

F.J. Mendiguchia Quijada

Estudio de seguimiento de mil casos de psiquiatría infantil a los 10 años de la primera consulta

Madrid

Following-up study of thousand children and adolescents during the 10 years after the first psychiatric consultancy

RESUMEN

Se exponen los resultados obtenidos en una muestra de 1.000 niños y adolescentes en un estudio de seguimiento a los 10 años de la primera consulta, comprendiendo la evolución de la sintomatología y las integraciones familiar, escolar, laboral y social.

PALABRAS CLAVE

Estudio de seguimiento; Diez años; Pronóstico; Integración.

ABSTRACT

We are exposing the results obtained in the study of 1.000 children and adolescents, during the 10 years after the first consultancy, involving symptoms' evolution and the implications of the influences from the familiar, scholastic and social integration.

KEY WORDS

Following-up study; Ten years; Prognosis; Integration.

(*) Con mi agradecimiento a los psiquiatras Ballesteros, Ferrer, Gómez Pallete, Martín Herrero, Martín Prieto y Ocaña y los psicólogos Alejos, Arangaiz, Capano, Catalán y Saiz de Santamaría.

74 INTRODUCCIÓN

Este trabajo responde a la necesidad de disponer de un estudio sobre cuál había sido el futuro de los niños que, por padecer algún trastorno psicológico de mayor o menor envergadura, habían sido llevados por los padres a la consulta del psiquiatra de niños y adolescentes.

Son 1.000 los casos estudiados y, aunque somos conscientes de que no representan más que una muy pequeña parte de los casos habidos en toda España durante ese tiempo, creemos que es una muestra muy representativa.

Si revisamos la bibliografía sobre estudios de seguimiento (*follow-up*), vemos que no son muchos los trabajos publicados, refiriéndose la mayoría de ellos a cuadros clínicos concretos, niños hiperactivos, psicosis, problemas de conducta, etc. y solamente algunos contemplan toda o la mayor parte de la Psiquiatría Infanto Juvenil. Tales son las publicaciones de Cunningham, Westerman y Fischhof (1956) y Kellman, Branch y Rusell (1981) en EEUU, de Warren (1965), Robins (1970 y 1979), Mellsop (1972) y Grahan y Rutter (1973) en Inglaterra, de Malmivaara, Keinamen y Saarelma (1975) en Finlandia y de Curman y Nylander (1976), Otto y Otto (1978) y Nylander (1979) en Suecia.

Una vez que decidimos hacer el estudio elegimos un tiempo de 10 años porque la mayoría de los trabajos hechos comprenden este período; sólo el trabajo de Nylander comprende 20 años.

Inmediatamente nos planteamos qué datos o ítems necesitábamos obtener en la revisión de cada caso para poder formar un juicio de valor sobre la evolución del mismo y acabamos seleccionando los siguientes pues nos parecieron los más significativos:

1) Evolución de los síntomas que motivaron la consulta, para averiguar si: a) Habían desaparecido, b) Habían mejorado, c) Se mantenían iguales, d) Habían empeorado.

2) Integración familiar (relación con padres y hermanos, separación del núcleo familiar, formación de una nueva familia, etc.), valorándose en: a) Buena, b) Regular, c) Mala, d) Nula.

3) Integración social (relación con amigos, integración en grupos, formación de pandillas, asociabilidad, pre o delincuencia franca, etc.), valorándose en: a) Buena, b) Regular, c) Mala, d) Nula, e) Marginación y delincuencia.

4) Integración laboral, sólo para mayores de 17 años en el momento de la revisión (si tenían trabajo o no, qué clase de trabajo, paro, cambios frecuentes de trabajo,

etc.), valorándose en: a) Tiene un trabajo estable, b) Ha cambiado varias veces de trabajo, c) Trabaja en labores caseras, d) No trabaja ni estudia.

5) Nivel de estudios conseguido, es decir, qué grado habían alcanzado en sus estudios (EGB, BUP, FP, COU, Universidad), si ya no estudiaban, cuándo y por qué habían dejado los estudios, etc. Su valoración fue la que resultó más compleja y por ello dividimos los casos en tres apartados: i) Menores de 14 años, ii) de 14 a 17 años, iii) mayores de 17 años. Cada grupo se valoró del siguiente modo: a) Iban bien en los estudios, b) Tenían algún retraso, c) Hacían Educación Especial, d) Habían dejado los estudios y a qué nivel. Con los datos obtenidos se elabora un índice de fracaso escolar.

Una vez clasificados los 1000 casos con arreglo a estos criterios, los reunimos por síndromes con arreglo a la clasificación DSM-III-R o, en su defecto, la ICD-9 y confeccionamos unas tablas, una parte para cada síndrome, a las que se añadían criterios variados como "sintomatología asociada", "rasgos caracterológicos", "rasgos clínicos", "etiología", etc., variables según el síndrome (Tabla 1).

Por último, y según las valoraciones obtenidas por cada síndrome, dividimos a éstos, según su pronóstico total en: 1) Muy buenos, 2) Buenos, 3) Regulares, 4) Malos y 5) Muy malos.

ESTUDIO DE LA MUESTRA

Número de casos

Los 1000 casos recogidos se agrupan en 62 síndromes. De ellos, 870 casos lo hacen en 29 síndromes que cuentan con más de 10 casos cada uno (con más de 50 en seis de ellos), otros 84 lo hacen en 12 síndromes que cuentan con 5 a 10 casos y los otros 46 restantes en 20 síndromes que tienen menos de cinco casos cada uno (seis de ellos con un solo caso). Se aprecia pues que el 95,40% de los casos se encuentran enmarcados en síndromes de más de cinco casos y que el 40,10%, también de la totalidad, lo hace en síndromes de más de 50 casos cada uno (Fig. 1).

Sexo

Se aprecia un claro predominio de los varones, 644 casos, sobre las hembras, 356 casos (Fig. 2).

Tabla 1 DSM-III-R. Nº de casos 57

Varones 39 (*)		Hembras 18				<i>Integración familiar</i>		<i>Integración social</i>			
<i>Edad</i>				<i>Evolución síntomas</i>							
0-1	6-7	20	12-13	8	Desaparición	50	Buena	52	Buena	49	
2-3	8-9	13	14-15	3	Mejoría	2	Regular	2	Regular	6	
4-5	10-11	11	16-17		Igualdad	5	Mala	1	Mala	1	
<i>C.I.</i>				Empeoramiento						Delinc.	
11-20	51-60		91-100	9			<i>Integración laboral</i>				
21-30	61-70		101-110	11			Trabajo estable		12		
31-40	71-80	1	111-120	3			Cambio trabajo				
41-50	81-90	4	121-130				S.L.		3		
								No trabaja		4	
								Taller protegido			

Nivel de estudios

Menores de 14 años

Sin retraso
 Con retraso (uno o más cursos)
 Educación especial

De 14 a 17 años

Educación especial
 No terminó EGB 3
 Terminó EGB y lo dejó 1
 Graduado escolar

FP Sigue 7
 Lo dejó 1

BUP Sigue 8
 Lo dejó

Más de 17 años

Educación especial
 No terminó EGB 2
 Terminó EGB y lo dejó 7
 Graduado escolar

Sigue 8
 FP Lo dejó 5

Sigue
 BUP Lo dejó 1

Terminó FP o BUP 8
 COU-Universidad 5

Fracaso escolar 17 29,82%

C.I. medio total 98,92

C.I. medio BUP o Universidad 105,50

(*) En un caso no se pueden valorar las integraciones y el nivel de estudios por haber padecido posteriormente una demencia post-traumática, aunque a los 19 años era enurético.

<i>Sintomatología asociada</i>	<i>Tipo de enuresis</i>	<i>Rasgos caracteriológicos</i>	<i>EEG</i>
Espina bífida 3	Primaria 53	Inquietud 13	Normal 4
Convulsiones febriles 1	Secundaria 4	Irritabilidad 7	Irregular 8
Tics 1		Timidez 6	Patológico 1
Asma 1		Estabilidad 5	
Criptorquidia 1		Rasgos obsesivos 1	
Incontinencia diurna 1		Conducta regresiva 2	
		Mutismo 1	

Motivo de desaparición

Espontáneo 25	Embarazo de la madre 2	Al curarse un hermano 1
Imipramina 5	Pipí-Stop 1	Muerte del padre 1
Psicoterapia 2	Curandero 1	Primera relación sexual 1
Imipramina más psicoterapia 1	Calendario 1	Internamiento hospitalario 1
Comienzo menstruación 6	Ejercicios de columna 1	

Edad de desaparición: X = 11,83 años

76

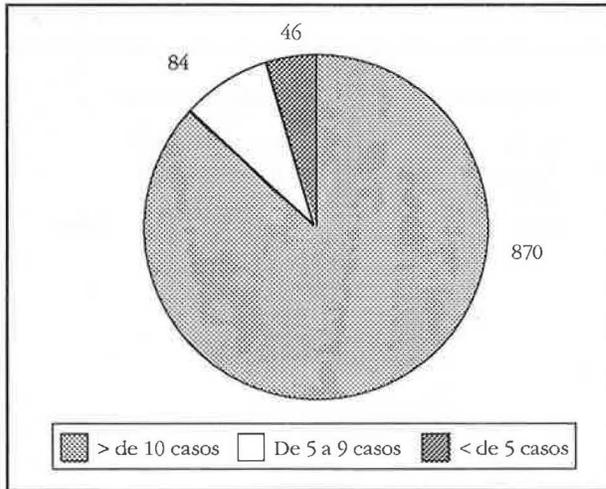


Figura 1. Número.

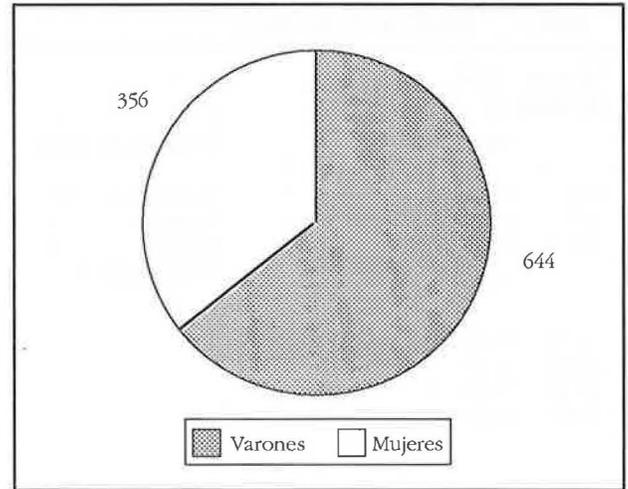


Figura 2. Sexo.

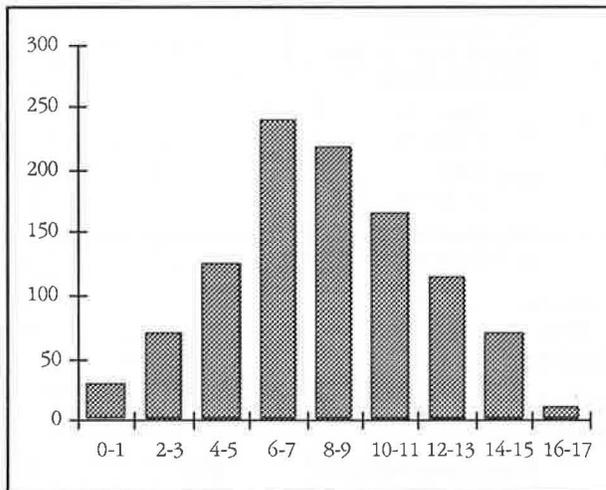


Figura 3. Edades.

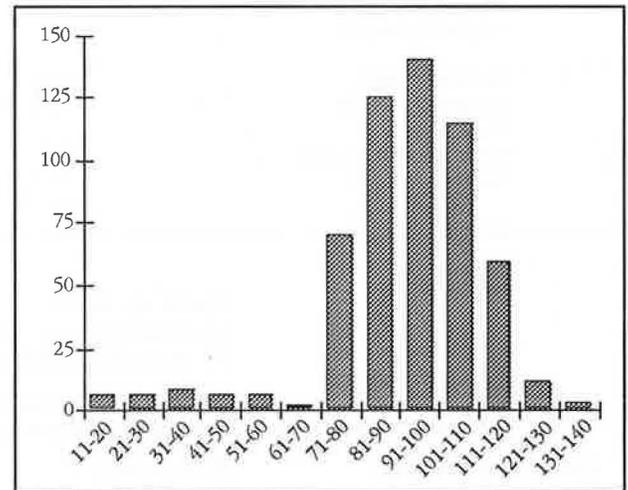


Figura 4. Niveles mentales.

Edad

Las edades que se manejan en este estudio son las de la primera consulta, que no coinciden, en la mayoría de los casos, con la edad del inicio del proceso patológico (Fig. 3).

Nivel mental

Prescindiendo de los casos de deficiencia mental, que por definición tienen un CI por debajo de 70, de los 856 restantes se han explorado los CI en 552 (64,48%),

obteniéndose un CI medio de 92, lo que nos quiere decir que el nivel medio, aun dentro de la normalidad, es un poco bajo (Fig. 4).

Como ejemplo de los datos recogidos para el estudio de cada caso exponemos uno de los mil que componen el trabajo total: D.S.C 14 años, varón. Hace un año, coincidiendo con el nacimiento de una hermana y con un ligero cuadro onubilariorio por haber tomado un comprimido de codeína y otro de un ansiolítico, cosa que hizo para que "le subiera la fiebre" y así no ir al colegio, ha presentado un cambio en su comportamiento, se ha

hecho mentiroso, roba cosas y dinero en casa, y en el colegio y se ha negado a estudiar. Por otra parte es abierto, sociable y simpático; CI=104. A los 24 años: dejó los estudios en 8º de EGB y trabaja de forma discontinua porque se cansa enseguida de los trabajos que consigue. Haciendo el Servicio Militar robó una caja fuerte por lo que fue arrestado. Hace poco ha tenido un accidente de moto y murió la chica que iba con él. Sigue siendo muy sociable pero en casa las relaciones son regulares nada más, "se toleran" según expresión de la madre.

RESULTADOS

Se describen resumidos los resultados obtenidos en cada síndrome.

V71.09 Ausencia de alteraciones

Se reúnen en este grupo 24 casos de niños por diversos motivos y en todos ellos las exploraciones no revelaron ninguna patología, la mitad varones y la mitad hembras. La media de edad es de seis años y el CI medio de 103. Las integraciones familiar y social son buenas en el 93% y no hay ningún caso de fracaso escolar, sólo un retraso de un año en cinco de ellos. Los mayores de 17 años todos estudian o trabajan.

V62.30 Problemas escolares

Comprende este grupo 54 casos en los que el único o principal problema es su bajo rendimiento escolar, no debido a bajo nivel mental ni a ningún trastorno psiquiátrico. Hay 24 varones y 20 hembras; su media de edad es de nueve años (6 a 14) y su CI medio es de 95. Su personalidad es estable en la mayoría de los casos aunque hay 16 de ellos que presentan rasgos evidentes de pasividad y retraimiento y seis que son algo inquietos. Las integraciones familiar y social son buenas en el 94% de los casos, prácticamente como en la ausencia de alteraciones, pero la integración laboral no llega más que al 68%. Lo más significativo es que el fracaso escolar alcanzó con el tiempo el 48%

V40.00 Capacidad intelectual límite

Comprende 55 historias que en el seguimiento se reducen a 54 por fallecimiento de un chico en accidente

de automóvil; con un CI entre 71 y 84 y que no presentan más problemas que los derivados de su bajo nivel intelectual. Son más frecuentes los varones 33 (60%) que las hembras (40%). La integración familiar es buena en el 85%, pero ya la social baja al 55% y la laboral también al 56%, con cuatro casos que trabajan en talleres protegidos. Hay un caso de mejoría en un hipotiroidismo tratado y un caso de empeoramiento en un Sturge Weber. El fracaso escolar alcanza al 52% y 12 chicos tuvieron que estudiar en colegio de Educación Especial.

317.00 Retraso mental leve

Se recogen 82 casos con un CI entre 51 y 70 (media 59,55). El 67,2% son varones (55) y el 32,92% hembras (27). La edad comprende desde los tres meses a los 15 años, apreciándose en la curva de frecuencia dos picos, uno que corresponde a los tres primeros años (el hospital Fray Bernardino Álvarez tenía un servicio de rehabilitación precoz) y el otro a los 8-9 años. En un Down su CI sube de 55 a 66, en tres permanecen estacionarios y en los otros 24 (total 28 Down) los CI bajaron. También sufrieron una regresión, una encefalopatía post-varicelosa y una anoxia de parto. En cambio una encefalopatía rubeólica pasó de un CI de 65 a los tres años a otro de 85-90 a los 13, al mejorar su audición mediante una prótesis. La integración familiar no es mala, más que un 2,43%, siendo buena en el 82,92% y regular en el 10,97%; sin embargo hay tres casos de internamiento. La integración social es mucho peor, sólo es buena en 20 casos (24,69%), regular en 18 (22,22%), mala en 36 (44,44%), nula en cinco (6,17%) y hay dos casos de pre-delinuencia (2,43%). Hay más casos de trabajo en talleres protegidos, 11 (47,82%), que en condiciones laborales normales, ocho (34,78%). Hay dos chicas casadas (SL). En 54 casos la educación se hizo en colegios de educación especial (66,66%), y el resto en colegios normales. Tres chicos terminaron, aunque con retraso, la EGB; otro obtuvo el título de Graduado Escolar, otro llegó hasta BUP y otro terminó FP.

318.00 Retraso mental moderado

Son 36 los casos con un CI comprendido entre 36 y 50 (43 de media), de los que 23 son varones (63,88%) y 13 hembras (36,12%). Hay un caso de muerte por meningitis en un Down. El caso de peor evolución sintomática fue

- 78** 46870 una microcefalia que a los 16 meses tenía un CI de 55 y a los cuatro años era profundo, con autolesiones que motivaron la enucleación de un ojo. La integración familiar es buena en 30 casos (80%) mientras que la social no es buena en ningún caso, sólo hay seis con regular (17,14%), 28 con mala (80%) y una nula. Hay siete casos de trabajo en taller protegido (53,84%) y sólo uno tiene un trabajo estable de "ayudante" en un taller. Sólo saben leer y escribir bien en dos casos, lo hacen regular en nueve. Fueron a colegios de e.e. 32 (88,88%), uno lo hizo en un colegio normal y dos no pudieron asistir a ninguna escolarización.

318.10 Retraso mental grave

Se recogen 16 casos con CI comprendido entre 21 y 35, con un CI medio de 29. Hay nueve varones (56,25%) y siete hembras (43,73%). La edad varía entre 11 meses y 11 años con una media de edad de cinco años. Hay un Down con catarata congénita que desarrolló una conducta autística que mejoró mucho al ser operado y obtener una visión bastante aceptable. La integración familiar sólo es buena en cuatro casos (26,26%), regular en otros cuatro (26,26%) mala en seis (40%) y nula en ocho (53,33%). Sólo hay un caso que trabaja en un taller protegido. La integración social no es buena en ningún caso, es regular en uno (6,6%), mala en seis (40%) y nula en ocho (53,33%). De los 16 casos, 14 fueron a colegios de e.e. y uno no pudo asistir a ninguna clase de colegio

318.20 Retraso mental profundo

Hay 10 casos con un CI por debajo de 20 con una media del mismo de 16. Son siete los varones (70%) y tres las hembras (30%). La edad está comprendida entre los dos y los 15 años, con una media de seis años. Hay un caso de muerte por crisis asmática y otro por neumonía. No hay ni un solo caso de integración familiar ni social buena, cinco de integración familiar regular, cinco de integración familiar mala con tres de la social e integración nula social en cinco casos (62,50%). La mitad de los casos están internados y la otra mitad está en casa "porque no los pueden tener en ningún sitio".

295.9 Esquizofrenia

Se recogen 11 casos, tres de los cuales se producen en deficiencias mentales previas. Hay un claro predo-

minio del sexo masculino sobre el femenino, siete (63,63%) y cuatro (36,36%) respectivamente. Excepto un caso de seis años que cursó extrañamente en forma de brote, los demás tienen una edad de 10 a 16 años, con una media de 13 y una moda de 14-15. Como hecho significativo tenemos que los casos de esquizofrenia "injetada" en deficiencia mental son los de mejor pronóstico, ya que en los tres los síntomas psicóticos acabaron desapareciendo, mientras que en el resto, sólo mejoraron dos y los seis restantes permanecieron igual o empeoraron (18,18% de mejoría, 27,27% de igualdad y 27,27% de empeoramiento). Uno está en BUP, otro lo terminó, otro llegó hasta FP y el resto no pudo terminar EGB, habiendo asistido cuatro (entre ellos los tres deficientes) a centros de e.e. La integración familiar es buena en cuatro (36,36%), regular en seis (54,54%) y mala en uno (9,09%) y la social buena en cuatro (36,36%), regular sólo en dos (18,18%) y mala en cinco (45,45%). Hay cinco internados o que no salen para nada de casa, uno que tiene un trabajo estable, otro que ha cambiado varias veces de trabajo y cinco que lo hacen en talleres protegidos.

299.00 Trastorno autista

El criterio de la DSM-III-R es un poco amplio a este respecto pues incluye el síndrome de Heller y la psicosis desintegrativa. Tenemos 24 casos con un claro predominio de varones, 17 (70,83%) sobre hembras, siete (29,16%) y con edades que varían entre los dos y los 12 años, siendo la media de edad la de seis años, aunque la edad de comienzo de los casos es de cero a tres años en el 83,33%. Los CI varían entre 33 y 57 con una media de 49,66 (sólo se pudieron obtener en seis casos). La evolución de la sintomatología es mala pues sólo mejoran ligeramente el 25%, empeorando en el 35%, permaneciendo el resto igual. Ninguno pudo tener una escolaridad normal y estaban internados cuatro (17,39%), cinco asistían a centros especiales para autistas y 14 a centros para deficientes. A los 10 años sólo uno tenía un lenguaje normal, nueve un lenguaje muy pobre y algo más de la mitad, el 52,31% no tenían lenguaje en absoluto. El diagnóstico se mantenía en la mitad de los casos, dos eran considerados psicóticos, cuatro se conceptuaban como deficientes y en un caso el diagnóstico era controvertido entre los tres anteriores. La integración familiar buena o regular es del 43,46%, mala en dos casos y nula en 11

casos (47,82%) y la social mala en dos casos, nula en 19 (82,60%) y sólo regular en otros dos casos. La integración laboral es nula en cuatro casos (80%) y sólo uno trabaja en un taller protegido. Sólo uno de los casos, precisamente el de diagnóstico controvertido al cabo de los años, cursa el 3º de EGB a sus 16 años. Ocho de ellos, toman casi continuamente neurolépticos.

299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

En este grupo bastante ambiguo de la DSM-III-R, hemos podido encuadrar siete historias, todas ellas de varones, con edades entre dos y nueve años (media de edad cinco años). El CI, sólo conocido en dos casos (88 y 98) muestra claramente su diferencia con el autismo. La evolución es también bastante mejor pues los síntomas desaparecen en dos casos, mejora en uno, quedan igual en dos y empeoran sólo en uno. El comienzo real de los síndromes es muy precoz, en cinco aparecen antes del año y en dos entre uno y dos años. La integración familiar es buena en cinco casos y regular en uno, (ha habido un caso de muerte por accidente) y la integración social es mitad mala y mitad buena o regular y no hay ninguna nula. Hay cuatro estudiando en centros de e.e. y dos llevan los estudios con normalidad aunque uno lleva un curso de retraso y el otro terminó EGB y dejó los estudios. En conjunto parece un grupo no muy bien definido y que, aunque no tiene la malignidad del autismo, su pronóstico tampoco es demasiado bueno.

296.2 Depresión mayor, episodio único

Sólo aparecen cuatro casos, con más hembras, tres (75%) que varones, uno (25%), con edades que varían entre 10 y 15 años (media de 13). Hay una evolución buena en cuanto a sintomatología pues desaparece en dos casos, en otro mejoró mucho aunque sigue con antidepresivos a temporadas y en el otro desapareció pero la muerte del novio reavivó el cuadro durante unos meses. La integración familiar es buena en la mitad de los casos y regular en la otra mitad, siendo la social un poco peor pues es buena en dos, regular en uno y mala en otro. De los mayores de 17 años, uno tiene un trabajo estable y el otro no estudia ni trabaja. De los tres casos que estudian, uno terminó el BUP y los otros dos son universitarios (uno de los casos estudia y trabaja).

300.40 Distimia o neurosis depresiva

Se recogen seis casos, mitad varones y mitad hembras con edades que comprenden de los 11 años a los 16 años (media de 12 años). Hay desaparición de los síntomas en tres de los casos, 50%; otro se mantiene igual, y en los otros dos casos hay una mala evolución con empeoramiento, uno de ellos hizo una anorexia-bulimia. La integración familiar es buena en cuatro (66,66%) y mala en dos (33,33%) y la social buena en tres (50%), regular en dos (16,66%) y mala en dos (33,33%). Sólo hubo un caso de abandono de estudios y los otros cinco van bien. La integración laboral es buena en todos los casos (tres en trabajos estables y una casada SL).

309.00 Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido

Podemos recoger 19 casos que pueden entrar dentro de este apartado con predominio femenino, 13 chicas por sólo seis varones (68,42% y 31,57%). Los años comprenden de 9 a 15 con una media de 11 años y medio. Hay dos casos de intento de suicidio. Los síntomas depresivos desaparecen totalmente en 10 (52,63%), mejoran en tres (15,78%), están iguales en cinco (26,31%) y sólo empeora un caso (5,26%). La integración familiar es buena en general (14 buenas y cinco regulares) y un poco menos la social (12 buenas, seis regulares y una mala). Sólo hay dos casos en que no trabajan ni estudian y hay cuatro universitarias, cinco estudiando BUP, tres no terminaron EGB, y dos dejaron los estudios en FP y BUP, arrojando un fracaso escolar del 25%. Las causas de las depresiones fueron: cinco por vivencia de enfermedad, cuatro por desavenencias entre los padres, tres por muerte de un hermano, dos por muerte del padre y el resto por otros diversos motivos.

296.4 Trastorno bipolar maníaco

Se recogen sólo dos casos, uno claramente maníaco y el otro de una hipomanía acusada. Los dos son varones, con 12 y 13 años, uno evolucionó hacia la normalidad y el otro a una franca psicosis maníaco-depresiva con internamientos por dicha causa. El caso hipomaníaco tuvo una buena integración social y familiar y trabajaba de vendedor ambulante, el otro tuvo integraciones malas en ambas y no trabaja ni estudia nada.

80 300.60 Trastorno por despersonalización

Aparece en dos historias, un varón y una hembra, ambos con 12 años. Uno de los casos consistía en "cómo perder la conciencia sin perderla, como si no fuera yo y fuera otro", en el otro "crisis de desorientación auto y alopsíquica, confusión mental y amnesia posterior", ambos con EEG normal. Los dos mejoraron, uno con disminución notable de las crisis y el otro con desaparición total de los síntomas. Las integraciones son buenas en ambos casos, los dos estudian, la chica FP y el chico 1º de Telecomunicaciones.

300.15 Trastorno disociativo no especificado

Corresponden al antiguo concepto de neurosis histérica y se recogen cuatro casos, tres hembras (75%) y uno varón (25%), con una media de edad de 10 años. Su CI medio fue de 103. EEG normal en los cuatro. Las crisis agudas desaparecieron en los cuatro casos a los 12, 13, 14 y 16 años, tres espontáneamente y una chica al sacarla del internado en que estudiaba. La integración familiar fue buena en tres casos, y mala en uno, lo mismo que la integración social. Una terminó FP, otro está en la Universidad, otra estudia EGB pero bastante retrasada y la otra dejó FP y es cantante en un grupo de Rock "sin ganar nada".

300.21 Trastorno por ansiedad con agorafobia

No hay más que un solo caso, una hembra de nueve años, con crisis de pánico, si se queda sola en el W.C. o al subirse a los autobuses. Las crisis agudas desaparecieron, pero tiene fobia a los ascensores por haberse quedado encerrada en ellos en tres ocasiones. Las integraciones familiar y social son buenas y acaba de terminar COU.

300.290 Fobia simple

Tenemos 10 casos, seis varones y cuatro hembras, con edades comprendidas entre 3 y 12 años (ocho años de media). El CI medio fue de 102 en los casos en que se obtuvo. Dos casos fueron de fobia escolar. La evolución sintomática fue la siguiente; las fobias desaparecieron en seis casos, mejoraron en dos, permanecieron iguales en uno, y hubo otro caso que fue empeorando progresivamente hasta desarrollar una esquizofrenia,

aunque, de los que curaron sus síntomas fóbicos, hubo tres casos de depresión y uno de heroínomanía. El nivel de estudios fue bastante bueno, solamente dejó los estudios el esquizofrénico y hay tres en la Universidad. La integración familiar fue buena en siete, regular en uno y mala en dos, la social buena en cinco, regular en dos y mala en tres.

300. Trastorno obsesivo-compulsivo

Son 23 los casos, prácticamente la mitad varones y la otra mitad, hembras, 12 y 11 respectivamente, con edades que van de los siete a los 14 años, con una media de edad de 10 años. El CI medio en los seis casos en que se obtuvo fue 100. Desaparecieron los síntomas en la cuarta parte de los casos, seis (46,08%), mejoraron en la mitad, 13 (56,52%) y permanecieron iguales en cuatro (17,39%). Estos cuatro peores casos fueron precisamente los de comienzo más tardío y tenían en común su obsesión por la limpieza (dos a los 14 años y dos a los 11), mientras los que comenzaron anteriormente, sobre todo los que lo hicieron alrededor de los siete años tuvieron el mejor pronóstico. La integración familiar es buena en 21 (91,30%) y sólo regular en dos (8,69%) y también la social con un 82,60% de buenas (19 casos) y un 17,39 de regulares (cuatro casos). La integración laboral es también bastante buena pues trabajan todos los que están en edad menos dos (13,33%). Hay fracaso escolar en ocho (34,78%) pero seis están asistiendo a la Universidad.

300.70 Trastorno somatoforme indiferenciado

Aunque estos trastornos forman parte de muchos síndromes especificados, sólo se obtiene un caso sin más patología que éste. Se trata de una niña de nueve años con dolores abdominales y EEG normal. A los 19 años ha sido diagnosticada de colon irritable. Bien integrada familiar y socialmente y está estudiando 2º de Químicas.

315.00 Trastorno del desarrollo del cálculo aritmético

Sólo hay dos casos de hembras con 7 y 10 años, con CI de 123 y 112, a las que "se les daba mal las matemáticas" y que 10 años después seguían con el mismo problema. Una repite 2º de BUP por su trastorno y la otra hizo FP. Las integraciones son buenas en ambas.

315.80 Trastorno del desarrollo de la escritura

No hay ningún caso puro de este trastorno, pero se han seleccionado tres casos en los que el problema de la escritura era el más importante aunque hubiera también pequeños problemas de lectura. Son dos hembras (66,66%) y un varón (33,33%) con edades de cinco a siete años (media de seis años). El CI medio es de 100. En el caso más evidente había escritura en espejo y lectura de derecha a izquierda. El trastorno desaparece en dos de los casos y ha mejorado en el otro. La integración familiar y social es buena en dos casos y mala en el tercero. El nivel de estudios es poco satisfactorio, sólo un caso está haciendo FP, otro dejó sin terminar EGB y el otro va muy retrasado.

315.00 Trastorno del desarrollo de la lectura

Se recogen 22 casos con un predominio marcado del sexo masculino, 15 (68,18%), sobre el femenino, siete (31,18%), con edades comprendidas entre los seis y 14 años (media de ocho años). El CI medio es de 98, siendo de destacar que cinco casos tenían un CI por encima de 110. En más de la mitad de los casos (57,14%) había además trastornos de la escritura, en dos casos problemas de lenguaje oral y en otros dos retardo motriz. La desaparición total de problemas se produce en ocho (36,63%), con mejoría en 11 (50%) y permanece igual en dos (9,09%). La integración familiar, lo mismo que la social, es buena en 18 (81,81%), regular en dos y mala en dos (9,09%). El fracaso escolar llega al 40%.

315.39 Trastornos del desarrollo de la articulación

Hay 10 casos, seis varones y cuatro hembras. Las edades comprenden de los cuatro a los 10 años, con una media de seis años y medio. El CI medio es de 96. El problema cede en siete y mejora en tres. Las integraciones familiar y social son buenas en el 80% y 60% de los casos. Sólo hay un 20% de fracaso escolar, aunque en la mitad de los casos hay un curso, por lo menos de retraso.

315.31 Trastorno del desarrollo del lenguaje expresivo

Se recogen 16 casos con un ligero predominio de las niñas, 56,25%. La media de edad es la más baja de todo

el estudio, cuatro años, lo que es lógico dada la naturaleza del trastorno. El CI medio es un poco bajo dentro de la normalidad, 93. El problema desaparece en el 81,25% de los casos, mejora en el 12,50% y está igual en el 6,25%. Hay nueve casos en los que consta si hicieron o no tratamiento logopédico, los curados con tratamiento fueron tres y los curados sin él seis, lo que indica la índole madurativa del problema. La integración familiar arroja una cifra un poco extraña de un 37,50% de integraciones regulares o malas. La integración social es mejor, un 81,25% de buenas. El nivel de estudios es sólo regular y pues aunque el fracaso escolar es sólo del 12,50%, hay retraso escolar en el 90%.

315.31 Trastorno del desarrollo del lenguaje receptivo

Sólo aparece un caso claro de este problema, es un niño de cinco años, con un CI de 98 con comprensión verbal muy deficiente. A los 15 años todavía está en 5º de EGB, con una vida social muy limitada y que a los 12 años llegó a ser diagnosticado de autista. La integración familiar es buena pero la social muy mala, sale sólo con chicos deficientes, pues asiste a un colegio especial.

315.40 Trastorno del desarrollo de la coordinación

Se recogen 11 historias con un predominio de las niñas sobre los niños, 63,67% y 36,36% respectivamente. Aunque en la mayoría se notaron los primeros síntomas antes de los 12 meses, la media de edad de la consulta fue de ocho años y medio pero con una gran dispersión. En ningún caso desaparecieron completamente los síntomas aunque mejoraron en siete (63,63%) y estaban iguales en cuatro (36,36%). Las integraciones familiar y social fueron buenas en general (sólo una mala en la social). No hay más que un caso de fracaso escolar, el resto llevan bien los estudios.

314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperreactividad

Aunque en la DSM-III-R constituye un solo síndrome, para nuestro estudio lo hemos dividido en los tres grupos que lo hace la ICD-9: perturbación simple (314.0), con trastornos del desarrollo (314.1) y con problemas de conducta (314.2).

82 Se recogen un total de 119 casos: 74 de la forma simple, 16 con trastornos del desarrollo y 29 conductópatas. La proporción de varones es muy similar en los tres grupos, hay 3-4 varones por cada hembra. Las edades de los tres grupos son seis años y medio para los que tienen problemas del desarrollo, siete años y medio para los del grupo simple y ocho años para los problemas de conducta. Los CI obtenidos son muy similares en los tres grupos, 94 de media, aunque los que se acompañan de los trastornos de la lecto-escritura obtienen el CI inferior, 92. La desaparición o mejoría de los síntomas fueron como sigue: 63,50% en la simple, 68,75% en los trastornos del desarrollo y 68,48 en las conductopatías. Hay un solo caso de empeoramiento y corresponde al grupo de los conductópatas.

La integración familiar es buena en los dos primeros grupos, 75,67% en las formas simples y 100% en los trastornos del desarrollo, pero baja en los problemas de conducta al 55,17%. En la integración social pasa otro tanto, bastante buena en los dos primeros grupos pero en el tercero la proporción baja aún más, hay un 6,89% de mala integración y otro 6,89% de franca predelinuencia. La integración laboral, sin embargo, es peor en el primer grupo, el simple, con sólo 60,86% de trabajadores estables, proporción que sube al 75% en los trastornos de conducta y al 100% en el segundo grupo.

En el nivel de estudios sucede algo paradójico, obtienen los mejores resultados los que se acompañan de problemas de la lecto-escritura, sólo un 20% de fracaso escolar, mientras que estas cifras suben al 24,32% para los simples y al 27,58% para los conductuales. Es decir que en los fracasos influía más la hiperactividad y déficit de atención que los trastornos instrumentales.

Desde este estudio comparativo parece deducirse que, para el pronóstico, la presencia de trastornos de conducta es muy negativa y produce una peor integración familiar y social, por lo que creemos acertado que en ICD-10 aparezcan, como formas diferenciadas del síndrome hiperquinético, la forma simple y la forma con trastornos de conducta.

312.20 Trastorno de conducta tipo grupal

Tenemos sólo ocho casos, cuatro varones y cuatro hembras, con una media de edad de 13 años (comprenden desde los 11 a los 15 años). Su CI medio es de 104. La evolución no fue buena en general, pues un 63% está igual o peor al cabo de 10 años, con conducta franca-

mente delincuente en muchos de ellos (alcoholismo, drogas, prostitución). Es curioso el caso de un chico que tuvo una vivencia religiosa a los 17 años y acabó de misionero seglar y estudiante de teología. Las integraciones social y familiar son malas en la mitad de los casos, en cambio hay cinco con un trabajo estable, 62,50%. El nivel escolar también es muy malo pues hay un 75% de fracaso escolar.

312.00 Trastorno de conducta tipo agresivo solitario

Se recogen 79 casos, con claro predominio de los varones, 61 (77,21%) sobre las hembras, 18 (22,78%). Hay una gran dispersión de edades, desde los tres años a los 15 años, con una media de 10 años. El CI medio es de 10. Los síntomas desaparecen en 24 casos (30,37%), mejoran en 26 (32,9%), permanecen iguales en 15 (18,98%) y empeoran en 12 (15,18%), con un caso de suicidio, o sea que la tercera parte tienen un mal pronóstico. La integración familiar buena, no pasa del 44,30% mientras que la social sube al 59,49% (parece como si la incompatibilidad en la familia se enquistara con el tiempo). De todas maneras aparecen seis casos de marginación-delincente-drogas. En la integración laboral se da el más alto índice de "cambios de trabajo", el 21,21%, aunque había un 45,45% de trabajo estable. El fracaso escolar llega al 39,74%, aunque haya cinco universitarios. De los 79 casos había 18 (22,78%) de hogares nocivos y en ellos la integración familiar es mala en el 50% mientras que la media del grupo es de 31,65% y la social llega al 38,88% mientras que la media del grupo es de 18,98%, es decir, hay una manifiesta influencia del hogar en el futuro de estos niños.

313.81 Negativismo desafiante

Cumplen los requisitos de este nuevo cuadro de la DSM-III-R 32 casos con un ligero predominio de los varones, 56,25% sobre las hembras, 43,75%. La edad está bastante dispersa entre tres y 14 años con una media de nueve años y un máximo de casos entre los seis y los 11 años. El CI medio es de 101 (hay dos casos por encima de 120). Los síntomas llegan a desaparecer en 11 (34,37%), mejoran en ocho (25%), están igual otros ocho (25%) y empeoran en cinco (15,62%) (hay cuatro casos de consumo de droga, uno de depresión y un intento de suicidio). La integración familiar es

regular o mala en 17 (59,37%) mientras que en la social esta cifra es de 15 (46,87%), aunque los casos realmente malos fueron de 12 y siete respectivamente. Aquí vuelve a repetirse que la integración familiar es algo peor que la social. La integración laboral no es mala ya que tienen un trabajo estable ocho aunque haya cuatro que no lo hacen todavía. El fracaso escolar llega al 40,62%.

309.21 Trastorno por angustia de separación

Se recogen 20 casos, con un mayor número de hembras, 11 (55%) que de varones, nueve (45%). Las edades varían entre los cinco y los 13 años con una media de nueve años. El CI medio de los nueve casos en que se obtuvo es de 97. La sintomatología desaparece en 13 (65%), mejoría en cuatro e igualdad en tres. La integración familiar es buena en 16 (80%) y regular en cuatro y la social buena en otros 16 casos, mala en dos, y regular en otros dos. Tenían un trabajo estable en ocho casos (88,88%). El fracaso escolar fue del 30% (hay que tener en cuenta que la mitad de los casos fueron de shock a la entrada a la escuela). En la evolución posterior aparecen dos casos de ideas hipocondríacas y una depresión.

313.21 Trastorno por evitación

Este trastorno, es decir, la timidez y el retraimiento, aparece en 36 casos, con claro predominio de los varones, 25 (69,44%) sobre las hembras, 11 (30,55%). La muestra es muy dispersa pues comprende desde los cinco a los 16 años, con una media de edad de nueve años y una moda de 6-7 años. El CI medio es de 97. Los síntomas no desaparecen más que en ocho (22,22%), mejoran algo o están iguales en 26 (13 y 13) y aún empeoran en dos. Quizás lo más llamativo de la evolución es que en un caso se desarrolló una esquizofrenia, en dos tendencias paranoides, otros dos hicieron depresiones y uno tuvo problemas de identidad sexual a los 14 años. La integración familiar es buena en el 55,55%, regular en el 25% y mala en el 19,44% (20, 9 y 7 casos). Las cifras son muy parecidas en la integración social, tienen un trabajo estable el 50%, han cambiado de trabajo el 25% y uno ni estudia ni trabaja. El fracaso escolar se queda en un 22,22% (ocho casos), aunque había tres en BUP y ocho universitarios (el CI medio de éstos era de 106 en vez del 97 de la muestra total).

313.00 Trastorno por ansiedad excesiva

Se obtienen 17 historias, con claro predominio de los varones, 12 (70,58%) sobre las hembras, cinco (29,41%), siendo la media de edad ocho años. El CI medio de los casos en que se estudió fue de 103,33. Ningún caso empeoró con el tiempo, pero seguían igual cuatro (23,52%), estaban mejor seis (35,29%) y desaparecieron los síntomas en siete (41,17%). La integración familiar y social son buenas en el 88,23% y 82,35% respectivamente. Trabajan cuatro que es el 100%. El fracaso escolar es del 23,52%.

F93.3 (ICD-10). Trastorno por rivalidad al nacer el hermano

Aparecen en 33 casos como síntoma único o predominante, con claro predominio femenino 21 (63,63%) sobre el masculino, 12 (36,36%). La edad de la consulta varía entre tres y 12 años, con una media de siete años. Se obtienen los CI en nueve casos y dan una media de 105. La evolución de estos celos infantiles fue peor de lo que pudiera pensarse, pues sólo desaparecen en 15 (45,45%), mejoran 10 (30,30%), están iguales siete (21,21%) y aún hay uno que empeora. La integración social es buena en el 75,75% mientras que la familiar lo es sólo, lo cual es muy lógico, en el 66,66%. Trabajan cuatro (100%). El fracaso escolar es sólo del 6,06% aunque hay un 21,21% de retrasos.

307.10 Anorexia nerviosa

Sólo hay un caso, una chica de 14 años, con mala evolución, ha estado en tratamientos continuos y una vez estuvo en peligro de muerte. La integración familiar y social es mala y está terminando Farmacia.

307.52 Pica

Hay tres casos, dos hembras y un varón, con edades de cinco, ocho y 10 años y un CI medio de 88 (se obtuvo en los tres casos). El trastorno desapareció en todos a los 13, 14 y 19 años. La integración familiar fue buena un caso, regular en otro y mala en el otro y la social, buena en dos casos y mala en el otro. Hubo fracaso escolar en dos casos (recordar su CI). Lo que comían era: yeso de las paredes, tierra, jabón y pintura.

84 307.50 Trastorno de la conducta alimenticia no especificado

Tenemos seis casos, cuatro chicas y dos chicos, con una media de edad de siete años y un CI medio de 116. Había cuatro anorexias, una bulimia y una alimentación selectiva (sólo comía patatas fritas). Hubo desaparición, mejoría e igualdad en dos casos cada una. Las integraciones familiar y social fueron buenas en general (83,33%) aunque con un caso de integración familiar mala. Hubo fracaso escolar en dos casos.

307.46 Terrores nocturnos

Hay sólo cinco casos de terrores nocturnos sin más patología, cuatro varones y una chica, con una media de edad de cuatro años y medio. Desaparecieron en todos los casos y las integraciones fueron buenas y no hubo ningún caso de fracaso escolar. Uno de ellos duró hasta ocho años.

307.46 Sonambulismo

Hay tres casos, dos varones y una hembra, con una media de edad de ocho años. Su CI medio es de 102. Los EEG son normales. Desaparecieron en todos los casos. Las integraciones fueron buenas en las tres y el nivel de estudios fue bueno también.

302.60 Trastorno de la identidad sexual en la niñez

Se recogen seis casos, cinco de chicos y uno de una chica, con una media de edad de ocho años y un CI medio de 105. En la mitad de los casos los síntomas desaparecen y hay una perfecta adecuación a su sexo y en la otra mitad sólo quedaron una cierta pasividad y rechazo de la violencia en los chicos. La integración familiar fue buena en cinco y mala en otro y la social buena, regular y mala con dos casos cada una. Trabajan dos, lo que supone el 100%. Hay un caso de fracaso escolar.

302.82 Voyeurismo

Hay un solo caso que puede considerarse patológico, es un varón de nueve años, con CI de 112. La sintomatología desapareció a los 12 años. Las integraciones familiar y social son buenas. Dejó los estudios en 2º de BUP.

307.23 Trastorno de La Tourette

Tenemos nueve historias, todas de varones, de una media de edad de 11 años y un CI medio (se han recogido en cinco casos) de 88. La sintomatología sólo cede completamente en un caso, mejora en cuatro, está igual en tres y empeora en uno, lo que le indica su mal pronóstico. La integración familiar es buena en ocho (88,88%) y mala en uno. La integración social es bastante peor, sólo es buena en cuatro (44,44%), mala en otros cuatro y hay un caso de marginación-delinuencia. El trabajo estable es en cambio de un 71,42% y el fracaso escolar sube al 55,55%.

307.22 Trastorno por tics motores o verbales crónicos

Hay ocho casos, la mitad varones y la mitad hembras, cuatro y cuatro, la media de edad es de nueve años y el CI medio (sólo dos casos) es de 101. Los síntomas desaparecen en seis (75%) y mejoran en los otros dos. La edad de desaparición de los tics comprendió de los nueve a los 17 años. Las integraciones familiar y social son buenas en seis y siete de los casos y no hay ninguna mala. El nivel de estudios no es malo y sólo hay dos casos de fracaso escolar.

307.21 Trastorno por tics transitorios

Sólo hay un caso, un varón de 15 años a partir de una herida en un ojo que desapareció en poco tiempo. Las integraciones buenas y su nivel de estudios también.

307.30 Trastorno por estereotipias/hábitos motores

Hay seis casos, tres varones y tres hembras con una media de edad de ocho años, su CI medio (sólo de dos casos) es de 92. Desaparecen los síntomas en cinco y mejoran en el otro. La integración familiar es buena en cuatro (66,66%) y mala en dos (33,33%) y la social buena en cuatro y regular en dos. No hay fracaso escolar en ningún caso.

307.70 Encopresis funcional

Hay nueve casos, todas en varones, seis primarias y tres secundarias. La media de edad es de 10 años y el CI

medio es de 100. Desaparece en todos los casos, en edades que variaron de ocho a 17 años, con una media de 12. Las integraciones familiar y social fueron buenas en el 100% y el 88,88% respectivamente, trabajaban con estabilidad en tres casos (75%) y el fracaso escolar es del 22,22%. Hay también cuatro casos que acompañaban a otros síndromes no oligofrénicos que curaron todos.

307.60 Enuresis funcional

Hay 57 casos como síntoma único y otros 50 acompañando a otros síndromes. Noventa y siete son primarias y siete secundarias. En los primeros 57 casos hay 39 chicos y 18 chicas (68,42% y 31,59%) con una media de edad de nueve años y el CI medio es de 98. Desaparece la enuresis en 50, persiste mejorada en dos y sigue igual en cinco, éstos con edades entre 18 y 20 años. La edad de la desaparición comprende desde nueve a 24 años, con una media de 12-13 años. En 20 de ellos la desaparición fue espontánea y los demás con diversos tratamientos. La integración familiar fue buena en 52 (92,85%), regular en dos y mala en dos. La integración social buena en 49 (87,50%), regular en seis y mala en una. No estudian ni trabajan cuatro (21,01%) y sí lo hacen 15 (88,93%). El fracaso escolar llega al 30%. En los otros 50 casos hay también curación en el 100% a una media de edad de 12 años.

307.70 y 307.60 Encopresis y enuresis funcionales

Con ambos síntomas tenemos seis casos, todos varones, con una media de edad de siete años y medio, siendo el CI medio de 106. La enuresis desaparece en todos los casos menos en uno que tenía una espina bífida oculta y la encopresis en todos. Las integraciones familiar y social fueron buenas y el fracaso escolar fue del 33,33%.

307.00 Tartamudez

Son 21 los casos, 17 varones (80,95%) y cuatro hembras (19,05%), con edades que van de los tres a los 15 años, con una media de ocho años, aunque la edad de aparición real fue con una media de cinco años y medio. El CI medio es de 107. La evolución es bastante mediocre, sólo desaparece en el 28,57% mejora algo en otro 28,57%, y no se modifica en el 42,85%. Las integraciones

son bastante buenas en general, 95,23% para la familiar y 85,71% para la social. Trabajan establemente seis, (100%) y el fracaso escolar es sólo de 14,28%. El acomplejamiento evidente, tan frecuente en la primera consulta, desaparece después menos en un caso.

313.23 Mutismo selectivo

Hay cuatro casos, dos varones y dos hembras, con una media de edad de siete años. El mutismo desaparece en los cuatro casos. La integración familiar es buena en el 100% y la social 50% buenas y 50% regulares. En dos casos abandonaron los estudios en EGB.

313.82 Trastorno de la identidad

Sólo se recogen dos casos, un varón y una hembra, de 13 y 15 años. La chica evolucionó muy bien pero el chico sigue siendo raro e inseguro. La integración social es buena en la chica y mala en el chico. La integración familiar buena en los dos. La chica está trabajando ya y el chico dejó sus estudios en 7º de EGB por su gran miopía.

313.89 Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia

También tenemos sólo dos casos, un niño y una niña, de dos y cuatro años. Sus CI son algo más bajos, 92 y 89. Los casos evolucionaron bien, lo mismo en su sintomatología, que en sus integraciones familiar y social y en el nivel de sus estudios en cuanto mejoraron sus condiciones de vida afectiva.

316.00 Trastornos psicológicos que afectan al estado físico

Hay otros dos casos, los dos varones, de seis y 10 años que padecían asma y alopecia areata y asma. En un caso el asma se cronificó y en el otro desaparecieron, el asma antes de la primera consulta y la alopecia a los 12 años. La integración social y familiar del asmático que se cronificó son buenas y regulares en el otro. Uno trabaja y el otro estudia BUP.

310.2 Síndrome postcontusión.

Se recogen cuatro casos, dos varones y dos hembras, con una media de edad de nueve años. Los síntomas

86

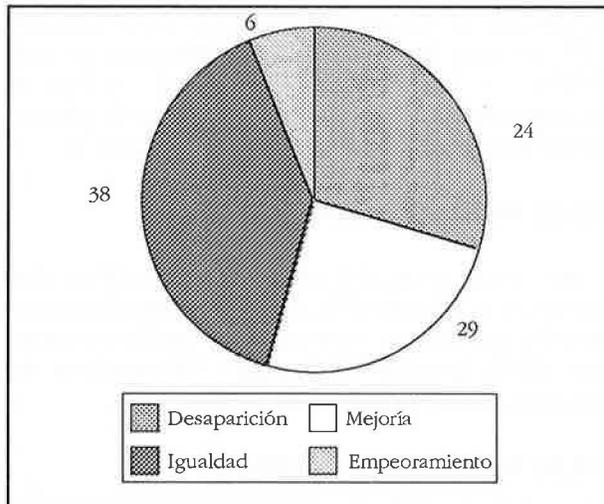


Figura 5. Evolución de la sintomatología %.

desaparecieron totalmente en un caso, mejoraron en dos y empeoró en uno. La integración familiar es buena en un caso y mala en tres, en cambio la social es buena en tres y mala en uno. Sólo el caso de peor evolución tiene la incapacidad laboral y los otros tres llevaron bien sus estudios. Una de las chicas es estudiante de Derecho.

310.8 Otros trastornos mentales no psicóticos por lesión orgánica del cerebro

Se recogen tres casos (hidrocefalia, astrocitoma del nervio óptico y meningitis linfocitaria). Los tres son varones y la media de edad fue de cinco años y medio. El CI medio fue de 89. La sintomatología no desapareció en ninguno, mejoró en dos y empeoró en uno. Las integraciones familiar y social son regulares, sólo hay una buena en cada una de ellas. El nivel de estudios es bueno en un caso y malo en los otros dos.

343 Parálisis cerebral

Hay 15 casos, 10 chicos y cinco chicas. Las edades son muy variables, de uno a 14 años, con una media de seis años. En el nivel mental hay también una gran dispersión pues varían de 13 a 103, con un CI medio de 60. La evolución es mala en general, sólo en dos casos los síntomas mejoran, hay un empeoramiento con muerte

por convulsiones y en los demás persisten los problemas más o menos con la misma intensidad (el caso de CI de 13 a los tres años pasó a 40-50 a los 14, lo más probable por error diagnóstico en la primera medición). La integración social es francamente mala, sólo tres logran una integración buena, en un caso es regular, cuatro son malas y seis muy malas o nulas, dependiendo en gran parte, no sólo de sus dificultades motóricas, sino sobre todo, del nivel mental (CI de 97 de media para los casos buenos y regular, 58 para los malos y 47 para los nulos). La integración familiar es buena en 13 casos (85,71%). Trabajan sólo dos, uno en la sección de empaquetado de una fábrica y otro en un taller protegido. En cuanto al nivel de estudios, siete han tenido que ir a centros de e.e. cuatro colegios normales y tres no han podido escolarizarse por diversos motivos. El fracaso escolar llega al 80%.

345 Epilepsia

Hay 16 casos, de los cuales cinco corresponden al síndrome de West, tres al de Lennox, cuatro a epilepsia temporal y otros cuatro a Gran Mal. La media de edad es de cuatro años y medio y los CI 28,36,100 y 92 para las cuatro formas antedichas y en el mismo orden. La sintomatología (crisis) desaparecen en la mitad de los casos de Gran mal y epilepsia temporal, habiendo en esta última forma un caso de empeoramiento. Repartiéndose mejoría, igualdad y empeoramiento. 1-1-1 para el Lennox y 1-3-1 en el West. Las integraciones familiar fueron: en el West nula en el 100%, en el Lennox mala y nula al 50%, en el Gran mal buena en el 100% y en la epilepsia temporal buena en el 75% y nula en el 25%. Las integraciones sociales fueron: 33,33% en el Gran mal, buena en el 100% y en la epilepsia temporal buena en el 75% y nula en el 25%. El fracaso escolar es del 100% en el West y en el Lennox, del 25% en el Gran mal y del 50% en la epilepsia temporal.

388-389 Sordera

Se vieron seis casos, dos de los cuales desconocían el problema cuando consultaron y los padres creían que eran deficientes y los otros cuatro por alteraciones de comportamiento secundarias a su hipoacusia. La mitad eran varones y la otra mitad hembras y sus edades varían entre dos y seis años en cinco de los casos y hay uno con 12 años. Los CI manipulativos

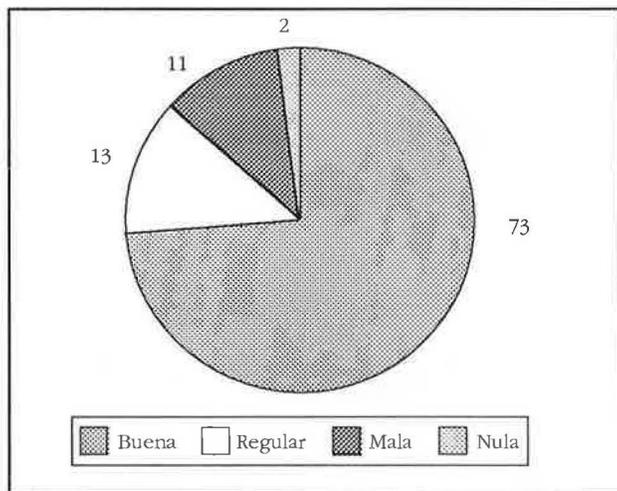


Figura 6. Integración familiar %.

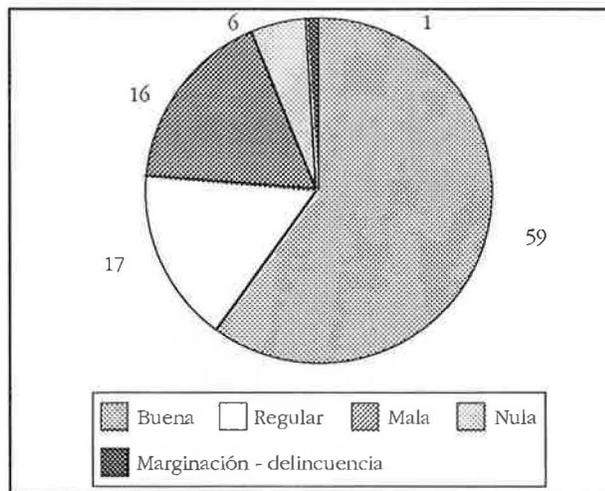


Figura 7. Integración social %.

tienen una media de 96. Su sintomatología auditiva mejoró en el 83,33% los casos con el uso de prótesis y adquirieron el lenguaje hablado también en el 83,33%. La integración familiar es buena en el 100% y la integración social buena en tres, regular en dos y mala en uno, (50%, 33,33% y 16,16%).

RESUMEN

Evolución de la sintomatología

Desaparición de los síntomas	289	29,85%
Mejoría de los síntomas	238	24,58%
Igualdad de los síntomas	374	38,63%
Empeoramiento de los síntomas	67	6,92%

Si no se tienen en cuenta los casos de deficiencia mental caracterizados por su rigidez evolutiva sintomática, los resultados son:

Desaparición de los síntomas y mejoría	524	67,78%
Igualdad o empeoramiento	249	32,22%

Integración familiar

Integración familiar buena	728	73,38%
Integración familiar regular	133	13,40%
Integración familiar mal	110	11,08%
Integración familiar nula	21	2,11%

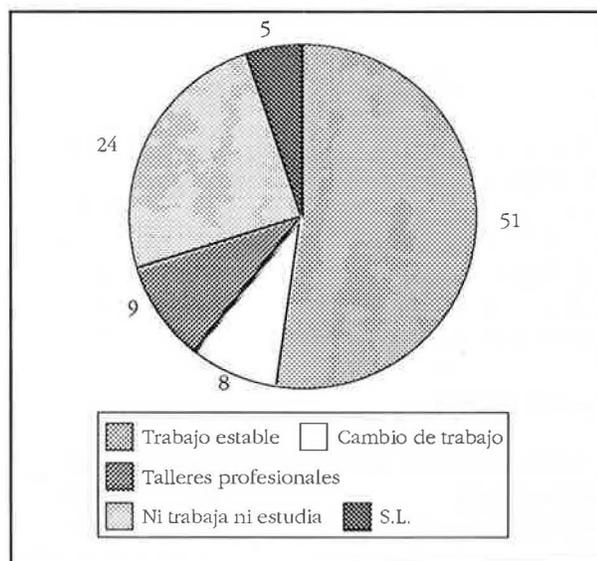


Figura 8. Integración laboral %.

Integración social

Integración social buena	588	59,27%
Integración social regular	166	16,73%
Integración social mala	172	17,33%
Integración social nula	56	5,64%
Marginación y delincuencia	10	1,00%

88

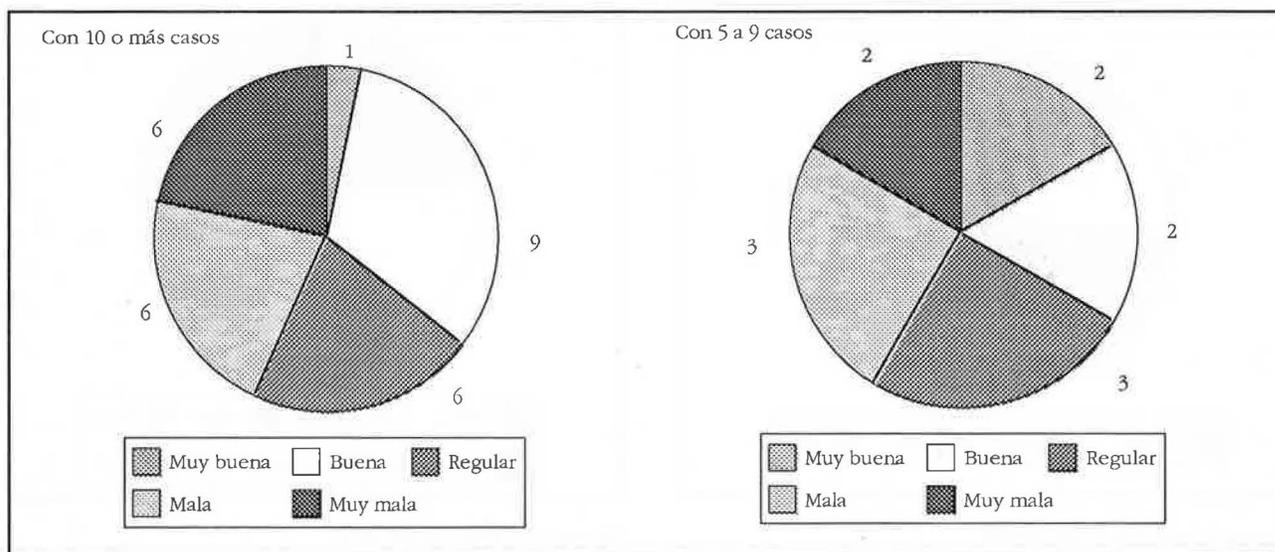


Figura 9. Evolución total.

Integración laboral

Sólo se tienen en cuenta los mayores de 17 años que no estudian.

Tiene un trabajo estable	168	51,85%
Ha cambiado de trabajo	29	8,95%
No trabaja ni estudia	78	24,07%
S.L. (chicas casadas)	18	5,55%
Talleres protegidos	31	9,56%

Fracaso escolar

No se tienen en cuenta las deficiencias mentales.

Fracaso escolar	288	34,44%
Retrasos escolares	103	12,37%

Evolución total

Con el fin de obtener un resultado global de la evolución de los distintos síndromes en que estaban agrupados los 1000 casos, hemos dado un valor numérico a los conceptos estimativos de bueno, malo, etc. según los percentiles alcanzados y han resultado las siguientes categorías:

Evolución muy buena: ausencia de alteraciones, terrores nocturnos y encopresis.

Evolución buena: trastorno específico del desarrollo de la lectura, los trastornos del lenguaje tanto del expre-

sivo como del articulatorio, los problemas escolares simples, la enuresis funcional, la tartamudez (a pesar del desfavorable pronóstico del síntoma en sí), la angustia por separación, la ansiedad excesiva, los tics motóricos y verbales crónicos y las estereotipias y hábitos motores.

Evolución regular: el déficit de atención-hiperactividad en su forma simple y con trastornos del desarrollo, las fobias, los trastornos obsesivos-compulsivos, los problemas de los celos infantiles, los trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido, los trastornos alimenticios (excepto la anorexia nerviosa) y los trastornos de identidad sexual.

Evolución mala: los niños de capacidad intelectual límite, la parálisis cerebral, los trastornos de conducta de tipo agresivo-solitario, el negativismo desafiante, el déficit de atención con trastornos de conducta, el trastorno por evitación, el síndrome de La Tourette, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y las distimias o neurosis depresivas.

Evolución muy mala: todos los retrasos mentales, desde el leve hasta el profundo, el autismo, la esquizofrenia indiferenciada, el trastorno de conducta de tipo grupal y el síndrome de West,

Nota: para este estudio de la evolución total se han suprimido los síndromes que sólo tenían de uno a cuatro casos para darle mayor fiabilidad y sólo suponen 45 casos en total.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alksne MA, Trusell RR, Elinson J, Patrik S. *A follow-up study of treated adolescents narcotic users*. Columbia Univ School Pub. Health New-York, 1959.
- 2 American Psychiatric Association. *DSM-III-R*. Ed. Masson, Barcelona, 1988.
- 3 Annell A. The prognosis of psychotic syndromes in children: A follow-up of cases. *Acta Psychiat Scand* 1963;**39**:235-297.
- 4 Baker I, Cantwell P. A prospective psychiatric follow-up of children with speech language disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1987;**28**:501-504.
- 5 Barter I, James T y cols. Adolescent suicide attempts: A follow-up study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiat* 1968;**10**:523-527.
- 6 Beccaro M, Burke P, Mc Cauley E. Hallucinations in children: A follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1968;**27**:462-465.
- 7 Bender L, Grugett AE. A follow-up report of children who had atypical sexual experience. *Am J Orthopsychiat* 1952;**22**:825-832.
- 8 Berg I. A follow-up study of school phobic adolescents admitted to an in-patient unit. *J Child Psychol Psychiat* 1970;**11**:37-47.
- 9 Berg I, Butler A, Hall G. The outcome of adolescent school phobic. *Brit J Psychiat* 1976;**128**:80-85.
- 10 Berg CZ, Rapoport JL, Whitaker A, Davies M, Leonard H, Swedo SE, Braiman S, Lenane M. Childhood obsessive-compulsive disorder: A two-year prospective follow-up of a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1989;**28**:528-533.
- 11 Brown JL. Follow-up of children with atypical development (infantile psychosis). *Am J Orthopsychiat* 1963;**28**:473-491.
- 12 Campbell SB, Endmen M, Bernfeld G. A three-year follow-up of hyperactive preschoolers into elementary school. *J Child Psychol Psychiat* 1977;**18**:239-249.
- 13 Capul M. Le devenir professionnel des enfants inadaptes. *La Psychiatrie de l'Enfant*. 1964;**7**(2):547-599.
- 14 Carr J. Six weeks to twenty-one years old: a longitudinal study of children with Down's syndrome and their families. *J Child Psychol Psychiat* 1988;**29**:407-431.
- 15 Coolidge JC, Brodie RD. Observations of mothers of 40 school phobic children evaluated in a 10 year follow-up study. *J Am Acad Child Psychiat* 1974;**13**(2):275-285.
- 16 Cumer BS, Zardini G, Angelini L. *Reflexions critiques sur 130 cases de psychose infantile suivis dans le temps*. Actas V Congr UEP Viena.
- 17 Cummings JD. A follow-up study of emotional symptoms in school children. *Brit J Ed Psychol* 1964;**16**:163-177.
- 18 Cunningham JM, Westerman HH, Fischhoff J. A follow study of patients seen in a psychiatric clinic for children. *Am J Orthopsychiat* 1956;**26**:602-611.
- 19 Curman H, Nylander I. A 10-year prospective follow-up study of 2.268 cases at the Child Guidance Clinics in Stockholm. *Acta Paediatrica Scand* 1976;**260**(suppl).
- 20 Dahl V. A follow-up study of a child psychiatric clientele with special regard to the diagnosis of psychosis. *Acta Psychiat Scand* 1976;**54**:356-378.
- 21 Eastgate J, Gilmour L. Long term outcome of depressed children: a follow-up study. *Dev Med and Child Neurol* 1984;**26**:68-72.
- 22 Eaton L, Menolascino FJ. Psychotic reactions of childhood: A follow-up study. *Am J Orthopsychiat* 1967;**37**:521-529.
- 23 Fish B, Shapiro TH, Halpern F, Wile R. The prediction of schizophrenia in infancy: III A ten-year follow-up report of neurological and psychological development. *Am J Psychiat* 1965;**121**:768-775.
- 24 Flament MF, Koby E, Rapoport JL, Berg CJ, Zahn T, Cox C, Denckla M, Lenane M. Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. *J Child Psychol Psychiat* 1990;**31**:363-380.
- 25 Galler JR, Ramsey F. A follow-up study of the influence of early malnutrition on development: V Delayed development of conservation (Piaget). *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1987;**26**:28-32.
- 26 Galler JR, Salt F. A follow-up study of the influence of early malnutrition on development: VI Behavior at home and at school. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1989;**28**:254-261.
- 27 Garber J, Kriss MR, Koch M, Lindholm L. Recurrent depression in adolescents: A follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1988;**27**:49-54.
- 28 Gath A, Gumley D. Down's syndrome and the family: a follow-up of children first seen in infancy. *Dev Med Child Neurol* 1984;**26**:500-508.
- 29 Gilberg IC, Gilberg CH. Generalized hyperkinesics: Follow-up study from age 7 to 13 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1988;**27**:55-59.
- 30 Goetz PL, Sullop RA, Reinhart JB, Miller A. Anorexia nervosa in children: a follow-up study. *Am J Orthopsychiat* 1977;**47**:597-603.
- 31 Gómez-Ferrer C, Barcia D, Ruiz E, Fernández Moreno A. Estudio evolutivo de las psicosis infantiles. VI Congreso Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, 1990 (Pendiente de publicación).
- 32 Grahnan P, Rutter M. Psychiatric disorders in the young adolescent: A follow-up study. *Proceeding of the Royal Soc Med* 1973;**66**:1226-1229.
- 33 Harris S, Goldstein MD. Cognitive development in low attentive, hyperactive and aggressive 6 through 11 year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1987;**26**:214-218.
- 34 Harris S, Goldstein MD. Cognitive development in inattentive, hyperactive and regressive children, two to five year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1987;**26**:219-221.

- 90 35 Hechtman L, Weis G, Perlman T. Hyperactive children in young adulthood: A controlled, prospective ten-year follow-up. *Int J Mental Health* 1979;**8**(1):52-66.
- 36 Holligworth CE, Tanguay PE, Grossman G, Pabst P. Long-term outcome of obsessive-compulsive disorders in childhood. *J Am Acad Child Psychiat* 1980.
- 37 Huessy HR, Metoyer M, Townsend M. 8-10 year follow-up of 84 children treated for behavioral disorder in rural Vermont. *Acta Paedopsychiatrica* 1974;**40**(6):230-236.
- 38 Jaklewicz H. Follow-up studies on dyslexia and dysortographia. *Psychiat Pol* 1980;**14**(6):613-619.
- 39 Jeammet PH, Jayle D, Terrasse G, George A. Le devenir de l'anorexie mentale. *Neuropsychiat de l'Enfance* 1984;**32**:97-113.
- 40 Kellman SG, Branch JD, Brown CH, Russell G. When teenage come for treatment. A ten-year prospective epidemiological study in Woodlawn. *J Am Acad Child Psychiatriat* 1981;**20**:477-495.
- 41 Klicpera C, Heyse I. Psychopathological assessment and multi-axial diagnosis. Results of a follow-up study on children with behavioral problems. *Z Kinder-Jugend Psychiat* 1978;**6**(1):9-17.
- 42 Klicpera C, Warnke A, Kutschera y cols. A follow-up study of children with behaviour disorders, 2-10 years after in-patient treatment. *Nervenarzt* 1981;**52**(9):531-537.
- 43 Klonoff H, Low MD, Clark C. Head injuries in children: a prospective five-year follow-up. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1977;**40**:1211-1219.
- 44 Komrower GM, Lee DH. Long term follow-up of galactosaemia. *Arch Dis Child* 1970;**45**:367-373.
- 45 Kinzie JD, Saca W, Angell R, Clarke G, Rath B. A three-year follow-up of cambodian ydung people traumatized as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1989;**28**:501-504.
- 46 Lockyer L, Rutter M. A five to fifteen-year follow-up study of infantile psychosis. Psychological aspects. *Brit J Psychiat* 1969;**115**:865-873.
- 47 Lotter V. Social adjustment and placement of autistic children in Middlesex: a follow-up study. *J Autis Child Schisopbr* 1974;**4**(1):11-32.
- 48 Lucas G, Talan I, Lebovici S, Kestemberg E. *Le devenir de la psychose de l'enfant*. Paris PUF 1978.
- 49 Malmivaara K, Keinamen E, Saarelma M. Adult mental health risk in light of child psychiatric diagnosis. Ten to fifteen-year follow-up of Helsinki children treated 1956-1962. *Psychiat Fenn* 1975;**24**:1-256.
- 50 Mellsop CW. Psychiatric patients seen as children predictor of adult illness. *J Child Psychiat* 1972;**13**:689-702.
- 51 Monedero C. El porvenir del niño depresivo. *Rev Neuropsiquiatría Infantil* 1985;**6**:101-105.
- 52 Money J, Clarke FC, Beck J. Congenital hypothyroidism and IQ increase: A quarter century follow-up. *J Pediat* 1978;**93**(3):432-434.
- 53 Nylander I. A 20-year prospective follow-up study of 2164 cases at the Child Guidance Clinics in Stockholm. *Acta Paed Scand* 1979;**276**(Supp).
- 54 O.M.S. *Clasificación Internacional de Enfermedades. sección 5ª, 9ª Revisión*, 1980.
- 55 O.M.S. *ICD-10 V (F) Mental, behavioural and development disorder*, 1988.
- 56 Otto G, Otto U. Prognosis in child Psychiatry. A follow-up study of a youth clientele. *Acta Psychiat Scand* 1978;**273**(Supp).
- 57 Poznanski EO, Kraenbuhl V, Zrull JP. Childhood depression. A longitudinal perspective. *J Am Acad Child Psychiat* 1976;**15**(3):491-501.
- 58 Rabe-Jablonska J, Kochanska H. Follow-up studies of social adjustment of children with organic lesion to the central nervous system, former in patients at the children's ward of the department of Psychiatry of the Medical Academy in Lodz. *Psychiat Pol* 1980;**14**(3):265-270.
- 59 Rees SC, Taylor A. Pronostic antecedents and outcome in a follow-up study of children with a diagnosis of childhood psychosis. *J Autism Child Schizopbr* 1975;**5**(4):309-322.
- 60 Robins LN. Follow-up studies of behaviour disorders in children. *Sympos Psychiat Epidem Aberdeen* 1969.
- 61 Robins LN. Follow-up studies investigations childhood disorders. En: Hare EH, Wing JK. *Psychiatric Epidemiology*. Oxford University Press, Londres, 1970.
- 62 Robins LN. Follow-up studies. En: Quay HQ, Werry JS, eds. *Psychopathological disorders in childhood*. 2nd ed. Nueva York 1979:483-513.
- 63 Rodgers B. Behaviour and personality in childhood as predictors of adult psychiatric disorder. *J Child Psychol Psychiat* 1990;**31**:393-414.
- 64 Rodríguez A, Rodríguez M, Eisenberg L. The outcome of school phobia: a follow-up study based on 41 cases. *Am J Psychiat* 1959;**116**:540-544.
- 65 Rutter M, Lockyer L. A five to fifteen years follow-up study of infantile psychosis. I. Description of the sample. *Brit J Psychiat* 1967;**113**:1169-1182.
- 66 Rutter M, Greenfield D, Lockyer L. A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioural outcome. *Brit J Psychiat* 1967;**113**:1183-1199.
- 67 Sanz Pons R. Estudio longitudinal de niños consultantes de un servicio de Psiquiatría Infantil. *Actas XXII Reunión Soc Esp Neuropsiquiatría Infantil*. Murcia 1980:63-69.
- 68 Schulsinger H. A teen-year follow-up study of children of schizophrenic mothers. *Acta Psychiat Scand* 1976;**33**:371-386.
- 69 Sparrow SS, Rescorla LA, Provence S, Condon SO, Goudreau D, Cicchetti D. Follow-up of atypical children. A brief report. *J Am Acad Child Psychiat* 1986;**25**:181-185.
- 70 Stewart A, Culver KV. Children who set fires: the clinical pictures and follow-up. *Brit J Psychiat* 1982;**140**:357-363.

- 71 Torup E. A follow-up study of children with tics. *Acta Paed (Upsala)* 1962;51:261-278.
- 72 Velez CN, Johnson J, Cohen P. A longitudinal analysis of selected risk factor for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1989;28:861-864.
- 73 Vitamaki O. Psychoses in childhood a psychological follow-up study. *Acta Psychiat Scand* 1964;174:40(Supp).
- 74 Wallandre JL. The relationship between attention problems in childhood and antisocial behaviour eight years later. *J Child Psychol Psychiat* 1988;29.
- 75 Walleerstein JS. Children of divorce: preliminary report of a ten-year follow-up of older children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiat* 1985;24:545-553.
- 76 Warren W. A study of adolescent psychiatric in-patients and outcome of six or more years later. II. The follow study. *J Child Psychol Psychiat* 1965;6:141-160. 91
- 77 Wasserman R, Di Blasio Ch, Bond L, Young P, Colletti R. Un estudio longitudinal de seis años en una consulta pediátrica entre el temperamento infantil y la conducta en la edad escolar. *Pediatrics (ed esp)* 1990;29(5):288.
- 78 Weiss G, Hechtman L, Perlman T. Hyperactives as young adults school, employer and self-rating scales obtained during ten-year follow-up evaluation. *Am J Orthopsychiat* 1978;48(3):438-445.
- 79 Weiss G, Hechtman L, Perlman T, Hopkins J, Wenar A. Hyperactives as young adults. A controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Arch Gen Psychiat* 1979;36(3):675-681.
- 80 Wolff S, Chick J. Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study. *Psychol Med* 1980;10(1):85-100.