

# LINEAS GENERALES PRIORITARIAS DE INVESTIGACION EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- I - Introducción
- II - Metodología
- III - Registro de casos en salud mental infanto-juvenil
- IV - Registro de relaciones interinstitucionales
- V - Líneas de investigación en el desarrollo y evolución de la infancia y la adolescencia
- VI - Valoración de las pruebas complementarias de tipo instrumental en la infancia y la adolescencia
- VII - Líneas de investigación en psicofarmacología en la etapa infanto-juvenil

## I.— INTRODUCCION

El primer punto a aclarar es el relativo a qué se entiende por «política de investigación» en el ámbito que compete a éste Comité de Expertos. Hemos de señalar que no entendemos una política de investigación aislada para nuestro campo, sino englobada en un contexto investigador de los múltiples factores que inciden en el proceso Salud Enfermedad; lo cual a su vez se engloba en una política general dedicada a la investigación con el fin de que existan posibilidades reales para llevarla a cabo con rigor y por el personal adecuado, así se podrá determinar un «hábito» en el personal asistencial hacia el análisis y teorización de aquello que está desarrollando.

Un segundo aspecto lo ubicamos en resaltar la importancia de que la investigación es una tarea de equipo y de los equipos asistenciales, pues se articula

con la reflexión permanente de tipo de trabajo que se lleva a cabo y con la demanda que se realiza de esa oferta asistencial mejorándose así la calidad asistencial.

En tercer lugar, una política de investigación comportaría asumir una metodología capaz de poder dar cuenta, en cada circunstancia concreta, de los contenidos de aquello que se pretende investigar. De esta suerte sería posible evitar duplicidades y solapamientos en las líneas de investigación que se planteen de manera concreta, lo cual no excluye que de forma complementaria se lleve a cabo un determinado estudio. Este es el sentido de la metodología: elaborar un diseño claro y establecer una coordinación adecuada que se articula con una supervisión y evaluación de los distintos trabajos.

Un último aspecto sería el desterrar viejos conceptos que tienden a hacer

creer que la investigación sólo puede desarrollarse en un determinado nivel de sofisticación. Ello supone una redefinición del concepto general de investigación, pero también se articula con los niveles diferentes de la investigación así como la redefinición de las responsabilidades investigadoras que compete a cada nivel de atención de salud.

Estos niveles de partida pueden dar cuenta de una voluntad para llevar a cabo principios metodológicos y conceptuales que ubiquen una investigación que pueda contrastar y comparar resultados, pero además que tenga la posibilidad de aplicar sus resultados a un ejercicio y a una práctica que, en nuestro campo, vaya en beneficio de los niños y adolescentes. Por todo esto, sin desdeñar la investigación básica éste Comité recomienda que se enfatice sobre los aspectos clínico-epidemiológicos.

Se ve preciso sentar una metodología científica que implique dos de los principios básicos que la definen: comprobabilidad de los resultados por la repetición en las mismas circunstancias y posibilidad de generalizar los resultados obtenidos. Pero en las ciencias de la salud en general y de la conducta en particular, estos principios están en permanente debate, por lo que el empleo de la estadística tiene sus limitaciones derivadas de la cualificación de las variables y las pocas posibilidades de cuantificar (lo cuantitativo y lo cualitativo se emplea en terminología de estadística analítica) ello hace que se pierda una cierta exactitud. Además se utiliza con gran frecuencia el método  $N = 1$  ó de reduplicación intrasujeto, lo cual tiene sus ventajas pero también sus inconvenientes a la hora del análisis metodológico y estadístico.

Por ello, antes de poder delimitar cualquier línea prioritaria de investigación, parece adecuado conocer la realidad sobre la que se va a investigar, es decir: el entramado de redes sociales y de agencias que actúan e interactúan en la vida y de-

sarrollo del niño y del adolescente.

Un segundo nivel se establece en el intento de homogeneizar necesidades, demanda y oferta de modo que el espacio común sea lo más amplio posible. Así pues, es importante acercarse al análisis de la demanda a través de la demanda real para poder inferir la demanda potencial que se realiza en los dispositivos asistenciales. Así se podrá establecer no solo el derivante, sino el detector y el camino que sigue la demanda desde que se establece hasta que llega a un dispositivo asistencial especializado.

Por lo tanto es capital poder realizar una adecuación o ajuste entre la oferta y la demanda, que vendría determinado por un conjunto de variables que configuran las actitudes de la población hacia estos problemas, lo cual es subsidiario de establecer un estudio e investigación, pero no de tipo transversal sino de tipo dinámico, con capacidad de contrastar entre las zonas con dispositivos asistenciales implementados y aquellas otras que no lo poseen.

En este apartado pretendemos sentar unas líneas generales que configuren la investigación que sin ser las únicas si son las prioritarias, y aunque algunas no se desarrollen con profusión en buena medida van a quedar inmersas en otras de las que se desarrollen.

1. Epidemiología: La investigación epidemiológica moderna tiende a reunir las siguientes características.

1.1.— No priorizar los estudios de campo, tendiendo a integrarlo en las labores asistenciales.

1.2.— Ello implica que el lugar adecuado para realizar esta investigación debe partir de los dispositivos asistenciales.

1.3.— Tener presente las dificultades nosográficas y las dificultades de las tabulaciones estadísticas.

1.4.— Establecer un sistema de registro de casos que se defina por:

- 1.4.1 : Recogida sistemática de datos.
- 1.4.2 : Zona definida.
- 1.4.3 : Implicar a la totalidad de los servicios.
- 1.4.4 : Evitar la repetición de los casos.
- 1.4.5 : Supone un feed-back informativo con los equipos asistenciales.
- 1.4.6 : Debe asegurar la confidencialidad.
- 1.4.7 : No debe ser para temas puntuales.
- 1.4.8 : Debe ser continuado.
- 1.4.9 : Establecer unos objetivos claros en los datos a registrar.
- 1.4.10: Realizar una etapa de ajuste experimental.
- 1.4.11.: Delimitar un procedimiento para todo el proceso.
- 1.4.12.: Crear un «capital» de investigación.

1.5. — Posibilitar una metodología de evaluación, que sea coherente con:

- 1.5.1 : Los objetivos que se establezcan
- 1.5.2 : La evaluación debe incluir la técnica cuantitativa, pero deberá introducir una comprensión cualitativa.
- 1.5.3 : Será capaz de definir indicadores que cumplan sus condiciones de objetividad, fiabilidad y manejabilidad.

2. Líneas de investigación en el desarrollo y evolución de la infancia y la adolescencia: Describir y explicar el desarrollo infantojuvenil ha sido, y creemos que aún hoy debe ser, una línea abierta de investigación sobre todo con vistas a:

- 2.1.— Establecer una aproximación al desarrollo normal.
- 2.2— Comparar el desarrollo normal con el desarrollo en los déficits sensoriales (ceguera, sordera, P.C.I., etc)

2.3.— Definir los factores de riesgo y situaciones que originan interferencias en el desarrollo (hospitalizaciones, afecciones crónicas, institucionalización, abandonos, adopciones, etc.)

2.4.— Acercarnos a una visión diferente de la clínica infanto-juvenil y de los procesos psicopatológicos en la infancia y adolescencia.

3. Los elementos de base orgánica en los procesos psíquicos, sobre todo en aquellos relativos al funcionalismo cerebral, a la genética, al metabolismo, etc.

4. Las pruebas complementarias:

Las pruebas de investigación de tipo psicológico (psicometría, de personalidad,...) y otras técnicas de evaluación (EEG, TAC, potenciales evocados, gammagrafías, ultrasonidos, etc) pueden realizar aportaciones adecuadas si se realizan de forma contextualizada.

5. La psicofarmacología es profusamente utilizada en la infancia y adolescencia, pero datos de análisis de demanda hacen inferir que su uso es un tanto inadecuado y sin criterios clínicos precisos, por ello aconsejamos.:

- 5.1. : Establecer los controles precisos, sobre todo para evitar efectos secundarios y colaterales indeseables
- 5.2. : Pauta su utilización en el seno de una intervención y no como un fin.
- 5.3. : Desaconsejar el uso de productos cuyos principios farmacológicos, su farmacocinética y su farmacodinámica estén poco claros.
- 5.4. : Enfatizar el uso de fármacos sin mezclas, por la vía / adecuada, a sus propias dosis y con los controles pertinentes.
- 5.5. : Debatir el ritmo y el tiempo de utilización de los psicofármacos

en la infancia y la adolescencia, así como sus efectos secundarios.

6. Aunque específicamente no se incluyan en estas líneas de investigación, de forma desarrollada y explícita, las diferentes psicoterapias, no es que éste Comité las postergue, sino que las enmarca en el tipo de intervención en la atención a la demanda.

Para terminar esta introducción quisieramos hacer una referencia a la preocupación que siente éste Comité de Expertos ante la difusión de las investigaciones en éste campo a todos los niveles y por ello queremos expresar nuestros criterios.:

A/ Publicaciones profesionales. Deberá reseñarse en toda publicación científica:

- a) Fuentes de información referenciada según las normas internacionales. Incluso si es una variación de lo existente debe hacerse constar.
- b) Cuestionarios y métodos de valoración: No solamente se han de publicar los resultados, sino que como anexos o en el propio texto, se han de introducir los cuestionarios y la valoración realizada, o en su caso el lugar en que puedan ser contrastados.
- c) Cuando se empleen los datos estadísticos se hará referencia al método empleado así como a la fiabilidad del experimento y la fiabilidad general.

B/ Divulgación en medios de comunicación general, deberá tender a ser:

- a) Ponderada, no alarmista y evitando sensacionalismos.
- b) No generalizable
- c) Citando las fuentes
- d) Controlada y limitada al ámbito del estudio

- e) Que posibilite la replicabilidad de argumentos
- f) No inferior de las meras correlaciones una relación causa-efecto

## II.— METODOLOGIA

1.— Para lograr una mejora e la atención prestada, todos los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil (especialmente psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales) deben estar al corriente de los desarrollos actuales de la investigación clínica. Para ello necesitan saber evaluar y utilizar las investigaciones publicadas, lo que a su vez exige familiarización con la metodología de investigación.

2.— Los técnicos de Salud Mental Infanto-Juvenil han de recibir entrenamiento en conceptos básicos y métodos de investigación (observacional-descriptivo, correlacional, experimental, clínico y cuasiexperimental). Las técnicas para desarrollar investigaciones experimentales sobre fenómenos comportamentales son los diseños de investigación y los procedimientos estadísticos. Han de enfatizarse el método científico y el diseño experimental, así como las opciones alternativas de diseño (de grupo único, de grupo múltiple, de caso único, etc...) y las reglas de selección entre diseños alternativos.

3.— Conviene unificar criterios, salvando las particularidades de cada uno de ellos, en la aplicación de la metodología así como en la presentación pública de las investigaciones. Los componentes básicos que incluye todo diseño experimental son.:

- a) Objetivos de la investigación
- b) Muestra de sujetos utilizados
- c) Hipótesis de trabajo
- d) Fases de desarrollo
- e) Tipo de pruebas administradas y condiciones de aplicación

- f) Tratamiento estadístico de los datos
- g) Conclusiones y discusión

4.— En nuestra región, y en toda España, la escasez de investigaciones sobre Salud Mental Infanto-Juvenil es alarmante. La deficiente formación en investigación de los profesionales, y la escasez de recursos para financiar proyectos, son algunas de las causas determinantes de esta situación. La Administración debe proporcionar recursos suficientes para el desarrollo de investigaciones y para la formación de investigadores.

5.— Han de potenciarse las investigaciones interdisciplinarias, en el seno del equipo y entre varios equipos, relacionadas con el desarrollo de la vida del niño y adolescente. La creación de un centro de investigación regional en Salud Mental Infanto-Juvenil interdepartamental incluido en alguna Universidad, como asesor a las diversas investigaciones en curso, podrá dar cuerpo institucional a ésta idea.

6.— De acuerdo con cada método empleado ha de realizarse el tratamiento estadístico más adecuado y fiable según sus propias normativas.

### III.— REGISTRO DE CASOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

#### 1.— LOS REGISTROS DE MORBILIDAD EN PSIQUIATRIA

Desde el siglo XVIII se vienen utilizando los registros de morbilidad y las encuestas de salud como las dos principales fuentes de datos epidemiológicos, datos utilizables tanto para averiguar la distribución en la población de las enfermedades, como para servir de base nacional a la planificación sanitaria y a la investigación de probables factores etiológicos, especialmente en el caso de las enfermedades de causa mal conocida, como fueron las enfermedades infecciosas en su día.

Actualmente los estudiosos de la epidemiología afirman que la metodología propia de esta rama de la ecología médica sería un valioso instrumento no ya para la prevención y el mantenimiento de la salud en la población sino para el estudio de las enfermedades crónicas, psicósomáticas y psiquiátricas.

En nuestro siglo se ha abierto una nueva era en el campo general de las estadísticas sanitarias con el uso generalizado de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, que ha hecho posible realizar diagnósticos comparables internacionalmente y que, en consecuencia, ha promovido un creciente interés también en el campo de las estadísticas psiquiátricas. Tras el éxito que tuvieron los registros en el caso del cáncer y la tuberculosis fueron recomendados para las enfermedades mentales por el Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud. El resultado ha sido el establecimiento de registros de casos psiquiátricos en varios países: Escocia (Baldwin, 1965), Estados Unidos (Bahn, 1966), Israel (Goodman et al., 1984), Londres (Wing et al., 1967, 1968), etc. En Noruega se estableció un registro de casos psiquiátricos en 1926 (Odegaard, 1946) y en Dinamarca desde 1928 (Weesteergard, 1928). En Islandia se estableció en 1968 (Helgason, 1978) y en Lomest, Norte de Italia, en 1975 (Marinoni, 1983).

La 6ª Reunión de Investigadores del Estudio en Colaboración de la Organización Mundial de la Salud para extender los cuidados de Salud Mental (Ginebra, 7-11-IX-1981) recomendaba la utilización de registros de casos psiquiátricos en los países en vías de desarrollo y describía su metodología y organización.

Posteriormente los informes de la O.M.S. acerca de los métodos de evaluación de los problemas de Salud Mental encontrados en la comunidad insisten en el establecimiento de registros de casos psiquiátricos como la única forma de lle-

var a cabo un estudio prospectivo longitudinal de los pacientes mentales que tienen como es sabido una tendencia a usar sucesivamente, y a veces simultáneamente, varios de los servicios psiquiátricos disponibles en un área determinada (Giel, 1983).

Actualmente se consideran los Registros de Casos Psiquiátricos como un instrumento al servicio de los Sistemas de Información en Salud Mental, los cuales a su vez, se insertan en el proceso clínico de planificación sanitaria, concebido como un sistema abierto, representando una de sus etapas fundamentales que consiste en.:

- 1.— Determinar las necesidades en materia de salud mental de la población del área cubierta, previa definición de sus niveles (necesidad percibida, necesidad definida médicamente, demanda, etc), lo cual se logra a partir de datos sobre frecuentación, prevalencia e incidencia en población, etc. suministrados por el propio sistema.
- 2.— Determinar la correcta ubicación de los recursos y su deseable evolución temporal, labor fundamental de la sectorización en salud mental, lo cual se consigue a partir de los datos sobre el territorio, población, necesidades, etc.
- 3.— Control de la utilización de los servicios, logrado a partir de los datos obtenidos sobre su funcionamiento, población atendida, necesidades de la misma, modelos de utilización, etc..
- 4.— Mejoría de la efectividad del sistema global de servicios en la prestación de cuidados de Salud mental a través de los resultados obtenidos en la evaluación (1) de los programas diseñados en función de los objetivos a conseguir.
- 5.— Configuración progresiva de un banco de datos que permite el de-

sarrollo de investigaciones epidemiológicas básicas y aplicadas, de utilidad no tan directa a corto plazo, pero que constituyen la garantía de un futuro progreso de las actividades emprendidas.

## 2.— CONCEPTO DE REGISTRO DE CASOS PSIQUIATRICOS

De acuerdo con Wing (1975) un registro de casos psiquiátricos es una colección de datos acerca de los contactos realizados por los individuos de un área geográficamente definida con los servicios psiquiátricos de la misma.

Así pues, las notas distintivas de un Registro son las siguientes.:

1. El estar centralizado y poseer una estructura capaz de recoger, clasificar, archivar, tratar y emitir los datos.
2. El estar referido a un área geográfica discreta de la que poder obtener datos demográficos con los que comparar las características socio-demográficas de los pacientes del propio área o de otras áreas.
3. El estar referido a una población estable.
4. El disponer de un formato estandarizado de recogida de datos, realizado preferentemente por personal entrenado.
5. El ser acumulativo y tener capacidad para realizar informes longitudinales de cada paciente psiquiátrico.
6. El recoger datos de los servicios psiquiátricos que componen el nivel especializado de asistencia, definiéndose como tal, cualquier estructura asistencial que posee cuando menos un psiquiatra.

---

(1) Aunque hoy en día el término evaluación se encuentra en periodo de revisión (evaluación-valoración) nosotros lo seguimos empleando en la acepción que a evaluación se otorga en el ámbito de la Salud Pública.

Desde hace años en muchos países en los que vienen funcionando registros de casos psiquiátricos, se ha establecido una extensión a las personas incluidas en el registro, iniciándose la recogida de datos referentes a los problemas de Salud Mental Infanto-Juvenil y una extensión a los servicios psiquiátricos contactados incluyéndose la recogida de datos referentes a contactos mantenidos por servicios sociales con personas que tienen problemas mentales y otros procedentes de las clínicas psiquiátricas privadas.

### 3.— OBJETIVOS DE UN REGISTRO DE CASOS PSIQUIATRICOS

El objetivo de un registro de casos psiquiátricos, según la 6ª Reunión de Expertos para extender estrategias de Cuidados de Salud Mental (O.M.S.), es elaborar informes longitudinales de todos los contactos realizados por los pacientes individuales de una población geográficamente definida con todos los Servicios que prestan atenciones psiquiátricas en la misma.

Según Ozamiz (1985) los objetivos de un registro se podrían resumir como sigue.:

1. Estudiar el grado de complementación de las atenciones combinadas de varios servicios psiquiátricos.
2. Analizar el curso del paciente por la red de servicios y las tenencias cronológicas de contactos.
3. Establecer un banco de datos para el personal sanitario de cada comarca acerca de las experiencias psiquiátricas previas de los pacientes que contactan con cada servicio.
4. Conseguir datos comparables intra y extra comarcalmente
5. Estudiar los patrones de contactos y los efectos resultantes de la creación de nuevos servicios.
6. Analizar política asistenciales específicas (listas de espera, etc.)

7. Constituir un marco apto para extraer muestras de pacientes
8. Estudiar el grado de integración de la salud mental en el Sistema Sanitario.
9. Producir tablas, listas y estadísticas útiles para la planificación y evaluación.

### 4.— IMPLANTACION DEL SISTEMA DE REGISTROS PSIQUIATRICOS DE ADULTOS EN NUESTRA AUTONOMIA.

La sensibilización de las autoridades sanitarias y de los profesionales implicados ha permitido iniciar la implantación en nuestra Autonomía del Sistema de Registros Psiquiátricos con la ayuda de una subvención económica del Ministerio de Sanidad y Consumo. El proyecto se inició con carácter experimental en la provincia de Soria en Octubre de 1985, la cual fué elegida como zona piloto por ser la primera de las 9 provincias de la autonomía castellano-leonesa en la que se ha firmado un convenio de articulación funcional de los recursos psiquiátricos pertenecientes a diferentes administraciones (INSALUD, Diputación, Junta de Castilla y León) de cara a la constitución de un único dispositivo asistencial de salud mental, existiendo, por otra parte, una buena disponibilidad de los profesionales sanitarios en general hacia la reforma psiquiátrica.

En el resto de las provincias, a lo largo del primer trimestre del año 1986, se ha ido implantando también de modo experimental.

En una etapa posterior se incluirán en el registro los casos atendidos por servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil y se iniciará el seguimiento de una cohorte de los pacientes drogodependientes que sean tratados en los diferentes servicios psiquiátricos.

### 5.— RAZONES QUE JUSTIFICAN LA PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO INFANTO-JUVENIL ACUMULATIVO EN NUESTRO MEDIO

1. Es preciso estudiar las lagunas y du-

plicidaes en la asistencia psiquiátrica infantil derivadas del funcionamiento mal coordinado de los recursos actualmente existentes entre sí y con otras instancias asistenciales no especializadas.

Es preciso conocer el tipo específico de pacientes infantiles que son atendidos en cada uno de los servicios, en tanto en cuanto ciertas patologías se adecúan más que otras a los procedimientos asistenciales propios de cada dispositivo.

Se considerarían pacientes en régimen ambulatorio aquellos que realizaran por lo menos un avista antes y por lo menos otra después de la fecha elegida con no más de tres meses entre consulta y consulta. Posteriormente se incorporarían al registro infanto-juvenil todos los pacientes que fueran vistos en consultas ambulatorias o que realizaran ingresos o reingresos en los años sucesivos.

Para ser incluido en el registro infanto-juvenil el paciente tiene que residir en el territorio castellano-leonés. Si un paciente inicia su residencia en la Autonomía en el curso de un tratamiento activo iniciado con servicios psiquiátricos ajenos a la misma se le incluye en el registro desde la fecha del primer contacto con los servicios autonómicos que siga al cambio de residencia. Los pacientes en tratamiento con servicios propios que se trasladen a vivir a otra autonomía son incluidos en las estadísticas producidas por el registro únicamente durante su periodo de residencia en la Autonomía.

## 7.— SERVICIOS CONTACTADOS POR EL REGISTRO

Los centros ambulatorios de diagnósticos y orientación terapéutica, los servicios de psiquiatría infanto-juvenil pertenecientes a los departamentos de psiquiatría y pediatría que atienden pacientes en régimen ambulatorio o de hospitalización, los servicios ambulatorios de hospitales

generales y los hospitales psiquiátricos infantiles monográficos.

## 8.— RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN BÁSICA Y DE SEGUIMIENTO

Se utilizarán dos documentos diferentes, cada uno de los cuales cumple una función distinta en el tratamiento de la información: La Hoja de Registro Básico y la Hoja de Seguimiento de Contactos.

### 8.1. Hoja de Registro Básico

La Hoja de Registro Básico se realiza a cada paciente infantil con ocasión de su primer contacto con un servicio psiquiátrico, bien en consulta ambulatoria, en visita domiciliaria, en urgencias o en hospitalización, y en ella la información sociodemográfica y clínica se ordena según los siguientes apartados:

- 8.1.1 .— Identificación de la hoja de registro
- 8.1.2 .— Identificación del paciente
- 8.1.3 .— Identificación de los responsables del paciente.
- 8.1.4 .— Dinámica familiar
- 8.1.5 .— Antecedentes personales
- 8.1.6 .— Consulta actual
- 8.1.7 .— Diagnóstico clínico
- 8.1.8 .— Tipo de intervención terapéutica y lugar
- 8.1.9 .— Vía de acceso al sistema sanitario
- 8.1.10.— Derivación del paciente

### 8.2. Hoja de Seguimientos de Contactos.

La información referente a la evolución del paciente se vehicula a través de la Hoja de Seguimiento de Contactos, en la que se anotan los datos que se refieren a los contactos de revisión que tras la primera consulta mantiene el paciente con el equipo de salud mental infanto-juvenil al que acude.

## 9.— RECOGIDA DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS EN LA INFORMACIÓN BÁSICA SOCIODEMOGRÁFICA.

#### IV.— REGISTROS DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES

En el momento actual, consecuentes con los apartados anteriores, es preciso calibrar la necesidad de campos de investigación que incluyan las relaciones, en el amplio sentido de la palabra, entre la Atención Primaria de Salud y el nivel especializado de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Con este fin destacamos los siguientes contenidos en consonancia con líneas abiertas de investigación.:

##### 1º) Objetivos.:

- a) Sistemas de información uniformes para toda la Comunidad Autónoma.
- b) Colaborar en la elaboración del diagnóstico de salud del área sanitaria.
- c) Tender a la protocolización de las actividades y su cuantificación en el tiempo, junto con el establecimiento de prioridades.
- d) Colaborar en la formulación y desarrollo de programas generales de salud en la edad infanto-juvenil.
- e) Investigar instrumentos válidos para el despistaje de trastornos de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- f) Tender a actuar sobre los problemas de salud del niño y adolescente en el seno de un contexto, intentando que no se le desintegre de él.

##### 2º) Derivación:

- a) Desarrollo de canales y vías de comunicación entre niveles de atención de Salud, que intenten clarificar las actividades de interconsultas, consultas y derivación-devolución de pacientes, como partes integrantes de los procesos de formación continuada.
- b) Establecimiento de criterios clínicos-asistenciales conjuntos para la discriminación de problemas de S.M. I-J. por parte del nivel de Atención

Primaria, en especial de la patología prevalente.

##### 3º) Criterios generales.:

De acuerdo a las bases de asesoramiento y formación conjunta entre la Atención Primaria y el nivel especializado se establecerán los niveles de derivación-devolución para asegurar el principio de la continuidad asistencial, con el fin de que paulatinamente pueda realizarse de la siguiente forma orientativa:

- a) Los problemas evolutivos y madurativos sean asumidos por el nivel de la Atención Primaria.
- b) Los problemas psicósomáticos de la infancia y la adolescencia, por su complejidad, precisan un abordaje conjunto entre ambos niveles.
- c) Los problemas derivados de la estructura y funcionamiento de la personalidad son susceptibles de derivación al nivel especializado.

4º) Investigación continuada tendente a perfeccionar y a integrar los aspectos de la Salud Mental Infanto-Juvenil en los sistemas habituales de registros de la Atención Primaria.:

- a) Incluyendo en los datos de la historia pediátrica los items relativos a los aspectos evolutivos individuales y aquellos que se refieran a la historia familiar.
- b) Incluir en los registros de morbilidad los aspectos de causa psico-afectiva.

#### V.— LINEAS DE INVESTIGACION EN EL DESARROLLO Y EVOLUCION DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Entre los numerosos campos de las investigaciones sobre Psicología Evolutiva se destacan dos direcciones relacionadas con temas de Salud Mental Infanto-Juvenil:

- 1.— Interacciones del ambiente sobre el desarrollo del niño.
- 2.— Diferencias individuales que modifican las influencias de los factores ambientales.

En la primera dirección se estudia cómo afecta el contexto ambiental al curso del desarrollo: qué factores influyen en éste, en qué forma y con qué intensidad. Estas investigaciones permiten especificar:

- Qué propiedades del contexto favorecen los procesos del desarrollo humano.
- Qué contextos son patógenos para el desarrollo y cómo inciden en la expresión de estos desórdenes.
- Cómo la influencia de terceras personas (estudio de las relaciones triádicas) pueden actuar como soporte y estimulación de los sistemas evolutivos.
- Cómo la forma de interconexión entre los diferentes medios actúan sobre el desarrollo, favoreciéndolo o retrasándolo, según sea ésta.

La segunda línea de investigación es la que intenta describir precozmente los patrones de reacción infantil diferencial y su interacción con el desarrollo. Es decir trata de descubrir:

- Las características de estos patrones.
- Los efectos de éstos sobre el desarrollo.
- Los efectos de éstos sobre el ambiente.
- La posible perdurabilidad y estabilidad a lo largo de la vida del niño y del joven después.
- La posible existencia de rasgos patológicos.

De este enfoque interrelacional se deriva la actual tendencia a considerar la ca-

sualidad de las alteraciones del desarrollo infanto-juvenil de forma múltiple y dialéctica.

De la aceptación y desarrollo de estas hipótesis obtenemos las siguientes aplicaciones prácticas:

- En el campo de la prevención primaria, evitar y modificar las variables ambientales patógenas (una vez conocidas éstas y su forma de interacción con las restantes) y fomentar la salud mental (mediante la promoción de las variables más estimuladoras)
- En el campo de la prevención secundaria, la detección de población de alto riesgo psiquiátrico (individuos muy vulnerables o afectados por factores de riesgo) y predicción de reacciones futuras ante situaciones determinadas.
- En el campo de la prevención terciaria señalar los niveles de intervención posible, es decir, dónde hay que actuar, cómo hay que hacerlo y la posible evaluación de la actuación.

La O.M.S. (1977), recomienda de forma prioritaria las siguientes investigaciones en este campo:

- 1.— Descripción de datos que apunten a la mejora de la salud mental y del desarrollo psicosocial de los niños.
- 2.— Utilización de criterios de salud y desarrollo más que de procesos patológicos.
- 3.— Inclusión y valoración del contexto del niño en su desarrollo y forma de enfermar.
- 4.— Prioridad en el estudio de los problemas de salud mental que tienen prevalencia máxima y se acompañan de una grave disfunción psicosocial.
- 5.— Realización de estudios de epide-

miología comparada entre sectores y condiciones de vida diferente, entre grupos con diferentes prevalencias, para detectar los factores de riesgo más importantes y dentro de grupos homogéneos para determinar las características y las experiencias individuales que diferencian a los niños con un desarrollo psicomotor normal (pese a las tensiones y desventajas) de los niños con problemas de salud mental.

6.— Evaluación de las intervenciones para observar su eficacia actual.

### **Recomendaciones generales sobre áreas de investigación**

Expondremos a continuación, de forma esquemática, generalizada y quizás algo redundante las líneas generales de investigación preferentes en este tema.:

1. En lo referente a los patrones de reacción infantiles:

- 1.1) Determinar éstos, sobre todo los que originan una mayor vulnerabilidad del niño frente al ambiente.
- 1.2) Determinar los rasgos de personalidad que favorecen o dificultan la adaptación del niño.
- 1.3) Estudiar la posibilidad de modificar estos rasgos a través del ambiente.
- 1.4) Estudio de una posible perdurabilidad y estabilidad en edades más avanzadas.
- 1.5) Estudio de la influencia de variables individuales sobre ellos (sexo, déficits sensoriales, etc...)
- 1.6) Repercusión de las experiencias prenatales sobre éstos (hasta ahora los trabajos sobre ellas se han limitado al estudio de su papel en la génesis de la oligofrénia, aunque últimamente ya hay algunos realizados sobre la relación entre la ansiedad materna y la posterior hipercinesia del niño).

2. En lo referente al ambiente podemos citar tres grandes grupos.:

2.1) Evaluación del ambiente

2.1.1/ Condiciones que se han de dar en el ambiente para un desarrollo óptimo

2.1.2/ Descripción de contextos patológicos

2.2) Relación individuo/ambiente

2.2.1/ Investigación de la influencia de las interacciones de unas variables con otras (favoreciendo el desarrollo, disminuyendo la incidencia de los factores de riesgo o aumentándola)

2.2.2/ Posibilidad de influir en el curso del desarrollo a través de terceras personas

2.2.3/ Influencia de los rasgos de personalidad en el ambiente.

2.2.4/ Efectos sobre la personalidad de los medios posiblemente patógenos.

2.3) Análisis institucional

2.3.1/ Análisis y características de los grupos psico-sociales e instituciones en relación con el niño.

2.3.2/ Actuación de estos grupos e instituciones sobre el desarrollo infantil (favoreciéndolo o entorpeciendo)

2.3.3/ Consideración de éstos como posibles factores de riesgo.

Los numerosos trabajos de Salud Mental Infanto-Juvenil publicados nos descubren una serie de factores de alto riesgo, pero conviene insistir en aclarar su forma de interacción, tanto entre sí como entre ellos y otras variables del contexto, que pueden modificar su incidencia (aumentándola o disminuyéndola) o su potencial patógeno. Estos factores de riesgo son: prematuridad (con toda su constelación relacional y substrato somático), sufrimiento neonatal, enfermedades

somáticas agudas y descompensadoras, enfermedades crónicas, separaciones tempranas del medio familiar, retraso en el desarrollo intelectual y disminución en su rendimiento, maltrato y abandono, disarmonía entre la pareja parental, pareja parental incompleta, padres menores de edad o que padecen enfermedad crónica o mental o familia emigrante, situaciones de educación o comunicación patógenas, status socio-económico bajo, presión escolar, etc.

## **Temas preferentes de Investigación en Psicopatología Infanto-Juvenil**

Está comprobado que toda dificultad o alteración o retraso en el desarrollo de las funciones normales influyen particularmente en la tasa de prevalencia, por lo que pasaremos a aplicar las líneas de investigación generales anteriormente dichas a las diferentes disfunciones posibles en el desarrollo infanto-juvenil.

### *1.— Disfunciones sensoriales.*

Debemos subrayar aquí el hecho de que los niños con dificultades sensoriales son niños diferentes pero no anormales, así como que tales niños diferentes poseen un perfil evolutivo distinto que debemos investigar, sobre todo buscando los periodos más eficaces para cada aprendizaje. Hay que señalar que su idiosincrasia viene dada por las siguientes características: dificultad para recibir, procesar, almacenar, recuperar, emitir y expresar información, afectando a todo el sistema de interacciones (por ej. no oír las alabanzas maternas). Conviene así mismo averiguar las variables ambientales que favorezcan su aprendizaje, entre ellas la actuación familiar más correcta, así como la influencia del sistema de comunicación y del programa educativo sobre el resto de las facetas del desarrollo. Recomendamos especialmente no psiquiatrizar el tema, ya que realmente tiene más implicaciones con el área de rehabilita-

ción (desarrollo de medios protésicos) con la de atención primaria (detección temprana) o con la escolar (programas de detección precoz y educación), pero no debemos descuidar el periodo de la adolescencia en el que el índice de prevalencia de los trastornos de adaptación es alto en estos jóvenes.

### *2.— Disfunciones o lesiones somáticas congénitas o adquiridas.*

En su vivencia o en la actuación de éstas como factores de alto riesgo psiquiátrico influyen variables a determinar en posteriores investigaciones: alteraciones del esquema corporal, concepto de la enfermedad como castigo o mecanismos de regresión en lo que se refiere al niño; actitud de rechazo, sobreprotección o fomento de su dependencia, así como limitación de sus actividades y cambio de sus costumbres cotidianas en lo que se refiere al medio familiar; marginación por parte del grupo y agresividad en los medios de diagnóstico y tratamiento, así como separación del medio habitual y retraso escolar en lo que se refiere a la hospitalización.

### *3.— Disfunciones cerebrales*

Está demostrado que éstas aumentan el riesgo de aparición de problemas de salud mental, pero convendría precisar y tener más información sobre las influencias indirectas que también intervienen en estos casos: falta de estimulación sensorio-motor, privaciones afectivas, menor autoestima, actitudes negativas de la colectividad y tensiones inherentes al tratamiento médico (hospitalizaciones, medicamentos)

### *4.— Disfunciones cognitivas.*

Conviene asegurar y determinar la influencia de varios factores causales, tanto los que conducen al deterioro cognoscitivo, como los derivados de la experiencias repetidas de fracasos escolares y los inherentes al medio escolar (programas

de educación, aceptación de niños con bajo rendimiento, funcionamiento con ellos y ventajas que pueden obtener éstos de su integración.)

#### 5.— *Disfunciones socio-familiares.*

Por orden cronológico en que el niño entra en contacto con los diferentes grupos e instituciones sociales tendremos los siguientes temas problemáticos que pueden influir en el desarrollo del niño y del adolescente y en una posible aparición de trastornos mentales.

5.1 ) Repercusión sobre el niño de las actitudes de su madre hacia el embarazo (por ej. rechazo), así como las relaciones de ésta con el padre (se ha comprobado que un apoyo y presencia del marido en el momento del parto favorece la evolución de éste)

5.2 ) Adopción. Cuándo se debe establecer y en qué forma, estudiando este proceso más profundamente y fomentando su instauración precoz en los casos de abandono

5.3 ) Familia.: Se habla de la importancia de la salud mental de la pareja parental y de su armonía en el desarrollo del niño, pero conviene saber cómo disminuir el riesgo, en el caso en que la situación no sea la que deseamos, a través por ejemplo, de la modificación de otras variables (Ej.: figuras parentales sustitutas)

5.4 ) Guarderías.: Se debe estudiar la influencia de éstas en el desarrollo del niño, tanto en lo que supone de separación precoz de la madre (antes del establecimiento de las relaciones objetales), como de instrucción preescolar que pueda contribuir a un mejor rendimiento escolar posterior; también hay que determinar cómo deben ser éstas para eliminar un posible riesgo.

5.5 ) Escuela.: Es pertinente un amplio análisis de la institución, en vistas al creciente aumento de los fracasos escolares, procurando evitar la actual culpabilización, psiquiatrización y/o psicologización del niño afecto de este problema, así como el estudio de la influencia de terceras personas (implicación de la familia en la marcha del colegio) que puedan mejorar este rendimiento.

5.6 ) Sociedad.: Hay que analizar cómo los actuales cambios culturales pueden modificar el desarrollo del niño, tanto de forma directa (medios de comunicación, normas sociales), como a través de las relaciones con sus padres (reducción de horas de contacto, etc.)

5.7 ) Medios de comunicación.: Televisión y video fundamentalmente, por el papel que juega en aspectos relativos a la agresividad, consumismo, etc, así como la delimitación de modelos de identificación o imitación a través de la observación.

5.8 ) Medio hospitalario: En el caso en que el niño o joven se vea obligado a recurrir a él conviene estudiar las variables que puedan ser perjudiciales para su salud mental y sus consecuencias. Estas variables pueden ser tanto físicas (decoración de habitaciones) como afectivas (separación de su medio familiar) o inherentes a la situación (retraso escolar por ausencia, agresividad y excesiva tecnificación de los medios diagnóstico-terapéuticos)

5.9 ) Otras instituciones asistenciales y terapéuticas: En la excepcional situación en que haya que acudir a estos servicios (por ejemplo abandono familiar), conviene saber su influencia y conveniencia,

así como las variables ecológicas que afectan y la forma en que la hacen para suposible corrección: arquitectónicas, personales (cuánto personal y en que proporción de sexo), sociales (establecimiento de reglamentos), etc.

5.10) Medio laboral: Elección del trabajo y estudio de la influencia del paro juvenil.

Evidentemente estas investigaciones deben ser complementadas por un análisis de la situación asistencial, programación de ésta de acuerdo con los datos obtenidos y elaboración y evaluación de las intervenciones preventivas y terapéuticas existentes.

## VI - VALORACION DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE TIPO INSTRUMENTAL EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

En primer lugar recordar, que antes de cualquier examen complementario, es imprescindible una exploración neurológica, la cual compete al neurólogo, tras lo que, y de acuerdo a su criterio, se efectuarán las pruebas complementarias que se consideren oportunas. Actuar de otra forma da lugar a efectuar pruebas innecesarias o bien desconocer la valoración de las mismas.

### 1.— EXPLORACIONES NEUROFISIOLOGICAS:

#### 1.1) **Electroencefalografía.:**

Tiene escaso valor en Psiquiatría Infantil, unicamente se describen alteraciones del tipo de inestabilidad en áreas cerebrales posteriores e hipersensibilidad en la hiperpnea así como alteraciones focales, que no suponen comicialidad, ni valoración patológica específica, en los niños con trastornos del comportamiento y/o del aprendizaje.

En otras entidades clínicas tiene también escaso valor, variando mucho las opiniones de unos autores a otros.

#### 1.2) **Potenciales evocados.:**

Mediante esta técnica se pretende la obtención de las respuestas corticales provocadas por estimulación sensoriales, bien sean somestéricas, visuales o auditivas.

##### 1.2.1) Potenciales evocados visuales (P.E.V.)

Son útiles en el estudio de los disturbios de la percepción-integración visual (neuritis óptica o retrobulbar, esclerosis múltiple, procesos compresivos de las vías ópticas, enfermedades neuronales primarias progresivas,..)

##### 1.2.2) Potenciales evocados acústicos de tramo cerebral (P.E.A.)

Estos potenciales son la expresión eléctrica de la activación sucesiva de las diferentes estructuras sobcorticales de la vía auditiva, que aparecen tras la aplicación de estímulos acústicos.

Estos potenciales están indicados en la evolución de los comas, esclerosis múltiple, tumores de tronco, hipoacusias. En el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil prestan una gran ayuda para el diagnóstico diferencial entre los síndromes autísticos y las sorderas perceptivas.

##### 1.2.3) Potenciales evocados somatosensoriales (P.E.S.)

La respuesta evocada somatosensitiva es aquella variación de potencial eléctrico cerebral que aparece sobre el área de recepción sensitivo cortical, tras la aplicación de un estímulo eléctrico o sensorial táctil.

Están indicados en múltiples procesos tanto periféricos como centrales, incluidos determinados procesos de diagnóstico di-

ferencial con crisis convulsivas, sobre todo en la etapa adolescente.

## 2.— EXPLORACION NEURORADIOLOGICA

### 2.1) **Ecografía cerebral fontanelar:**

Antes del cierre de la fontanela, la ecografía constituye uno de los mejores métodos de estudio de las estructuras cerebrales, superior incluso a la T.A.C.

### 2.2) **Tomografía axial computarizada (T.A.C.)**

Nos permite descartar cualquier proceso expansivo, malformativo, atrófico o degenerativo, siendo en estos momentos de elección preferente frente a otro tipo de exploraciones neuroradiológicas más agresivas.

### 2.3) **Resonancia magnética nuclear:**

Es una técnica que tiene un poder resolutorio superior a la tomografía y ofrece una mejor diferenciación entre tejidos normales y patológicos.

Sus ventajas sobre la T.A.C. son las siguientes.:

- Mejor demostración de las estructuras anatómicas y de la reconstrucción tridimensional.
- Mejor estudio de las enfermedades de la sustancia básica.
- Permite el estudio de la mielinización y de la desmielinización en particular en el recién nacido.
- Mejora el estudio de las fosas posteriores, temporal y tronco cerebral.

### 2.4) **Tomografía de emisión de positrones:**

Con respecto a las técnicas anteriores permite el estudio de planos metabólicos del cerebro, pudiendo medir el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de glucosa y oxígeno.

Puede ser de especial utilidad en diagnósticos cerebrales por sufrimientos fetales.

## 3.— EXPLORACIONES BIOQUIMICAS

El laboratorio de bioquímica es un servicio de ayuda al diagnóstico, pero nunca debe suplir a una minuciosa exploración clínica y a una elaborada tesis sobre el diagnóstico del enfermo.

### 3.1) **Diagnóstico prenatal.:**

la mayoría de las enfermedades cuyo trastorno bioquímico es conocido, pueden ser diagnosticadas mediante determinaciones enzimáticas en fibroblastos cutáneos cultivados in vitro. También es posible en cultivos de células amnióticas.

Principales enfermedades metabólicas diagnosticables mediante amniocentesis.:

- Mucopolisacaridosis (todos los tipos)
- Oligosacaridosis (manosidosis y fucosidosis)
- Mucopolisacaridosis (tipos I, II, III y IV)
- Anomalías de los lípidos: Enf. de FABRY, Enf. de GAUCHER GM<sub>1</sub>, GM<sub>2</sub>, Enf. de KRABBE, Enf. de NEUMAN PICK, leucodistrofia metacromática.
- Anomalías de los ácidos aminados y orgánicos: acidosis propiónica y metilmalónica, leucinosis, cistinosis, homocistinuria, tirosinosis.
- Anomalías diversas: Enf. de LESCH-NYHAN, Enf. de MENKES, Ataxia-telangiectasia.

### 3.2) **Diagnóstico postnatal**

Sería imposible, técnica y económicamente, realizar a todo paciente un grupo de pruebas que cubran todas las vías metabólicas.

En la actualidad a nivel nacional, no en todas las comunidades autónomas, se realiza un despistaje metabólico en el periodo neonatal inmediato de las más frecuentes aminoacidopatías.

En cuanto a las diferentes pruebas diagnósticas, para el estudio de los diversos errores metabólicos vendría dado por la clínica de cada una de las metabolopatías.

Las pruebas má utilizadas son las siguientes.:

- Test de FOHLLING.: para el despistaje de la fenilce tonuria.
- Cuerpos reductores en orina: para el despistaje de galactosemia.
- Reacción de BRANDT: para el despistaje de homocistinuria y cistinuria.
- Reacción de EHRLICH: para el despistaje de Enf. de HARTNUP
- Reacción de cetoácidos: para el despistaje de Enf. de jarabe de arce, tirosinosis, histidinemia.
- Test de BERRY: para el despistaje de mucopolisacaridosis.

## VII - LINEAS DE INVESTIGACION EN PSICOFARMACOLOGIA EN LA ETAPA INFANTO-JUVENIL

En la psiquiatría infantil, la psicofarmacología tiene unos matices que la diferencian bastante de la del adulto, ya que un sistema neuroendocrino en evolución no es lo mismo que un sistema neuroendocrino maduro, un cerebro en vías de organizarse funcionalmente no es igual que un cerebro ya organizado, ni tampoco es lo mismo lo que cabe esperar de un organismo bisocial experimentado, biográficamente forjado, que de un organismo bisocial escaso todavía de experiencia sy con una biografía reducida.

Estos hechos suelen olvidarse en la administración de psicofármacos al niño y en tal sentido el psiquiatra infanto-juvenil debería estar prevenido contra dos peligros.:

- Tendencia a dejarse llevar por la comodidad de tratar el síntoma sin intentar llegar al fondo del problema.

- Y la contraria a la anterior, considerar al psicofármaco como algo nocivo para el niño, sobre todo si tenemos en cuenta que el niño tiende a defenderse de «esta agresión».

Estos dos hechos son quizás los responsables de una realidad: El consumo de psicofármacos por el niño suele deberse más a la acción de los médicos generales, pediatras o a las propias madres que a propuesta del psiquiatra. A esto habría que añadir la dificultad que tienen muchos psiquiatras infanto-juveniles para asociar en un mismo proyecto terapéutico métodos variados de acción, como si existiera un cierto sentimiento de competición entre las diferentes posibilidades, llegando incluso a pensar en un sentimiento de exclusión recíproca.

Ser partidario o no de una farmacoterapia en el niño no puede reposar sobre bases de opinión sino que, debe establecerse en virtud de datos objetivos según normas adaptadas a las especificidades de la psiquiatría infantil.

1.— Los fármacos deberían quedar limitados en su administración a aquellos trastornos que por su intensidad o gravedad comprometan la habilidad de niño para desenvolverse con normalidad en su casa, escuela o grupo de compañeros.

2.— El fármaco debe ejercer un efecto relativamente específico y no constituir simplemente una camisa de fuerza farmacológica.

3.— En tal sentido no deben recetarse fármacos cuya eficacia no haya sido demostrada (Los que dicen mejorar el C.I. por ejemplo)

4.— El fármaco debe recetarse cuando otras medidas han sido utilizadas y no se ha conseguido efectos satisfactorios. Esto supone que previamente se ha debido intentar la reorganización ambiental o la modificación de conducta propias del caso.

5.— El fármaco debe prescribirse con la intención de mejorar o facilitar la acción de otras terapias: psicoterapia, modificación de conducta, intervención familiar...

6.— Abundando en lo anterior, el fármaco prescrito debe formar parte de un

programa global terapéutico y no convertirse en un fin de sí mismo.

7.— El niño debe tener explicación de las razones por las que se le administra el fármaco, de los efectos que de él se esperan, de las expectativas de su acción, eliminando siempre todo tipo de confusiones.

8.— A los padres y educadores se les debe suministrar una explicación racional y veraz del fármaco y de sus efectos, eliminando en ellos toda concepción mágica, insistiendo en que tiene un efecto paliativo más que curativo y que no constituye más que un eslabón dentro del programa general terapéutico.

9.— El tratamiento psicofarmacológico deberá prolongarse exclusivamente según las necesidades.

10.— Las dosis deberán ser flexibles y variables: no existen dosis terapéuticas fijas. Las pautas de dosificación deben planificarse en función de las características farmacocinéticas del producto empleado, realizándose los controles clínicos y plasmáticos adecuados, tomando las precauciones necesarias para evitar las complicaciones graves.

11.— Sería deseable utilizar las interrupciones del tratamiento en lugar de los controles con placebo, con el fin de determinar si el fármaco es verdaderamente eficaz, si todavía es necesario y con el fin de reducir las posibilidades de tolerancia o de alguna complicación debida a la acumulación de dosis.

## **CONVENIENCIA DEL ENSAYO TERAPEUTICO EN P.I.**

Frecuentemente se han opuesto razones de orden ético para la realización de ensayos clínicos rigurosos en Psiquiatría Infanto-Juvenil pero es más peligroso autorizar el uso de medicamentos cuya utilidad en relación a una indicación no haya sido demostrada y cuya posología no considere sobre datos ciertos las ca-

racterísticas de la edad y las variaciones inter-individuales.

En investigación psicofarmacológica los datos del adulto no son en modo alguno extrapolables al niño. Puede decirse que nos encontramos en una situación en la que nuestra ignorancia es muy superior a nuestros en una situación en la que nuestra ignorancia es muy superior a nuestros conocimientos por lo cual sería necesario el establecimiento de criterios objetivos por los cuales se pueda juzgar la eficiencia terapéutica y la toxicidad de los psicofármacos en el niño tratando así de dar respuesta a las dos cuestiones que el médico se plantea ante la utilización de medicamentos.: la evaluación de la respuesta y el objetivo terapéutico a cumplir.

## **BASES PARA UNA METODOLOGIA DE EVALUACION DE LA RESPUESTA**

Una revisión del diagnóstico y la valoración clínica usada para investigar en psicofarmacología infantil durante la pasada década revelan más posibilidades que logros. Muchas veces se olvidan los aspectos singulares de la valoración clínica de niños, y esto porque medir el cambio en los niños es particularmente conflictivo ya que el niño, por definición, no presenta un estado estable. Este hecho debe constituir un argumento a favor de la realización de ensayos incluyendo «grupos de control» porque únicamente así podríamos evaluar lo que consideraríamos la evolución natural durante el periodo de ensayo.

Los criterios para evaluar una respuesta serán diferentes para los tratamientos preventivos, curativos, sintomáticos o paliativos.

1.— En tratamientos preventivos, el criterio será la frecuencia de aparición del estado que se desea prevenir. Ello exige una definición precisa de éste.

2.— En tratamientos curativos (procesos agudos en general) el criterio será la duración de la enfermedad, lo cual requiere definir con precisión el estado de curación o bien la tasa de aparición de una complicación desfavorable o de una evolución desfavorable.

3.— En los tratamientos sintomáticos lo que habría que valorar es la intensidad del síntoma.

4.— En tratamientos paliativos en los que el objetivo es retrasar una evolución ineludible, el criterio será el tiempo de aparición del suceso.

El criterio principal para la evaluación de una respuesta a los medicamentos no ha de ser únicamente la eficacia terapéutica. Hay que valorar igualmente la tolerancia a la medicación, el grado de aceptación por parte del niño y la frecuencia del incumplimiento o abandono de las instrucciones terapéuticas.

El gran problema que plantea la evaluación clínica en psiquiatría es el gran desacuerdo existente en relación con los sistemas de evaluación de psicofármacos, y la existencia de numerosas escalas de hétero y autoevaluación que no siempre resultan equiparables.

Por ello es importante, a la hora de elegir los criterios de valoración, considerar sus limitaciones y cualidades, la mayor o menor subjetividad de los mismos, su grado de especificidad, sensibilidad y consistencia y la concordancia entre diferentes observadores.

Quizas hasta ahora las líneas de investigación psicofarmacológica apuntaban hacia un síntoma-objetivo ya que tiene la ventaja de una mayor claridad tangible. Sin embargo, las tendencias actuales en Psiquiatría Infanto-Juvenil se centran principalmente en la labor de establecer otros métodos de evaluación para la investigación psicofarmacológica.

De manera más específica podrían ser usadas las evaluaciones de:

— El marco educacional del niño

- Funcionamiento familiar
- Relaciones con los compañeros
- Comportamiento en el juego
- Escalas de informes sobre sí mismos (en niños pequeños las medidas indirectas podrían dar mejores resultados)

## **PRINCIPIOS DE PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

### **RECOMENDACIONES**

1.— Con el fin de adecuar y evaluar los recursos asistenciales en S.M. I-J. es urgente y necesario la creación inmediata de los Comités de Enlace y Coordinación, siguiendo las directrices marcadas por el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En ellas estarían integrados representantes del ámbito de SMI-J.

2.— En el campo concreto de la SMI-J, dada la peculiaridad y particularidad de la vida de la infancia y la adolescencia, se cree muy oportuno la creación de Comités de coordinación de servicios de atención, servicios sociales, etc. con los diversos aspectos que contemplen (educación especial, protección de menores, APAS, ayuntamientos, etc.).

3.— Necesidad de una actuación sectorizada de la asistencia, que contemple y sea:

- a) Integrada: En los recursos de la asistencia sanitaria general, como unidades funcionales específicas en los recursos de salud mental que se creen.
- b) Integral: que contemple una continuidad asistencial por parte de los equipos, en el sentido de dar: prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y reinserción, entre otros.

4.— El trabajo se ha de desarrollar por

equipos multidisciplinarios en la composición e interdisciplinarios en el funcionamiento, en tanto en cada realidad concreta y dependiendo del grado de formación y sensibilidad de cada componente se puedan elaborar funciones no estáticas pero específicas, para la totalidad de los componentes de los equipos.

5.— Una vez implantados los equipos de SMI-J su función se adecuará a las características socio-demográficas de la población, pudiéndose hacer en dos tiempos:

- La atención directa
- La atención de apoyo a otros sectores que, por sus características, no reúnan los criterios para implantarlos.

6.— Composición de un equipo de SMI-J: psiquiatra infantil, psicólogo infantil, posibilidad de ATS psiquiátrico, auxiliar (psiquiátrico ó administrativo). Los trabajadores sociales se integrarán en los servicios sociales de base, pero si su constitución no está contemplada podría dotarse al equipo de un asistente social de forma transitoria hasta el desarrollo de los servicios sociales de base.

7.— En aquellas provincias en que ya existen recursos de SMI-J se tenderá de forma urgente a:

- a) Terminar de completar el personal de los equipos
- b) Determinar el ámbito territorial y de población para el desarrollo de su labor asistencial.
- c) Coordinar y reconvertir las funciones de algunos equipos según las disposiciones emanadas de los Comités de Enlace y Coordinación.

8.— En aquellas provincias en que no existen recursos de SMI-J se tenderá a crearlos a medio plazo y a corto plazo se posibilitará la supervisión del trabajo realizado por los equipos de salud mental (general) de esos sectores por parte de los equipos de salud mental infantil más próximos.

9.— Hospitalización.

a) Serán valorados dentro de un contexto general de intervención para cada caso y no con un fin en sí misma.

b) La hospitalización, caso de realizarse, se tenderá a efectuar en aquellos dispositivos asistenciales hospitalarios del propio área sanitaria, en los cuales la marginación sea menor, de acuerdo a las necesidades del niño adolescente y a las particularidades del ESMI-J.

En el caso de los niños de menor edad es posible que los servicios de pediatría sean el lugar más adecuado. Dicha hospitalización supone, simplemente, un momento terapéutico en el conjunto de una intervención global.

c) Se ha de intentar valorar recursos alternativos (casas de acogida, intervenciones domiciliarias y familiares, etc.), que tiendan a evitar las hospitalizaciones.

d) La intervención hospitalaria se realizará por parte de los equipos de SMI-J de sector, independiente de que parte de esos equipos tengan como especial interés el ámbito institucional.

e) En cuanto al Hospital Psiquiátrico Infantil se precisaría una transformación tendente a que:

— Los niños y adolescentes de otras comunidades autónomas retornen a la de origen para que allí se les preste la asistencia adecuada.

— Para los niños y adolescentes de Castilla y León se intentará crear recursos alternativos de acuerdo con los equipos sectorizados de SMI-J que existan.

10.— Un principio base de los equipos de SMI-J es la continuidad de las prestaciones asistenciales para cada caso y en la propia comunidad con el fin de no desinsertar al niño de su realidad.

En base a esta continuidad se preci-

sa la evaluación de los distintos niveles de intervención y, por lo tanto, la evolución y la posibilidad diagnóstica y de recogida de datos con rigor.

11.— La creación de equipos de SMI-J precisa de la asignación de recursos materiales y humanos suficientes, así como una ubicación concreta en espacios físicos adecuados.

12.— La creación y el funcionamiento de equipos de SMI-J precisa de la existencia de programas de Atención Primaria y de otros niveles de actuación de salud.

13.— Las urgencias en psiquiatría infanto-juvenil suelen ser escasas, pero parece adecuado que sean asumidas, de forma transitoria, a nivel de las urgencias generales, hasta que se incorporen los componentes del ESMI-J.

14.— Intervenciones en crisis: serán evaluadas de forma concreta para cada caso en los equipos de SMI-J, que según sus criterios diseñarán la metodología de intervención y la cobertura a prestar en el caso concreto.

15.— Se cree adecuado presentar y debatir el tipo de tratamientos a prestar por parte de los equipos de SMI-J.

16.— Es estrictamente necesario aportar una metodología de abordaje asistencial para la adolescencia y que podrá realizarse en conjunto por las unidades funcionales de adultos e infanto-juvenil de cada sector, según las específicas características de los equipos.

## **FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

### **RECOMENDACIONES**

1.— Reservar en las programaciones docentes un espacio específico sobre tema de SMI-J, intentando que sea.:

a) Unificado en la medida de lo posible

b) Coordinado con la visión de un trabajo en equipo y los diversos roles del mismo.

2.— Recalcar la necesidad de homogeneización con los países de la CEE en el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil. En tanto esto ocurra se cree conveniente la obtención de créditos docentes específicos en base a.:

a) Posibilidad de la elaboración de una propuesta del III ciclo de SMI-J con la colaboración de la Junta de Castilla y León y las Facultades de Medicina y Psicología de la región.

b) Posibilitar cursos monográficos de doctorado específicos en SMI-J transitorios hasta la instauración del III ciclo.

3.— A medio y largo plazo se ve necesario la revisión de los diferentes currículos de estudios, siendo importante sensibilizar a las instituciones competentes para que en la medida de lo posible, se contemplen áreas específicas en SMI-J en los diversos niveles para posibilitar y potenciar unos criterios unificados.

4.— Deben hacerse especial hincapié en la formación continuada y unificada, incluyendo la posibilidad de supervisiones, puestas en común, etc.

5.— En este momento es aconsejable la organización por parte del Servicio de Salud Mental de la Consejería, de un sistema de información que permita vehicular a todos los recursos de SMI-J, el inventario de todas las publicaciones y documentación que en este momento existe en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

6.— Con el fin de incrementar la sensibilidad de los diversos profesionales implicados en la atención a la infancia y adolescencia, se ve necesario fomentar el trabajo continuado entre los profesionales de SMI-J y los otros sectores (pediatras, médicos de familia, etc), con el fin de coordinar el abordaje de los dife-

f) Se vigilarán los posibles efectos paradjicos de los productos a utilizar.

16.— En los registros interinstitucionales se incidirá en la recogida de datos de la evolución infanto-juvenil y de la dinámica familiar.

17.— Se adecuarán criterios conjuntos con los servicios de pediatría y neurología pediátrica para establecer los criterios pertinentes para las técnicas complementarias (EEG, TAC, etc.) previa evaluación clínica conjunta.

18.— En la evolución y desarrollo

infanto-juvenil interesa.:

a) Las líneas de desarrollo normal

b) La delimitación de factores de riesgo evolutivo así como la incidencia en el desarrollo de factores intercurrentes (hospitalismo, adopción, institucionalización, etc.)

c) Los estudios comparativos del desarrollo de los déficits sensoriales

19.— Es importante ver cuales son las intervenciones prevalentes en el campo de la SMI-J y su incidencia en la evolución de los procesos.

---

## BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D.: Manual de Psicopatología del niño. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1982
- AJURIAGUERRA, J. de: La elección terapéutica en psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1970.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD PSYCHIATRY: Child psychiatry: A plan for the coming decades. Ed. American Academy of Child Psychiatry, Washington D.C., 1983
- ANDRES MARTINEZ, J.: «Sistemas de información sanitaria un problema de actualidad.» Jano n.º extra, 1984.
- ANTHONY, E.J.; CHILAND, C; KOUPELNIK, C.: L'enfant à haut risque psychiatrique. Ed. P.U.F. París, 1980.
- ARAJARVI, T: «Carta personal» Profesor de Psiquiatría Infantil de Helsinki, Finlandia, 1985.
- AUSUBEL, D.P.; SULLIVAN, E.V.: El desarrollo infantil. Ed. Paidós, Barcelona, 1983.
- BALIN, M.: El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires, 1961.
- BARDISA, M.D. et al.: «El desarrollo del niño ciego». Niños, 14, 51-52: 49-58, 1982.
- BASQUIN, M.: «Carta personal». Profesor de Psiquiatría Infantil de París. Francia, 1985.
- «B.O.E.»: Real Decreto - Ley sobre doctorado y formación de profesionales, 185/1985 de 21 de enero nº 41, 16 de febrero de 1985/3949.
- BOLETIN OFICIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIOS: Ley de Salud Escolar para el Principado de Asturias, 22 de Octubre de 1984.
- BOLLEA, G.: «Carta personal». Director de la Escuela de Neuropsiquiatría Infantil de Roma, Italia, 1985.
- BORRELL, F.; ESTEBAN, J.; DALFO, A. et al.: Análisis de la calidad de la historia clínica en atención primaria, 2, 1; 11-6, 1985.
- CASTELL CUIXART, P.: «El E.E.G. en los procesos psicopatológicos». Arch. Pediat, 23: 553-558, 1972.
- CARROBLES, J.A.: Aplicaciones clínicas de la modificación de conducta. Ed. UNED. Madrid, 1985.
- COBO MEDINA, C: Paidopsiquiatría Dinámica I. El Servicio Científico «Roche». Madrid, 1983.
- COLIN, P.: Psicología del niño sordo. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1980.
- COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA: Informe, Ed. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.
- COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA: Programa de formación para médicos residentes en los años III y IV de Psiquiatría Infantil. ed. Subdirección General de Docencia e Investigación del Ministerio de Sanidad. madrid, 1980.
- COMITE DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL INFANTIL: Psiquiatría Infantil. Ed: Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1984.

- COMPANY, A.: Mortalitat a la ciutat de Barcelona 1983, Estadístiques de Salut, Ajuntament de Barcelona, Subàrea de Salut Pública, 1985.
- CORBOZ, R.J.: «Carta personal», Director de la Policlínica Psiquiàtrica para la Infancia y la Adolescencia de Zurich, Suiza, 1985.
- CUIF, F.: «Evolution des besoins psychologiques et éducatifs des sourds», Revue General de l'enseignement des déficients auditifs, 76,1:23-32, 1984.
- DECOBERT, S.; DIATKINE, R.: Hygiène mentale de l'âge scolaire, Encyd. Méd. Chir, Paris, Psychiatrie, 37960 D<sup>10</sup>, 11-1967.
- EISENBERG, L.: «Desarrollo infantil normal» en FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK: Tratado de Psiquiatría, II: 2245 - 2263, Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
- EVRAD, P.; MATHURIN, P.; AUBERTTULKENS, G.: «Progrès dans l'exploration du système nerveux central», Med. Infantil, 91: 131-135, 1984.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R.; CARROBLES, J.A.: Evaluación conductual. Ed. Pirámide, Madrid, 1981.
- FOZ, G.; PRIETO, A.: Historia Clínica y Sistemas de Registro en Atención Primaria de Salud, Organización y Protocolos, Ed. Doyma (en prensa).
- FREUD, A.: Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.
- FREUD, A.: Neurosis y sintomatología en la infancia, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1984.
- FREUD, A.: Normalidad y patología en la niñez, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1975.
- GARCIA GONZALEZ, J.; PEDREIRA, J.L.: «Reflexiones acerca de la salud mental en la atención primaria de salud (Notas sobre una experiencia de reforma de la atención de la salud mental en Asturias)», Ponencia presentada en I<sup>o</sup> Encuentro Internacional sobre teoría y praxis grupal, Madrid, 1980.
- GENERALITAT DE CATALUÑA: La Historia Clínica per a l'Assistència Primària. Informes tècnics d'assistència sanitària, departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1984.
- GISBERT, J.; et al.: Educación especial, Ed. Cincel, Madrid, 1980.
- GLENWICK, D.: Behavioral community psychology, Progress and prospects, Ed. Praeger, New York, 1980.
- GONZALEZ ALONSO, M.: «Deficiencia sensorial», Diccionario Enciclopédico de Educación Especial.
- GRAHAM, P.J.: «Carta personal» Profesor de Psiquiatría Infantil del Instituto de Salud Infantil de Londres, Inglaterra, 1985.
- GULLNITZ, G.: «carta personal» Profesor de Psiquiatría Infantil y Adolescencia de Rostock, República Democrática Alemana, 1985.
- HERSEN, M.; BARLOW, D.H.: Single case experimental designs, Ed. Pergamon Press, New York, 1976.
- HUCK, S.W.; CORMIER, W.H.; BOUNDS, W.G.: Reading statistics and research, Ed. Harter 8 Row, New York, 1974.
- KLEIN, F.: «Hygiène mentale du jeune enfant», Encyd. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37960 C 10, 11-1979.
- LANG, J.L.: Introducción a la psicopatología infantil, Ed. Paraninfo, Madrid, 1985.
- LEVINE, S.: «Estimulación de la infancia» en Psicología contemporánea: 69-78, Scientific American, 1978.
- MANACORDA, P.: Informática sanitaria, Ed. Feltrinelli, Milán, 1979.
- MARCHESI, A.: «El desarrollo de la imagen mental en los niños sordos profundos», Infancia y Aprendizaje, 6: 45-55, 1979.
- MARCHESI, A.: «Gestos, signos y palabras: comunicación y lenguaje en niños oyentes y sordos profundos», Actividad humana y procesos cognitivos: 185-197, Ed. Alhambra Universidad, Madrid, 1985.
- MATHIS, M.: Hygiène mentales des premiers âges de la vie, Encyd. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37960 C<sup>10</sup>, 11-1968.
- MATTEO, J.F.: «Experience du diagnostic prenatal des anomalies chromosomiques et des maladies du métabolisme» Ed. Flammarion: 43-45, 1984.
- MIDENET, M.; FAVRE, J.P.: Psychiatrie infantile a l'usage de l'équipe medico-sociale, Ed. Masson, Paris, 1976.
- de MIGUEL, J.M.; PEDREIRA, J.L.; PONS, I.; SARDINERO, E.: «Principios metodológicos para la recogida de datos en investigación en epidemiología de salud mental infantil: atención primaria», Ponencia presentada en XXVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Neuropsitria Infanto-Juvenil, Cádiz, 1985.
- MILLON, T.: Psicopatología moderna, Ed. Salvat, Barcelona, 1981.
- OCHAITA, E.: «Una aplicación de la teoría piagetiana al estudio del conocimiento especial en niños ciegos», Infancia y Aprendizaje, 25: 81-104, 1984.
- OLOFFSSON, O.; PETERSEN, I.; SELLDEN, U.: «The development of the electroencephalogram in normal children from the age of 1 through 15 year», Neuropaediatric, 2: 375-404, 1971.
- OMS: Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud, OMS. Informes técnicos 600, Ginebra, 1976.
- OMS: Salud mental y desarrollo psicosocial del niño, OMS. Informes técnicos 613, Ginebra, 1977.

- OMS: Los servicios universitarios de higiene escolar. OMS, Informes técnicos 320, Ginebra, 1966.
- OMS: Les problèmes des enfants d'âge scolaire I (5-9 ans), Rapport d'un groupe de travail, OMS, Copenhague, 1977.
- OMS: Les problèmes des enfants d'âge scolaire II (10-13 ans) Rapport d'un groupe de travail, OMS, Copenhague, 1978.
- OMS: Les problèmes des enfants d'âge scolaire III (14-18 ans) Rapport d'un groupe de travail, OMS, Copenhague, 1978.
- OMS: The child and the adolescent in society, WHO, Euro Reports and Studies 3, Copenhague, 1979.
- OMS: Evaluation of school health programmes. Report on a working group, WHO, Copenhague, 1977.
- OMS: Health Information Systems, Report on a Conference, WHO, Copenhague, 1973.
- PATRICK, A.D.: «Inherited metabolic disorders», Br. Med. Bull. 39: 378-385, 1983.
- PEDREIRA, J.L.: «Atención de Salud Mental en la Infancia», Norte de Castilla, Valladolid: 3-4, 22, Agosto, 1985.
- PEDREIRA, J.L. et al.: «Metodología de trabajo comunitario en la implantación de un servicio comarcal de salud mental infantil, Comunicación en II Congreso de Sociología, Santander, Septiembre, 1984.
- PEDREIRA, J.L.: «Reflexiones acerca de un modelo de formación continuada del personal de instituciones infantiles: el hogar infantil de Oviedo», (en prensa).
- PERRET CLERMONT, A.N.: «Procesos psicológicos y fracaso escolar», Infancia y Aprendizaje, 6: 3 - 13, 1979.
- PORTERA SANCHEZ, A y cols.: «Epilepsias», Monografías de Pediatría, 11, Madrid, 1984.
- REDONDO, M.: «Acerca de la supervisión, Entrevista al Dr. Carlos Sopena», Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, O : ...., 1981.
- REMSCHMIDT, H.: «carta personal», Profesor de Psiquiatría Infantil y Adolescencia de Masburg, República Federal de Alemania, 1985.
- RENAU, D.: ¿Otra psicología en la escuela? Ed. Laia, Barcelona, 1985.
- XX REUNION NACIONAL DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL (Actas), Pamplona, 1977.
- RODRIGUEZ DE RIVERA, J.: «Los minusválidos sensoriales; problemática y perspectivas», Cuadernos INAS, 2-3 : 45-51, 1981.
- RODRIGUEZ SACRISTAN, J.: «Nuevas fronteras en psiquiatría infantil» An. Psiquiatría, 1.1 : 45-51, 1984.
- SALVAYRE, R.: «Maladies héréditaires du métabolisme des muco-polysaccharides, glucoprotéines et sphingolipids II, 3, Rev. Toulouse, XVI : 127 - 139, 1980.
- SANS, S.: «Estado actual de los indicadores de salud: su posible aplicación en la atención primaria de salud», MIR, 4,1:71-76, 1982.
- SARTORIUS, N; GRAHAM, P.: «Salud Mental infantil, Experiencia de ocho países», Crónica de la OMS, 38, 5, 1984.
- SECULI, E. et al.: Situación actual y perspectivas de la información sanitaria en el ambiente asistencial, II Jornadas Economía de la Salud, Servicio Publicaciones Gobierno Vasco, 1982.
- SEGURA, A. et al.: «Informació sanitària per a qué? A propòsit de la conveniència d'un sistema d'informació sanitària» Gasetta Sanitària (Serie Monografies 1): 4-10, 1983.
- SELVINI, M.: «Qué es la terapia del contexto?», Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, V, 12 : 15-22, 1985.
- TOLSTRUP, K.: «Carta personal», Profesor-Director Médico del Rigshospitalet de Copenhague, Dinamarca, 1985.
- UNESCO: La educación especial, Ed. Sígueme, Salamanca, 1977.
- VARGHA, M.: «Carta personal», Profesor de Psiquiatría Infantil de Szeged, Hungría, 1985.
- VUORI, H: III Jornadas sobre Sanidad Pública, Murcia, 1985.
- VV.AA.: «Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?» (Monográfico), Recherches, 17, Mars, 1985.