otros servicios), evolución de la respuesta de forma longitudinal, etc.

RESULTADOS

Durante el período objeto de este trabajo fueron atendidos un total de 386 niños/as que supuso una tasa de prevalencia del 11,5 por mil, de ellos 310 tenían más de 15 años y su distribución por sexos y grupos etáreos se especifica en la (Fig. 1) donde se ve que por sexos continúa existiendo una dominancia de los niños (58%) con relación a las niñas (42%), aunque la diferencia entre ambos sexos es bastante menor que en estudios precedentes

El nivel de escolarización (Fig. 2) nos muestra que la mayoría de los niños/as se encuentran escolarizados en el nivel que les corresponde (45% en los niños y 35% en las niñas) y solamente un niño acude a una enseñanza especializada (0,3%), por lo que los demás acuden a colegios normalizados, aunque precisen de apoyos específicos para abordar alguna dificultad (8% de los niños y 6% de las niñas).

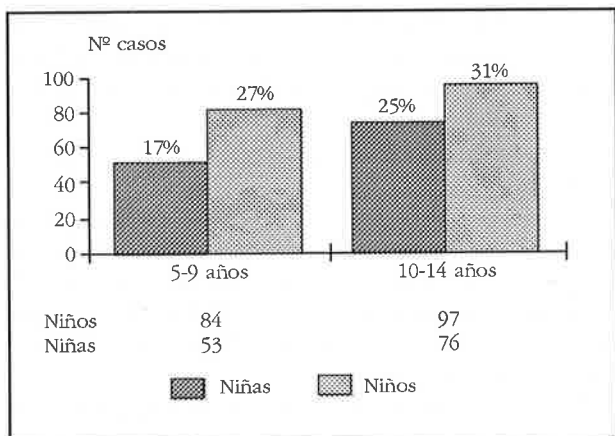


Figura 1. Sexo-edad de demanda 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

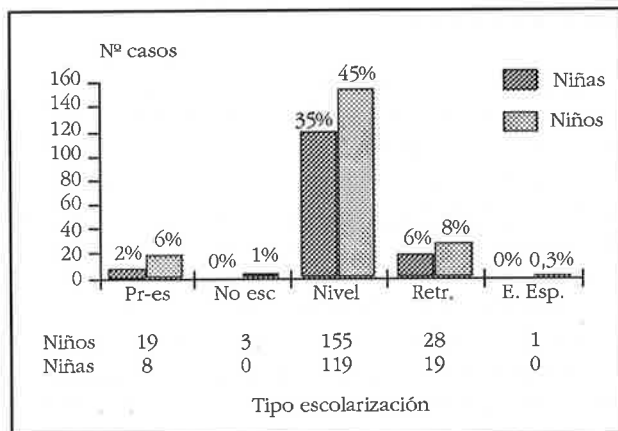


Figura 2. Nivel de escolarización, 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

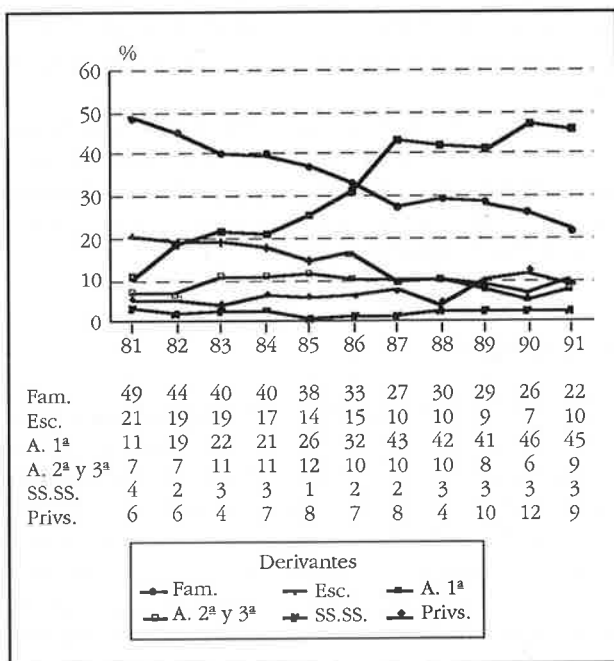


Figura 3. Derivantes a Salud Mental Infanto-juvenil. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

En cuanto a los derivantes (Fig. 3) continúa la tendencia registrada hace unos años: se afianza la disminución de las demandas a petición de la familia, se mantiene la Atención Primaria de Salud como derivante que aumen-

ta su importancia, las derivaciones de los Servicios Sociales y de la escuela se mantienen en los niveles de años precedentes y los Servicios privados continúan remitiendo a nuestra Unidad los problemas de Salud Mental en la etapa de la infancia y la adolescencia de forma relevante.

En cuanto a los motivos de consulta nos ha parecido de interés comparar los motivos relatados por la familia y/o los derivantes con los que detectan los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (Fig. 4, Tabla 1).

Los problemas de adaptación y conducta son los que más y mejor coincidencias concitan, aunque en la Unidad de Salud Mental Infantil pueden pasar a un segundo plano en algunas ocasiones en la apreciación de los problemas, mientras en otros problemas los detecta y reformula. Un dato a tener en cuenta es que la Unidad de Salud Mental Infantil diversifica más los motivos de consulta que los derivantes, sean o no la propia familia, y emite más motivos que ellos, ya que utiliza más de un solo motivo para definir los problemas detectados. Sorprenden algunas diferencias que resultan ser significativas: las familias y derivantes detectan mal los retrasos madurativos, no explicitan los problemas de la dinámica familiar, no se captan los problemas relacionales ni los trastornos de la personalidad, ni los trastornos de la autonomía infantil ni las depresiones de los niños/as son detectadas en su propio marco familiar. Son simila-

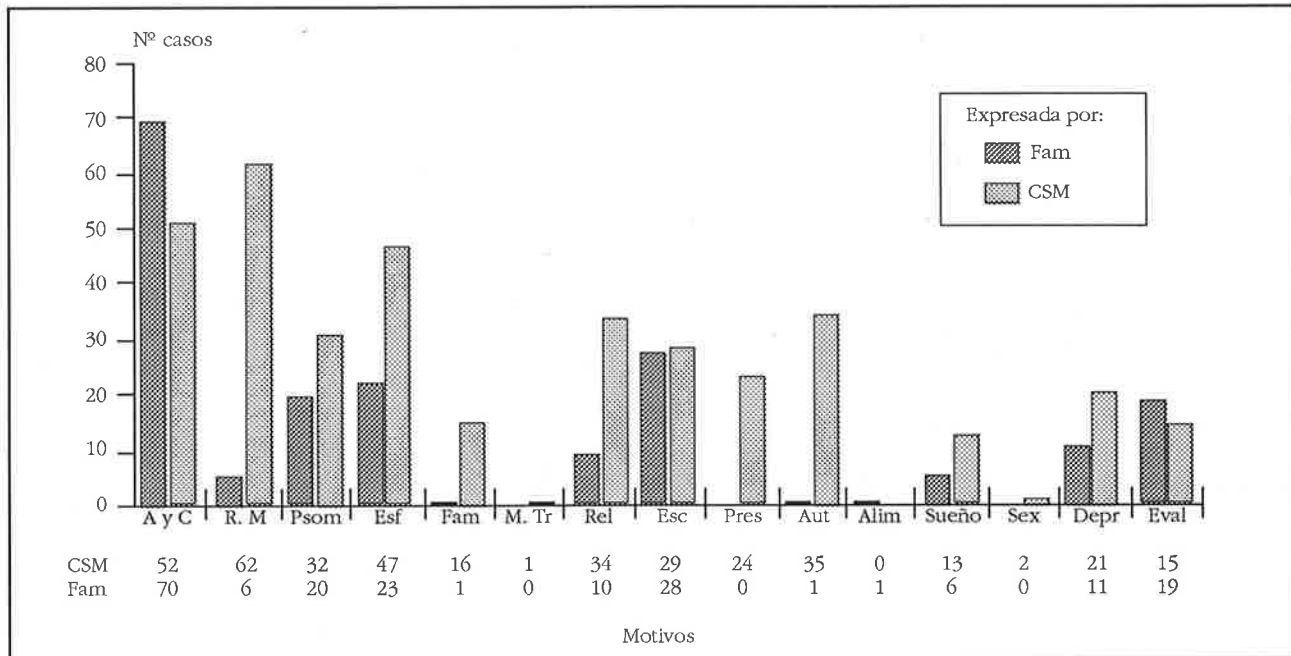


Figura 4. Motivo de demanda 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

Tabla 1 Motivo de demanda 1991

Fam/Der		CSM-I	
70 (36%)	Trs. adaptación y conducta	52 (14%)	(- -)
6 (3%)	Retrasos madurativos	62 (16%)	(++)
20 (10)	Trs. psicósomáticos	32 (8%)	(=)
23 (12%)	Trs. esfinterianos	47 (12%)	(=)
1 (1%)	Trs. dinámica familiar	16 (4%)	(++)
0 ()	Malos tratos infantiles	1 (0,3%)	(+)
10 (5%)	Trs. relacionales	34 (9%)	(+)
28 (14%)	Trs. escolares	29 (8%)	(-)
0 ()	Trs. personalidad	24 (6%)	(++)
1 (1%)	Trs. autonomía infantil	35 (9%)	(++)
1 (1%)	Trs. alimentación	0	(-)
6 (2%)	Trs. sueño	13 (3%)	(+)
0 ()	Trs. sexualidad	2 (1%)	(+)
11 (3%)	Trs. depresivos	21 (6%)	(++)
19 (10%)	Evaluación/Peritaje	15 (4%)	(-)

Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

Tabla 2 Clasificación trastornos CIE-9

Diagnóstico principal	Diagnóstico secundario	
71 (21%)	Ansiedad/neurosis	
60 (18%)	Trastornos aprendizaje	34 (28%)
41 (12%)	Trastornos esfinterianos	11 (9%)
29 (9%)	Trastornos psicósomáticos	13 (11%)
24 (7%)	Trastornos conducta	18 (15%)
23 (7%)	Trastornos personalidad	3 (2%)
23 (7%)	Trastornos reactivos	10 (8%)
20 (6%)	Trastornos relacionales	5 (4%)
19 (6%)	Trastornos depresivos	10 (8%)
15 (4%)	Trastornos déficit atención	12 (10%)
8 (2%)	Psicosis/autismo	3 (2%)
4 (1%)	Retraso mental	0
0	Trastornos sexualidad	0
0	Conducta adictivas	2 (2%)
		1 (1%)

Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

res a los servicios especializados en cuanto a los trastornos escolares y la solicitud de evaluación. Se captan de forma menor en números absolutos, a pesar de ser relevantes, los trastornos esfinterianos y los trastornos del sueño.

La tabla 2 nos muestra los diagnósticos realizados según la CIE-9. Se comprueba que son los trastornos por ansiedad o neurótico los que obtienen una prevalencia mayor, en torno a uno por cada cinco demandas. En segundo lugar están los trastornos del aprendizaje,

156

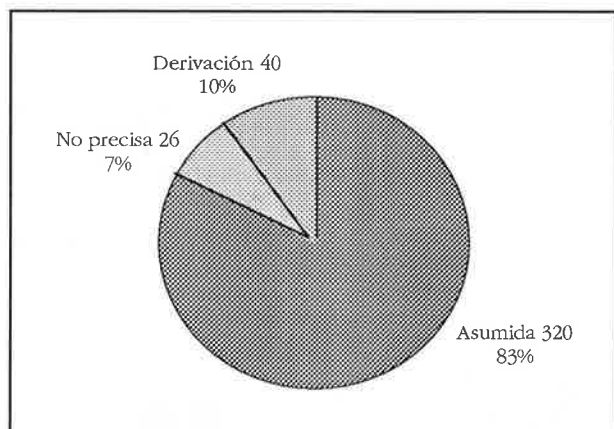


Figura 5. Demanda asumida 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

incluidos tanto los globales como las dificultades específicas; luego los trastornos esfinterianos y los trastornos de expresión psicósomática. Tras este grupo se sitúan una serie de grupos diagnósticos con similar prevalencia: los trastornos de conducta, los trastornos de personalidad, los reactivos a situaciones determinadas externas, los trastornos relacionales y los trastornos depresivos. Los trastornos por déficit de atención están en el 4% y la psicosis y autismo en el 2%. En cuanto a los diagnósticos secundarios destaca: un menor número de diagnósticos con un mayor equilibrio en las diferencias; sobresale que la expresión psicósomática es un diagnóstico secundario de gran relevancia, así como los cuadros depresivos, los cuadros de psicosis, autismo y retraso mental sólo aparecen como diagnósticos principales y, sin embargo, aparecen dos categorías nuevas: los trastornos de la sexualidad (uno de travestismo y otro de dificultades en la identidad sexual) y la presencia de conductas adictivas (consumo de heroína por vía nasal con otros consumos asociados).

En 26 casos (7%) no se asumió directamente la demanda por nuestra unidad, en otros 40 casos (10%) se optó por derivar a otro dispositivo para abordar las dificultades y en 320 casos (83%) la demanda fue asumida directamente por nuestro dispositivo asistencial (Fig. 5). El tipo de intervención realizada con la demanda asumida confirma la tendencia de años precedentes (Fig. 6): continúa la disminución de los seguimientos periódicos situándose en torno al 30% de las intervenciones; por contra la intervenciones psicoterapéuticas

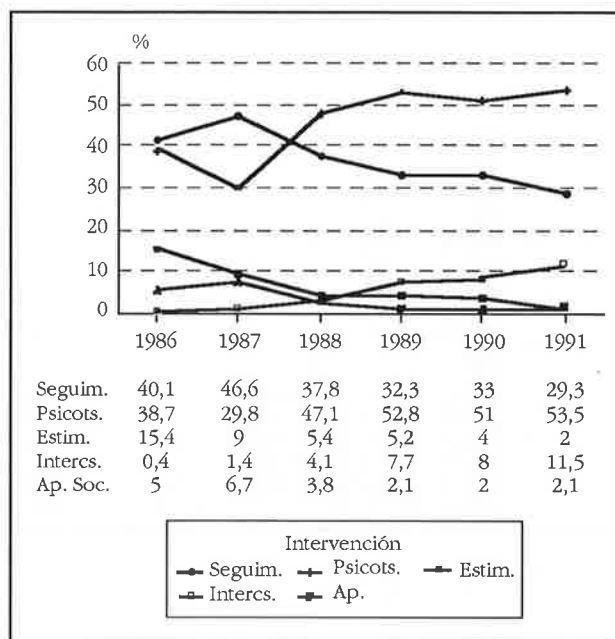


Figura 6. Tipo de intervención. Demanda asumida. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

suponen algo más de la mitad de nuestras intervenciones; la estimulación precoz y el apoyo social se estabilizan tras el descenso de años precedentes en torno al 2% de las intervenciones y, lo más relevante a nuestro entender, es que las intervenciones basadas en la técnica de la interconsulta y enlace continúan incrementándose y se sitúan ya en el 11,5% de las intervenciones. El conjunto de estas intervenciones nos ofrecen una tasa de frecuentación de 83 contactos/mil habitantes menores de 15 años/año en 1991, que se traduce en que, a pesar de que 26 casos abandonaron el tratamiento (18% de los casos asumidos por primera vez y con edades comprendidas entre 5 y 15 años), la periodicidad dominante fue mensual (51%), seguida de la periodicidad quincenal (26%) y de la semanal (5%). En nueve de cada diez ocasiones la intervención se desarrolló en el propio CSM, pero también en este caso aparece un cambio de interés a lo largo del tiempo (Fig. 7), se incrementa la intervención en otros centros sanitarios (fundamentalmente en Centros de Atención Primaria) y en la comunidad (Centro de servicios Sociales) y se disminuye tanto en el domicilio, como en la escuela.

Al comparar los diagnósticos emitidos a lo largo de los cinco últimos años (Tabla 3) se constatan algunas

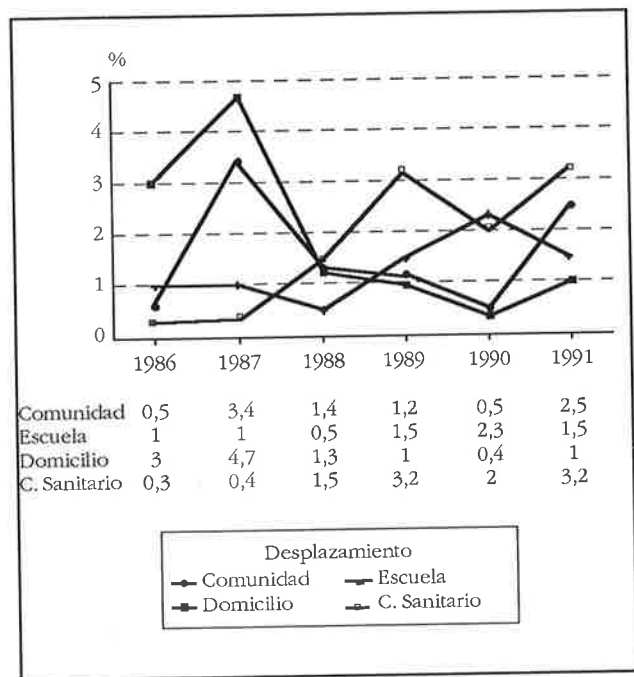


Figura 7. Lugar intervención fuera de CMS. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

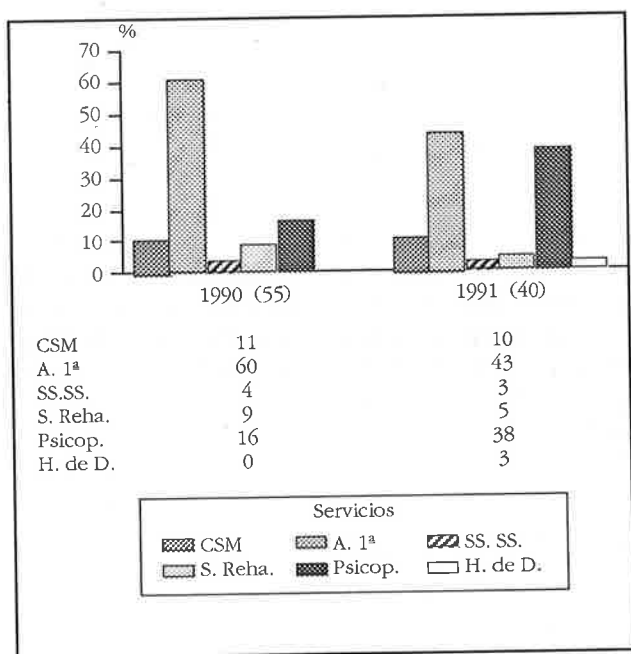


Figura 8. Tipo de derivaciones 1991. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

Tabla 3 Evolución clasificación trastornos CIE-9

	1987	1991	
35(8%) Ansiedad/Neurosis	105	(31%) (++)	
57(13%) Trastornos aprendizaje	71	(21%) (+)	
61 (14%) Trastornos esfinterianos	44	(16%) (=)	
37 (8%) Trastornos psicossomáticos	47	(14%) (+)	
13 (3%) Trastornos de la conducta	27	(8%) (++)	
25 (6%) Trastornos de personalidad	33	(10%) (+)	
35 (8%) Trastornos reactivos	28	(8%) (=)	
77 (18%) Trastornos relacionales	30	(9%) (- -)	
46 (11%) Trastornos depresivos	31	(9%) (-)	
16 (4%) Trastornos déficit atención	18	(5%) (=)	
15 (3%) Psicosis/Autismo	8	(2%) (-)	
10 (2%) Retraso mental	4	(1%) (-)	
	Trastornos sexualidad	2	(0,6%)
	Conducta adictiva	1	(0,3%)
217 (72%) Demanda asumida	320	(83%) (++)	

Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

modificaciones en la prevalencia relatada de interés: sufren una disminución importante los trastornos relacionales y en menor medida los retrasos mentales, los cuadros psicóticos, los trastornos depresivos, los trastornos reactivos y los trastornos esfinterianos; permanecen con similar tasa los trastornos por déficit de atención; incrementos de escasa entidad aparecen en los trastornos de la personalidad, los trastornos psicossomáticos y del aprendizaje; sufren un fuerte incremento los trastornos por ansiedad/neurosis y los trastornos de conducta.

En la figura 8 se muestran las derivaciones realizadas en los dos últimos años, lo que puede orientar sobre los recursos precisos para que la cobertura sea más adecuada a los perfiles de los trastornos, siendo los Centros de Atención Primaria y los servicios pedagógicos los que absorben un mayor porcentaje de derivaciones. No se debe olvidar que en el caso de los CSM de adultos las derivaciones realizadas son, casi en su totalidad, de casos severos y crónicos. Aparece la necesidad de un nuevo dispositivo: el Hospital de Día, aunque de forma tímida y por primera vez en los diez años de existencia de nuestra Unidad.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Como en la mayoría de las investigaciones epidemiológicas en psiquiatría de la infancia y la adolescencia,

Tabla 4 Comparación por sexos de la demanda a Salud Mental de la Infancia y Adolescencia

Niños	Niñas
<ul style="list-style-type: none">• Dos tercios demanda• Síntomas desadaptativos• Organizaciones reactivas• Aparición 1-1, 5 años más tarde el mismo trastorno que niñas (de media)• Detección más precoz• Intervención más precoz• Intervención más puntual (<i>counseling</i>, consulta-terapéutica, terapia focal)• Mayores posibilidades intervención preventiva• Trastornos adaptación y conducta y problemas de aprendizaje• Menos tomas a cargo que niñas• Acuden más regularmente a Atención Primaria• Mayores cuidados sanitarios	<ul style="list-style-type: none">• Un tercio demanda• Síntomas adaptativos• Organización más estructural• Aparición 1-1,5 años más precoz el mismo trastorno que niños (de media)• Detección más tardía• Intervención más tardía• Intervención más prolongada en el tiempo que niños (psicoterapias prolongadas)• Menores posibilidades de intervenciones preventivas• Trastornos depresivos y expresión psicósomática• Más tomas a cargo que niños• Acuden con menos regularidad a Atención Primaria• Menores cuidados sanitarios
<ul style="list-style-type: none">• Las tasas globales tienden a equipararse en adolescencia• Motivos en adolescencia más similares en ambos sexos: trastornos conducta, clínica de expresión psicósomática, crisis ansiedad y trastornos personalidad	<ul style="list-style-type: none">• Menor prevalencia en edad adulta (menos toxicomanías)

Fuente: Pedreira JL, Rodríguez-Sacristán J, Zaplana J (1992).

también en nuestra investigación el grupo etéreo comprendido entre los 5 y los 14 años es el más prevalente^(5,6). En una primera época correspondía al grupo entre los 5 y los 9 años, pero en el momento actual el grupo más importante es el de 10 a 15 años. Varias circunstancias concurren en este cambio, en nuestra opinión: en primer lugar porque es un hecho irrefutable el descenso de la natalidad y, por lo tanto, el menor número de niños/as en las primeras bandas de edad. Por otro lado, el incremento de servicios específicos para atender los problemas infanto-juveniles, aunque hayan sido parcos en su desarrollo, ofertan la posibilidad de abordar las diferentes dificultades de estos adolescentes. En conjunto se podría decir que la preocupación por lo cualitativo comienza a ser una realidad también en nuestro país.

El sexo que más consulta son los varones, pero es en el período 10-15 años cuando comienzan a equipararse ambos sexos. No obstante en algún trabajo precedente hemos significado los múltiples aspectos y posible líneas de investigación que se abren en la consideración e interpretación de esta diferencia. Señalar que hay varias posibles explicaciones, ofertamos algunas consideraciones a tener en cuenta en la tabla 4 y que sólo representan una aproximación sugerente de datos epidemiológicos y clínicos⁽⁷⁾.

El hecho de que la mayoría de los niños/as en estas edades se encuentren escolarizados no nos sorprende, pero nos preocupa que existan algunos casos sin escolarizar (1%) a pesar de tener la edad para ello: la marginación, razones de tipo étnico y la inadecuación de los recursos escolares existentes han sido las causas detectadas. Sorprende que existan pocos retrasados de cursos (8% en los niños y 6% en las niñas) a pesar que los problemas de aprendizaje y el fracaso escolar son la segunda causa de consulta tras los problemas de adaptación y conducta. Otra causa habrá que buscarla en el desarrollo de recursos en el interior del sistema escolar: los equipos psicopedagógicos del MEC (con diversas denominaciones según las diferentes CC. AA.), lo que aporta un tipo de respuesta en el seno de la propia institución escolar. En este último caso nuestra experiencia nos dice: en muchas ocasiones se pedagogizan trastornos mentales y, a medio plazo, aparecen cuadros evolutivos más severos, abigarrados y de difícil abordaje; en otras ocasiones se dificulta diseñar intervenciones dado que estos equipos fasan a ser un "filtro" de intermediación poco adecuado.

Tanto los detectores como los derivantes de las demandas son complementarios. De hecho la aparición de recursos de Atención Primaria de Salud, al menos en

nuestra experiencia, acontecida en 1985, hace que en el año siguiente se crucen dos demandas: las que se solicitaban de forma directa por la familia en descenso y ascienden las derivaciones de este primer nivel asistencial: mejor formación de los profesionales, mayor detenimiento con los problemas planteados, mejor cobertura a los problemas psico-sociales con trabajo conjunto con otros niveles asistenciales, incremento de actividades de interconsulta y enlace, etc podrían ser algunas razones para este tipo de cambio. Otro dato a tener en cuenta es que la demanda desde la institución escolar sufre un progresivo descenso hasta su estabilización en torno al 10%, las razones cabe buscarlas en el desarrollo de la cobertura psico-pedagógica en el propio sistema escolar y, aunque no sea completa ni integrada ni integral, qué duda cabe que presta una cobertura inmediata a las demandas. El resto de las agencias del territorio se estabilizan en porcentajes a lo largo del tiempo: sorprende que los Servicios Sociales se encuentren en cotas muy bajas de derivación y de forma muy constante, dos posibles explicaciones: o la evaluación y discriminación es escasa, dado que su sensibilidad está más orientada hacia los problemas sociales o, en segundo lugar, aparece un efecto similar a la escuela y se "sociologiza" la demanda con un exceso de normalización o se priorizan otras intervenciones, en cualquier caso hay que señalar que aunque escasa es un grupo de singular gravedad y riesgo, se precisa mucho tiempo en la evaluación para cada caso y la intervención se dificulta. Por último, señalar la tendencia al alza de las derivaciones desde servicios privados, múltiples lecturas puede tener este dato: confianza en nuestro tipo de trabajo, complementariedad e intervenciones entre las diferentes pertenencias, desacuerdo con las agencias privadas que podrían dar cobertura desde lo privado, carestía de los servicios, etc, de cualquier modo se debe señalar la gran relevancia de mantener este dato al alza, dada la resistencia tanto de los servicios privados como de los usuarios que los frecuentan a utilizar servicios públicos.

La comparación entre los motivos de consulta explicitados por los derivantes y los encontrados en nuestra Unidad nos ponen de manifiesto algunas consideraciones de especial relevancia: se utilizan varios motivos de consulta para cada caso por parte de la Unidad de Salud Mental Infantil, lo que orienta hacia la necesidad de referir con varios ejes el patrón de comportamiento de los niños/as, a diferencia de lo expresado por los derivantes que realizan una lectura más lineal

desde que se detecta externamente. Como ejemplo baste decir que frente al 36% de trastornos de adaptación y conducta detectados por los derivantes, sólo el 14% persisten como tales tras la correspondiente evaluación en Salud Mental Infantil; sin embargo, los retrasos madurativos detectados se multiplican por cinco a los explicitados por los derivantes o cuatro veces más los problemas de la dinámica y funcionamiento familiar, el doble los problemas relacionales o nueve veces más los problemas de la autonomía infantil o el doble los propios trastornos depresivos. Por contra preocupa el doble a los derivantes, no sólo los problemas de conducta, sino el rendimiento escolar y la evaluación de lo que sucede a su hijo/a.

Esta situación nos orienta acerca del énfasis a realizar en la interacción con otros niveles asistenciales, sean sanitarios, educativos o recursos sociales, en el sentido de poderlos entrenar hacia una escucha de lo que subyace tras la demanda manifiesta, dado que p.e. no aparece el caso de malos tratos, los problemas familiares son explicitados con dificultad, los trastornos depresivos son detectados escasamente, así como los trastornos de la autonomía, los propios retrasos madurativos, y los trastornos de la personalidad y de la sexualidad infantil tampoco se detectan como tales, apareciendo más como otras demandas más de tipo descriptivo y sin referencia a este tipo de trastornos.

Lo anterior junto con la utilización reiterada de un diagnóstico secundario en el sistema de clasificación utilizado, CIE-9, nos vuelve a señalar la importancia que en nuestra unidad damos a la descripción multi-axial de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia⁽⁸⁻¹⁰⁾. Desde perspectivas bibliográficas ya hemos señalado con anterioridad este dato, razón de más para que ello sea constatado plenamente con un criterio de evaluación epidemiológico, como es el propio RACP de nuestra Comunidad Autónoma. No obstante, señalar algunas consideraciones psicopatológicas de especial relevancia: parece distinguirse entre trastorno por ansiedad como diagnóstico principal a como rasgo acompañante de singular relevancia en otros procesos; los trastornos depresivos y los psicósomáticos también muestran una especial relevancia como acompañantes de otros procesos psicopatológicos, por lo que en muchas ocasiones podrían dar la razón a las consideraciones psicopatológicas de "posición" en los primeros y de "forma de expresión" entre los segundos; tanto la psicosis infantil, el autismo y el

160 retraso mental tienen la suficiente entidad nosológica como para aparecer como diagnóstico principal en esta etapa; la aparición de trastornos de la sexualidad y de conductas adictivas aunque hayan sido en el diagnóstico secundario no enmascaran para nada la importancia de detectar estos procesos y empezar a investigar con más precisión sobre sus manifestaciones y formas de abordaje, sobre todo de cara a la posible prevención.

En cuanto a la intervención diseñada hay que constatar que el número de demandas asumido está en aumento, sobre todo en los últimos cinco años, pasando de un 60% hace cinco años al 72% en 1987 y al 83% del año 1991. Nosotros creemos que el trabajo continuado entre varios niveles asistenciales, cuya expresión en nuestro caso es el incremento tan evidente de las interconsultas, lejos de disminuir la prevalencia la mantiene en cuanto a la tasa anual o la incrementa, pero lo que sucede es un cambio cualitativo de especial relevancia: los servicios asistenciales comienzan a detectar mejor, aunque con ciertas imprecisiones, los casos emocionales y relacionales; esta mejor detección hace que los casos que son remitidos a nuestra unidad estén mejor derivados y, por lo tanto, que tras el período de evaluación se constaten los contenidos psicopatológicos y se precise una toma a cargo mayor. Esto se objetiva con el incremento de las intervenciones psicoterapéuticas y el descenso de otras intervenciones menos específicas de Salud Mental, como los apoyos sociales. En un primer momento no existían servicios sociales en nuestro territorio y nuestra unidad absorbió buena parte de esta demanda, por diversos motivos ya analizados en algún trabajo precedente, pero desde 1989 la situación cambia y los apoyos sociales se derivan a los dispositivos específicos de ese campo y desde Salud Mental nos limitamos al trabajo de apoyo y enlace. Estos datos son especialmente manifiestos al analizar la evolución de la tasa de frecuentación: se va incrementando, se estabiliza y quizá disminuye, para volver a incrementarse; estas oscilaciones con tendencia al alza creemos que se relacionan con dos tipos de situaciones: formulación de nuevos programas y desarrollo de protocolos de intervención y, en segundo lugar, a la implantación de nuevos dispositivos en el territorio. En este sentido se puede ver una mayor integración en el sistema sanitario, siendo nuestro lugar preferente de intervención fuera de

nuestro dispositivo y observándose una disminución u oscilaciones a la baja en otras intervenciones de tipo domiciliario (pasan a los Servicios Sociales Municipales) o en la escuela (lo realizan los equipos psico-pedagógicos del MEC) y tendiendo al alza las intervenciones en la Comunidad (corresponde al trabajo de enlace, supervisión y apoyo, a los Servicios Sociales Municipales).

Dos comentarios para finalizar: uno para formación de profesionales y el segundo para evaluar los dispositivos necesarios a la hora de abordar los problemas y trastornos emocionales de los niños/as. La comparación de los diagnósticos emitidos a lo largo de los últimos cinco años nos debe hacer pensar sobre la causa de las oscilaciones: ¿son modificaciones reales de la prevalencia de los trastornos mentales y emocionales en esta etapa de la vida? ¿Se detectan los trastornos de forma diferente? ¿Depende de la formación de los profesionales? ¿Es insuficiente e incompleto el sistema de clasificación utilizado? Estas y otras preguntas similares nos hacen concluir, una vez más, en dos aspectos: la necesidad de utilizar sistemas multiaxiales para la clasificación de los trastornos mentales en la infancia y, en segundo lugar, la necesidad de hacer un entrenamiento adecuado de los profesionales en la utilización de estos sistemas.

Un segundo comentario se refería al tipo de dispositivos precisos para abordar las necesidades de los trastornos detectados en la infancia, para ello nos basamos en las derivaciones realizadas por nuestra Unidad en los dos últimos años, según el RACP: las unidades de adultos nos evidencian la evolución crónica de algunos de estos trastornos y nos podrían facilitar los estudios evolutivos de tipo longitudinal. Los servicios de rehabilitación son un dispositivo de singular importancia sobre todo en etapas precoces y trabajando de forma conjunta con Salud Mental Infantil. Los servicios psicopedagógicos mantienen su puesto de singular importancia como complemento y, en muchas ocasiones, de inicio en un diseño de intervención. La Atención Primaria de Salud consigue un puesto relevante para los seguimientos de factores de riesgo y de factores evolutivos. Hasta el pasado año la derivación hacia hospitales de día estaba en un proceso de evaluación en nuestros servicios, el dato aportado en esta ocasión nos obliga a replantearnos nuestra anterior postura e iniciar un proceso de reflexión sobre este dispositivo.

CONCLUSIONES

La perspectiva de varios años de trabajo e investigación, favorecida por la existencia del RACP posibilita un acercamiento más realista a los problemas que aparecen en la etapa escolar en la infancia y al tipo de respuestas que se oferta para abordarlos.

La etapa escolar es un periodo de singular importancia, dado que en él aparecen dos tipos de situaciones relevantes para el proceso evolutivo de la infancia: en primer lugar el periodo de sociabilización del niño/a que nos explicita varios contenidos: el proceso de individuación-separación, el tipo de relaciones, la madurez personal, las diversas interacciones con los padres y los adultos, las amistades, los límites y la Ley, la tolerancia a la frustración, etc. En segundo lugar situamos el propio proceso de aprendizaje: evaluación cognitiva, estado del proceso de simbolización, lugar familiar del proceso de aprendizaje, éxito-fracaso, deseos y expectativas, etc.

La forma de expresión de los trastornos es muy variada y se inician formas específicas y nuevas que precisan seguimiento e investigación más profundas y de tipo longitudinal. Se demuestra la necesidad de emplear clasificaciones de tipo multi-axial para los trastornos mentales de la infancia.

Las intervenciones con otros dispositivos asistenciales son de especial relevancia en esta etapa de la vida.

El análisis longitudinal de los datos confirma que el trabajo con otras agencias del territorio hace que exista una modificación cualitativa de la demanda con una mayor toma a cargo por parte de la Unidad de Salud Mental Infantil, que precisa incrementar el trabajo de interconsulta y enlace con esas agencias del territorio.

Todos estos datos sugieren aportaciones tanto para la formación de los profesionales de Salud Mental de la Infancia, como para la caracterización de dispositivos asistenciales en esta etapa de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Pedreira JL. Psychiatric Case Register in Child Psychiatry. (Clinical management and Epidemiological approach) En: Seva A, ed. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Anthropos - Prensas Universitarias de Zaragoza. Barcelona 1991;1:387-396.
- 2 García J. El desarrollo de una nueva organización de los Servicios de Salud Mental en Asturias. En: VV.AA: *Enfermedad Mental y Ley*. Cuadernos Asturianos de Salud nº 2. Servicios Publicaciones Principado de Asturias. Oviedo, 1985:81096.
- 3 García J, Aparicio V, Eguiagaray M. Modelos asistenciales y patrones de utilización de servicios: el RCP en la evaluación de los cambios en el marco de la reforma psiquiátrica de Asturias. *Rev Sanidad e Higiene Pública* 1988;62(2):1469-1482.
- 4 Ten Horn GHMM, Pedreira JL. Epidemiología y Registro de Casos en Salud Mental Infante -juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiat* 1988;7(26):373-390.
- 5 Ten Horn GHMM, Wounters JL, Brug A. De geestelijke gerondheidsror voor kinderen tot en met 12 jaar. *Fijdschrift voor Psychiatrie* 1985;27(2):128-138.
- 6 Verhulst F, Berden GF, Sanders-Woudstra JA. Mental Health in dutch children (II) The prevalence of Psychiatric disorders and relationship between measures. *Act Psychiat Scand* 1985;324(72):31-44.
- 7 Pedreira JL, Rodríguez-Sacristan J, Zaplana J. Sex differences in Child and Adolescent Mental Health: A Spanish Autonomous Community approach. *Am J Academy Child & Adolescent Psychiat* (en prensa).
- 8 Pedreira JL, Rincón F. La clasificación de los trastornos mentales en Psiquiatría Infantil: Comparación de los sistemas más frecuentes. *Act Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1989;17(6):407-416.
- 9 Mezzich JE. On developing a Psychiatric Multiaxial Schema for ICD-10. *Br J Psychiatr* 1988;152(1):38-43.
- 10 Spiel W. Some critical comments on the problems of classification and nomenclature in child and adolescent neuropsychiatry. En: Pichot P y cols. *Psychiatry: The state of the art*. Plenum Press. New York, 1985;5:1-7.

M. J. Mardomingo
M. C. Díaz
A. Espinosa

**Análisis de la demanda
asistencial en Psiquiatría Infantil
en la edad escolar**

Sección de Psiquiatría Infantil.
Hospital General Universitario
Gregorio Marañón, Madrid

*Analysis of care seeking in child
psychiatry during school age*

Comunicación de la ponencia oficial. Reunión
anual SEPIJ. Zaragoza.

RESUMEN

Se estudia la demanda asistencial y el diagnóstico psiquiátrico en una muestra de 245 niños y adolescentes referidos a una consulta de Psiquiatría Infantil en un Hospital General procedentes de una muestra comunitaria de 160.385 sujetos. Se aplicaron cuestionarios semiestructurados a los padres y a los niños. Se exponen los resultados obtenidos en 133 niños (54%) de 6 a 11 años de edad y se comparan con el grupo de niños en edad preescolar y con los adolescentes. Los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en los varones que en las hembras aunque la diferencia tiende a disminuir con la edad. Los trastornos específicos del aprendizaje, el retraso mental, el autismo, el trastorno de conducta y los trastornos de tics son más frecuentes en los varones; mientras que los trastornos psicofisiológicos, los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del humor son más frecuentes en las hembras.

PALABRAS CLAVE

Trastornos psiquiátricos; Niños; Adolescentes; Sexo; Edad; Prevalencia.

ABSTRACT

Kind of request and psychiatric diagnosis are studied in a sample of 245 children and adolescents referred to a Child Psychiatric Clinic of a General Hospital from a community sample of 160,385. Children and parents were interviewed by means of semistructured interviews. Results on 133 children (54%), ages 6 to 11, are presented, compared to preschool children and adolescents. Psychiatric disorders are more frequent in males than in females, though the difference diminishes with age. Developmental learning disorders, autism, mental retardation, conduct disorder and tic disorders are more prevalent among males, and psychophysiological disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and mood disorders among females.

KEY WORDS

Psychiatric disorders; Children; Adolescents; Sex; Age; Prevalence.

Tabla 1 Número de habitantes del área 1

<i>Distrito</i>	<i>Habitantes</i>
Arganda	59.795
Moratalaz	145.086
Retiro	131.020
Vallecas	285.018
Total	620.919

Datos: Padrón Municipal 1988.

INTRODUCCIÓN

El análisis de la demanda asistencial en Psiquiatría Infantil es imprescindible para una organización racional de los recursos y desde el punto de vista clínico plantea inmediatamente el tema de las clasificaciones psiquiátricas. Es evidente que la investigación contrastada, la estadística hospitalaria y la información clínica de utilidad, sólo son posibles si existen unos criterios diagnósticos rigurosos compartidos por los profesionales y una terminología uniforme.

Toda clasificación plantea importantes dificultades metodológicas que no son exclusivas de la Psiquiatría Infantil sino que afectan por igual a la Psiquiatría de adultos y a la Medicina Interna^(1,2). En principio, las clasificaciones basadas en la etiología parecen las más eficaces, sin embargo esto no siempre es así. A medida que la medicina avanza se conoce la etiología multifactorial de muchos trastornos con lo cual basar una clasificación en un agente etiológico exclusivo no respondería a la realidad. Por otra parte, la evolución, el tratamiento y el pronóstico de un trastorno, no siempre dependen de modo directo del agente patógeno concreto. Puede depender más directamente de la naturaleza de la enfermedad en sí y de otros factores individuales.

En Psiquiatría se desconoce el agente etiológico de un amplio grupo de trastornos por lo cual la mayoría de las clasificaciones se han basado en la sintomatología clínica. La DSM-III introdujo, además, una aproximación multiaxial para la evaluación clínica, lo cual permite que se tengan en cuenta datos del paciente que si bien no forman parte del cuadro clínico central, son imprescindibles para predecir la evolución y establecer las estrategias terapéuticas. Ésta, entre otras razones, como es el fácil manejo, condujo a su utilización en este trabajo, en el cual se plantea el análisis de la demanda

asistencial en Psiquiatría Infantil referido sobre todo a los motivos de consulta y diagnósticos definitivos, en una población durante la etapa escolar, con especial referencia a las diferencias en función del sexo. La muestra se compone de 133 niños de 6 a 11 años de edad con una media de nueve años, 78 varones y 55 hembras.

MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital Gregorio Marañón de Madrid tiene asignada la atención sanitaria del área 1 de la Comunidad. El área 1 consta de 621.919 habitantes (censo de 1988) que se reparten en cuatro distritos: 1.1 Rural, 1.2 Clase media, 1.3. Clase media-alta y 1.4 distrito urbano periférico compuesto por clase obrera emigrante fundamentalmente. El número de habitantes de cada distrito y su distribución se pueden ver en la tabla 1.

La población de 0 a 16 años es de 160,385 habitantes y representa el 27% del total (censo 1986) (Fig. 1) siendo una de las áreas de la Comunidad con mayor número de niños (Fig. 2).

Respecto a la distribución de la población infantil por distritos se observa el mayor número en el distrito 1.4 de clase obrera, seguido del distrito 1.2. de clase media y en último lugar el distrito rural 1.1. (Fig. 3 y Tabla 2). Esta distribución no obstante es similar a la de la población general de la tabla 1 (padrón municipal 1988).

Los menores de 13 años representan aproximadamente el 73% del total (118.000 niños) y los de 13 a 17 años el 27% (42.000 adolescentes) (Fig. 4).

En resumen se trata de una de las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid con un mayor número de habitantes y con una mayor proporción de niños y adolescentes.

Tiene la característica de estar compuesta por distritos rurales y urbanos con una amplia representación de la población general.

El estudio se centró en todos los niños de 0 a 16 años que acudieron a una de las consultas externas de la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital General Gregorio Marañón de Madrid durante un período de seis meses. Los pacientes fueron asignados a dicha consulta de forma aleatoria. El número total de pacientes fue de 245, 145 varones (59%) y 100 hembras (41%). Las características de la muestra pueden verse en las tablas 2 y 3.

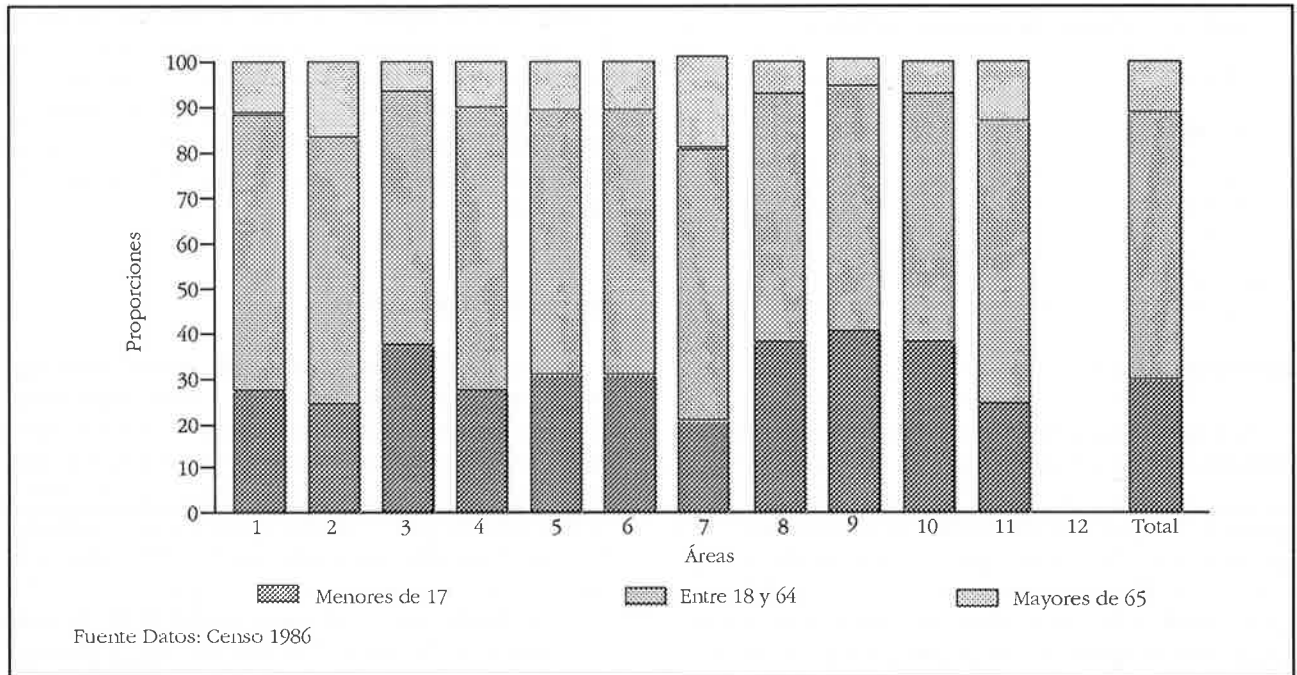


Figura 1. Proporción de habitantes según áreas C. A. M.

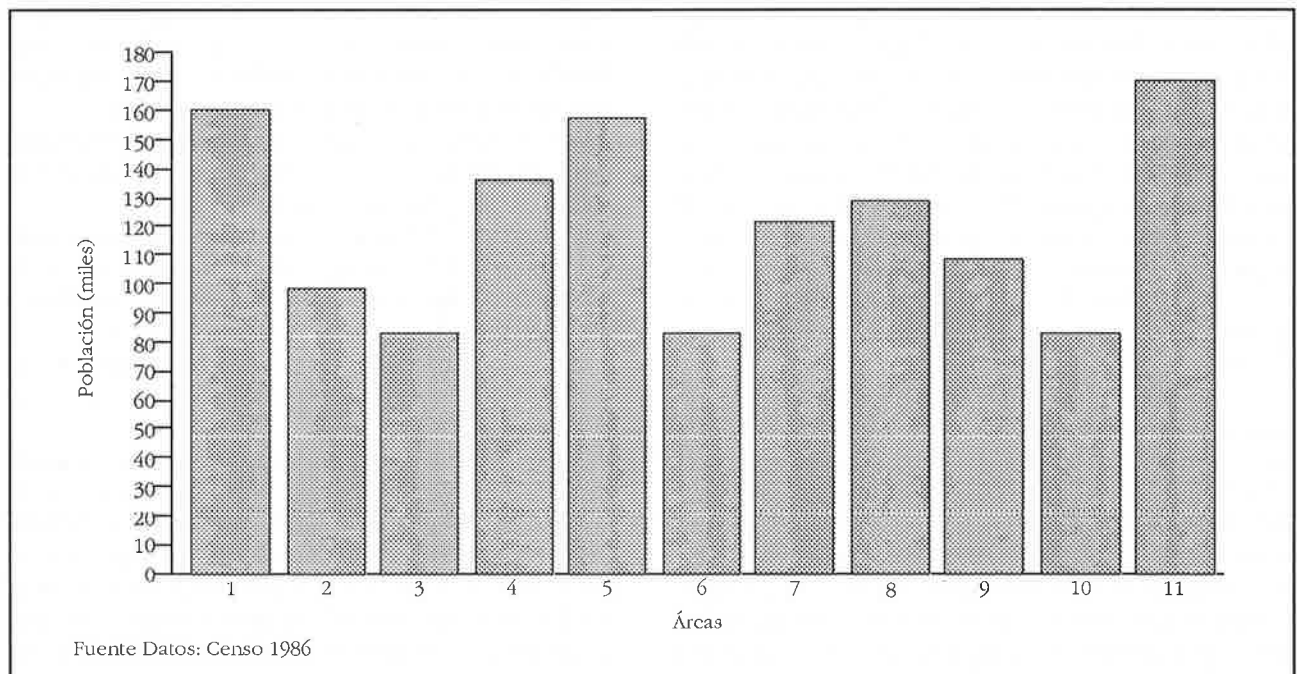


Figura 2. Población menor de 17 años C. A. M.

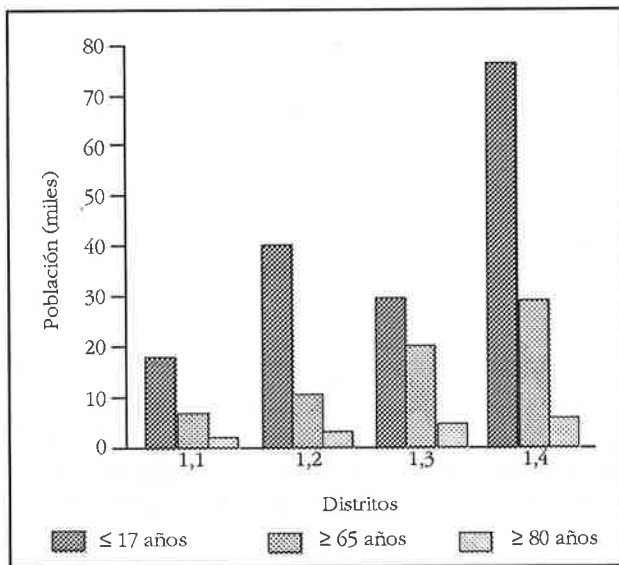


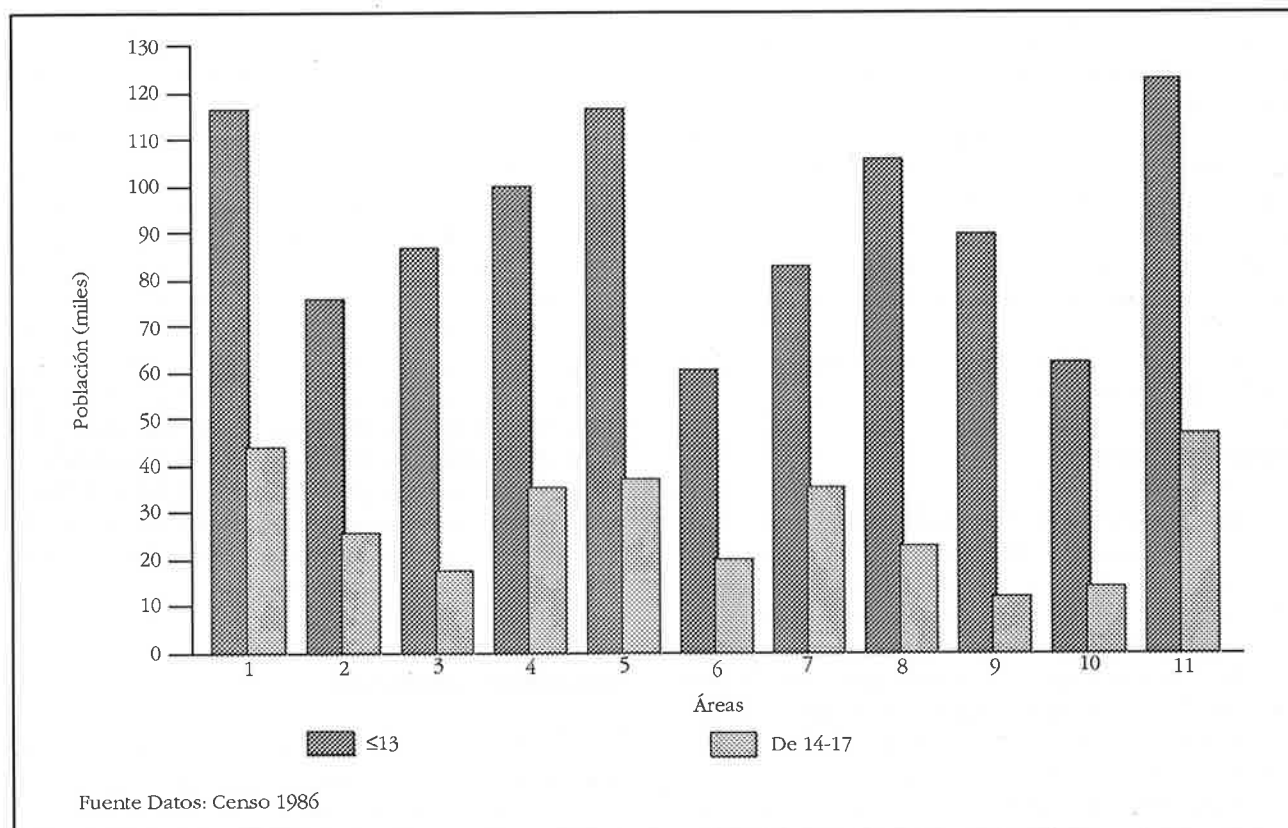
Figura 3. Población desglosada en distritos área 1.

Tabla 2 Población menor de 17 años

Distrito	Total	Proporción
1.1 Arganda	17.371	30,54
1.2 Moratalaz	39.230	27,34
1.3 Retiro	29.405	22,91
1.4 Vallecas	74.378	26,57

La población se subdividió en tres grupos: de 0 a 5 años, de 6 a 11 años y de 12 a 16 años. En este trabajo se expondrán los resultados correspondientes al período escolar de 6 a 11 años. Este grupo está compuesto por 133 niños (54% del total), 78 varones (58,6%) y 55 hembras (41,4%).

Se aplicó un cuestionario semiestructurado, exploración clínica, estudio psicométrico, entrevista con los padres y exploraciones complementarias cuando se consideraron necesarias. Se empleó como clasificación



Fuente Datos: Censo 1986

Figura 4. Población menor de 17 años desglosada C.A.M.

Tabla 3 Media de edades

Límites de edad	0-5			6-11			12-16		
	H	V	I	H	V	I	H	V	I
X	3,6	3,7	3,6	8,6	9,4	9,0	13,6	13,5	13,5

diagnóstica el DSM-III R. El diagnóstico fue realizado por dos profesionales de modo independiente. Cada paciente acudió a consulta al menos en tres ocasiones.

RESULTADOS

Edad y sexo

El grupo de niños de 6 a 11 años representa el 54% del total, correspondiendo el 29,4% a los menores de seis años y el 16,4% a los adolescentes. Si se tiene en cuenta que los tres grupos de edad abarcan cinco, seis y cinco años respectivamente hay que concluir que es en la edad escolar donde se plantea una mayor demanda asistencial, seguida de los lactantes y pre-escolares.

La proporción de varones es del 58,6% y la de hembras del 41,4% en el grupo de escolares, diferencia que tiende a disminuir con la edad 52,5% y 47,5% respectivamente en los adolescentes. Sin embargo, esta diferencia es claramente significativa en el grupo de cero a cinco años en que los varones representan en 63,8% del total.

La media de edad en los tres grupos es de 3,6, 9,0 y 13,5 respectivamente (Tabla 3).

Motivo de consulta

Existe 43 motivos de consulta diferentes en el grupo total, de los cuales 27 corresponden a los varones y 32 a las hembras (Tabla 4). Los motivos más frecuentes de consulta se refieren a: deficiente rendimiento escolar, retraso mental y dificultades de aprendizaje que se dan en 56 pacientes, seguido de quejas psicósomáticas en 22, rebeldía y oposicionismo en otros 22 casos, encopresis y enuresis en 21, inquietud en 11 casos y tristeza y ansiedad en otros 11 (Tabla 5).

El retraso mental y deficiente rendimiento escolar es motivo de consulta en 37 varones frente a 19 hembras. Las quejas psicósomáticas se dan en ocho varones y en

14 hembras. La enuresis y encopresis en 16 varones y en cinco hembras. La conducta rebelde y oposicionista en 16 varones y en seis hembras. La inquietud en seis varones y en cinco hembras. La tristeza en tres varones y tres hembras y la ansiedad en tres y dos respectivamente. Los tics y los trastornos de identidad sexual se presentan sólo en los varones, cuatro y tres respectivamente.

Diagnóstico

Los diagnósticos realizados fueron en total 18 y pueden verse en la tabla 6. El mayor número corresponde a: trastornos específicos del desarrollo 20,5%, trastornos de conducta 12%, enuresis y encopresis 12%, trastornos psicofisiológicos 11%, retraso mental 9% y déficit de atención con hiperactividad 5,6%. Siguen a continuación el trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por ansiedad 4% cada uno y trastorno depresivo 3,5%, (Tabla 7). Este grupo de diagnósticos representaron el 82,5% de todos los realizados.

En relación con el sexo, en los varones hay un claro predominio de trastornos específicos del desarrollo, trastorno de conducta, enuresis y encopresis y retraso mental que abarcan el 35,5%, mientras que en las hembras predominan los trastornos psicofisiológicos, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por ansiedad que representan el 13%. El trastorno depresivo se da prácticamente igual en ambos sexos: 2,1% en hembras y 1,4% en varones (Tabla 8), con ligero predominio en el sexo femenino.

Ha habido cuatro diagnósticos exclusivos de los varones: tics en cuatro casos, 2,8%, trastorno de la identidad sexual tres casos, 2,1%, otros trastornos del desarrollo dos casos, 1,4% y un caso de fobia, 0,7%. En cuanto a las hembras se han diagnosticado exclusivamente en este grupo: trastorno por estrés postraumático tres casos, 2,1%, un caso de tricotilomanía y otro de tartamudez (Tabla 9).

Categorías diagnósticas

Los diferentes diagnósticos se han agrupado en tres categorías diagnósticas fundamentales:

- A) Trastornos del desarrollo y retraso mental.
- B) Trastornos emocionales.
- C) Trastornos de conducta e hiperactividad

Tabla 4 Motivos de consulta

	<i>Varones</i>		<i>Hembras</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Deficiente aprendizaje escolar	10	(5,9)	6	(3,5)	16	(9,4)
Retraso escolar	4	(2,3)	1	(0,5)	5	(2,9)
Retraso en el lenguaje	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Retraso en el desarrollo	2	(1,1)	0	—	2	(1,1)
Valoración intelectual	8	(4,7)	3	(1,7)	11	(6,5)
Dificultad en la lecto-escritura	2	(1,1)	3	(1,7)	5	(2,9)
Déficit auditivo	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Retraso mental	2	(1,1)	1	(0,5)	3	(1,7)
Tartamudez	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Problemas de memoria	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Autismo	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Dificultades en articulación del lenguaje	5	(2,9)	4	(2,3)	9	(5,3)
Cefaleas	4	(2,3)	2	(1,1)	6	(3,5)
Procesos psicossomático	1	(0,5)	4	(2,3)	5	(2,9)
Tristeza	2	(1,1)	3	(1,7)	5	(2,9)
Conducta inmadura	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Anorexia	1	(0,5)	2	(1,1)	3	(1,7)
Tics	4	(2,3)	0	—	4	(2,3)
Dolores abdominales	1	(0,5)	2	(1,1)	3	(1,7)
Terrores nocturnos	0	—	2	(1,1)	2	(1,1)
Timidez	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Ansiedad	2	(1,1)	2	(1,1)	4	(2,3)
Vómitos	1	(0,5)	1	(0,5)	2	(1,1)
Ansiedad postraumática	0	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Crisis asmáticas	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Obesidad	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Masturbación	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Trastornos del sueño	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Cambios en el estado de ánimo	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Mareos	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Compulsiones y rituales	2	(1,1)	2	(1,1)	4	(2,3)
Ideas extrañas	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Orden excesivo	1	(0,5)	1	(0,5)	2	(1,1)
Preocupación excesiva por los estudios	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Enuresis	13	(7,7)	5	(2,9)	18	(10,6)
Oposicionismo	13	(7,7)	4	(2,3)	17	(10,0)
Rebeldía	1	(0,5)	2	(1,1)	3	(1,7)
Autoagresión	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Inquietud	3	(1,7)	4	(2,3)	7	(4,0)
Hiperactividad	3	(1,7)	1	(0,5)	4	(2,3)
Encopresis	3	(1,7)	0	—	3	(1,7)
Deficiente atención	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Alteraciones en la conducta alimenticia	2	(1,1)	0	—	2	(1,1)
Agresión	1	(0,5)	0	—	1	(0,5)
Malos tratos	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Impulso de arrancarse el pelo	0	—	1	(0,5)	1	(0,5)
Preferencias por conductas femeninas	3	(1,7)	0	—	3	(1,7)
Total	100		69		169	

168

Tabla 5 Motivos de consulta más frecuentes

	Varones	Hembras	Total
Retraso mental, del desarrollo y deficiente rendimiento escolar	37	19	56
Quejas psicósomáticas	8	14	22
Rebeldía y oposicionismo	16	6	22
Enuresis y encopresis	16	5	21
Inquietud	6	5	11
Tristeza y ansiedad	6	5	11
Tics	4	0	4
Conductas femeninas	3	0	3
Total	96	54	150

Tabla 7 Diagnósticos más frecuentes

	Nº	%
Trastorno específico del desarrollo	29	20,5%
Trastorno de conducta	17	12%
Enuresis y encopresis	17	12%
Trastornos psicofisiológicos	16	11,3%
Retraso mental	13	9,2%
Déficit atención con hiperactividad	8	5,6%
Trast. obsesivo compulsivo	6	4,2%
Trastorno por ansiedad	6	4,2%
Trastorno depresivo	5	3,5%
Total	117	82,5%

Tabla 6 Diagnósticos

	Varones		Hembras		Total	
	N	%	N	%	N	%
Autismo	4	(2,8)	3	(2,1)	7	(4,9)
Retraso mental	7	(4,9)	6	(4,2)	13	(9,2)
Trastornos específicos del desarrollo	19	(13,4)	10	(7,0)	29	(20,4)
Otros trastornos del desarrollo	2	(1,4)	0	—	2	(1,4)
Tartamudez	0	—	1	(0,7)	1	(0,7)
Trast. por ansiedad	2	(1,4)	4	(2,8)	6	(4,2)
Trast. por psicofisiológicos	6	(4,2)	10	(7,0)	16	(11,3)
Fobia	1	(0,7)	0	—	1	(0,7)
Trast. obsesivo-compulsivos	2	(1,4)	4	(2,8)	6	(4,2)
Trast. depresivos	2	(1,4)	3	(2,1)	5	(3,5)
Trast. por estrés postraumático	0	—	3	(2,1)	3	(2,1)
Enuresis y encopresis	12	(8,5)	5	(3,5)	17	(12,0)
Trast. de conducta	12	(8,5)	5	(3,5)	17	(12,0)
Trast. por déficit de atención con hiperactividad	7	(4,9)	1	(0,7)	8	(5,6)
Maltrato	1	(0,7)	1	(0,7)	2	(1,4)
Tricotilomanía	0	—	1	(0,7)	1	(0,7)
Trast. de la identidad sexual en la infancia	3	(2,1)	0	—	3	(2,1)
Trast. por tics	4	(2,8)	0	—	4	(2,8)
Total	84		57		141	(100)

A éstas se han añadido otras tres categorías secundarias dado el reducido número de casos que las componen:

D) Maltrato

E) Tricotilomanía.

F) Trastorno de la identidad sexual (Tabla 10).

En la tabla 11 puede apreciarse cómo las tres primeras categorías incluyen el 95% de los diagnósticos con un claro predominio del retraso mental y trastornos del desarrollo que abarca el 36% seguido de los trastornos

de conducta e hiperactividad y de los trastornos emocionales que representan el 29,5% respectivamente.

En relación al sexo los varones sufren en mayor proporción: trastornos del desarrollo y retraso mental 22,5% frente a un 13,5% de hembras y trastorno de conducta e hiperactividad 21,9% frente a un 7,8% de hembras.

Las niñas por su parte padecen con más frecuencia trastornos de carácter emocional, el 17,5% frente al 12% de varones.

Tabla 8 Diagnósticos en relación con el sexo

	<i>Varones</i>		<i>Hembras</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Trastorno específico del desarrollo	19	(13,4)	10	(7,1)	29	(20,5)
Trastorno de conducta	12	(8,5)	5	(3,5)	17	(12)
Enuresis y encopresis	12	(8,5)	5	(3,5)	17	(12)
Trastornos psicofisiológicos	6	(4,2)	10	(7,1)	16	(11,3)
Retraso mental	7	(4,9)	6	(4,2)	13	(9,2)
Déficit atención con hiperactividad	7	(4,9)	1	(0,7)	8	(5,6)
Trastorno obsesivo compulsivo	2	(1,4)	4	(2,8)	6	(4,2)
Trastorno por ansiedad	2	(1,4)	4	(2,8)	6	(4,2)
Trastorno depresivo	2	(1,4)	3	(2,1)	5	(3,5)
Total	69	(48,5)	48	(34)	117	(82,5)

Tabla 9 Diagnósticos exclusivos de los varones o de las hembras

	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Varones</i>		
Fobia	1	0,7
Otros trastornos del desarrollo	2	1,4
Trastorno de la identidad sexual	3	2,1
Tics	4	2,8
Total	10	7,0
<i>Hembras</i>		
Trastorno por estrés postraumático	3	2,1
Tartamudez	1	0,7
Tricotilomanía	1	0,7
Total	5	3,5

Tabla 10 Categorías diagnósticas

<i>Categorías diagnósticas</i>	<i>Diagnósticos</i>
A	-Autismo -Retraso mental -Otros trast. del desarrollo -Trastornos específicos del desarrollo -Tartamudez
B	-Trastornos depresivos -Trastornos por ansiedad -Fobia -Trastornos obsesivo-compulsivo -Trastornos psicofisiológicos -Tras. por estrés postraumático -Trastornos por tics
C	-Trastornos de conducta -Trast. por déficit de atención con hiperactividad -Enuresis y encopresis
D	-Maltrato
E	-Tricotilomanía
F	-Trast. de la identidad sexual en la infancia

DISCUSIÓN

En este trabajo se analiza una muestra de 133 niños de 6 a 11 años pertenecientes a un grupo total de 245 pacientes de 0 a 16 años procedentes de una población general de 160.385 habitantes de esa misma edad. La clase social abarca desde clase obrera emigrante a clase media-alta, incluyendo un grupo rural.

La mayor demanda asistencial se da en el grupo de escolares de 6 a 11 años lo cual es atribuible a que en esa edad se manifiestan con especial dramatismo los retrasos del desarrollo, el retraso mental y los trastornos de conducta ya que comienza la escolarización.

El grupo más amplio de motivos de consulta se refiere a temas relacionados con retrasos del desarro-

llo y aprendizaje y retraso mental, y sigue el de quejas psicósomáticas, patología esta típica de la edad escolar. Hay que tener en cuenta además que se trata de un Hospital Infantil donde muchos pacientes proceden de la interconsulta de otras especialidades pediátricas. A continuación se sitúan las consultas en

Tabla 11

Categorías diagnósticas	Varones		Hembras		Total	
	N	%	N	%	N	%
A	32	(22,6)	19	(13,4)	51	(36,1)
B	17	(12)	25	(17,7)	42	(29,7)
C	31	(21,9)	11	(7,6)	42	(29,7)
D	1	(0,7)	1	(0,7)	2	(1,4)
E	0	—	1	(0,7)	1	(0,7)
F	3	(2,1)	0	—	3	(2,1)
Total	84	(59,5)	57	(40,5)	141	(100)

relación con trastornos de conducta y trastorno emocionales.

En relación con el sexo, la variedad de motivos de consulta es ligeramente más alta en las hembras, 32 frente a 27 en los varones.

Puede concluirse que los varones consultan más en relación con problemas de rendimiento escolar, retrasos del desarrollo, dificultades de aprendizaje⁽³⁾, y trastornos de conducta e inquietud⁽⁴⁾. Las quejas psicósomáticas son más frecuentes en las niñas mientras que la tristeza y ansiedad es motivo de consulta en ambos grupos en similar proporción, así como las obsesiones y las conductas compulsivas. Existe un caso de tricotilomanía en una niña.

Se observa una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en los varones en relación a las hembras⁽⁵⁾, diferencia que disminuye con la edad. Es máxima en los varones menores de seis años 63,8%, pasa al 58,6% en los escolares y decrece hasta el 52,5% en los adolescentes. Es decir, la relación V/H pasa de 2/1 en los más pequeños a 1/1 en los adolescentes.

Los diagnósticos más frecuentes corresponden a trastornos específicos del desarrollo, lo cual significa la importancia del aprendizaje a esta edad, retraso mental y trastornos de conducta, ambos más frecuentes en los varones que en las hembras, lo cual coincide con otros autores⁽⁵⁾. Siguen en frecuencia los trastornos psicósomáticos que son además más frecuentes en las niñas, como también lo son el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por ansiedad.

En términos generales la mayoría de los trastornos psiquiátricos en la infancia son más frecuentes en los varones que en las hembras Rutter y Garmeiz 1983⁽⁵⁾

excepto en los trastornos emocionales que suelen tener una distribución similar en ambos sexos en contraste con lo que sucede en el adulto. A partir de la adolescencia habría un mayor predominio en las hembras. En este trabajo se observa ya este predominio en la edad escolar. Destaca también la cifra de un 5,5% de trastorno obsesivo compulsivo, otros autores dan cifras de un 0,2% en poblaciones clínicas⁽⁶⁾. Probablemente un alto porcentaje de estos trastornos no se diagnostican. Sin embargo, son los trastornos obsesivo compulsivo los que tienen una mayor continuidad desde la infancia a la vida adulta. La presencia de tics preferentemente en varones, así como la enuresis y encopresis coincide con la mayoría de los trabajos en este tema⁽⁷⁾, llamando la atención la presencia de un caso de tricotilomanía en una muestra relativamente reducida.

Existen tres categorías diagnosticadas en la edad escolar: la primera está formada por el autismo, otros trastornos y retrasos del desarrollo y el retraso mental. Suelen comenzar durante los tres primeros años de vida pero se diagnostican más tarde en muchos casos. Predominan en varones. La segunda categoría está formada por el amplio grupo de los trastornos emocionales que pueden comenzar a cualquier edad y afectan tanto a varones como a hembras. En este trabajo se da un predominio en las segundas. La tercera categoría está formada por los trastornos de conducta que pueden comenzar a cualquier edad y que tienen un claro predominio en los varones tanto el trastorno de la conducta social, como la hiperactividad, la enuresis y encopresis^(4,8,9). Estas tres categorías abarcan el 95% de los diagnósticos de esta edad.

BIBLIOGRAFÍA

171

- 1 Jaspers K. *General Psychopathology*. University Press, Manchester, 1962.
- 2 Scadding JC. The concepts of disease: a response. *Psychol Med* 1980;**20**:425-427.
- 3 Ackerman P, Dykman R, Oglesby D. Sex and group differences in reading and attention disordered children with and without hyperkinesis. *J Learning Disabilities* 1983;**16**:407-415.
- 4 McGee R, Share D. Attention deficit disorder-hyperactivity and academic failure: Which comes first and what should be treated? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;**27**:318-325.
- 5 Rutter M, Garmezy N. Developmental psychopathology. En: Hetherington EM, ed. *Socialization, personality and social development*. Handbook of Child Psychology, Wiley, New York, 1983;**4**:
- 6 Hollingsworth C, Tanguay P, Grossman L. Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1980;**19**:134-144.
- 7 Shappiro AK, Shappiro ES, Bruun RD, Sweet TRD. *Gilles de la Tourette Syndrome*. Raven Press, New York, 1978.
- 8 Essen J, Peckham C. Nocturnal enuresis in childhood. *Developed Med Child Neurol* 1976;**18**:577-589.
- 9 Davie R, Butler N, Goldstein H. *From birth to seven*. Longman, London, 1972.
- 10 Zahner GEP, Pauls DL. Epidemiological surveys of infantile autism. En: Cohen E, Donnellan A, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York, John Wiley and Sons, 1987.
- 11 Scadding JG. What is a case? Book review. *Psychol Med* 1982;**12**:207-208.

L. Lázaro i García¹
J. Toro i Trallero²

Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica.
Facultad de Medicina. H.C.B. Barcelona.

1 Psiquiatra. Sección Psiquiatría Infantil y Juvenil

2 Psiquiatra y Psicólogo. Profesor titular de Psiquiatría.

Jefe de la Sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital
Clínico de Barcelona

Comunicación de la ponencia oficial. Reunión
anual SEPIJ. Zaragoza.

Características de la población de
6-11 años visitada en la sección
de Psiquiatría Infantil y Juvenil
del Hospital Clínic i Provincial de
Barcelona

*Clinical features of the
population between 6-11 years
that attended the Child-Young
Psychiatry Unit of the Hospital
Clínic i Provincial de Barcelona*

RESUMEN

Se revisan algunas características clínicas de la población escolar atendida en una sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Por diversas razones (la sección se dedica mayoritariamente a la asistencia de adolescentes, está especializada en la asistencia de otros trastornos de larga duración, no estaba incorporada a la red asistencial pública catalana y compartía las consultas primarias de estas edades con una unidad pediátrica en el mismo hospital) no es posible generalizar los resultados obtenidos a la población clínica general de esta edad.

PALABRAS CLAVE

Epidemiología. Psicopatología infantil.

ABSTRACT

Some of the clinical features of the school population that attended a Child-Young Psychiatry Department are reviewed. For some reasons (this unit is mainly dedicated to adolescents' assistance; it is also specialised in dealing with long-term disorders; it wasn't plugged to the catalan public attendance net; and primary consultations at these ages were shared with the Pediatric Unit of the same hospital) it is not possible to generalize the results obtained to the general clinical population of this age.

KEY WORDS

Epidemiology. Child psychopathology.

Tabla 1 Motivos de consulta (referidos por los padres)

	N	%
Enuresis	28	31,8%
Bajo rendimiento	18	20,5%
Trastornos de conducta	12	13,6%
Síntomas somáticos	4	4,5%
Patología médica	4	4,5%
Baja autoestima, inseguridad, dificultades de relación	3	3,4%
Fobia	3	3,4%
Trastornos alimentarios	2	2,3%
Sintomatología depresiva	2	2,3%
Establecer un diagnóstico	2	2,3%
Ansiedad	2	2,3%
Encopresis	2	2,3%
Tics	1	1,1%
Separación de los padres	1	1,1%
Trastornos del sueño	1	1,1%
Problemas escolares	1	1,1%
Onanismo	1	1,1%
Retraso mental	1	1,1%

INTRODUCCIÓN

La sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona está integrada en la Subdivisión de Psiquiatría de dicho hospital. Al presentar esta revisión de alguna de las características de la población escolar (6-11 años) atendida, es preciso tener en cuenta ciertas peculiaridades de la tarea asistencial de la mencionada Sección, peculiaridades que consideradas en su conjunto sesgan notablemente las características de la población asistida, lo que debe impedir generalizar las posibles conclusiones que pudieran formularse.

En efecto, desde siempre la Sección se ha dedicado mayoritariamente a la asistencia de adolescentes (12 a 18 años). Es más, en un estudio finalizado en el año 1990 se observaba que en los tres últimos años el promedio de edad de la población atendida aumentaba alrededor de nueve meses por año.

Por otro lado, hasta 1992 la Sección no se ha incorporado a la incipiente red asistencial pública catalana de psiquiatría infantil y juvenil. En consecuencia, la no sectorización implicaba la posibilidad de seleccionar los casos asistidos en función de tres criterios: urgencia/gravedad, utilidad para alguna línea de investigación, y procedencia del Hospital Clínic. Se ha rechazado todo

trastorno que, procedente de fuera del hospital, implicara exclusivamente retraso escolar o déficits específicos del desarrollo.

Asimismo hay que tener en cuenta la presencia de una pequeña unidad, atendida por algunos colaboradores ajenos a la plantilla del hospital, ubicada en la consulta externa de la clínica pediátrica, que absorbe una parte de las consultas de carácter primario que suelen producirse en estas edades.

Por fin, cabe señalar que la especialización de la sección en la asistencia de determinado tipo de trastornos de larga duración (del comportamiento alimentario, obsesivos...) y la no derivación de ningún paciente a otros centros (por lo menos hasta 1992), supone una saturación muy elevada de la consulta, en detrimento del número total de casos atendidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han revisado las historias clínicas de todas los niños de 6 a 11 años visitados por primera vez durante los años 1990 y 1991. Se trata de 88 niños que constituyen el 30% de todas las primeras visitas. La edad promedio es de $8,76 \pm 1,59$ años. Son varones 55 (62,5%) de ellos y hembras 33 (37,5%)

RESULTADOS

Motivo de consulta

En la tabla 1 se enumeran los distintos motivos de consulta tal como son formulados por los padres durante la primera entrevista. Se han recogido 19 motivos. Algunos de ellos conllevan un diagnóstico (p.e., tics, enuresis); otros, describen situaciones de riesgo (p.e., separación de los padres); otros se centran en posibles síntomas (p.e., inseguridad).

Derivación de las consultas

Las personas o instituciones que han remitido los pacientes a la consulta han sido clasificadas en 10 géneros de agentes (Tabla 2). En 48 (54,6%) casos han sido remitidos por médicos, mayoritariamente del propio Hospital Clínic.

174

Tabla 2 Agentes derivadores de las consultas

	N	%
Médicos HCP	18	20,5
Pediatras	3	3,4
Neuropsiquiatra ICS	2	2,3
Otros médicos	25	28,4
Personal HCP	13	14,7
Urgencias HCP	2	2,3
Iniciativa de los padres	3	3,4
Colegio	5	5,7
Psicólogo	3	3,4
Otros	2	2,3
No consta	12	13,6

Tabla 4 Casos (N=7) con doble diagnóstico

<i>Diagnóstico primario</i>	<i>Diagnóstico secundario</i>
Fobia	+ Trastorno depresivo
Retraso mental	+ Encopresis
Trastorno de Tourette	+ Enuresis
Enuresis	+ Fracaso escolar
Trastorno de la identidad sexual	+ Fracaso escolar
Trastorno específico del desarrollo	+ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Trastorno de conducta	+ Enuresis funcional

Diagnósticos

En la tabla 3 se enumeran los diagnósticos principales-actuales- atribuidos a los 88 casos estudiados. Siempre se han utilizado criterios DSM-III-R. Obsérvese que el 33% de ellos son enuresis funcionales, siendo éste el diagnóstico mayoritario. La explicación de este hecho reside, por lo menos en parte, en el hecho de que durante este período de tiempo la Sección estaba realizando una investigación sobre este trastorno, y por tanto aceptando específicamente los casos correspondientes.

Uno de cada cuatro casos queda sin diagnosticar. Ello supone en la inmensa mayoría de las ocasiones que no se detectó patología propiamente dicha. En algunos casos concretos podía suceder que la sintomatología presente no permitiera satisfacer todos los criterios DSM-III o DSM-III-R para el diagnóstico de un trastorno. En el apartado "retraso escolar" se han englobado algunos trastornos específicos del desarrollo.

Tabla 3 Diagnóstico principal

	N	%
Enuresis funcional	29	33,0%
Retraso escolar	6	6,8%
Trastornos de conducta	4	4,5%
Trastorno de la Tourette	4	4,5%
Trastornos adaptativo	3	3,4%
Retraso mental	3	3,4%
Trastornos específicos del desarrollo	3	3,4%
Trastorno depresivo	2	2,3%
Fobia simple	2	2,3%
Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	2	2,3%
Encopresis funcional	2	2,3%
Trastorno esquizofreniforme	1	1,1%
Trastorno por ansiedad excesiva	1	1,1%
Trastorno de angustia por separación	1	1,1%
Trastorno de la conducta alimentaria no especificados	1	1,1%
Trastorno de la identidad sexual	1	1,1%
Oposicionismo	1	1,1%
Sin diagnóstico	22	25,0%

A siete de los pacientes les fue atribuido un doble diagnóstico en el momento de la consulta (Tabla 4).

Sintomatología

Sesenta y seis de los 88 niños estudiados habían sido evaluados psicopatológicamente mediante una versión de la *Child Behavior Checklist* cumplimentada por los padres inmediatamente después de haberse desarrollado la primera visita y confeccionado la historia clínica. Las puntuaciones T medias (normalización original) obtenidas son de $64,24 \pm 11,37$ para la sintomatología interiorizada y de $64,69 \pm 11,73$ para la exteriorizada. Por encima de una nota $T=70$ -posible umbral para la patología- se sitúan 19 (28,5%) niños en el factor interiorizado y 26 (39%) en el exteriorizado.

De modo totalmente arbitrario, hemos seleccionado una serie de ítems que por sí solos pudieran constituir un trastorno o que explícita o implícitamente constituyeran sintomatología encuadrable en alguno de los cuadros aceptados por las actuales clasificaciones internacionales. Se incluyen en la tabla 5, en la que, en cursiva, se indican los posibles síndromes o trastornos hacia que apuntarían los síntomas o características investigados.

Tabla 5 Items del C.B.C. agrupados por trastornos en función de su posible carácter sintomático (N=66)

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
<i>Trastorno de déficit de atención con hiperactividad</i>			
No puede concentrarse ni prestar atención durante mucho rato	18 (27,3%)	26 (39,4%)	22 (33,3%)
No puede sentarse quieto ni estar tranquilo; siempre está moviéndose	10 (15,2%)	32 (48,5%)	24 (36,4%)
<i>Trastorno de conducta</i>			
Ataca físicamente a otras personas	54 (81,8%)	11 (16,7%)	1 (1,5%)
Roba en casa	61 (92,4%)	5 (7,6%)	
Falta a la escuela sin motivo (hace novillos)	64 (97,0%)	2 (3,0%)	
<i>Enuresis</i>			
Se orina encima durante el día	60 (90,9%)	4 (6,1%)	2 (3,0%)
Se orina en la cama	40 (60,6%)	8 (12,1%)	18 (27,3%)
<i>Encopresis</i>			
Se hace sus necesidades encima	61 (92,4%)	4 (6,1%)	1 (1,5%)
<i>Tics</i>			
Hace movimientos nerviosos o tiene tics	47 (71,2%)	12 (18,2%)	7 (10,6%)
<i>Rendimiento escolar</i>			
Su trabajo escolar es deficiente	28 (42,4%)	17 (25,8%)	21 (31,8%)
<i>Trastorno de identidad sexual</i>			
Actúa como si fuera del sexo opuesto	2 (93,9%)	4 (6,1%)	
<i>Alucinaciones</i>			
Oye cosas o a personas que no están presentes	64 (97%)	2 (3,0%)	
Ve cosas que no están presentes	60 (90,9%)	6 (9,1%)	
<i>Ansiedad</i>			
Es demasiado miedoso o angustiado	37 (56,1%)	19 (28,8%)	10 (15,2%)
Teme hacer el ridículo y se desconcierta fácilmente	33 (50,0%)	25 (37,9%)	8 (12,1%)
Es tímido o vergonzoso	25 (37,9%)	30 (45,5%)	11 (16,7%)
<i>Fobia escolar</i>			
Tiene miedo a ir al colegio	56 (84,8%)	9 (13,6%)	1 (1,5%)
<i>Trastorno depresivo</i>			
Se queja o piensa que nadie le quiere	37 (56,1%)	25 (37,9%)	4 (6,1%)
Cree que es inútil o inferior a los demás	45 (68,2%)	14 (21,2%)	7 (10,6%)
Está descontento, triste o deprimido	38 (57,6%)	23 (34,8%)	5 (7,6%)
<i>Suicidio</i>			
Se hace daño expresamente o ha intentado suicidarse	65 (5,6%)	1 (1,5%)	
Dice que se quiere matar	64 (97,0%)	2 (3,0%)	
<i>Insomnio</i>			
Duerme menos que la mayoría de los niños	53 (80,3%)	10 (15,2%)	3 (4,5%)
<i>Quejas somáticas</i>			
Tiene trastorno físicos a los que no se ha encontrado una causa médica			
Nº de quejas distintas	0	1-4	5-11
	29 (43,9%)	(47,0%)	6 (9,0%)
1º Dolores de barriga			
2º Dolores de cabeza			
3º Vómitos			

176

Tabla 6 Comparación de síntomas (ítems C.B.C.) entre niños y niñas

	χ^2	P	Predominio
Tr. déficit atención + hiperactividad	5,2586	0,261	
Hiperactividad	6,1205	0,046*	Niños
Trastorno e conducta	2,8349	0,585	
Enuresis	11,9513	0,017*	Niñas
Encopresis	1,1852	0,552	
Tics	3,9571	0,138	
Rendimiento escolar	0,1132	0,945	
Trastorno de identidad sexual	0,1455	0,702	
Alucinaciones	0,3112	0,576	
Ansiedad	8,0510	234	
Miedoso o angustiado	7,1821	0,027*	Niñas
Es tímido y vergonzoso	6,2527	0,043*	Niñas
Fobia escolar	1,5520	0,460	
Trastorno depresivo	5,0064	0,543	
Insomnio	1,3860	0,500	
Suicidio	0,0746	0,784	
	t	p	
Quejas somáticas	-1,83	0,071	

Tabla 8 Tipos de tratamiento

	N	%
Farmacológico ± cognitivo-conductual	22	(32,8%)
Cognitivo-conductual	45	(67,1%)

Estas agrupaciones de ítems -recuérdese la arbitrariedad de su selección- han sido estudiadas a fin de verificar si existía algún predominio de alguna de ellas en función del sexo. En la tabla 6 puede observarse que aparecen diferencias significativas en cuatro ítems. El predominio de varones se da en la "hiperactividad" y el de las niñas en "enuresis", "ser miedoso o angustiado" y "ser tímido o vergonzoso".

Tratamiento

El 23,8% de la población estudiada no recibió tratamiento alguno (Tabla 7). En todos los casos tratados la terapéutica individual fue complementada con algún tipo de intervención dirigida a los padres. Cuatro casos (4,5%) fueron tratados en régimen de hospitalización.

Tabla 7 Casos tratados

	N	%
Individual + padres	67	76,1%
Sin tratamiento	21	23,8%
Ingreso hospitalario	4	4,5%

Tabla 9 Fármacos utilizados

	N	%
Neurolépticos	6	27,3%
Antidepresivos	9	40,9%
Metilfenidato	3	13,6%
NRL + ADT + BZD	2	9,1%
Otros	2	9,1%

Algo más de la mitad de la población tratada lo fue exclusivamente mediante procedimientos psicoterápicos de orientación cognitivo-conductual (Tabla 8). Uno de cada cuatro niños tratados recibió algún tipo de fármaco, pero siempre complementado por la intervención psicoterápica. En la tabla 9 se describen los fármacos utilizados.

Durante el periodo estudiado (1990-1991) casi la mitad de los niños (48,8%) habían recibido el alta definitiva. Un 34,1% estaban en situación de alta provisional o habían abandonado el tratamiento. En el momento de realizar este estudio (Abril de 1992) proseguían su tratamiento el 17%. En los casos tratados, la duración promedio del tratamiento fue de 5 meses, con una frecuencia promedio de visitas de 15-20 días.

CONCLUSIONES

Este estudio tiene un carácter meramente descriptivo de una experiencia asistencial muy concreta. Dadas las características peculiares del grupo estudiado y del centro asistencial, renunciamos a extraer conclusiones, puesto que no es posible generalizarlas dada su escasa representatividad. Su interés, así lo creemos, sólo puede hallarse en el contexto del centro en cuestión, y por lo tanto está en relación casi exclusiva con su régimen asistencial y organizativo interno.

M. D. Domínguez Santos
A. Gómez Gracia
J. A. Mazaira Castro

Análisis de la demanda en
población infanto-juvenil en
Galicia

Servicio de Psiquiatría. Hospital Xeral de Galicia
(Clínico Universitario). Facultad de Medicina.
Santiago de Compostela

Correspondencia:

M^a Dolores Domínguez Santos. R/ Raiola 1
15702 Santiago de Compostela (A Coruña)

Comunicación de la ponencia oficial.
Reunión anual SEPIJ. Zaragoza.

*Analysis of care seeking in the
child-young population of
Galicia*

RESUMEN

Se realiza una revisión y un análisis preliminar de los datos obtenidos a través del sistema de Registro de Casos instaurados en la Comunidad Autónoma Gallega desde 1990.

Los parámetros estudiados son los siguientes: características generales de la población consultada, vías de acceso a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, diagnóstico, actividad realizada y tiempo de permanencia en la consulta. A partir de ahí se hace una breve revisión sobre la asistencia proporcionada y las carencias del Registro de Casos para poder responder a las preguntas que nos formulamos desde la asistencia.

PALABRAS CLAVE

Demanda asistencial; Actividad terapéutica; Niños y adolescentes.

ABSTRACT

We made a revision as well as a preliminary analysis of data obtained from the Cases Register System, established in Galicia since 1990.

The analyzed parameters are as follows: general characteristics of consulted population, access ways to Child and Adolescent's Psychiatry Unity, diagnostic, therapeutic activity and staying time on dispensary. From that moment, we take a short revision about the provided assistance and the Cases Register deficiencies in order to answer the questions we find in assistential work.

KEY WORDS

Care seeking; Therapeutic activity; Child and Adolescent.

178 INTRODUCCIÓN

En julio de 1990 se pone en marcha el sistema de Registro de Casos para la información y evaluación del trabajo realizado en salud mental en Galicia. Dos años después tratamos de hacer un primer análisis del proceso de atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en una unidad específica concreta, que comprende además algunos aspectos evaluativos de nuestra actividad.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, ubicada en el servicio de psiquiatría del Hospital Xeral de Galicia, funciona desde el año 1977. La dotación estable es de un psiquiatra general dedicado a la salud mental infanto-juvenil y un psicólogo. Coexiste en el mismo centro con la Unidad de Paidopsiquiatría del servicio de pediatría. La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil atiende un área teórica que no se cumple por dos razones: una el escaso desarrollo de la Reforma Sanitaria General y de la Reforma Psiquiátrica en Galicia, que ocasionan carencias de servicios básicos; otra las características geográficas de nuestra comunidad que dan lugar a que las áreas geográficas naturales no coincidan con las áreas administrativas delimitadas. En resumen y teóricamente, esta Unidad da servicio a un área atendida por tres C.S.M. (150.000 a 225.000 hab.) y a otra área en la que correspondería crear otros tres C.S.M.

OBJETIVOS

1. Analizar las características generales de la población infanto-juvenil atendida en la Unidad (1 a 16 años).
2. Conocer el modo de utilización que la población hace de los servicios asistenciales.
3. Revisar las características de la actividad asistencial realizada.
4. Comparar, aprovechando el instrumento común a todos los dispositivos que están funcionando, los datos obtenidos con los de otras unidades similares, para poder analizar las variaciones en relación con el nivel de desarrollo de la reforma en marcha.
5. Valorar la utilidad del sistema de registro de casos para dar respuesta a las preguntas que se formulan desde la asistencia.

El cuarto objetivo propuesto fue imposible de realizar dado el nivel de implantación y cumplimiento del propio Registro de Casos y del desarrollo de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

MATERIAL Y MÉTODO

El material utilizado son los datos registrados de los 265 sujetos atendidos por primera vez en la unidad durante el período comprendido entre el 1 de julio de 1990 y el 30 de junio de 1992. Adjuntamos los modelos de registro (Anexo 1); cada sujeto tiene una hoja de datos básicos que se cubre la primera vez que acude a la consulta y luego es registrado en la hoja de actividades cada vez que es citado.

Realizamos, en primer lugar, una lectura descriptiva de los siguientes indicadores: edad, sexo, procedencia, clase social, vía de acceso a la unidad y diagnóstico.

En segundo lugar, observamos la distribución de las variables estudiadas en relación al diagnóstico realizado.

Por último, analizamos indicadores asistenciales tales como el tipo de actividad asistencial desarrollada, el índice de resolución y de abandono, globalmente y después en relación con la categoría diagnóstica establecida.

De todas las variables utilizadas hemos de comentar:

- La *edad* fue recodificada en tres grupos: G-1: 1 a 5 años; G-2: 6 a 11 años; G-3: 12 a 16 años.
- La *clase social*, ante la ausencia del dato objetivo, ha sido elaborada a partir de la información sobre el nivel de estudios y profesión de los padres; a partir de los datos obtenidos descartamos la presencia de clase alta en vista de su escasísima frecuencia. Quedan, por lo tanto, dos categorías: clase social baja y clase social media.
- La *vía de acceso* fue recodificada en cinco categorías: 1. Familia; 2. Especialistas (hospital, C.S.M. y privados); 3. Médicos de cabecera; 4. Escuela; 5. Otros (servicios sociales, inspección, etc).
- El *diagnóstico* también ha sido recodificado siguiendo la clasificación diagnóstica DSM-III-R, que fue el instrumento diagnóstico básico. Obtuvimos 11 categorías diagnósticas que son las siguientes:
 1. Factores V.
 2. Trastornos de la eliminación.
 3. Trastornos adaptativos.
 4. Trastornos por ansiedad.
 5. Trastornos por conductas perturbadoras.
 6. Retraso mental.
 7. Trastornos sintomáticos.
 8. Trastornos depresivos.
 9. Otros trastornos.

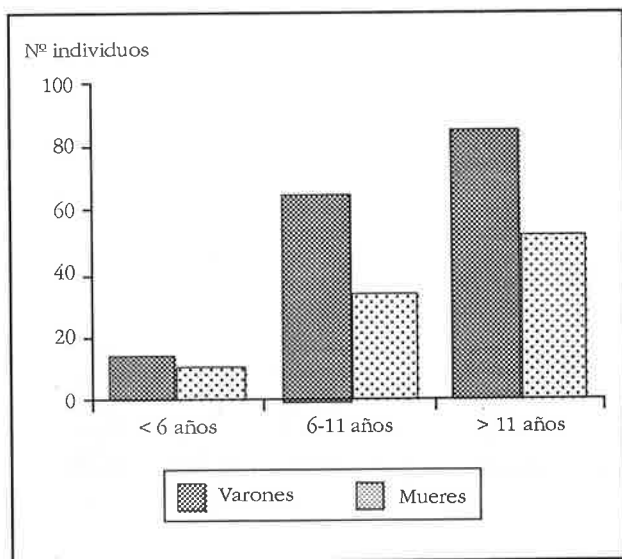


Figura 1. Distribución por edad y sexo.

10. Diagnóstico aplazado.

11. Ausencia de diagnóstico.

En la categoría siete, recogemos los trastornos por tics y los del sueño, que tienen una cierta incidencia de presentación (6,4%) como síntomas en la clínica infantil y que nos parecieron suficientemente específicos como para no incluirlos en otros.

En la categoría ocho, están recogidos 24 casos cuya dispersión diagnóstica es tan importante que ocasiona frecuencias menores del 1% de los casos, entre ellos hay que destacar los trastornos generalizados del desarrollo con una frecuencia de 0,8% (dos casos).

Los instrumentos estadísticos utilizados han sido la valoración porcentual y el χ^2 para las tablas de contingencia, contenido en el paquete estadístico SPSS/PC versiones 3.1 y 4.

RESULTADOS

Características de la población

Aparece un predominio de demandas de consulta en el sexo masculino, que se mantiene en los tres grupos de edad y se hace ostensible en el segundo grupo, en el que la demanda de varones es prácticamente el doble que la de mujeres (Fig. 1). Considerando exclusivamente la

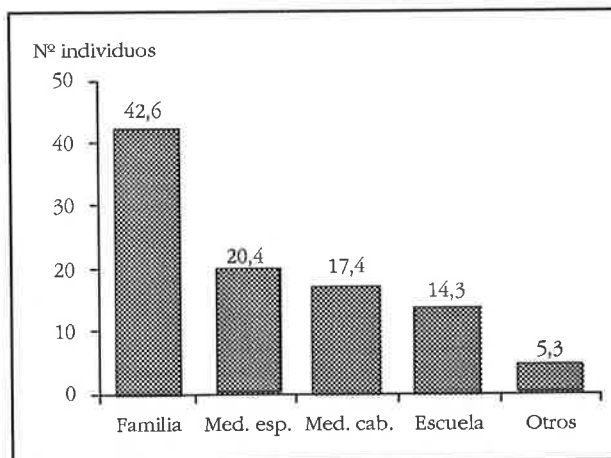


Figura 2. Vía de acceso.

edad aparece una tendencia a aumentar las demandas a medida que aumenta la edad.

La procedencia de nuestros pacientes es fundamentalmente rural y en lo que se refiere a la clase social, predominan las consultas de la clase baja sobre la media en una relación próxima a 2/1.

La vía de accesos a la consulta se produce en primer término a demanda de la familia (42,6%) y a bastante distancia porcentual le siguen los especialistas, en tercer lugar el médico de cabecera y por último la escuela (Fig. 2).

Hemos de comentar la escasa demanda de los C.S.M., 1,9% de la población, y del registro de urgencias del Hospital (considerado de referencia para Galicia) un 3% de la demanda.

La distribución por grupos diagnósticos pone de manifiesto una demanda de patología menor, en general, ya que son los factores V los que obtienen un mayor porcentaje seguidos de los trastornos de la eliminación, los trastornos adaptativos y trastorno de ansiedad en este orden. Entre las categorías diagnósticas que connotan mayor gravedad observamos un 4,5% de trastornos depresivos de los que sólo el 1,8% son diagnósticos de depresión con características psicóticas. Por otra parte, y como ya hemos señalado anteriormente, el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo alcanza un 0,8% de la demanda.

Por último, hacer notar una frecuencia baja de diagnósticos aplazados y la frecuencia de sujetos que no son diagnosticados después de su demanda de consulta (8,3%) (Fig. 3).

180

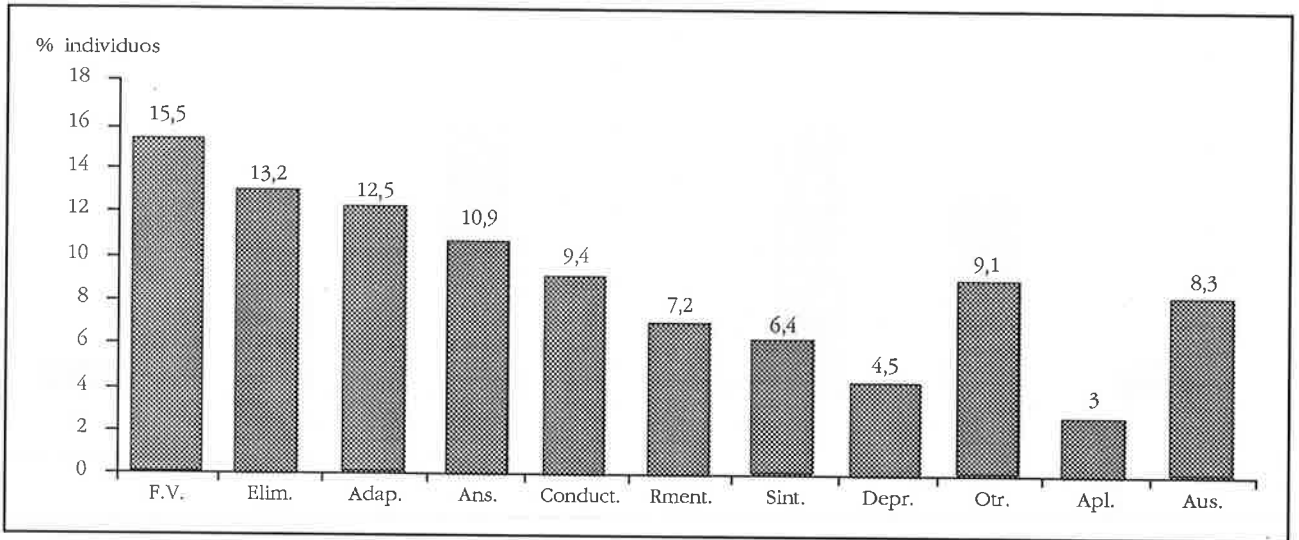


Figura 3. Diagnósticos.

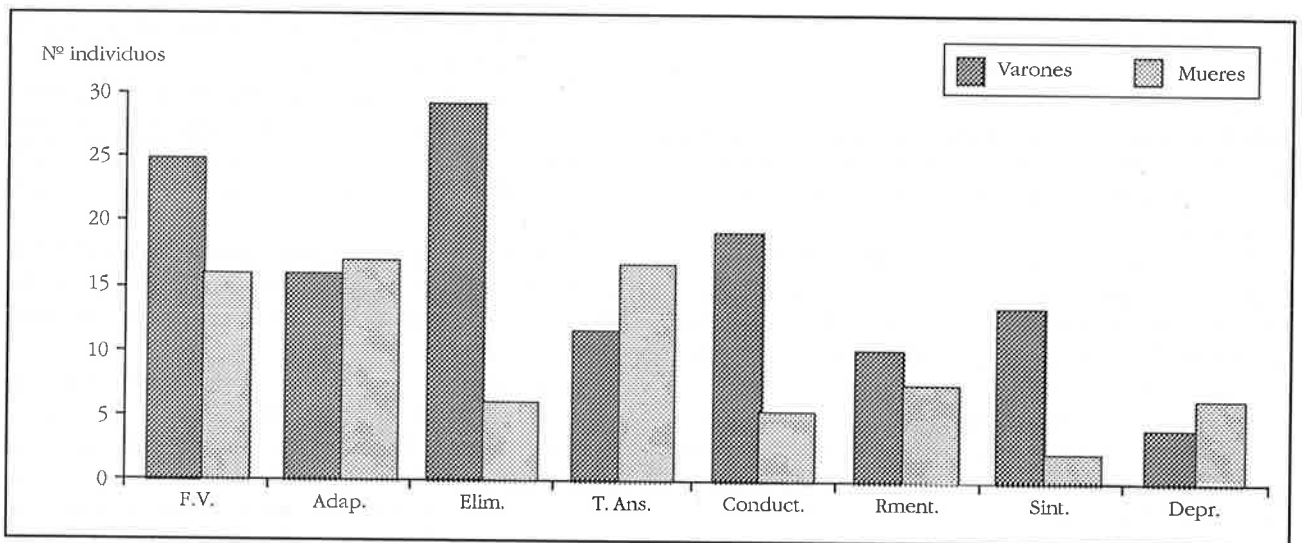


Figura 4. Diagnóstico por sexo.

En el análisis de los diferentes grupos diagnósticos en relación a las variables previamente estudiadas observamos perfiles diagnósticos diferentes si tenemos en cuenta el sexo, así en los Varones aparece mayor presencia de los diagnósticos: T. de la eliminación, Factores V y T. de la conducta; mientras que en las Mujeres el

orden es: T. adaptativos y T. de ansiedad, en primer lugar, seguidos de los factores V. Hay que destacar también la mayor incidencia de T. depresivos en este grupo (Fig. 4).

Al considerar los grupos de edad, los diagnósticos ya comentados se concentran en G-2 y G-3. Así el G-2

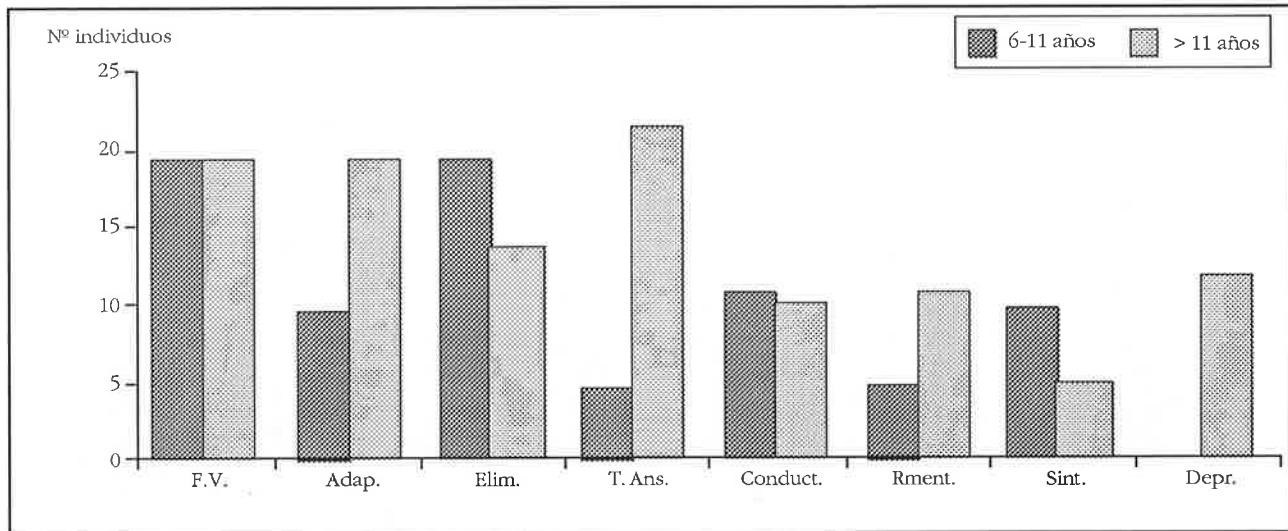


Figura 5. Diagnóstico por edades.

obtiene un perfil diagnóstico como sigue: Factores V, T. de la eliminación y T. de la conducta; mientras que el perfil de los adolescentes pone el primer término los T. de ansiedad y en segundo, los T. adaptativos y factores V, seguidos de los T. de la eliminación. Los T. depresivos aparecen únicamente en este grupo (Fig. 5).

En cuanto a la vía de acceso, encontramos que los Factores V son detectados de modo similar por los agentes que hemos considerado. El perfil de la familia detecta: Factores V, T. de la eliminación y T. de la conducta preferentemente, y también hace demandas que desembocan en Ausencia de diagnóstico. El perfil de los especialistas detecta: T. adaptativos en primer lugar, seguidos de T. de la eliminación, T. de ansiedad y Otros, siendo el agente que menos detecta los Factores V. El perfil del médico de cabecera detecta por igual Factores V, T. de ansiedad y T. de la eliminación. El perfil escolar detecta de modo similar los Factores V, T. adaptativos, T. de la conducta, Retraso Mental y Otros.

La patología depresiva es detectada fuera del campo de estos cuatro agentes, en los que hemos recogido como Otros y no aparece detectada nunca por la escuela.

En lo que se refiere a la relación entre diagnóstico y clase social, los perfiles son similares salvo en los T. sintomáticos que destacan en la clase baja y T. depresivos que destacan en la clase media (Fig. 6).

Actividad desarrollada

Aquí encontramos 1.443 registros que corresponden a toda actividad desarrollada con los 265 sujetos que fueron atendidos por primera vez, que se reducen a 1.162, con los que trabajaremos, después de suprimir los correspondientes a las actividades que corresponden a las primeras entrevistas.

La mayor parte de nuestra actividad se desarrolla en las consultas externas del Hospital, es una actividad programada; sólo un 3,5% de la actividad es no programada y se debe a consultas espontáneas y en mínima parte a consultas procedentes del Servicio de urgencias; y se invierte en tratamientos psicoterapéuticos individuales y familiares, predominantemente, y en revisiones y tratamientos farmacológicos, en segundo lugar (Fig. 7).

Los tratamientos de pareja no aparecen porque son considerados de familia, y no se desarrollan intervenciones psicoterapéuticas en la red comunitaria. No hubo actividad de Psicoterapia grupal en el período que estudiamos.

En resumen, la actividad terapéutica desarrollada es fundamentalmente la Psicoterapia, y en segundo término, los tratamientos farmacológicos; un pequeño grupo de registros se corresponden con tratamientos mixtos en los que utilizamos la medicación y la psicoterapia combinadas (Fig. 8).

182

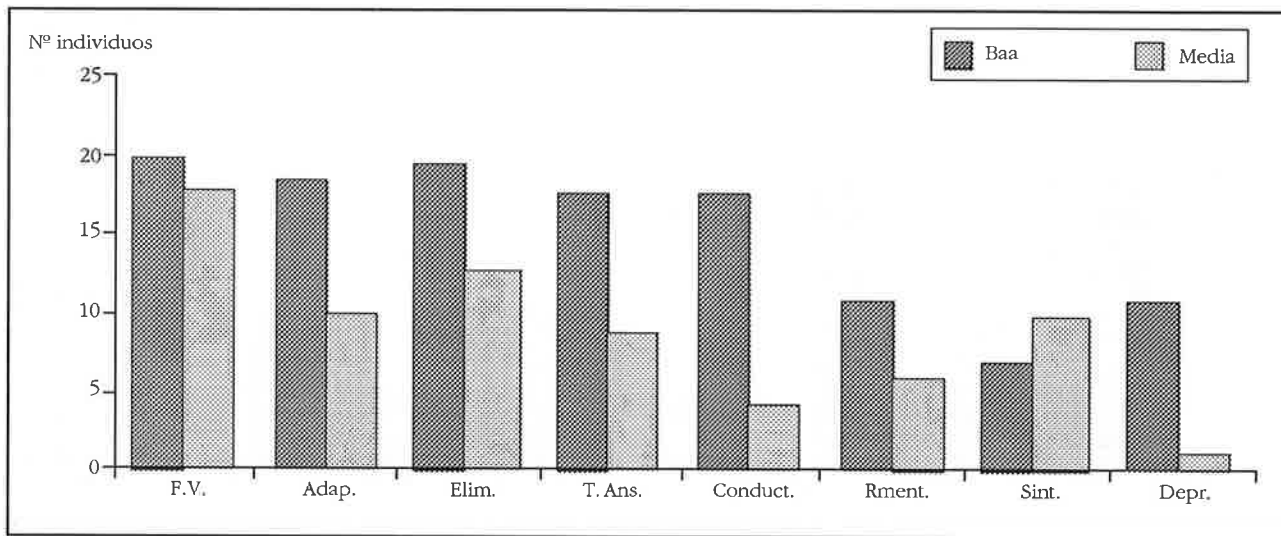


Figura 6. Diagnóstico por clase social.

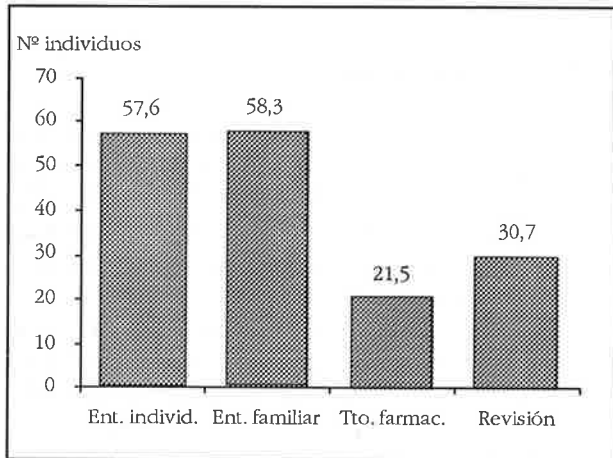


Figura 7. Actividades.

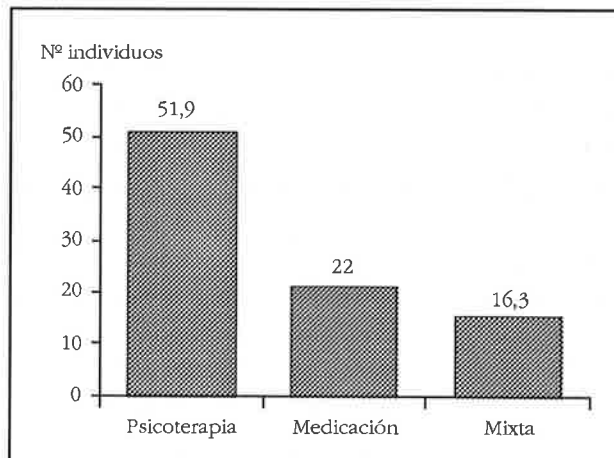


Figura 8. Actividades (agrupadas).

Otra de nuestras preocupaciones residía, como hemos dicho, en averiguar la evolución de nuestros pacientes. El índice de altas es de 34,3% aunque al considerar los sujetos con Ausencia de diagnóstico podría verse reducido (28,6%), mientras que el índice de abandono expresado es muy bajo (0,3%); este índice podría verse incrementado a partir de los registros "programado no acude" (7,2%), de los que parte derivan en abandono; de todos modos, sigue siendo bajo, pero no hemos podido estudiarlo mediante la fórmula de aban-

dono no expresado, cuando el paciente no retoma contacto en seis meses, por dificultades del propio registro.

El porcentaje de derivaciones es también bajo (2,1%) y quizás lo más destacable sea el elevado porcentaje de retención de los pacientes en la consulta.

Para terminar analizamos la actividad desarrollada en relación a los grupos diagnósticos. Las técnicas psicoterapéuticas se administraron con mucha frecuencia a los diagnósticos: T. de la eliminación, Factores V,

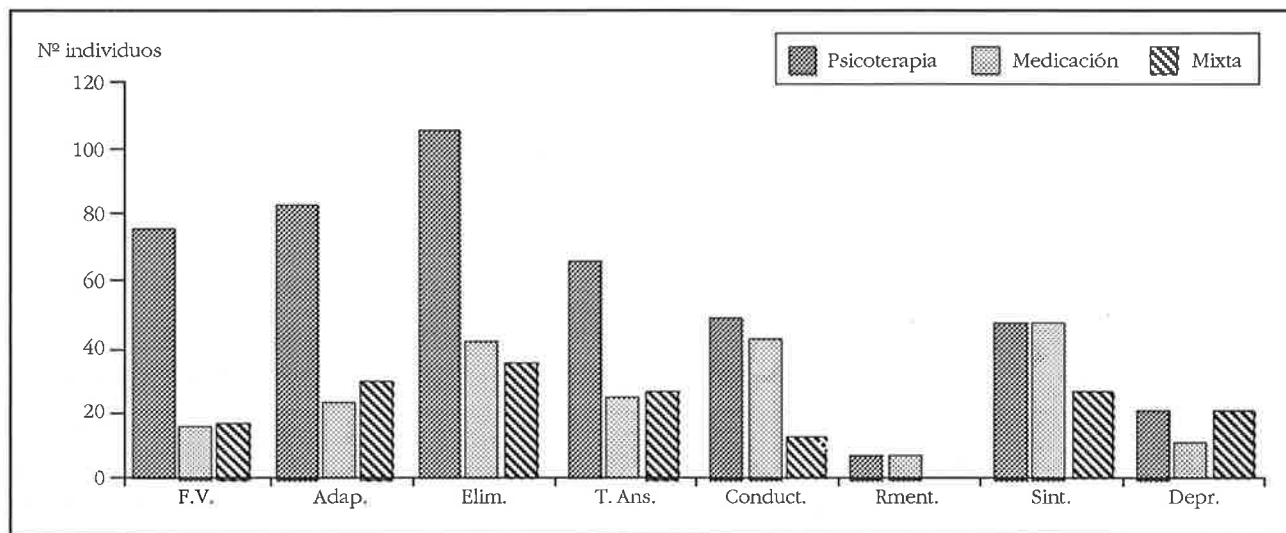


Figura 9. Actividades por diagnóstico.

T. adaptativos y T. de ansiedad. La medicación ha sido utilizada preferentemente en los T. sintomáticos, T. de la conducta y T. de la eliminación. Los tratamientos mixtos han sido empleados en los T. de la eliminación, T. adaptativos, T. de ansiedad, T. sintomáticos y T. depresivos, siendo en este último grupo la terapéutica predominante (Gráfico 9).

El nivel de absentismo a la consulta ha sido bajo, a nuestro juicio (7,9%), y se produce sobre todo en T. de la conducta, T. de la eliminación y T. adaptativos.

La atomización de los resultados en los restantes índices no permite otros análisis, salvo el comentario sobre las derivaciones que, si bien es escaso, se producen a C.S.M. en razón de los cambios de edad de nuestros pacientes y, en casos de retraso mental y T. de la conducta, a centros especializados que por otra parte no abundan en nuestra comunidad.

DISCUSIÓN

Encontramos, como en investigaciones semejantes, una notable diferencia en el número de consultas por sexo. Los varones consultan más que las mujeres en la etapa infanto-juvenil.

El G-2 es en el que las diferencias por sexo es más notable. En general los niños son percibidos como más

problemáticos que las niñas y la edad agudiza esta tendencia siendo en los niveles de edad inferiores en los que la diferencia por sexos es menor⁽¹⁻³⁾.

Detectamos en nuestra muestra, a diferencia de los autores ya citados, una vía de acceso a la unidad, en la que predomina la iniciativa familiar, si bien es cierto que es la concepción paterna la que tiene un peso específico en la decisión final de solicitar ayuda⁽⁴⁾. Nosotros consideramos que aún así es el escaso desarrollo de la Reforma Sanitaria y las peculiaridades de nuestra aceptación de la demanda, lo que provoca que la iniciativa de la consulta llegue sin ningún tipo de filtro a partir de la familia en la mayoría de nuestros pacientes.

Por lo que respecta a los diagnósticos, consideramos que, con los criterios utilizados, la problemática que detectamos entra dentro del grupo de la patología menor o ausencia de patología, ya que el mayor porcentaje de etiquetas diagnósticas se produce en una categoría que el DSM-III-R define como sin patología psiquiátrica aunque susceptible de tratamiento (Factores V); tanto en esta agrupación diagnóstica como en las que nosotros obtenemos con mayor frecuencia aparece la notable coincidencia con las investigaciones ya citadas, dato que hemos de tomar con la debida reserva ya que es difícil encontrar más de un autor que considere las mismas categorías diagnósticas; por otro lado en las patologías de mayor gravedad, en concreto en los

184 trastornos depresivos, encontramos una incidencia baja en nuestra población comparada con otros autores⁽⁵⁻⁷⁾.

Hemos hecho un notable esfuerzo para evitar la categoría de Diagnóstico aplazado que se producía en elevados porcentajes en relación, desde nuestro punto de vista, con el diseño del registro y la formalidad de su cumplimiento. El trabajo dedicado a la elaboración de grupos diagnósticos nos permitió hacer una reflexión coincidente también con otros autores⁽⁸⁾ sobre la escasa utilidad de los criterios DSM-III-R en la patología infantil que se caracteriza por su naturaleza inespecífica y que está siempre influida por los procesos madurativo y evolutivo propios de esta etapa.

Con respecto a la actividad desarrollada, también aparecen coincidencias notables con otros autores, por lo que parece haber una orientación predominante en Salud Mental Infanto-Juvenil de tipo psicoterapéutico, condicionada también por el predominio de patologías reactivas.

Así mismo y probablemente en relación con esta orientación citada, se producen altos índices de retención y bajos de salida de los pacientes. No hemos podido contrastar nuestros datos de abandono, aunque en otros trabajos aparecen índices muy superiores, consideramos, que no ha podido ser estudiado adecua-

damente. También hemos de decir que nuestra impresión global es la de que esta tendencia podría verse confirmada y probablemente está en relación con aspectos cualitativos de la actividad, que difícilmente se pueden valorar mediante Registro de Casos.

Para terminar hemos de hacer mención a la utilidad del Registro para nosotros. Por el momento no nos resulta útil para poder hacer estudios de seguimiento, esto es lógico dado el poco tiempo de instauración. Creemos que, tal y como ha sido estructurado, puede proporcionar muchísima información, porque también la pide, pero no cumple algunas de las características que se han señalado como necesarias⁽⁹⁾ tales como la simplicidad y sobre todo manejabilidad, la posibilidad de definir y redefinir problemas para que sirva para la planificación y ofrece muchas dificultades de trabajo para hacer realidad esos estudios longitudinales de los que hablábamos que, si bien son posibles, obligan a un trabajo exhaustivo que creemos que podría haberse evitado.

Algunas preguntas que dieron lugar a este trabajo no han podido ser ni planteadas ni contestadas debido a esta dificultad que señalamos y a la que hemos hecho alguna mención en los resultados. Ni que decir tiene que de todos modos lo consideramos útil pero intuimos que podría serlo más.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Goñi Sarries A, Cortaire Tirar R. Evaluación de la asistencia de la Salud Mental Infanto-Juvenil en Navarra. *Psiquis*. 1991;12:270-277.
- 2 Fernández Moreno A, Gómez-Ferrer Gorriz C, Pereyra Niño A. La enfermedad infanto-juvenil en la región de Murcia. *Rev. Psiqu. Inf.* 1991;1:27-39.
- 3 Rutter M, Tizard J, Withmore K. *Education health and behaviour*. Longman Group Ltd, Londres, 1970.
- 4 Ollendick T, Thersen M. *Psicopatología infantil*. Martínez Roca. Barcelona, 1988.
- 5 Weinberg WA, Rutman J, Sullivan I, Penick EC, Deitz SG. Depression in children referred to an educational diagnostic Center; diagnosis and treatment. *J Pediatr* 1973;83:1065-1072.
- 6 Kashani J, Cantwell D, Sherim W, Reid J. Major depressive disorder in children admitted to and in patient community Mental Health Center. *Am J Psy* 1982;139,5:671-672.
- 7 Lobowitz D, Handal P. Childhood depression: Prevalence using DSM-III. Criteria and validity of parent and child depression scales. *J Pediatr Psychol* 1985;10,1:45-54.
- 8 Pedreira JL, Rincón F. La clasificación de los trastornos en Psiquiatría Infantil: comparación de los sistemas más frecuentes. *Actas Luso-Esp. Neurol Psiquiatr* 1989;17,6:407-416.
- 9 Pedreira Massa JL. El registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y adolescencia: instrumento válido para la investigación y el seguimiento de tipo longitudinal. *Rev Psiqu Inf.* 1991;2:102-115.

Anexo 1



FOLLA DE NOTIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS INFANTO-XUVENIL

N.º DE REXISTRO DO CENTRO _____

N.º DE REXISTRO CENTRAL _____

<p>5/10. NIVEL DE ESTUDIOS</p> <p>0. Non procede. 1. Analfabeo. 2. Sen escolarizar (para nenos) 2. Lee e escribe (para adultos). 3. Preescolar (para nenos). 3. Estudos primarios (para adultos). 4. Educación especial. 5. Bacharelato elemental (EGB, FP1). 6. Bacharelato superior (BUP, FP2). 7. COU. 8. Estudos universitarios grao medio. 9. Estudos universitarios grao superior.</p>	<p>12. SITUACIÓN LABORAL</p> <p>0. Non procede. 1. Nunca tivo traballo remunerado. 2. Non ten traballo remunerado. 3. Traballo fixo. 4. Traballo eventual. 5. Parado remunerado. 6. Parado sin remunerar. 7. Pensionista. 8. Xubilado. 9. Outra.</p>	<p>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>1. CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN CONFIDENCIAL:</p> <p>1.a. Dúas primeiras letras dos dous apelidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1.b. Sexo (1. Home, 2. Muller) <input type="text"/></p> <p>1.c. Data de nacemento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1.d. Provincia de nacemento (códigos dorso) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. DATA DA PRIMEIRA CONSULTA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3. CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DO CENTRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>6. TIPO DE FAMILIA</p> <p>1. Familia propia nuclear. 2. Familia propia ampliada. 3. Familia substitutiva nuclear. 4. Familia substitutiva ampliada. 5. Institución. 6. Outros.</p>	<p>13. CAPACIDADE LABORAL</p> <p>0. Non procede. 1. Plena. 2. Incapacidade laboral transitoria. 3. Incapacidade permanente parcial. 4. Incapacidade permanente total. 5. Incapacidade permanente absoluta. 6. Gran incapacidade.</p>	<p>DATOS SOCIOLABORAIS</p> <p>4. CONCELLO DE RESIDENCIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>5. ESTUDIOS DO PACIENTE <input type="text"/></p> <p>6. TIPO DE FAMILIA <input type="text"/></p> <p>7. ÍNDICE DE DISGREGACIÓN FAMILIAR</p> <p>7.a. Situación dos pais <input type="text"/> Pai <input type="text"/> Nai</p> <p>7.b. Malos tratos (0. Non procede, 1. Si, 2. Non) <input type="text"/></p> <p>7.c. Escasez de recursos (0. Non procede, 1. Si, 2. Non) <input type="text"/></p> <p>8. NÚMERO DE IRMÁNS (incluído o paciente) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>9. LUGAR QUE OCUPA O PACIENTE POR ORDE DE NACEMENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>10. ESTUDIOS DOS PAIS <input type="text"/> Pai <input type="text"/> Nai</p> <p>11. PROFESIÓN DOS PAIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12. SITUACIÓN LABORAL DOS PAIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>13. CAPACIDADE LABORAL DOS PAIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>14. PROCEDENCIA (1. rural, 2. Semiurbana, 3. Urbana) <input type="text"/></p> <p>15. HISTORIA DE EMIGRACIÓN (1. Si, 2. Non) <input type="text"/></p>	

Anexo 1 (continuación)

<p>7a. SITUACIÓN DOS PAIS</p> <p>0. Non procede 1. Dentro da normalidade. 2. Ausencia por divorcio ou separación. 3. Enfermidade psíquica. 4. Toxicomanía. 5. Emigración. 6. Delinción.</p>	<p>16. VÍA DE ACCESO</p> <p>01. A demanda da familia. 02. Médico xeral ou APD. 03. Médico especialista. 04. Hospital. 05. Urgencias. 06. Ambulatorio (tipo C.S.M.) 07. Intermedio (tipo H.D.) 08. De internamento (tipo U.H.P.) 09. Servizos sociais. 10. Sistema educativo. 11. Institución xudicial. 12. Dispositivo privado. 13. Unidade de valoración de incapacidades. 14. Inspección médica. 15. Outros.</p>	<p style="text-align: center;">ANTECEDENTES</p> <p>16. VÍA DE ACCESO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. CONSULTOU POR PROBL. PSIQ. ANTERIORMENTE (1. Si, 2. Non) <input type="checkbox"/></p> <p>18. TEN FAMILIARES DIRECTOS QUE RECIBAN OU RECIBIRAN TRAT. PSIQ. (1. Si, 2. Non) <input type="checkbox"/></p> <p>19. SEMÁNS TRANSCURRIDAS DENDE A APARICIÓN DA SINTOMATOLOXIA ACTUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>20. PERSOAS PRESENTES NA CONSULTA <input type="checkbox"/></p>																					
<p>11. PROFESIÓN</p> <p>00. Non procede. 01. Ama de casa. 02. Traballador sen cualificar. 03. Traballador cualificado. 04. Estudiante. 05. Agricultor. 06. Marxeiro. 07. Técnicos e profesionais medios. 08. Técnicos e profesionais superiores e profesionais liberais. 09. Pequenos propietarios. 10. Directivos, altos funcionarios e grandes empresarios. 11. Militares. 12. Sin profesión delimitada. 13. Outros (artesáns, relixiosos...).</p>	<p>20. PERSOAS PRESENTES NA CONSULTA</p> <p>1. Só o paciente. 2. Só co pai. 3. Só coa nai. 4. Con ambos dous pais. 5. Con outros familiares. 6. Con veciños/amigos. 7. Con persoal docente. 8. Con outras persoas.</p>	<p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">PRINCIPAL</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">SECUNDARIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CIE - 9</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DSM - III - R. Eixe I</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eixe II</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eixe III</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eixe IV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eixe V</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PRINCIPAL	SECUNDARIO	CIE - 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DSM - III - R. Eixe I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eixe II	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eixe III	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eixe IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eixe V	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PRINCIPAL	SECUNDARIO																					
CIE - 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
DSM - III - R. Eixe I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
Eixe II	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
Eixe III	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
Eixe IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Eixe V	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					

FOLLA DE NOTIFICACIÓN DE ACTIVIDADE

<p style="text-align: center;">TIPO DE CONSULTA</p> <p>1. Primeira. 2. Sucesiva. 3. Retorno.</p>	<p style="text-align: center;">TIPO DE CITA</p> <p>1. Programada. 2. Programada, no acude. 3. Non programada. 4. Urgencia.</p>	<p style="text-align: center;">LUGAR DE CONSULTA</p> <p>01. Interna. 02. Domicilio. 03. Institución Residencial. 04. Centro de saúde. 05. Outro centro sanitario. 06. Centro social. 07. Centro escolar. 08. Servizo de xusticia. 09. Outros. 10. Telefónica.</p>
<p style="text-align: center;">TIPO DE ACTIVIDADE</p> <p>01. Acollida da demanda e recollida de información. 02. Evaluación diagnóstica integral. 03. Entrevistas. 04. Individual. 05. De parella. 06. De familia. 07. Grupal. 08. Diádica. 09. De rede comunitaria. 10. Tratamento farmacolóxico. 11. Coidados de enfermería. 12. Revisións. 13. Intervencións en crise. 14. Interconsultas. 15. Xestións sociais. 16. Elaboración de documentos solicitados. 17. Orientación a institucións e axentes sociais e comunitarios.</p>	<p style="text-align: center;">SAÍDA</p> <p>0. Non existe. 1. Alta médica. 2. Abandono. 3. Suicidio. 4. Falecemento. 5. Derivación sen seguimento.</p>	<p style="text-align: center;">DERIVACIÓN</p> <p>0. Non existe derivación. 1. Ambulatorio (Tipo C.S.M.). 2. Intermedio (Tipo H.D.). 3. De internamento de agudos (Tipo U.H.P.). 4. De internamento de crónicos (Tipo Hosp. Psiq.). 5. De atención primaria. 6. De atención especializada ambulatoria. 7. Hospitalario. 8. De servizos sociais. 9. Outros.</p>

M. S. Ampudia
X. Gastaminza
I. Quiles
CH. Sosa
A. Bravo
V. Navarro
R. Ortiga
J. Tomás

Unitat de Psiquiatria
Hospital Universitari Materno-Infantil Vall d'Hebron, Barcelona

Correspondencia:

M. S. Ampudia
Unitat de Psiquiatria. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron
Pº Vall d'Hebron, s/n; Barcelona 08035

Comunicación de la ponencia oficial.
Reunión anual SEPIJ. Zaragoza.

Perfil conductual en niños de 6-11 años recién diagnosticados de enfermedad crónica o que acaban de sufrir un traumatismo craneo-encefálico severo: estudio comparativo

Behavioural profile in 6-11 children suffering from a chronic illness compared with those with severe head trauma

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza un estudio comparativo de los problemas conductuales percibidos por los padres en un grupo de niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los seis y 11 años, que padecen una enfermedad crónica, con otro grupo de niños y niñas de la misma edad que han sufrido un traumatismo craneo-encefálico severo. Ambos grupos a su vez son comparados con un grupo de niños sanos.

Los resultados indican una tendencia en el grupo de niños enfermos crónicos a obtener perfiles conductuales con puntuaciones más elevadas en las escalas que tienen que ver con miedos, inhibición y conducta sobrecontrolada, mientras que los niños que han sufrido un traumatismo craneo-encefálico, muestran perfiles con puntuaciones más elevadas en hiperactividad, agresividad y conducta antisocial y poco controlada.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad crónica. Niños. Perfiles conductuales. Traumatismo craneo-encefálico severo.

ABSTRACT

This is a comparative study of behavioural problems reported by parents of a group of children ranging in age from 6-11 years and suffering from a chronic illness, with another group of boys and girls of similar age with severe head trauma.

Both of these groups are compared with a group of healthy children.

The results reveal a tendency in the chronically ill group to obtain behavioural profiles with higher scores in the scales relating to fear, inhibition and restrained behaviour whereas the children with severe head trauma show profiles with higher scores in hyperactivity, aggressiveness and anti-social and uncontrolled conduct.

KEY WORDS

Behavioural profiles. Children. Chronic illness. Severe head trauma.

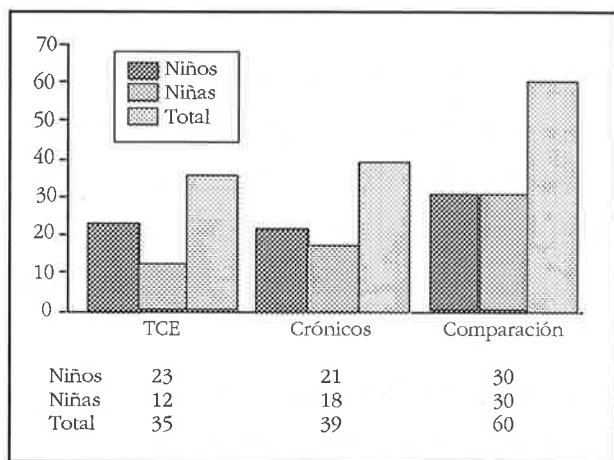


Figura 1. Composición muestra.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un aumento de las enfermedades crónicas debido a los avances en las técnicas de diagnóstico y tratamiento que han modificado la supervivencia de una manera notable.

Este hecho tiene un interés especial en la infancia ya que plantea situaciones nuevas como por ejemplo enfrentarse con la adolescencia en chicos con fibrosis quística o leucemia⁽¹⁾.

Los pacientes que han sufrido un TCE grave, han visto también aumentada su supervivencia debido a la creación de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas, al enfoque multidisciplinario del tratamiento y la introducción de pruebas diagnósticas no agresivas como la TAC craneal⁽²⁾.

Las posibilidades de que estos niños sufran un problema psicológico son mucho mayores que la de los niños sanos. En el estudio realizado en la isla de Wight⁽³⁾ se encontró que el 17% de los niños crónicamente enfermos con edades comprendidas entre 10-12 años, tenían problemas psicológicos frente al 7% del grupo de comparación.

Por otro lado en los niños que han padecido un TCE, los problemas emocionales y conductuales previos se pueden exacerbar después de la lesión y aunque mucho pacientes no tienen historia previa de problemas psiquiátricos, si que hay un porcentaje significativo de ellos que presentan dificultades de

aprendizaje, déficits de atención y problemas conductuales^(3,4).

En los últimos años se han realizado numerosos trabajos que han demostrado que las características del niño enfermo y las repercusiones de esta enfermedad llegan a modificar el funcionamiento familiar^(5,6).

A pesar de la evidencia de que estos niños tienen un riesgo mayor de problemas emocionales, aún no se han determinado qué factores, además de la enfermedad, hacen que algunos niños tengan un mayor desajuste^(7,8).

Partimos del supuesto de que toda enfermedad genera estrés y el estrés a su vez puede generar enfermedad⁽⁹⁾. La forma en que cada sujeto afronta estas situaciones establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo se han utilizado como grupos de estudio: 35 sujetos con TCE y 39 con enfermedad crónica.

Ambos grupos a su vez han sido contrastados con un grupo comparación (n=60) de niños sanos similares a los niños de los grupos de estudio en edad y condiciones socio-económicas. Las edades de los niños incluidos en este estudio, oscilan entre 6 y 11 años, tanto en los grupos de estudio como en el de comparación.

En cuanto a la distribución por sexos, el grupo de estudio de TCE está formado por 23 niños y 12 niñas. El de crónicos por 21 niños y 18 niñas. Y el de comparación por 30 niños y 30 niñas.

La distribución por sexos se ha esquematizado en la figura 1.

El cuestionario utilizado para la evaluación de la percepción que los padres tienen de la conducta de sus hijos ha sido el Child Behaviour Checklist (CBC) de Thomas M. Achenbach, en la versión adaptada por el Dr. J. Toro y cols. para uso experimental.

Este cuestionario consta de 113 ítems englobados en las nueve escalas siguientes: 1. Depresión, 2. Retraimiento social, 3. Quejas somáticas, 4. Esquizoide-Obsesivo, 5. Hiperactividad, 6. Problemas sexuales, 7. Delincuencia, 8. Agresividad, 9. Crueldad.

La puntuación atribuida a cada escala es mayor cuanto más conductas problemáticas perciben los padres en su hijos. Dicha puntuación se evalúa 0-1-2,

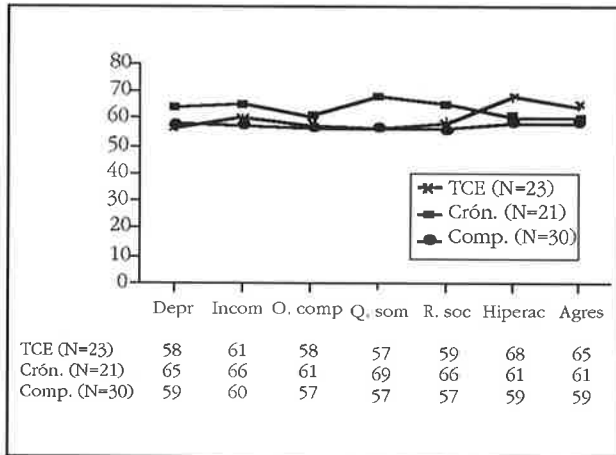


Figura 2. Comparación de los tres grupos. Variables con significación estadística (niños).

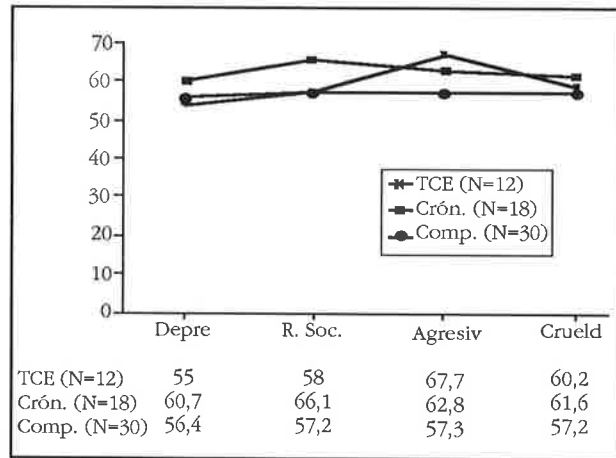


Figura 3. Comparación de los tres grupos. Vbles. con sign. est. (niñas).

según la conducta se de nunca, algunas veces o muchas veces.

Hay que tener en cuenta que estas escalas no se corresponden con síndromes psicopatológicos ya que el CBC es un cuestionario descriptivo de conductas y no un cuestionario diagnóstico. Todos los datos se han obtenido mediante una entrevista personal con los padres de cada uno de los individuos incluidos en el estudio.

El cuestionario CBC era pasado a los padres en la primera visita ambulatoria después del alta hospitalaria, en el caso de los TCE, y en la primera semana después del diagnóstico, en los niños con enfermedad crónica.

Por lo tanto, las respuestas dadas por los padres se corresponden a su percepción del niño antes del diagnóstico, ya que no han convivido con él el tiempo suficiente después del mismo para modificar esta percepción.

RESULTADOS

Se han establecido comparaciones con el objetivo de encontrar las variables con significación estadística, en los grupos de estudio y en el de comparación, diferenciándolos entre sexos. Como prueba estadística se ha utilizado una comparación de medias de las puntuaciones "T" obtenidas en el CBCL.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Comparación entre los tres grupos (Grupo de crónicos, TCE y comparación)

En el caso de los varones, las variables significativas han sido depresión, incomunicación, obsesión-compulsión, quejas somáticas, retraimiento social, hiperactividad y agresividad (Fig. 2).

Las puntuaciones medias han sido significativamente mayores en el grupo de crónicos, exceptuando en las dos últimas variables (hiperactividad, agresividad) que son más elevadas en el grupo TCE.

En el caso de las niñas se han encontrado menos variables significativas: depresión, retraimiento social, agresividad y crueldad (Fig. 3).

Las variables depresión, retraimiento social y crueldad, puntúan más alto en el grupo de crónicas, en cambio, la variable agresividad es mayor en el grupo TCE.

En ambos casos (niños y niñas), las puntuaciones en el grupo comparación son inferiores a las de los grupos de estudio, excepto en la variable depresión, donde el grupo comparación puntúa más alto que el grupo de estudio TCE.

Comparación entre los dos grupos de estudio

En cuanto a los niños, las variables significativas han sido: depresión, quejas somáticas, retraimiento social e hiperactividad (Fig. 4). Las puntuaciones más elevadas

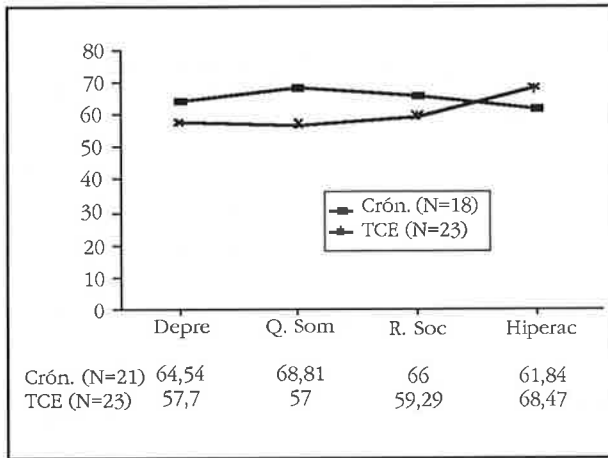


Figura 4. Comparación crónicos-TCE. Vbles. con sign. est. (niños).

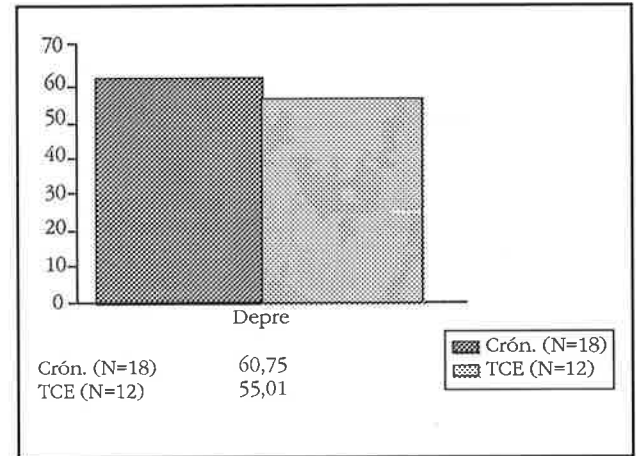


Figura 5. Comparación crónicos-TCE. Vbles. con sign. est. (niñas).

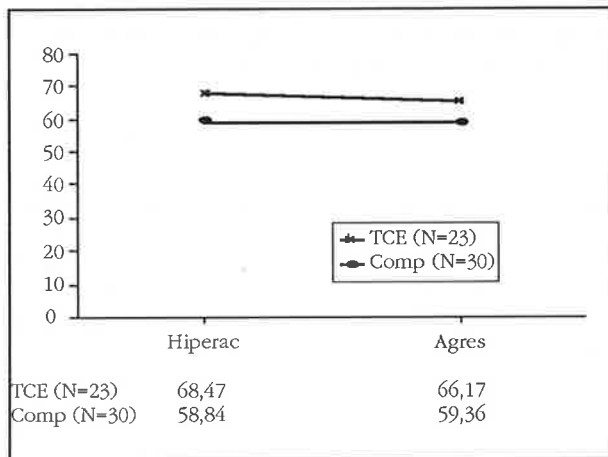


Figura 6. Comparación TCE-GR. Comp. Vbles. con sign. est (niños).

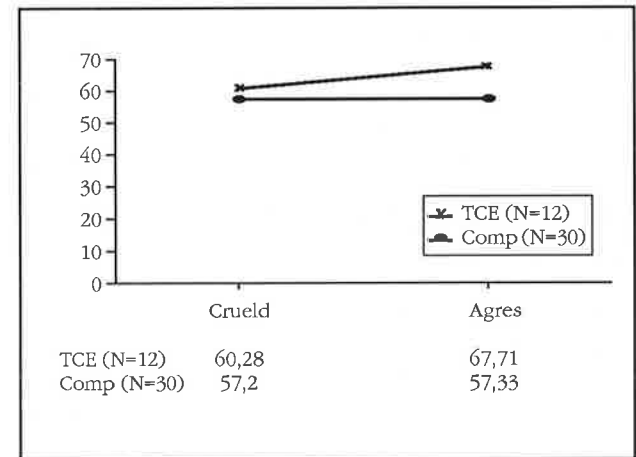


Figura 7. Comparación TCE-GR. Comp. Vbles. con significación estadística (niñas).

pertenecen al grupo de enfermos crónicos, a excepción de la variable hiperactividad.

Respecto a las niñas, únicamente aparece como variable significativa la depresión, siendo más alta en las niñas con enfermedad crónica (Fig. 5).

Comparación entre el grupo de traumatismos craneo-encefálicos y el grupo comparación

Las únicas variables significativas en los niños son: hiperactividad y agresividad, siendo las puntuaciones

más altas las correspondientes a los niños con traumatismo craneo-encefálico (Fig. 6).

En las niñas las variables significativas son: crueldad y agresividad. También en este caso, el grupo de estudio supera al grupo de comparación (Fig. 7).

Comparación entre grupo de estudio de crónicos y grupo de comparación

Respecto a los niños, se ha obtenido un número mayor de variables significativas: depresión, incomuni-

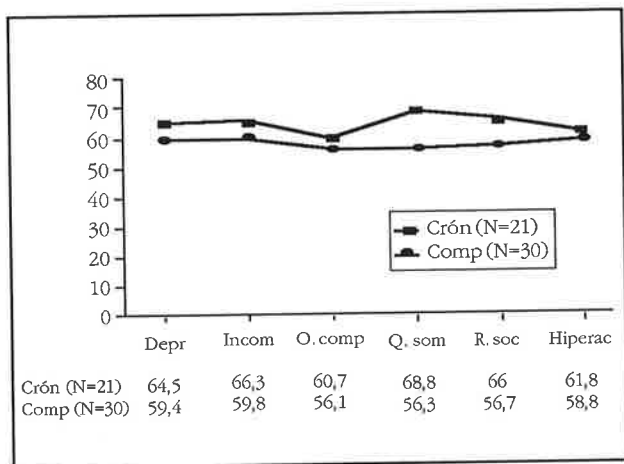


Figura 8. Comparación crónicos-Gr. Comp. Variables con significación estadística (niños).

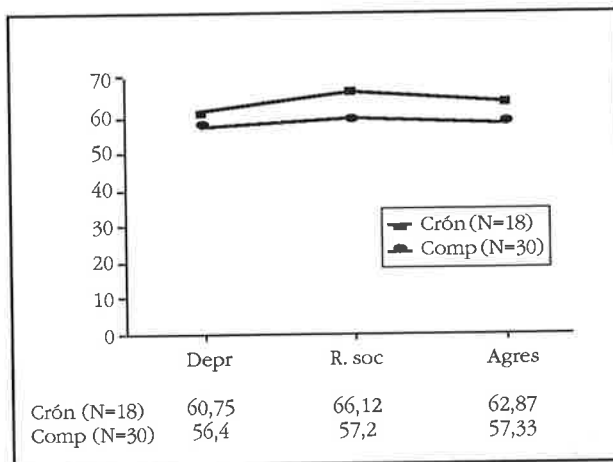


Figura 9. Comparación crónicas-Gr. Comp. Variables con significación estadística (niñas).

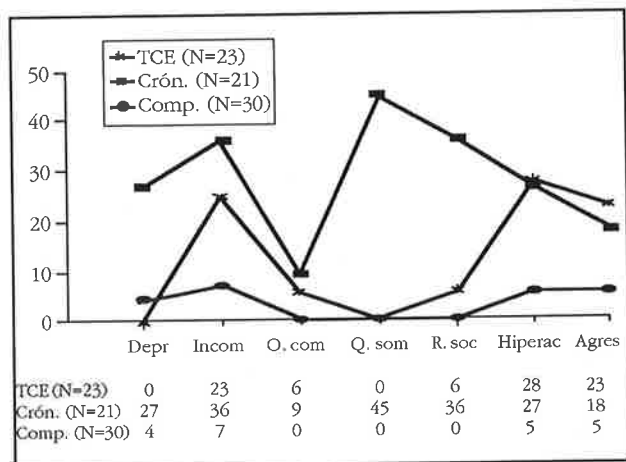


Figura 10. Punt. sobre "T" 70 (%) niños. Variables con significación estadística.

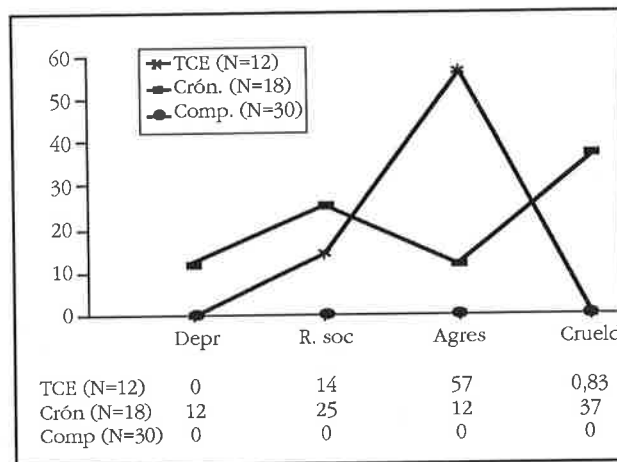


Figura 11. Punt. sobre "T" 70 (%) niñas. Variables con significación estadística.

cación, obsesión-compulsión, quejas somáticas, retraimiento social e hiperactividad. Todas ellas más elevadas en el grupo de enfermos crónicos (Fig. 8).

Las niñas con enfermedad crónica comparadas con las niñas del grupo de comparación, muestran diferencias significativas en cuanto a depresión, retraimiento social y agresividad. Todas ellas con puntuaciones superiores en el grupo de niñas con enfermedad crónica (Fig. 9).

A continuación se compara el porcentaje de sujetos de los tres grupos que han obtenido puntuaciones por

encima de T:70 en aquellas variables que han mostrado diferencias significativas.

Por lo que se refiere a los niños, el mayor porcentaje de sujetos se encuentra en el grupo estudio de crónicos, excepto para las variables hiperactividad y agresividad, donde se encuentra un mayor porcentaje de niños con traumatismo craneo-encefálico.

Hay que destacar que dentro de los niños con enfermedad crónica, la variable más puntuada fue la de quejas somáticas (45% de la muestra).

M. S. Ampudia
X. Gastaminza
I. Quiles
CH. Sosa
A. Bravo
V. Navarro
R. Ortiga
J. Tomás

Perfil conductual en niños de 6-11 años recién diagnosticados de enfermedad crónica o que acaban de sufrir un traumatismo cráneo-encefálico severo: estudio comparativo

192 En los niños con traumatismo cráneo-encefálico, la variable más frecuente es la hiperactividad, con un 28% de los niños de la muestra (Fig. 10).

En el caso de las niñas, para cada variable con significación estadística, el porcentaje mayor de sujetos, se encuentra en el grupo de estudio de crónicos.

Únicamente en la variable agresividad existe un porcentaje mayor de niñas con "T" superior a 70 en el grupo de traumatismo cráneo-encefálico.

Cabría destacar la variable crueldad como la más frecuente entre las niñas que sufren una enfermedad crónica (37%). En cambio, es la variable agresividad la más común entre las niñas con traumatismo cráneo-encefálico (57%).

Los sujetos del grupo de comparación obtienen puntuaciones "T" inferiores a 70 para todas las variables (Fig. 11).

CONCLUSIONES

En el grupo de pacientes estudiados las tendencias han sido las siguientes:

1. Los niños con enfermedad crónica y traumatismo cráneo-encefálico (indistintamente del sexo), son niños que presentan más problemas conductuales que los niños del grupo de comparación.
2. Considerando ambos sexos, se observa que existe un mayor número de problemas en los niños.
3. El grupo de crónicos (de ambos sexos), son los que puntúan más alto en un mayor número de escalas.
4. Los niños que han sufrido un traumatismo cráneo-encefálico sólo difieren de los niños del grupo de comparación en las variables agresividad e hiperactividad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gortmaker SL, Sappenfield W. Afecciones crónicas en la infancia: incidencias e impacto. *Clin ped de Norteam* 1989;3:19.
- 2 Pérez Navero JL, Palacios Córdoba A, Moreno Delgado F y cols. Traumatismo cráneo-encefálico en niños. Revisión de 120 casos. *Rev Esp Pediatr* 1990;46(3):233-237.
- 3 Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, health and behaviour*. Longman, London, 1970.
- 4 Silver JM, Hales RE, Yudofsky SC. Neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury. En: Yudofsky SC, Hales RE, eds. *Textbook of Neuropsychiatry*, (2ª edición). American Psychiatric Press, Inc. Washington DC, 1992:363-395.
- 5 Bassas N, Trias M, Oliva B, Tomás J, Cobos N. Variables psicológicas en la evolución de la fibrosis quística de páncreas. *Rev Psiq Inf* 1992;1:50-56.
- 6 Calvo N, Vacas M, Bargadà M, Tomás J. Aspectos psicopatológicos del adolescente con enfermedad renal bajo tratamiento en hemodiálisis. Estudio preliminar. *Rev Psiq Inf* 1993;3:154-163.
- 7 Drotar D, Doershuk CF, Stern R y cols. Psychosocial functioning of children with cystic fibrosis. *Pediatrics* 1981;67(3):338-343.
- 8 Pless IB. Valoración clínica: Funciones físicas y psicológicas. *Clin Ped Norteam* 1984:35-47.
- 9 Toro J. Stress y Desarrollo. En: Ballús C. *Psicobiología*. Herder, Barcelona, 1983.
- 10 Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the child behaviour checklist and revised child behaviour profile*. Queen City Printers Inc. E.U.A., 1983.
- 11 Apter A, Aviv A, Kaminer Y, Weizman A, Lerman P, Tyano S. Behavioural Profile and Social Competence in Temporal Lobe Epilepsy of Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(6):887-892.
- 12 Bird HR, Gould MS, Rubio-Stipec M, Staghezza BM, Canino G. Screening for Childhood Psychopathology in the Community Using the Child Behaviour Checklist. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(1):116-13.
- 13 Brown G, Chadwick O, Shaffer D, Rutter M, Traub M. A prospective study of children with head injuries: III Psychiatric sequelae. *Psychological Medicine* 1981;11:63-78.
- 14 Martini DR, Ryan CH, Nakayama D, Ramenofsky M. Psychiatric sequelae after Traumatic Injury: The Pittsburg Regatta Accident. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(1):70-75.
- 15 Rutter M. Psychological sequelae of brain damage in children. *Am J Psychiatry* 1981;38:1533-1544.

P. Carrión Martín¹
P. Sánchez Mascaraque²
J. García-Noblejas Sánchez Migallón²
M^a J. Yugueros Andrés¹

Psicopatología severa en la
infancia. Aproximación
diagnóstica

Salud Mental Infanto-Juvenil. Alcalá de Henares

1 Psicóloga

2 Psiquiatra

Correspondencia:

Paloma Carrión Martín

C/ Ribadavia 16-11^º J

Madrid 28029

*Severe psychopathology in
childhood. A diagnostical
approach*

RESUMEN

El presente trabajo se refiere al estudio de un grupo de niños atendidos en el Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcalá de Henares en los últimos dos años, con la característica común de ser casos que presentan una psicopatología severa.

Se ha recogido información referida a una serie de variables que consideramos pueden facilitar el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE

Trastorno generalizado del desarrollo, Autismo, Psicosis infantil

ABSTRACT

This work concerns about the study of a group of children we attended in the infantil mental health program of Alcalá de Henares in the last two years. The same characteristics in all cases were that they showed a severe psychopathology.

We have collected information about a few variables we considered can help in diagnosis.

KEY WORDS

Autism. Psychoses. Pervasive developmental disorders.

194 INTRODUCCIÓN

En la población infantil que acude a las consultas de Salud Mental, se detecta la presencia de casos con psicopatología severa que, aún presentando rasgos o características propias de cuadros como el autismo u otras psicosis infantiles, no son encuadrables dentro de estas categorías diagnósticas.

El objetivo de este estudio es hacer un análisis individualizado de los aspectos clínicos más frecuentemente implicados en la psicopatología infantil grave, que puedan permitir una filiación que se ajuste a los criterios diagnósticos de las clasificaciones psiquiátricas más comúnmente utilizadas (DSM-III-R y CIE-10).

Si bien quedarían bien definidos, con criterios diagnósticos específicos, el autismo infantil y los retrasos mentales severos con una etiología orgánica clara, en el caso de las psicosis infantiles, las categorías nosológicas no están tan bien definidas, llegándose a equiparar, en ocasiones, con cuadros deficitarios y retraso mental.

La mayoría de los casos que se presentan en este estudio, han dado lugar a una alteración en el desarrollo global del niño con una expresión clínica tanto en el área cognitivo-emocional, como en la de sus interacciones sociales, y ha sido muy difícil hacer un diagnóstico bien definido.

Únicamente hemos recogido en nuestro estudio aquella psicopatología que ha afectado profundamente el desarrollo del niño. Así mismo, han sido excluidas todas las esquizofrenias de comienzo precoz en la infancia, pues pensamos que es una entidad nosológica diferenciada con criterios diagnósticos suficientemente claros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han seleccionado 11 niños (10 varones y una niña), atendidos en las consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcalá de Henares en el período de tiempo comprendido entre noviembre de 1991 y noviembre de 1993.

El criterio de selección ha sido la presencia de psicopatología severa con o sin diagnóstico de psicosis.

La edad de los niños, en el momento de su detección, está comprendida entre los 3 y los 10 años de edad.

Todos los niños han llegado a nuestra Unidad a través de sus pediatras o del equipo psicopedagógico, que son los cauces normales de todas nuestras derivaciones.

Hemos utilizado como criterios diagnósticos los contenidos en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales de la OMS (CIE-10).

Se han seleccionado 16 variables que consideramos significativas a la hora de diferenciar entre los diagnósticos que, en nuestra muestra, aparecen en los cuadros de mayor gravedad psicopatológica y que son: autismo infantil; autismo infantil atípico; otros trastornos desintegrativos de la infancia; síndrome de Asperger; trastorno del vínculo; mutismo selectivo; trastorno generalizado del desarrollo.

Las variables consideradas, se detallan en las tablas adjuntas.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en las tablas 1 a 5.

DISCUSIÓN

En nuestra muestra, tal y como era de esperar, existe una mayoría absoluta de varones sobre niñas (91%), lo que coincide con los datos recogidos al respecto en la literatura.

La edad media de los niños en el momento de acudir a nuestras consultas es de cinco años, con un intervalo que se extiende entre los tres y diez años.

No hay ningún niño menor de tres años, lo que es atribuible al hecho de que sea la no aparición del lenguaje a esta edad uno de los mayores signos de alarma tanto para los padres como para los pediatras.

Las manifestaciones más precoces, aparecen en relación con la alimentación y el sueño, lo que es esperable en edades tan tempranas, si bien no es exclusivo de los trastornos severos.

En estos niños, los diagnósticos más frecuentes son los de trastorno generalizado del desarrollo y trastorno de vínculo. En ambos casos la expresión clínica puede ser similar, aunque la evolución es muy diferente.

En más de la mitad de la muestra, se dan alteraciones en el desarrollo psicomotor.

En 9 de los 11, aparecen trastornos del lenguaje, que abarcan desde la no aparición, hasta alteraciones tales como ecolalia, no utilización del "Yo", inversión pronominal, lenguaje adultomorfo o bizarro...

Tabla 1 Variables más frecuentemente alteradas en la muestra

	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No hay datos</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Trastornos de la alimentación	8	72,7	3	27,3	—	—
Trastornos del sueño	9	81,8	2	18,2	—	—
Trastornos del lenguaje	9	81,8	2	18,2	—	—
Trastornos del desarrollo psicomotor	6	54,5	5	45,5	—	—
Alteraciones en la simbolización	8	72,7	3	27,3	—	—
Inicio del trastorno después de los dos años de edad	6	54,5	1	9	4	36,5
Alteraciones en las relaciones sociales	11	100	—	—	—	—

Tabla 2 Variables indicativas de organicidad

	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No hay datos</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Síntomas somáticos	6	54,5	5	45,5	—	—
Alteraciones neurológicas (Confirmadas por estudio neurológico)	—	—	3	27,3	8	72,7

Tabla 3 Variables indicativas de alteraciones relacionales

	<i>Si</i>		<i>No</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cambios en las figuras significativas	8	72,7	3	27,3
Comunicación verbal restringida a determinadas personas	2	18,2	9	81,8
Mejoría ante cambios ambientales	6	54,5	5	45,5
Inadecuación de las respuestas de los padres a las necesidades del niño	11	100	—	—

Tabla 4 Síntoma más sugestivo de trastorno autista

	<i>Si</i>		<i>No</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Actividad restrictiva, repetitiva y estereotipada	3	27,3	8	72,7

Tabla 5 Tabla de diagnósticos (CIE-10)

	<i>N</i>	<i>%</i>
Trastorno de la vinculación reactivo	3	27,3
Mutismo electivo	2	18,2
Trastorno esquizotípico	1	9
Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar	3	27,3
Autismo	2	18,2

Ocho de los 11 niños presentan alteraciones en la simbolización. La evolución en este aspecto ha sido muy distinta en función del diagnóstico. El mejor pronóstico ha correspondido a los niños diagnosticados de trastorno del vínculo. El alto porcentaje de casos en que

aparece esta alteración, es indicativo de psicopatología grave, sea que este déficit provenga de una anomalía cognitiva grave, de una falta de ajuste en el establecimiento de los primeros vínculos, o de ambas.

Todos los niños del estudio tienen alteraciones en las relaciones sociales, alteraciones que se mantienen a distintos niveles y con distinta gravedad: desde el aislamiento y retraimiento social, a conductas agresivas con los demás o incapacidad para defenderse.

En seis niños aparecen síntomas somáticos consistentes en retraso ponderal, vulnerabilidad para las infecciones, clínica derivada de la no atención adecuada al niño (deshidratación, quemaduras,...), así como un cuadro de desnutrición severa por rechazo de la alimentación que requirió ingreso hospitalario a los tres años de edad. Entendemos que en niños pequeños y, dado que el aparato mental no está plenamente construido, es el cuerpo el vehículo de expresión emocional.

Las alteraciones neurológicas son difícilmente valorables, pues los niños llegan a nuestra consulta sin haber sido evaluados neurológicamente. En tres de los casos se hizo un estudio neurológico en el que no apareció ninguna alteración.

En ocho niños encontramos que se habían producido cambios en las figuras significativas. El establecimiento de vínculos tempranos estables es imprescindible para el acceso a la simbolización. Los cambios en las figuras importantes no aparecen en nuestra muestra únicamente en los casos de trastorno del vínculo, sino que también son frecuentes en los trastornos generalizados del desarrollo.

La comunicación verbal restringida a sólo determinadas personas aparece en dos niños, que fueron diagnosticados de mutismo selectivo.

En seis niños, pudo constatarse mejoría ante cambios ambientales (inicio de guardería, paso al cuidado de abuelos). En los diagnósticos con predominio de rasgos autistas esta mejoría no se ha constatado.

En todos los casos se ha podido comprobar la inadecuación de las respuestas de los padres ante las necesidades del niño. La interacción padres-hijo, debe entenderse de manera recíproca. Es decir, es importante considerar tanto la influencia de los padres sobre el niño, como la del niño sobre los padres. De igual manera que nos parece necesaria la adecuación de las respuestas de la madre a las necesidades del niño, podemos comprender que la respuesta de la madre ante un niño con una psicopatología tan severa como la del autismo, al no sentirse ella gratificada, se convierta, fácilmente en inadecuada.

Tres de los niños muestran un repertorio restringido de actividades e intereses, siendo éste, uno de los rasgos

más característicos del autismo. De ellos, dos han sido diagnosticados de autismo y uno de trastorno esquizotípico.

El análisis de los diagnósticos muestra como diagnósticos más frecuentes los de trastorno generalizado del desarrollo sin especificar (n=3), y el de trastorno del vínculo reactivo (n=3), seguidos de autismo (n=2), mutismo selectivo (n=2), y trastorno esquizotípico (n=1).

Siendo el autismo el paradigma de las psicosis infantiles, en nuestra muestra hemos encontrado dos casos. No obstante, es mucho más frecuente la aparición de rasgos autistas en niños con psicopatología severa.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la mayor dificultad encontrada ha consistido en poder hacer un diagnóstico preciso de cada caso. La insuficiencia de las clasificaciones nosológicas usuales, cuando hablamos de psicopatología severa en la infancia, impide una precisión diagnóstica homologable a la de los adultos.

A no ser que se reúnan los criterios diagnósticos necesarios para el diagnóstico de autismo, la gran mayoría de niños se englobarían en las categorías diagnósticas de trastorno generalizado del desarrollo, o de trastorno del vínculo.

La imbricación de todos los factores implicados en el desarrollo del niño (emocionales, cognitivos, ambientales,...) conduce a que la patología que afecte a una de estas áreas tenga consecuencias en la evolución armónica del niño.

No queremos terminar este trabajo sin hacer la siguiente reflexión: si bien nuestra actividad asistencial se centra en aquellas psicopatologías de mayor incidencia en la población infantil, que no revisten la gravedad de las aquí expuestas, existe un porcentaje de casos de psicopatología grave que, aunque pequeño, requiere una atención en Salud Mental. Estos casos no sólo requieren recursos pedagógicos específicos, sino intervenciones muy especializadas por parte de los profesionales de Salud Mental.

Creemos que son necesarios estudios que aporten datos sobre la incidencia y prevalencia de este tipo de trastornos y que permitan detectar las necesidades existentes en este ámbito, para que puedan recibir la respuesta terapéutica adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

197

- 1 American Psychiatric Association. *DSM-III-R*, 1987
- 2 Brazelton T, Berry. *La relación más temprana*. Paidós, 1993.
- 3 Canal Bedia R y cols. (Comp). *El autismo 50 años después de Kammer* (1943). Actas del VII Congreso Nacional de Autismo. Amaru Ediciones. Salamanca, 1993.
- 4 Diatkine R, Stein C, Kalmanson D. *Psychoses infantiles*. ECM. Psychiatrie. París, 1959.
- 5 Frith U. *Autismo*. Alianza Editorial. Madrid, 1993.
- 6 Graham P. *Child psychiatry. A developmental approach*. Oxford Medical Publications, 1991.
- 7 Janardhan-Reddy YC, Girimaji SR, Srinath S. Comparative study of classification of psychosis of childhood and adolescent onset. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;**87**(3):188-191.
- 8 Lasa Zulueta A. *Ideas actuales sobre psicosis infantil*. Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao, 1989.
- 9 OMS. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnóstico de investigación*. Madrid, 1993.
- 10 Pérez E. Some reflections on continuity and discontinuity in the treatment of psychotic children. *International Journal of Mental Health* 1991;**20**(3):49-55.
- 11 Remschmidt H. Childhood and adolescent schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1993;**6**:470-479.
- 12 Rutter M, Hersov L, eds. *Child and adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. 2ª ed. Oxford: Blackwell.
- 13 Volkmar FR. Autism and the pervasive developmental disorders. *Hospital and Community Psychiatry*. January 1991;**42**(1).
- 14 Volkmar FR. Comorbid association of autism and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*. January 1991;**42**(1).

M. Catalá Angel¹
M^a Andrés Carrasco²
M. Gómez Beneyto¹
A. Agüero Juan¹

Validez actual de los criterios de
Barkley para el diagnóstico del
Trastorno por Déficit de Atención
con Hiperactividad

1 Universitat de Valencia-Estudi General. Area 012-Servicio
Valenciano de Salud.
2 Unidad de Salud Mental 021 (Servicio Valenciano de Salud)

Correspondencia:
Miguel-Angel Catalá Angel
Departament de Medicina
Avda. Blasco Ibáñez nº 17
46010 Valencia

*Nowadays validity of Barkley's
criteria for the diagnosis of
Attention Deficit Disorder with
Hiperactivity*

RESUMEN

Objetivo: evaluar la validez de los criterios de Barkley de 1981 para el diagnóstico de TDAH comparándolos con los criterios DSM-III-R. *Individuos:* una muestra aleatoria de 394 niños de diez años residentes en la ciudad de Valencia. *Instrumentos:* para la aplicación de los criterios de Barkley se utilizó la Escala de Conners para padres, la adaptación de Routh del WWPARS y el HSQ de Barkley. Para el diagnóstico según criterios DSM-III-R utilizamos la entrevista clínica semiestructurada Kiddy-SADS. *Resultados:* encontramos un pobre acuerdo entre los criterios de Barkley y los criterios DSM-III-R: los valores de kappa están entre 0,15 y 0,20.

PALABRAS CLAVE

HSQ. Niños hiperactivos. Validez.

ABSTRACT

Aim: to assess the validity of Barkley's criteria for the diagnosis of ADDH by comparing it to DSM-III-R criteria. *Subjects:* a community random sample of 304 ten-year-old children resident in the city of Valencia. *Instruments:* Conners's parenting Rating Scale, Routh's adaptation of Werry-Weis-Peters Activity Rating Scale, Routh's adaptation of Werry-Weis-Peters Activity Rating Scale and Barkley's Home Situations Questionnaire. *Kiddy-SADS* semistructured clinical interview for diagnosis according to DSM-III-R criteria. *Results:* agreement between Barkley's and DSM-III-R criteria was found to be poor: kappa has ranged between 0.15 and 0.20.

KEY WORDS

HSQ. Hiperactive Children. Validity.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es uno de los cuadros que se observan con más frecuencia en la clínica psiquiátrica infantil. Para conocer la frecuencia real con que estos trastornos se dan en población general son necesarios estudios epidemiológicos de prevalencia. Uno de los problemas clave al diseñar estos trabajos es el determinar los criterios diagnósticos que definan concepto de caso. En un trabajo realizado por nosotros sobre la prevalencia del TDAH (pendiente de publicación), al determinar nuestro criterio de caso revisamos los criterios de Barkley para el diagnóstico de los niños hiperquinéticos⁽¹⁾.

La falta de acuerdo de la definición y criterios utilizados en el diagnóstico del TDAH fue la justificación sobre la que Barkley fundamentó su propuesta acerca de la definición del trastorno y su concreción en criterios diagnósticos⁽²⁾.

Según su definición la *Hiperactividad* es:

- Un trastorno evolutivo de la capacidad para mantener la atención, controlar los impulsos, la inquietud y la conducta dirigida por normas.
- Se desarrolla en niños con inteligencia normal antes de los seis o se ha de mantener al menos durante 12 meses en los menores de esta edad.
- Es de naturaleza generalizada.
- No existe deterioro sensorial, motor o neurológico ni perturbación emocional severa.

Dos son los criterios utilizados para el diagnóstico, pudiendo ser informadores tanto padres como profesores: el primero, obtener una puntuación sobre el punto de corte en un cuestionario que recoge conductas generalmente observadas en los niños hiperactivos. El segundo, obtener una puntuación sobre el punto de corte en un cuestionario que recoge las situaciones en que se producen estas conductas.

Aunque Barkley indica que las escalas de conducta nunca deben servir como sustituto del registro de datos por observación de los problemas de los niños y de las interacciones padres-niño, matiza que: "cuando las facilidades y los recursos permitan dicha observación". Concluye que es su costumbre requerir de las escalas los siguientes criterios antes de diagnosticar a un niño como hiperactivo:

1. Puntuación $\geq 1,5$ en el I.H. del PSQ o
2. Puntuación ≥ 20 en el WWPARS. Una puntuación de dos desviaciones estándar sobre la media, para la

edad, en cualquier cuestionario sería un criterio más riguroso.

3. Presentar problemas de conducta en al menos el 50% de las situaciones recogidas en el HSQ.

Además, cuando es de interés el diagnóstico de hiperactividad en la escuela, los criterios utilizados son similares, aunque utilizando en este caso la Escala de Conners para Profesores y el S.S.Q.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio ha consistido en comprobar la adecuación actual de los criterios propuestos por Barkley, comparando los diagnósticos obtenidos a través de los mismos con los efectuados siguiendo los criterios del DSM-III-R.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra de estudio, extraída por muestreo aleatorio simple del total de niños de 10 años censados en el municipio de Valencia, fue de 394 niños. Se perdió un total de siete, lo que supone una participación del 98,3%. La muestra quedó compuesta por 185 niños y 202 niñas (3,8% de la población de 10 años en 1991).

Se evaluó clínica y psicométricamente el nivel intelectual de cada niño con el fin de descartar la presencia de retraso mental, no siendo ninguno excluido por esta razón. Se utilizó como prueba de inteligencia el test Raven⁽²⁾ nuevamente baremado por nosotros para la edad de 10 años.

Los padres contestaron la entrevista diagnóstica semiestructurada K-SADS-E⁽³⁾ adaptada al español⁽⁴⁾. Esta entrevista está compuesta por 14 ítems que recogen síntomas característicos del TDAH y ocho que recogen síntomas adicionales, ajustándose a los criterios DSM-III-R. Cumplimentaron, además, la escala abreviada de Conners para padres (PSQ), la versión modificada de Routh⁽⁵⁾ de la escala de Actividad de Werry-Weiss-Peters (WWPARS) y el Home Situations Questionnaire (HSQ) de Barkley⁽¹⁾. El HSQ y el School Situations Questionnaire (SSQ) son escalas diseñadas para valorar la aparición de problemas de conducta en distintas situaciones y su gravedad.

En la evaluación realizada por el entrevistador se valoró el nivel de adaptación global del niño

Tabla 1 Criterios diagnósticos

<i>Barkley</i>	<i>DSM-III-R</i>
1. Puntuación $\geq 1,5$ en el I.H. del PSQ o puntuación ≥ 20 en el WWPARS o dos desviaciones estándar en cualquiera de los anteriores	1. Presentar al menos 8 de los síntomas esenciales con 6 meses de evolución (recogido en la entrevista K-SADS-E) teniendo un nivel intelectual normal (puntuación > 20 (Pc5) en el Test de Raven).
2. Presentar problemas de conducta en al menos el 50% de las situaciones recogidas en el HSQ.	2. Comienzo antes de los siete años. 3. No presentar Trastorno Generalizado del desarrollo. 4. Nivel de gravedad (evaluado en un intervalo igual o inferior a 70-61 en la escala GAF).

Tabla 3 Matriz de decisión: DSM-III-R / Criterios Barkley (HSQ y PSQ-IH $\geq 1,4$)

	<i>DSM-III-R</i>		<i>Total</i>
Barkley HSQ	1	0	11
+ IH PSQ $\geq 1,4$ (+2 d.s.)	0	26	376
Total	31	356	387

Tabla 5 Matriz de decisión: DSM-III-R / Criterios Barkley (HSQ y WWPARS ≥ 22)

	<i>DSM-III-R</i>		<i>Total</i>
Barkley HSQ	1	0	5
WWPARS ≥ 22 (+ 2 d.s.)	0	27	382
Total	31	356	387

puntuándolo en uno de los intervalos de la escala GAF que se corresponde con el eje V del DSM-III-R.

Los criterios seguidos son los que indican en la tabla 1.

RESULTADOS

Los resultados se han recogido en una matriz de decisión (Tablas 2, 3, 4 y 5), calculando el grado de coincidencia entre ambos diagnósticos a través de la prueba de Kappa. También se han comprobado las características diagnósticas básicas de los criterios de

Tabla 2 Matriz de decisión: DSM-III-R / Criterios Barkley (HSQ-IH $\geq 1,5$)

	<i>DSM-III-R</i>		<i>Total</i>
Barkley HSQ	1	0	10
+ IH PSQ $\geq 1,5$	0	27	377
Total	31	356	387

Tabla 4 Matriz de decisión: DSM-III-R / Criterios Barkley (HSQ y WWPARS ≥ 20)

	<i>DSM-III-R</i>		<i>Total</i>
Barkley HSQ	1	0	9
WWPARS ≥ 20	0	25	378
Total	31	356	387

Barkley para TDAH (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y porcentaje de bien clasificados) utilizando los distintos instrumentos y puntos de corte para los mismos por él sugeridos (Tabla 6).

Como podemos observar, la coincidencia entre los diagnósticos efectuados según criterios DSM-III-R y los propuestos por Barkley no supera un nivel de acuerdo ligero⁽⁶⁾. En cualquiera de las combinaciones comprobadas de los criterios de Barkley la sensibilidad es baja, siendo numeroso el grupo de falsos negativos, esto es, niños que según los criterios del DSM-III-R presentan TDAH y que no ha sido detectado siguiendo los criterios de Barkley. La especificidad es elevada en todas las combinaciones, existiendo pocos casos que no presentando el trastorno han sido identificados como hiperactivos con los criterios de Barkley. Los valores predictivos, o probabilidad de que un niño diagnosticado de TDAH con los criterios Barkley presente realmente el trastorno, ha sido bajo cuando se ha utilizado el PSQ como instrumento diagnóstico y algo más elevado cuando se ha utilizado el WWPARS. Los valores predictivos negativos, o probabilidad de que niños no diagnosticados con los criterios de Barkley como hiperactivos en realidad lo sean son aceptables.

En resumen, siguiendo los criterios de Barkley de 1981⁽¹⁾ para diagnosticar el TDAH, el error de asignar este diagnóstico a niños que no padecen el trastorno es

Tabla 6 Aspectos psicométricos de los Instrumentos con los puntos de corte sugeridos por Barkley para el diagnóstico del TDAH

	<i>HSQ PT ≥ 50%</i> <i>PSQ IH ≥ 1,5</i>	<i>HSQ PT ≥ 50%</i> <i>PSQ IH ≥ 1,4 (+ 2 D.S.)</i>	<i>HSQ PT ≥ 50%</i> <i>WWPARS PT ≥ 20</i>	<i>HSQ PT ≥ 50%</i> <i>WWPARS PT ≥ 22 (+ 2 D.S.)</i>
Kappa	0,16	0,20	0,20	0,20
Sensibilidad	0,12	0,16	0,19	0,13
Especificidad	0,98	0,98	0,99	0,99
Val. Predict. +	0,34	0,41	0,62	0,53
Val. Predict. -	0,92	0,93	0,94	0,95
% Bien Clasif.	91,4	91,7	92,7	92,7

bajo. Sin embargo, el error de omitir el diagnóstico en niños que presentan TDAH es elevado.

DISCUSIÓN

Pensamos que la falta de validez actual de los criterios de Barkley se debe principalmente a la insuficiente calidad psicométrica de los instrumentos por él propuestos y a la inadecuación de los mismos para el diagnóstico del TDAH.

En primer lugar el PSQ de Conners se diseñó en 1969 en base al DSM-II, en el que el trastorno se define como "Reacción hiperkinética de la niñez", situando el énfasis en la hiperactividad, a diferencia de la actual denominación del DSM-III-R de "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad", en la que se pone el acento en la falta de atención.

Los ítems que componen el índice de hiperactividad del cuestionario de Conners no se adecúan a los aspectos relevantes de la actual definición del trastorno en el DSM-III-R. Algunos hacen mayor referencia a síntomas que se consideran asociados más que fundamentales (vgr. ítems: 7. Es llorón. 14. Lo rompe todo). En otros ítems se funden síntomas esenciales para el diagnóstico (vgr. ítem 31. Se distrae fácilmente o su escasa atención es un problema). La validez discriminante de la escala aún no ha sido probada. Cuatro de los diez ítems que componen el IH contienen elementos que podrían referirse también a trastornos internalizados (ítems: 4. Es nervioso, impulsivo. 7. Es llorón. 33. Tiene cambios de humor rápidos y bruscos. 37. Se desanima, abandona fácilmente cuando tiene que esforzarse).

En segundo lugar, el cuestionario de WWP en su versión modificada de Routh carece de suficientes estu-

dios acerca de su calidad psicométrica. A esta escala se le ha criticado⁽⁷⁾ por su escasa capacidad para discriminar si lo que evalúa es el nivel de actividad o alguna otra dimensión psicopatológica como es la conducta oposicional o los problemas de conducta. Sus datos normativos son, por otra parte, poco satisfactorios, ya que se obtuvieron sobre una muestra no representativa de la población (nivel intelectual y socioeconómico elevados e insuficiente tamaño de la muestra).

En tercer lugar, el HSQ de Barkley es una escala que, a diferencia de las anteriores, no recoge síntomas, sino situaciones en las que se producen los problemas de comportamiento. Una puntuación elevada en el HSQ podría indicar presencia de cualquiera de los trastornos de conducta perturbadores. Es por tanto una escala inespecífica para el TDAH, pudiendo ser sólo utilizada en combinación con algún instrumento que recoja síntomas.

Por otro lado cabe comentar acerca de la recomendación de Barkley sobre el establecimiento de los puntos de corte en las anteriores escalas, en dos desviaciones estándar sobre la media como estrategia más rigurosa, que, si bien es adecuada para los tests de rendimiento, no lo es tanto para los que valoran características comportamentales. Para estos últimos un procedimiento más adecuado consistiría en establecer el punto de corte mediante una curva de rendimiento diagnóstico, a través de la cual se puede maximizar la eficacia diagnóstica del instrumento.

El HSQ y SSQ indican la presencia de conductas disruptivas generalizadas en distintas situaciones⁽⁸⁾ indicaron que a pesar de las demostradas propiedades psicométricas de estos cuestionarios, no son una condición necesaria para el diagnóstico del TDAH. Los propios autores proponen una revisión

202 del HSQ y SSQ que introduce como sustancial modificación el solicitar tanto a padres como a profesores que señalen si hay problemas de atención o concentración en las situaciones indicadas en cada uno de los ítems.

Concluyendo, aunque la definición del TDAH realizada por Barkley es muy semejante a la que encontramos en el DSM-III-R, los criterios diagnósticos por él propuestos en 1981 no resultan útiles en la actualidad cuando utilizamos criterios DSM-III-R.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Barkley RA. *Hyperactive Children. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York, Guilford, 1981.
- 2 Raven JC. *Test de Matrices Progresivas*. Buenos Aires. Ed. Paidós 1975:45.
- 3 Orvaschel H, Puig Antich J. *Schedule for affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Epidemiologic*. Versión (K-SADS-E) Pittsburgh Western Psychiatric Institute and Clinic, 1986.
- 4 Bonet A. *Estudio epidemiológico de la Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos Infantiles en una muestra de niños de 8, 11 y 15 años del Municipio de Valencia*. Valencia. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina, 1991:187.
- 5 Routh DK, Schroeder CS, O'Tuama L. Development of Activity Level in Children. *Develop Psychol* 1974;**10**(2):163-168.
- 6 Kramer MS, Feinstein AR. Clinical biostatistics. LIV. The biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther* 1981;**29**(1):11-123.
- 7 Rutter M. *Education, Health and Behaviour*. New York, Ed. Robert E. Krieger Publishing Company. 1970:474.
- 8 DuPaul GJ, Barkley RA. Situational Variability of Attention Problems: Psychometric Properties of the Revised Home and School Situations Questionnaires. *J Clinical Child Psychology* 1992;**21**(2):178-188.
- 9 American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-III-R*. Barcelona, Ed. Masson S.A. 1988:60-65.
- 10 Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Datos normativos sobre las Escalas revisadas para Padres y Profesores de Conners. *J Abnorm Child Psychol* 1978;**6**(2):221-236.

PSICOFÁRMACOS Y LACTANCIA

Dr. Carlos J. González Rodríguez
ACPAM, Associació Catalana Pro Alletament Matern
Correspondencia
ACPAM Apartado de Correos 22.216. 080 80 Barcelona

Sr. Director

La excelente revisión de Boatas y cols. sobre el uso de psicofármacos durante la lactancia (*Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994;1:47) contiene algunas inexactitudes.

La American Academy of Pediatrics, en su última y exhaustiva revisión de 1994⁽¹⁾, clasifica los fármacos en cuatro categorías: contraindicados durante la lactancia (como el litio y las anfetaminas); fármacos cuyo efecto sobre el lactante es desconocido pero puede ser preocupante (incluye ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos); fármacos asociados con efectos significativos en algunos lactantes, y que deben usarse con precaución (incluye fenobarbital y primidona) y fármacos compatibles con la lactancia materna (incluye barbitúricos, carbamazepina, etosuximida, ácido valproico, fenitoína y zolpidem).

La amantadina se excreta en baja concentración en la leche. Su contraindicación no se basa en ningún caso publicado de efecto adverso, sino sólo en una advertencia del folleto del fabricante⁽²⁾.

Un reciente estudio prospectivo⁽³⁾ no ha encontrado ningún efecto adverso en los hijos de seis madres tratadas con carbamazepina.

Las convulsiones por retirada son frecuentes en hijos de madres tratadas con fenobarbital durante el embarazo⁽²⁾. Para evitar este problema, es necesario que el niño sea amamantado durante largo tiempo, y que el destete se produzca en forma lenta y paulatina. Se ha descrito el caso de un lactante en el que el consejo impropio de destete inmediato a los siete meses produjo convulsiones (yatógenas) que requirieron ingreso y tratamiento con fenobarbital durante 15 meses⁽⁴⁾. Personalmente, hemos visto convulsiones por retirada en el hijo de una madre epiléptica nacido durante la noche y al que se impidió iniciar la lactancia materna hasta que el pediatra diera su aprobación; el retraso de unas horas fue suficiente. Este es el efecto más grave descrito para fenobarbital en la leche materna; la "precaución" que se ha de mantener en estos casos es la precaución de iniciar precozmente y mantener la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

1 Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994;93:137-150.

- 2 Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation*, 3rd. ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1990.
- 3 Ito S, Blajchman A, Stephenson M, Eliopoulos C, Koren G. Prospective follow-up of adverse reactions in breast-fed infants exposed to maternal medication. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1393-1399.
- 4 Knott C, Reynolds F, Clayden G. Infantile spasms on weaning from breast milk containing anticonvulsants. *Lancet* 1987;2:272-273.

PSICOFÁRMACOS Y LACTANCIA

F.Boatas, F. Gutiérrez
Psiquiatra
Farmacéutica hospitalaria
Centre NPS Sagrat Cor. Martorell (Barcelona)

Sr. Director

El Dr. C.J. González Rodríguez aporta en su carta, como comentario a nuestro artículo "Psicofármacos y lactancia" publicado en esta revista (1994;1:47-54), una referencia bibliográfica reciente y fundamental en relación a la utilización de psicofármacos en la lactancia⁽¹⁾.

Respecto a sus interesantes comentarios referentes a fármacos concretos citados en nuestro anterior trabajo⁽²⁾, quisiéramos añadir que:

la recomendación de no administrar *amantadina* a madres lactantes no se basa en un folleto comercial sino que son las recomendaciones de la revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España⁽³⁾. También se sugiere en el libro editado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H.)⁽⁴⁾ que propone no administrar amantadina ante el riesgo de manifestaciones tóxicas por sus niveles apreciables en la leche. También en Extra Pharmacopoeia (Martindale)⁽⁵⁾ se cita que su uso debe ser proscrito en madres lactantes. La American Society of Hospital Pharmacist (A.H.F.S.) aporta un caso de embriotoxicidad (cardiopatía) en una madre tratada con amantadina y otras referencias de experimentación animal y recomienda extrema precaución durante el embarazo y la lactancia, valorando la conveniencia de proseguir o no el tratamiento⁽⁶⁾.

También en la publicación citada de la S.E.F.H. se sugiere precaución en el uso de *carbamazepina* en madres lactantes al haberse descrito un caso de hepatitis colestásica⁽⁴⁾.

El *fenobarbital*, con efectos probados de sedación y síndrome de abstinencia tras su retirada, debe usarse con precaución. Se recomiendan niveles plasmáticos monitorizados y administrar las dosis antes de dormir^(4,5).

La A.H.F.S. recomienda valorar la conveniencia de interrumpir o el tratamiento o la lactancia con el uso de

204 anticonvulsivantes o barbitúricos, y no dudarlo ante la aparición de indicios de toxicidad⁽⁶⁾.

Obviamente, las recomendaciones de las distintas sociedades científicas y profesionales sobre el uso de psicofármacos en la lactancia suelen basarse en observaciones aisladas, cortas casuísticas o aproximaciones teóricas. No obstante creemos que con la sencilla norma de contraindicar los fármacos potencialmente dañinos y extremar la prudencia en los restantes, valorando riesgos (aunque sea teórico) y beneficio, la lactancia materna debe seguir siendo una práctica aconsejable y segura.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 The transfer of drug and other chemicals into human milk. Committee on Drugs. *Pediatrics* 1994;**93**:137-150.
- 2 Boatas F, Gutiérrez F, Pellejero A y cols. Psicofármacos y lactancia. *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994;**1**:47-54.
- 3 Uso de medicamentos en madres lactantes. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. *Panorama Actual del Medicamento* 1990;**14**:528-541.
- 4 *Farmacia Hospitalaria*. Sociedad Española de Farmacias Hospitalarias. Ed. Médica Internacional, 1992.
- 5 The Extra Pharmacopoeia (Martindale). The Pharmaceutical Press. London, 1993.

ANOREXIA EN GEMELAS ADOLESCENTES

V. M. Torrado, J. A. Mazaira
U.S.M. Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Xeral de Galicia. Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso clínico doble constituido por gemelas monocigóticas con presunto diagnóstico de anorexia nerviosa. Se describen, en primer lugar, las características más sobresalientes del cuadro, dedicando un espacio al final para reflexionar acerca de algunas cuestiones de interés suscitadas por esta demanda. En adelante, y para mayor comprensión, se identificará a cada una de las pacientes con un nombre supuesto (Susana y Verónica).

MOTIVO DE CONSULTA

Acuden a la Unidad, derivadas por su médico de cabecera, un par de gemelas de 15 años acompañadas de su madre, quien algunas semanas antes había concertado la cita. El motivo de consulta estaba relacionado con una rápida disminución de peso y amenorrea que se inicia en ambas de forma simultánea hace meses.

ANTECEDENTES PERSONALES

En Susana, existió un periodo previo de restricción alimentaria debido a insatisfacción corporal en el verano 93. Resto, sin interés.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Difícilmente filiales. Algunos familiares "nerviosos" (madre, tía paterna), sin tratamiento.

HISTORIA DEL PROBLEMA

El adelgazamiento se inicia en Octubre coincidiendo con el nuevo curso escolar en Toledo, donde se hallaban estudiando 1º B.U.P. Ellas afirman que la comida era tan mala que perdieron el apetito y dejaron de tener hambre, aunque a ninguna chica del centro le pasó lo que a ellas. La familia detecta esta situación cuando vienen a casa en las vacacio-

nes de Navidad. Aunque inicialmente acuerdan que terminen el curso en Toledo, las hacen volver porque seguían perdiendo peso. En esos tres meses, Susana bajó 18 Kg. y Verónica 11 kg.

CLÍNICA ACTUAL

Cuando las vemos en consulta, a finales de marzo, Susana pesa 50 Kg y Verónica 49. Ambas presentan amenorrea desde noviembre, aproximadamente. Susana verbaliza hipotermia, sensación de mareo, debilidad y dificultades de concentración. Verónica admite cierta sensación de frío, aunque no presenta el resto de la sintomatología. Según la familia, rechazan alimentos que antes les gustaban (pastas, patatas...) y la madre dice obligarlas a comer. No existe distorsión de la imagen corporal, aunque Susana llega a reconocer cierto temor a engordar que al principio oculta. No existen métodos extremos para perder peso (vómitos, abuso de laxantes...). No existe evidencia de psicopatología general alguna. Inicialmente, cada una de ellas niega que se encuentre enferma y rechazan la consulta. No obstante, Verónica reconoce en Susana ciertas actitudes *anoréxicas* cuando se les describen.

DATOS SOCIOBIOGRÁFICOS

Verónica y Susana son naturales de un pueblo de la provincia de Pontevedra. Ocupan un lugar central entre sus hermanos (tres varones y tres mujeres, en total), el mayor de los cuales tiene 19 años. El padre tiene 48 años y trabaja de albañil. La madre, tiene 38 y es ama de casa. Sin pasar excesivas penurias, los recursos económicos de la familia son modestos.

Las gemelas cursaron los dos últimos cursos de la E.G.B. en Orense, en régimen de internado de una compañía de religiosas. En general, el rendimiento académico fue adecuado. Para realizar el B.U.P. el curso 93/94, se les ofreció la posibilidad de ir a Toledo. Finalmente, deciden ir pese a las reticencias familiares. La adaptación fue mala desde el principio. Conservaban las compañeras de cursos anteriores, pero el régimen de vida les resultaba muy exigente (en particular, la rigidez en los horarios, determinadas prohibiciones, como *hablar en el comedor, etc.*). No comían en la misma mesa, ni compartían habitación. Actualmente, desde mediados de Enero 94 siguen estudios en un instituto próximo a su casa, refiriendo buena adaptación.

Los padres describen a las gemelas con términos como: "muy obedientes", "trabajadoras", "calladas"...

206 ACTITUD DURANTE LAS ENTREVISTAS

Verónica manifiesta su desacuerdo ante la consulta, pero se muestra normativa y colabora en las pruebas. Con ambas presentes en la entrevista, Verónica, invariablemente, es la que contesta a las cuestiones que no tienen una destinataria explícita. Susana permanece con una actitud que ha sido descrita por los miembros de la Unidad como de "indiferencia neurótica", "pasivo-agresiva" (oposicionista) o "pasivo-dependiente". Cuando se le formulan preguntas de forma directa, no es infrecuente que dirija la mirada hacia su hermana en busca de confirmación.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Exploración somática

Exploración física, Rx cráneo (normales), EKG (Verónica: arritmia sinusual acentuada; Susana: arritmia sinusual con espacio PR corto), EEG (normales), pruebas rutinarias de laboratorio de sangre y orina (sin alteraciones relevantes).

E.A.T. (Eating Attitudes test), de Garner y Garfinkel⁽²⁾: tanto este como el siguiente son autoinformes que evalúan características conductuales y cognitivas de los trastornos alimentarios. Verónica obtiene 20 puntos y Susana, 24 (el punto de corte para detectar un trastorno alimentario está en 30).

E.D.I. (Eating Disorder Inventory), de Garner, Olmsted y Polivy⁽³⁾: Puntuación global similar y bastante baja en ambas, aunque la mayoría de las escalas hacen referencia a sintomatología secundaria al trastorno. Susana puntúa más alto en los factores *insatisfacción corporal e ineffectividad*; Verónica lo hace en *desconfianza interpersonal y conciencia interocceptiva*.

Cuestionario de personalidad 16 PF de Cattell

Sólo comentaremos los cinco factores en los que se produce alguna diferencia significativa. Susana aparece con respecto a su hermana, menos inteligente, sumisa y pasiva, de sensibilidad más dura, con tendencia a adoptar una actitud calculadora en sus relaciones personales. El perfil de Verónica ofrece pequeñas desviaciones del promedio, manifestándose como una muchacha impresionable, idealista, franca, sencilla, de trato fácil.

F.E.S. (Family Environment Scale), de Moos y Moos⁽⁴⁾: No existe gran discrepancia entre ambas. Susana niega la percepción de todo conflicto familiar e identifica mayor competitividad. Para Verónica existe mayor estabilidad familiar en comparación con su hermana y un grado de autonomía mayor. En ambas, la puntuación en la subescala de cohesión

es máxima, situándose la de expresividad emocional próxima al promedio de familias españolas.

ENFOQUE TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN

En primer lugar, se consideró necesario descartar una posible etiología orgánica y hacer una valoración de su estado somático. Seguidamente, se optó por ofrecer a la familia y a las gemelas información concerniente a la anorexia nerviosa (pese a manejar este diagnóstico como una hipótesis en aquel momento), realizando un enfoque cognitivo-conductual del trastorno. Se explicaron los riesgos de la pérdida de peso y la desnutrición, la evolución esperable y los recursos terapéuticos disponibles. No se dieron pautas específicas de actuación a la familia. La siguiente cita se dio al mes siguiente (esperando contar con los resultados de las pruebas biológicas), con la indicación de que llamasen telefónicamente si seguían perdiendo peso.

La evolución fue favorable en ambas desde el principio, subiendo aproximadamente 5 Kg en siete semanas, estabilizándose a partir de ahí. Recientemente, Verónica ha recuperado la menstruación. Susana sigue manifestando algunas rarezas alimentarias e intentando restringir la cantidad de alimento. Por esta razón, Verónica ha llegado a enfrentarse en varias ocasiones a su hermana, requiriéndole que incrementase la ingesta.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La sintomatología de Verónica lo explicamos como simple amenorrea secundaria a pérdida de peso. En Susana, diagnosticamos *anorexia nerviosa atípica (CIE-10)*, un cuadro similar a la anorexia nerviosa, pero en el que faltan una o más de sus características. Es razonable pensar que una deficiente adaptación socioambiental (y alimentaria) haya podido influir en ambas, pero pensamos que no excluye el diagnóstico.

Consideramos a Susana como una adolescente preanoréxica que mantiene actitudes de riesgo y una sensibilidad aumentada hacia el tamaño de su cuerpo, aunque en la actualidad mantiene un peso prácticamente normal. Russel⁽⁵⁾ decía que estas pacientes habían atravesado una fase críptica de anorexia nerviosa.

Debemos tener en cuenta que al construir categorías diagnósticas discretas (enfermo *vs* sano) mediante el empleo de criterios cuantitativos y en cierta medida arbitrarios (como margen de infrapeso), ganamos indudablemente en fiabilidad al diagnosticar. Sin embargo, tenemos el riesgo de confundir "caso clínico" con "necesidad de intervención" En la demanda que nos ocupa, ha resultado de utilidad considerar la hipótesis del *continuum* entre salud-enfermedad para orientar nuestro

proceder y prevenir eficazmente una posible evolución comprometida.

Por último, nos parece interesante reseñar la importante variación que han sufrido algunos de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en poco más de 20 años. Feighner y cols.⁽²⁾ propusieron los primeros criterios operativos para la anorexia nerviosa que precisaba de la pérdida de un 25% del peso original, exigiendo la presencia de dos síntomas entre seis (uno de los cuales era la amenorrea). El DSM-III (1980) elimina por completo el criterio de amenorrea y mantiene el de la pérdida de peso. El DSM-III-R

(1987) exige inexcusablemente la presencia de amenorrea para diagnosticar y cambia el criterio de porcentaje de pérdida de peso original por el de infrapeso (peso por debajo del mínimo valor normal para edad y talla) del 15%. Por último, la CIE-10 (1987) utiliza la relación peso-talla con el criterio del Índice de Masa Corporal ($IMC=Kg/m^2$) inferior a 17,5.

Aunque Susana nunca alcanzó el criterio de peso requerido por la CIE-10 para la anorexia nerviosa, la pérdida de su peso original llegó a alcanzar el 26% y persiste una amenorrea de seis meses de evolución.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff R, Winokur G, Muñoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general Psychiatry* 1972;26:57-63.
- 2 Gamer DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine* 1979;9:273-279.
- 3 Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983;2:15-34.
- 4 Moos R, Moos B. *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, California. (Adaptación española de TEA Ediciones, 1989).
- 5 Russell GF. The diagnostic formulation of Bulimia nervosa. En D.M. Gamer y P.E. Garfinkel (Comps) *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. New York Bruner/Mazel.1988.

**ANOREXIA NERVIOSA EN GEMELAS UNIVITELINAS,
FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES: A
PROPÓSITO DE UN CASO**

*J. San Sebastián Cabasés, M. J. Martín Vázquez, A. Alonso Abolafia
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

B. y C. son dos hermanas gemelas univitelinas, de 13 años de edad que consultan con nuestra Unidad por iniciativa de su madre.

MOTIVO DE CONSULTA

Presentan un cuadro de unos dos años de evolución, de inicio coincidente con la menarquia, de pérdida de peso hasta un máximo de siete kilos, y de severo control y restricción alimentarias. Durante estos dos años han presentado, ambas, quejas de encontrarse gordas y han dejado de comer alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas. La madre las encuentra más decaídas e irritables de lo habitual, peleándose con frecuencia entre ellas. Durante las comidas familiares se vigilan mutuamente, intentando comer menos y más lentamente cada una. Pese a hacer las comidas separadas, en muchas ocasiones mantienen el mismo ritmo de alimentación y de restricción alimentaria. B. se encuentra sobre el percentil 50 de talla correspondiente a su edad y bajo percentil 50 en lo que respecta al peso (1,57 m y 45 Kg, respectivamente) y C. presenta una talla superior al percentil 75 (1,62 m) y un peso inferior al percentil 50 (43 Kg).

ANTECEDENTES PERSONALES

De pequeñas eran niñas "gorditas", a las que la madre insistía en que comieran menos, han sido muy introvertidas e hiperresponsables tanto a nivel académico como a otros niveles, y siempre muy competitivas la una con la otra. La madre sitúa el inicio del cuadro de preocupación por el peso y la imagen corporal dos años antes de la primera consulta, coincidiendo con la menarquia y el nacimiento de una hermana menor. B. y C. estudian en el mismo colegio y tienen un rendimiento escolar excelente, aunque ambas compiten mutuamente debido a las notas.

ANTECEDENTES FAMILIARES

El ambiente familiar es bueno. Los padres trabajan fuera de

casa, preocupados por la educación de las hijas. El padre es definido por las niñas como introvertido e inteligente, y la madre como extrovertida y cariñosa. Tienen una hermana menor de tres años. No refieren ni se encuentran antecedentes psiquiátricos familiares.

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS

En entrevistas posteriores, las niñas van adquiriendo conciencia de enfermedad y aceptando la existencia de restricción alimentaria que en principio negaban. Nunca han tenido episodios de bulimia, de vómitos o de abuso de laxantes. Durante el verano volvieron a perder peso, aunque de manera ligera, y se encontraban muy irritables, con discusiones constantes entre ellas. La madre comenta que C. había tenido unas notas algo mejores que B. en junio, lo que ésta última toleraba muy mal. La madre recuerda que C. empezó con el cuadro de restricción alimentaria y piensa que B. está teniendo una conducta de imitación ante la competitividad existente entre ambas, lo que ambas pacientes niegan, insistiendo en que comenzaron de manera simultánea. B. y C. dicen que el cuadro de cada una de ellas es independiente, aunque reconocen el estado de vigilancia a que se someten la una a la otra durante las comidas y en lo referente al peso.

Tras varias sesiones encaminadas a recabar datos anamnésticos y a mejorar la exploración clínica, tanto individuales como conjuntas y con la madre, durante una entrevista conjunta se les hicieron a ambas las siguientes preguntas: "¿A quién manipulas más de la familia?" y "¿Quién tiene realmente, de las dos, una anorexia nerviosa?". Las respuestas debían ser por escrito, secretas y confidenciales, al entrevistador. Ambas coincidieron exactamente en sus respuestas, que fueron respectivamente: "A mi hermana" y "C".

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

La exploración psicológica con tests psicométricos y protectivos (WISC, MMPI, Machover, familia y Roscharch) muestra los siguientes resultados:

C. puntúa en el CI verbal 105, (normal-medio), en el CI manipulativo 134 (muy superior) y el CI total es de 123 (superior). A nivel de personalidad los rasgos que sobresalen en la actualidad son: Sentimientos de poca confianza en sí misma y de poco valor personal; acusada problemática de identidad psicosexual, propia de la edad, pero más acentuada en esta paciente. Cierta alteración en el contacto social, mostrándose crítica y querulante con su ambiente; se muestra muy sensible en sus relaciones interpersonales, teniendo una gran preocupación por lo que otras personas puedan pensar o decir u opinar de ella, respondiendo de forma exagerada a

dichos juicios. Actitud de desconfianza y de suspicacia ocasional. Es de reseñar su dificultad de relación con las figuras de autoridad. En la actualidad es una persona ambivalente, con gran necesidad de atención, emocionalmente dependiente y con gran temor a enfrentarse con un mundo de responsabilidad y deberes más adultos. Es marcada su tendencia a manipular su medio ambiente. Es más bien evasiva, muy defensiva, competitiva y ambiciosa, no importándole mucho las personas que la rodean si la obstaculizan para conseguir lo que quiere. Tiene baja tolerancia a la frustración y se muestra muy exigente con su ambiente. Su nivel de agresividad es importante y en el momento actual la mayor parte de su agresividad está dirigida contra sí misma, pero también hacia su familia. Está muy defensiva en la aceptación de sus conflictos psicológicos, con marcada tendencia actual a la proyección.

B. puntúa en el CI verbal 94 (normal-medio), en el CI manipulativo 121 (superior), siendo el CI total de 112 (normal-alto). Desde el punto de vista proyectivo es una persona pasiva, apática, insegura y rígida, lo que determina falta de originalidad en la resolución de sus problemas, y gran dificultad para tomar decisiones; carece de comprensión de sus propios conflictos. En la actualidad está muy inhibida y con falta de confianza en sus propias habilidades y acciones. Se muestra muy tensa y ansiosa como resultado de sentimientos de hostilidad hacia sus figuras parentales. Muestra disconformidad con el medio ambiente social, lo que repercute en su adaptación. Existen dificultades en su identificación psicosexual, no excesivamente marcadas, casi las esperables para su edad. En relación con la figura de su hermana gemela, ésta es suprimida sistemáticamente en todos los test proyectivos y suplantada por un hermano varón y más pequeño, lo que indicaría sentimientos de envidia y celos. En cuanto a sus relaciones interpersonales, presenta un alto grado de hipersensibilidad, con gran preocupación por lo que otros puedan pensar o decir de ella. Muy dependiente y terca, puede mostrarse muy ambivalente con su ambiente. También se muestra muy defensiva y tiende a minimizar sus problemas emocionales, cuando no a expresarlos por medio de una canalización somática. Menos brillante que la hermana, tiende a dejarse llevar por ella en casi todo.

DIAGNÓSTICO

El interés de este caso radica en la posible existencia en ambas hermanas de un cuadro compatible con una *anorexia nerviosa*, planteamiento que hicimos en un principio, lo que nos haría cuestionarnos la existencia de factores genéticos en el trasfondo de dicho cuadro; o bien en la existencia de una verdadera Anorexia Nerviosa (en el caso de C), que produce conductas anoréxicas en su hermana gemela (B) por imitación de ésta, haciendo difícil el diagnóstico diferencial y poniendo trabas al tratamiento, pudiendo incluso precipitar un cuadro más tórpido.

Sería también importante considerar la posible "*anorexia nerviosa inducida*" de una de las hermanas gemelas como un cuadro que posteriormente se podría independizar como una Anorexia Nerviosa verdadera.

EVOLUCIÓN

Establecido el diagnóstico, ya sospechado, de Anorexia Nerviosa en el caso de C, tras la entrevista con respuestas secretas por escrito, se recomendó la drástica separación de ambas hermanas en las horas de las comidas y en otras circunstancias, iniciándose tratamiento específico de A.N. en el caso de C, con distinto abordaje de B. Las sucesivas revisiones evolutivas han puesto de manifiesto la persistencia de comportamiento alimentario restrictivo en C, si bien mejoró, sobre todo, tras su integración en un Grupo de Psicoterapia, en tanto se normalizaba la alimentación de B, su bienestar subjetivo y también su rendimiento académico, hasta el punto de superar en este aspecto a C. En la actualidad se mantiene el régimen de separación de ambas hermanas en todos los ámbitos posibles, con buenos resultados.

Puede intuirse, a la vista de casos como éste, que, si bien los condicionamientos genéticos son muy importantes en Psiquiatría, en algunas patologías, como los trastornos alimentarios, los factores ambientales y socioculturales probablemente juegan un papel más relevante.

UNA COMPARACIÓN DEL COSTE-EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE DÍA ("HOSPITAL DE DÍA") Y EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO ("UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN")

Actualmente los aspectos económicos se están convirtiendo en primarios en la estructuración de los Servicios de Atención a la Salud. Los costes médicos suben y los medios son limitados. De aquí la gran necesidad de valorar la eficacia terapéutica y el coste-eficacia de las diversas modalidades terapéuticas y así la aparición de artículos y trabajos como el reseñado.

Grizenko y Papineau⁽¹⁾ comparan el coste-eficacia del tratamiento de día *versus* el tratamiento hospitalario.

El método utilizado ha sido el estudio retrospectivo, tipo estudio piloto, revisando las historias clínicas de 46 niños atendidos en el Douglas Hospital, hospital psiquiátrico de Montreal (Quebec). Niños atendidos en la Unidad Lyall, comparando así 23 niños ingresados en esta unidad de hospitalización residencial (cinco días por semana) con otros 23 admitidos en la misma Unidad tras su conversión en Hospital de Día (a partir de septiembre de 1988).

Encontrándose que los dos grupos de niños eran de similares características: en edad, sexo, diagnóstico, severidad de la patología, funcionamiento familiar y soportes, número de abandonos, y respuesta al tratamiento. Así ambos grupos estaban constituidos por: 21 niños y 2 niñas, de 6 a 12 años (edad media: 9,9 años en hospitalización completa y 9,5 años en la hospitalización de día), de inteligencia normal, no afectos de cuadros psicóticos ni retardo severo del desarrollo (la mayoría presentaban trastornos de conducta severos).

La duración promedio de la estancia bajó de 19,6 a 6,1 meses y el coste promedio de tratamiento por niño cayó desde 61.412 dólares a 9.213 dólares (dólares canadienses).

El marcado descenso en el tiempo de tratamiento con el tratamiento de día, señalan, puede ser resultado de una estrecha relación con las escuelas de la comunidad y el mantenimiento del niño en su familia y en su comunidad. La economía de los costes puede ser atribuida a la estancia más corta y los menores costes operativos del tratamiento de día.

Sin embargo, estos resultados son distintos a los de Kiser y cols.⁽²⁾ Kiser y cols., en el único trabajo de la literatura en Psiquiatría Infantil comparando el coste-eficacia del tratamiento de día con la hospitalización, encontraron que los niños ingresados en un Hospital de día tenían una estancia mayor que aquellos que eran hospitalizados. No encontrando diferencias significativas en el coste promedio de ambas modalidades terapéuticas.

Finalizando el trabajo, señalando en conclusión tres puntos: los niños con severa psicopatología pueden ser tratados en un Hospital de día. El tratamiento de día es menos caro que el tratamiento hospitalario residencial. Son necesarios otros

estudios rigurosos de comparación de la eficacia a corto y largo plazo de ambas modalidades terapéuticas.

FARMACOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD INFANTILES CON BUSPIRONA

La buspirona, ansiolítico no benzodiazepínico, descubriendo buscando un nuevo neuroléptico, sigue siendo objeto de estudios.

En este trabajo presentan los primeros resultados de un estudio abierto puesto en marcha por Simeon y cols. en Ottawa⁽³⁾.

La muestra está formada por 13 pacientes (10 varones y 3 féminas), entre 6 y 14 años (edad media de 10 años), cuatro con ansiedad de separación, tres con trastorno de ansiedad excesiva con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, y seis pacientes con ansiedad de separación y trastorno de ansiedad excesiva.

Se les administró placebo durante dos semanas, seguido de cuatro semanas de tratamiento con buspirona. La dosis máxima diaria de buspirona fue de 20 mg. Desarrollándose una valoración evolutiva semanal: clínica, parental, profesor y autoevaluativa; con determinaciones de niveles plasmáticos y mapping EEG.

La respuesta terapéutica, tras los 28 días de tratamiento con buspirona, fue de marcada mejoría clínica global en dos casos, moderada en 10 y mínima en un caso.

Presentaron efectos secundarios leves y transitorios nueve pacientes (siete niños y dos niñas): dificultad para dormirse o cansancio siete chicos; náuseas o gastralgia cuatro pacientes y cefalea tres.

Al finalizar este estudio 12 pacientes continuaron recibiendo buspirona mientras que un paciente dejó de recibir medicación.

Y finalizaremos con una breve reseña de dos interesantes trabajos que fueron presentados como comunicaciones en la pasada XXV Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría (Barcelona, 1-4 de junio 1994).

EFFECTO NEUROENDOCRINOLÓGICO DEL METILFENIDATO EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Casilda Esquete, Tojo y cols.⁽⁴⁾ estudian el efecto neuroendocrinológico, durante seis meses, del tratamiento de 53 niños (*vs* grupo control de 33), de edad media de 8,6 años, afectos de Trastorno por Déficit de Atención, y en tratamiento con metilfenidato. Concluyendo que se produce un aumento significativo de endorfina, que se mantiene en el tiempo, lo

mismo que prolactina, mientras que la ACTH sufre un descenso progresivo máximo en el tercer mes.

Lo que, señalan, podría deberse a un efecto noradrenérgico del metilfenidato.

TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO (TEC) EN UNA NIÑA DE 13 AÑOS AFECTA DE TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO CATATÓNICO

Los autores⁽⁶⁾, del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona), presentan el caso de una niña de 13 años que, presentando un cuadro de esquizofrenia catatónica aguda, requirió aplicación de tratamiento electroconvulsivo (TEC). En efecto, tras descartar patología orgánica primaria, negativa respuesta a neurolépticos con riesgo de un síndrome neuroléptico maligno, iniciaron TEC. TEC que, tras 20 sesiones de electroshock, fue positivo con total normalización en pocas semanas.

- 1 Grizenko N, Papineau DA. Comparison of the cost-effectiveness of day treatment and residential treatment for children with severe behaviour problems. *Can J Psychiatry* 1992;**37**:393-400.
- 2 Kiser IJ, Ackerman BJ, Pruitt DB. A comparison of intensive psychiatric services for children and adolescents: cost of day treatment versus hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization* 1987;**4**:17-27.
- 3 Simeon JG, Knott VJ, Thatte S, Dubois CD. Pharmacotherapy of childhood anxiety disorders. *Clin Neuropharm* 1992;**15**(suppl 1):229-230.
- 4 Loelle C, Esquete C, Meizoso MJ, Tojo R. Efecto del metilfenidato sobre la secreción de neuropéptidos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA). *An Esp Ped*. Comunicaciones y posters. Junio 1994:78.
- 5 Méndez M, Rodrigo C, Prats M, Prats J. Esquizofrenia catatónica aguda. *An Esp Ped*. Comunicaciones y posters. Junio 1994:79.

211

X. Gastaminza

212 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE LOS HIJOS

F. J. Mendiguchía

*Editorial: libros mc. Ediciones palabra, S.A. Madrid, 1993
Rústica, 240 págs.*

Un problema importante que se suscita en las consultas que los padres y demás familiares realizan a los profesionales relacionados con la Salud Mental, es sin duda la falta de comprensión adecuada del posible conflicto que padece el niño/a. Por ello, en muchas ocasiones resulta difícil, desde una perspectiva psiquiátrica-psicológica, incidir lo suficiente para que se produzca una modificación de actitudes parentales, las cuales son básicas en la mayoría de los casos para facilitar la remisión de síntomas patológicos de diversa índole. Desde el punto de vista del autor, es necesario sobreavisar a los padres de errores cometidos al aplicar incorrectamente "lo que han leído en la revista tal" o "lo que les ha contado el vecino", sin que la situación de ese momento sea la más idónea.

La forma clara de exponer los problemas que pueden aparecer, con un lenguaje comprensible y muchos ejemplos prácticos, con los que cualquier padre y madre pueden encontrarse cotidianamente, facilita enormemente el interés por la lectura sin que sentimientos de culpa y sensaciones de

incapacidad y fracaso acaben por desanimar y/o culpar a los progenitores de lo ocurrido.

Las reflexiones sugeridas por la lectura de este libro, abarcan numerosa áreas en las que podríamos incluir a nuestros hijos, y no únicamente de forma unidireccional, sino con una visión biopsico-social, que tan necesaria resulta al valorar de un modo global el desarrollo evolutivo de los niños.

Del propio pensamiento del niño al del grupo familiar en el que está inmerso, de signos y síntomas normales a los patológicos, de los temores e inhibiciones a las rebeldías y agresiones diversas y de la organicidad más clínica a la difusión más psicosocial, encontramos en este manual un repaso por toda la psicopatología infantil, con comentarios acertados y relevantes, requisito que lo hace especialmente interesante.

Resulta reconfortante que un psiquiatra de la categoría y valía del Dr. Mendiguchía tan vinculado a ésta "nuestra casa", respetado y querido por todos nosotros, escriba un libro dirigido a los no especialistas en un sentido tan práctico y aplicable, el cual resulta merecedor de los mayores elogios, no únicamente por lo mencionado sino porque además, aporta aquello que no puede encontrarse en los diversos manuales generales de psiquiatría: una visión personal según la amplia experiencia adquirida durante su ejercicio profesional.

S. Arxé Closa

NOSOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ANSIOSOS

Segundo Simposium internacional sobre controversias en Psiquiatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Unitat de Psiquiatría. Dr. L. Sánchez Planell y Dr. C. Diez Quevedo. Tel. 93/465-12-00 ext. 283. Fax: 93/395-42-06. Carretera del Canyet s/n. 08916-Badalona.

Badalona, 4 y 5 de noviembre de 1994

JORNADAS DE PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Institut Erich Fromm. Psicología humanista. C/ Rector Ubach 46, 1º 1ª. Tel. 93/201-10-16

Barcelona, septiembre de 1994

CONGRESO EUROPEO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL

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

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

1º CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Información e inscripciones: Dra. R. Vacas. Gran Vía de las Cortas Catalanas, 575; pral. 1ª. Tel. (93) 323 45 32. Barcelona.

Barcelona, 13 y 14 de enero de 1995. Ciudad Sanitaria y Universitaria Vall d'Hebron

CONCLUSIONES DE LA JORNADA DE TRABAJO DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTIL JUVENIL DE LA A.E. DE NEUROPSIQUIATRÍA

El pasado 18 de junio de 1993 la Sección de S.M. Infanto-Juvenil de la A.E.N., celebró una Jornada de trabajo sobre "Tratamientos en la clínica Infanto-Juvenil: dispositivos e instrumentos", en el Hospital Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares.

En ella intervinieron: J.L. Pedreira con "La interconsulta como instrumento terapéutico", Josep Tomas i Vilaltella y Xavier Gastaminza con "Contexto de hospitalización e indicaciones psicopatológicas en infancia y adolescencia" y Ana Mª Jiménez con "estructuras intermedias". Posteriormente los asistentes a la jornada trabajaron en grupos de discusión el

material ofrecido, mostrando su interés y preocupación sobre la situación de los programas y el trabajo clínico con niños y adolescentes. Reseñamos a continuación las conclusiones elaboradas por cada grupo. La intención de la sección es darlas a conocer y transmitir las Administraciones Sanitarias correspondientes en la medida que puedan servir para cubrir las necesidades pendientes.

Conclusiones

Grupo sobre la Interconsulta como instrumento terapéutico, coordinado por: Angela de la Hoz, Petra Sánchez y Paloma Carrión

1. La interconsulta es un concepto metodológico, un instrumento de trabajo de aplicación concreta en el ámbito sanitario-hospitalario.
2. Se considera un instrumento útil en la asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil. Su aplicación a otros ámbitos comunitarios supone un reto ante las limitaciones a superar por los distintos profesionales que intervienen en él.
3. No es una prueba complementaria más, sino una intervención que implica un proceso de aprendizaje dirigido al logro de corresponsabilidad interprofesional. Esto es necesario cuando se trata de efectuar una devolución directa al contacto institucional de que se trate (médicos, servicios educativos, servicios sociales, etc.), pues se requiere compartir un lenguaje y comprensión de la tarea en común que se está haciendo. Esto, a su vez, permite diferenciar funciones e integrar las diferentes perspectivas de cobertura de los problemas de salud mental en niños y adolescentes, según las distintas instituciones.
4. Es necesario efectuar un análisis de la demanda para ver temas prevalentes en salud mental y diferentes formas de abordaje. Es desde aquí como surge la necesidad de elaborar protocolos sencillos, cuatro o cinco preguntas acerca de: despiste, diagnóstico diferencial, criterios de derivación y orientaciones. En definitiva, un protocolo supone un nivel de intercambio con perspectivas y modelos de trabajo común entre profesionales de diferentes niveles de atención.

Grupo sobre Contexto de hospitalización e indicaciones psicopatológicas en la infancia y adolescencia, coordinado por: Consuelo Escudero.

1. En cuanto a las necesidades de la atención hospitalaria a niños y adolescentes es necesario partir de las diferentes estructuras asistenciales según cada Comunidad Autónoma, para ajustar propuestas coherentes con cada una de ellas. Según esta realidad hay Comunidades donde la atención en S.M. Infanto-Juvenil está situada ya en primera línea de especialización.

- 214 2. En términos generales se considera que la atención hospitalaria para niños y adolescentes no está resuelta. Es necesaria la existencia de un equipo específico de S.M. Infanto-Juvenil que se hiciera cargo de: ingresos de niños y adolescentes, tratamientos, interconsultas y apoyo a urgencias.
3. Los criterios generales a considerar para un ingreso son: a.- Necesidad de protección del menor o de una pausa que implique un corte en la interacción familiar gravemente alterada. b.- Trastorno que altera al menos dos áreas de la vida del menor. c.- Imposibilidad de un abordaje ambulatorio.
4. Este equipo tendría que estar ubicado en un Hospital General, Pediátrico o Materno-Infantil. En principio no requeriría camas propias, realizando el ingreso por ej. en pediatría.
5. Sería imprescindible aclarar según la estructura organizativa del territorio su ámbito de cobertura: distrito, área o zona rural, etc. Así como el acceso de entrada, siendo recomendable que sean los equipos especializados de S.M. Infanto-Juvenil de segunda línea.
6. Sería imprescindible una estrecha coordinación con dichos equipos para precisar el objetivo de los ingresos, las altas y la continuidad del tratamiento ambulatorio en base a poder asegurar la continuidad de cuidados.

Grupo sobre estructuras intermedias, coordinado por Alicia Sánchez

1. Prioridades de tratamiento

a) *Hospital de día*: papel de la maestra en dicho Hospital, necesidad de utilización de aspectos pedagógicos previos a la escolarización. Dificultades de integración escolar. Paso progresivo desde el H. de D. al colegio, posibilidades de comenzar por los recreos y compartir al principio pocas horas de clase. Necesidad de gran apoyo al profesorado y dotar a los centros de suficientes profesores de apoyo bien especializados. Dificultades de coordinación con los centros de educación especial y las unidades de autistas.

b) *Equipos de atención temprana*: integración en guarderías. Detección precoz de patología grave. ¿Hasta que punto

se puede exigir a pediatras y maestros que se ocupen de estos casos?

c) *Integración escolar*: se plantea en el País Vasco que la integración es total y que no existen estructuras intermedias. En la actualidad se señala que el programa de integración no es válido para todos los casos ni funciona igual a todos los niveles.

d) *Prioridad de atención*: discusión acerca de si es adecuado dedicar media jornada a la atención de niños psicóticos. En algunos casos se prioriza claramente la atención a niños graves.

2. Recursos

Se constata la existencia de mínimos recursos para la atención Infanto-Juvenil. Generalmente hay dos profesionales de adultos por uno de niños. Hay más recursos del MEC que en Salud Mental. Utilización adecuada de éstos para profesorado de apoyo, etc. Se comentan otras estructuras terapéuticas existentes en otros países. Centros de tarde-noche que acogen niños desde que salen de la escuela hasta que los padres pueden atenderles en su domicilio (París).

Necesidad de creación de Hospitales de Día que permitan tratar las patologías más graves y dejar más libertad en la consulta diaria para otras actividades. En comparación con los recursos europeos no tenemos nada. Se comenta el aumento importante de la consulta infanto-juvenil en general. Necesidad de realizar un diagnóstico de salud mental para conocer las necesidades de la población. Se comenta que en Cataluña tienen estudios hechos pero que no se utilizan.

3. Especificidad de la salud mental Infanto-Juvenil.

Acuerdo general en que los equipos que atienden a la población infanto-juvenil deben ser independientes de los equipos de adultos. Los profesionales que los integran deben tener la necesaria preparación y experiencia. Los equipos deben ser multidisciplinarios. Es necesaria la coordinación con los pediatras para una detección precoz.

Se proponen unas jornadas de encuentro entre Salud Mental y profesionales de los Servicios Educativos.



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. Indicaciones: 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.
P^o de la Habana, 15 28036 Madrid.
Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17

famix