

Año 1996
Nº 4

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S.A.
GRUPO MASSON

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rubifen®

METILFENIDATO



FRENTE A DETERMINADAS CONDUCTAS ... RUBIFEN
ACTUA MEJORANDO LA ATENCION Y EL COMPORTAMIENTO

PROPIEDADES: El RUBIFEN es un compuesto de origen sintético derivado de la piperidina. Es una amina celalotrópica estimulante de predominio cortical. En el hombre, el RUBIFEN produce una acción estimulante, sobre las funciones psíquicas, con aumento del rendimiento del trabajo intelectual, de la atención y del interés hacia las tareas, estos efectos hacen útil a dicha droga en los pacientes aquejados de leves tipos de depresión mental. **INDICACIONES:** Tratamiento de los niños hiperkinéticos (Disfunción Cerebral Mínima). Trastornos de comportamiento en los ancianos debido a causa orgánica, como por ejemplo en la arteriosclerosis cerebral. Estados depresivos leves. Narcolepsia. **CONTRAINDICACIONES:** Ansiedad marcada, tensión, agitación, glaucoma, neurosis obsesivas o compulsivas, alucinaciones. **INCOMPATIBILIDADES:** Potencia la acción de: Agentes anticolinérgicos, anticoagulantes, anticonvulsivantes, IMAO, fenibutazona, drogas presoras, antidepressivos tricíclicos y zoxazolamina. Antagonista la acción hipotensora de la guanetidina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** El RUBIFEN es generalmente bien tolerado. En casos especiales puede causar sequedad de boca, vértigo, dolor de cabeza, insomnio, náuseas, nerviosismo y palpitaciones, reacciones cutáneas, alteraciones en la presión arterial. **ADVERTENCIAS:** Esta especialidad no debe usarse en niños de menos de 6 años de edad ni tampoco en los estados depresivos graves. Durante el embarazo, sobre todo en los tres primeros meses de gestación, el RUBIFEN se administrará tan sólo en casos de imperiosa necesidad. Se administrará con gran precaución en pacientes con hipertensión arterial, epilepsia o con antecedentes de abuso de psicoestimulantes o alcoholismo. El uso continuado puede conducir a tolerancia o dependencia de tipo amfetamínico. **FORMULA por comprimido:** Clorhidrato de metilfenidato

SINDROME
HIPERCINÉTICO (ADD)

ESTADOS DEPRESIVOS

NARCOLEPSIA

ALTERACIONES DEL
COMPORTAMIENTO

(D.C.I.) 0.010 g, excipiente, c.s. **POSOLÓGIA:** Atenerse en todos los casos a las indicaciones del facultativo. La posología es individual y se adaptará a cada indicación. **Dosis media:** Un comprimido 2-3 veces al día. Se recomienda no tomar la última dosis después de las 4 de la tarde en vistas de la posible producción de insomnio. **Niños:** En niños con Disfunción Cerebral Mínima se suele iniciar el tratamiento con dosis pequeñas de 5 mg antes del desayuno y del almuerzo, incrementándolas gradualmente, si se considera necesario, a razón de 5-10 mg más cada semana. No se recomienda sobrepasar la dosis de 60 mg/día. El tratamiento debe suspenderse periódicamente con el fin de evaluar el progreso del paciente. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La sintomatología de la intoxicación accidental es la resultante de sobreexcitación central y efectos parasimpaticomiméticos: puede incluir vómitos, agitación, temblores, convulsiones, euforia, alucinaciones, sudoración, taquicardia, hipertensión y midriasis. El tratamiento consiste en vaciado de estómago por emesis o lavado si el paciente está consciente. Si la intoxicación es grave puede utilizarse, antes de efectuar el lavado de estómago, un barbitúrico de acción corta, controlándose cuidadosamente la dosis. Deben preverse las medidas adecuadas para mantener las funciones circulatoria y respiratoria. Si se presenta hiperpirexia puede ser preciso recurrir a enfriamiento externo. Debe protegerse al paciente de estímulos sensoriales externos que pudiesen agravar el estado de excitación. Relación de excipientes: Celulosa microcristalina. **PRESENTACIÓN Y PVP-4:** Envase conteniendo 30 comprimidos con una ranura central, 513 ptas. Coste aproximado tratamiento/día: 32 ptas. **DISPENSACIÓN CON RECETA MÉDICA. FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL (aportación normal). CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR.**



LABORATORIOS RUBIÓ, S.A.

Berlinés, 39 - 08022 Barcelona - Tels. 418 93 90 - 212 74 86 Fax 418 54 79



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción:

Sr. Salvador Arxé i Closa
Centro Psicológico Gaudí
Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2ª
08012 Barcelona

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

Editorial Garsi, S.A.

Ronda General Mitre, 149
08022 Barcelona
Tel. (93) 253 05 17
Fax. (93) 253 05 15
e-mail: grupo.masson@bcn.servicom.es

C/ Juan Bravo, 46
28006 Madrid
Tel. (91) 402 12 12
Fax. (91) 402 09 54
e-mail: garsi@mad.servicom.es

<http://www.masson.es>

Copyright 1996

© Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil
y Editorial Garsi, S.A.

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida,
transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico
o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o
cualquier sistema de recuperación de almacenaje de
información sin la autorización por escrito del titular del
Copyright.

Depósito legal:

B-41.588-90

ISSN:

1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

 **ATENCIÓN AL CLIENTE**
902 - 21 00 74

Asociación fundada en 1950
Revista fundada en 1983
Revista Indexada en el Índice Médico Español.

Comité de Redacción

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*
Secretario: *S. Arxé i Closa*
Vocales: *A. Agüero Juan*
M.D. Domínguez Santos
X. Gastaminza Pérez
P. León Ramos
J.L. Pedreira Massa
P. Rodríguez Ramos
C. Rubin Álvarez
L. Sordo Sordo
M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J.L. Alcázar Fernández*
Vice-presidente: *P. Rodríguez Ramos*
Secretario: *R. Vacas Moreira*
Tesorero: *C. Antolín Diego*
Vocal: *J.R. Gutiérrez Casares*

Asesor de Junta: *J. Tomás i Vilaltella*

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez†
J. de Moragas Gallisa†
C. Vázquez Velasco†
L. Folch i Camarasa
A. Serrate Torrente†
F.J. Mendiguchía Quijada
M. de Linares Pezzi
V. López-Ibor Camós
J. Rom i Font
J. Rodríguez Sacristán
J. Tomás i Vilaltella

**Revista indexada en
Bibliomed**

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

S U M A R I O

Comentario	1950-1996: a propósito de Mitos, Ritos, Procesos, Tareas y Gestiones <i>J.L. Alcázar Fernández</i>	235
Artículos originales	El porvenir de los niños adoptados <i>J.L. Jiménez, J.L. Figuerido-Poulain</i>	241
	Consideraciones nosológicas de la agresividad postraumática. A propósito de un caso en un niño de doce años <i>C. Pelegrín, R. Gómez-Hernández, T. Baringo, C. Ceballos</i>	248
	Aspectos psicopatológicos del divorcio <i>M. Soler, M. Bargadã, M. Molina, N. Bassas, J. Vilaltella</i>	253
Artículos de revisión	Evaluación de un servicio de Psiquiatría Infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos (RACP) <i>J.L. Pedreira Massa, M. Eguiagaray</i>	263
	Cuadros asociados al trastorno de atención con y sin hiperactividad <i>C. García-Sánchez, A. Estévez-González, C. Junqué</i>	280
	Principios introductorios a la metodología de investigación en Psiquiatría de la infancia y la adolescencia <i>J.L. Pedreira Massa</i>	285
Caso clínico		296
Comentario de publicaciones		298
Agenda		301

Fe de erratas

En el sumario del anterior número de la revista se deslizó un error en la autoría del artículo "Principios introductorios a la metodología de investigación en Psiquiatría de la infancia y la adolescencia" que, como en el actual es el *Dr. J.L. Pedreira Massa*.

Rogamos disculpen las molestias.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Commentary	1950-1996: apropos of Myths, Rites, Processes, Tasks and Actions <i>J.L. Alcázar Fernández</i>	235
Original articles	Adopted children's future <i>J.L. Jiménez, J.L. Figuerido-Poulain</i>	241
	Nosological aspects of posttraumatic aggressiveness. A 12 years boy report <i>C. Pelegrín, R. Gómez-Hernández, T. Baringo, C. Ceballos</i>	248
	Psychopathology aspects of divorce <i>M. Soler, M. Bargadã, M. Molina, N. Bassas, J. Vilaltella</i>	253
Review articles	The acumulative psychiatric case registers: longitudinal evaluation of the child psychiatric services <i>J.L. Pedreira Massa, M. Eguiagaray</i>	263
	Disorders associated to attention deficit disorder with and without hyperactivity <i>C. García-Sánchez, A. Estévez-González, C. Junqué</i>	280
	Research and methodological aspects in child and adolescent psychiatry and mental health <i>J.L. Pedreira Massa</i>	285
Clinical case		296
Publications commentary		298
Calender		301

J.L. Alcázar Fernández

1950-1996: a propósito de Mitos, Ritos, Procesos, Tareas y Gestiones

Correspondencia:

J.L. Alcázar Fernández
Instituto Clínico de Psicoterapia y Rehabilitación
Plaza Poeta Manuel del Palacio, 4
28002 Madrid

1950-1996: apropos of Myths, Rites, Processes, Tasks and Actions

Cádiz, junio de 1996. "Tan sólo cinco folios, a doble espacio..." Éste fue el encargo del Director de la Revista y así, comienza el hecho. Tomar la pluma para dirigirse a unos amigos, es siempre grato. Tomar la pluma para dirigirse a unos amigos y compañeros, a propósito de intereses comunes, es siempre grato y comprometido. Tomar la pluma para escribir un editorial es, además de grato y comprometido, arriesgado; inquietantemente arriesgado.

Ello para quien escribe, significa entre otras, un cambio cualitativo de escenario. Es un paso; el que lleva de dirigir lo escrito al apartado de "Cartas al Director" - en el cual nos "afilamos las uñas"- a la responsabilidad de esbozar en unas líneas, con mayor o menor fortuna, un boceto de finos trazos sobre los cuales se irán marcando progresivamente los perfiles firmes de las intervenciones; la realización de la obra encargada y comprometida. En nuestro caso, la obra es la continuación de la formidable y magnífica tarea iniciada por nuestros padres científicos y maestros, hace ahora cuarenta y cinco años, al fundar nuestra Asociación.

Doña María Moliner, en su diccionario del uso del idioma, nos señala que: "toda la realización con dificultades y padecimientos" es una epopeya y pone como ejemplo la travesía del desierto. Así, la historia por ellos iniciada y continuada durante décadas, bien puede

contemplarse como una epopeya administrativa, sin temor de caer en un recurso retórico. Afán justamente reconocido y premiado en los ámbitos científicos nacionales e internacionales, aunque no así en los administrativos, lo que ha llevado a que teniendo la "criatura" cuarenta y cinco años, aún permanezca sin cristianar.

El nacimiento, afianzamiento y desarrollo de la psiquiatría infantil (y de la Adolescencia) y, paralelamente, el de nuestra Asociación, es la historia de avatares y peripecias que bien podría tener como paradigma la dureza y flexibilidad de los aceros toledanos. Largo es, para ser contado en esta ocasión. Sin embargo es preciso que ello no se relegue al olvido, con el fin de no caer en el oscuro pozo del olvido y volver a repetir los errores propios de ignorar las experiencias y reescribir la historia, o el crear "tierras de nadie y falsos baldíos"; golosos terrenos ambos para ser incorporados a patrimonios particulares por esos personajes propios de la picaresca de nuestro Siglo de Oro (y en estos afanes, en este país, siempre es Siglo de Oro), los cuales están eternamente dispuestos a redescubrir (una, otra y cuantas veces hagan falta) la mar Mediterránea.

Hemos podido, a través de todo, existir y subsistir (existir todavía), gracias a la calidad científica, ética y humana de nuestras raíces; a los principios y valores transmitidos por nuestros fundadores (teniendo la in-

236 mensa fortuna de contar con algunos de ellos entre nosotros, lo que enjuga la tristeza de haber perdido a los otros); a su apoyo en la continuidad -manteniendo las esencias y renovando e incorporando lo apropiado para continuar creciendo en armonía con la realidad circundante- en un sistema social altamente fagocitario donde la burocracia y sus criterios organizativos, suelen primar sobre otro tipo de criterios y necesidades reales de una sociedad a la que debería y convendría que sirviera. Desafortunadamente y con inusitada frecuencia, parecería que sus paradigmas de intervención son la razón de la sinrazón y el ordenar un posible caos, desde el caso de su desorden.

Son ya tres las generaciones de médicos formados y comprometidos en España con la Psiquiatría Infantil. Conveniente es reseñar aquí el magnífico trabajo de recopilación realizado a este respecto con nuestro Maestro, compañero y amigo Francisco Javier Mendiguchía, presentado y publicado con motivo de la celebración del último Congreso Nacional, el cual tuvo lugar en Madrid hace ahora dos años y en cuyo comité organizador tuve ocasión de participar, junto al magnífico grupo de compañeros que lo formaron, en las tareas de coordinación.

La implicación de estas tres generaciones de especialistas se ha venido realizando tanto en los diversos niveles asistenciales como en las áreas de investigación, planificación, gestión, evaluación de Servicios y colaboración con infinitas comisiones, creadas para estudio y desarrollo de normativas educativas y jurídicas relativas a este segmento de población. Lo conozco muy bien, pues desde mi actividad profesional en el sector público, he tenido ocasión de ocupar puestos en estos diferentes y complementarios campos.

En estos momentos, la cuarta generación de médicos está incorporándose ya de hecho (que no de "derecho", debido a lo "barroco" de nuestra cultura nacional) a los puestos correspondientes a las áreas apuntadas con anterioridad. El que la continuidad en la transmisión de las experiencias acumuladas (la solera, "la madre") se vaya realizando adecuadamente es, en buena medida, una de las responsabilidades de nuestra Asociación y de su legado científico y vital. Un grupo sin raíces (o que permite que éstas sean secuestradas), es lo más parecido a una nave sin rumbo y sin los instrumentos para mantenerlo. No es, y no debe ser, nuestro caso.

La travesía de cualquier desierto es algo posible y realizable cuando se posee razonable convicción de

que "en el otro lado", nos está aguardando aquello que realmente queremos y por lo cual nuestros esfuerzos están justificados. Convenientemente pertrechados y con guías curtidos y comprometidos, los caminos y las sendas se tornan más amables.

Primero Aristóteles y más tarde Leibniz, indican con el concepto de "Entelekheia", la "actualización de la realidad del ser o su capacidad para producir sus propios actos". Ya está en él mismo aquello que ha de ser. En la bellota está ya el futuro roble. Si le proporcionamos las atenciones y elementos necesarios para su desarrollo (específicos en cada momento), más tarde o más temprano es inevitable el que se consigan los objetivos marcados. Las estrategias podrán cambiar según las circunstancias pero las actitudes y la determinación, han de permanecer.

En este afán debe contar, con mayor fuerza, los intereses del grupo que los de las individualidades que lo componen (trabajo en equipo), aunque como en toda obra humana, si se pretende mantener su cohesión interna (la cual es, por otra parte, la que marca su índice de potencia), es imprescindible no desdeñar las necesidades básicas ("hambres básicas") que tan magistralmente estudió Maslow en la conducta del ser humano.

Al tratarse nuestra Asociación de un ente con sus características, bueno será el tenerlo en cuenta en el momento de administrar tareas y sobre todo pasiones. Es una energía potencial que mesurada y orientada puede ser un elemento benefactor y que olvidado sería, con seguridad, disfuncional en el logro de los objetivos.

Si consiguiéramos entre todos convertir esa energía potencial sana en cinética, e seguro que los logros y el éxito en la tarea, aun conociendo lo efímero de éste, sin duda que habrán de sentarse amablemente sobre nuestras rodillas.

EL TAPIZ DE BAYEUX

Existe en la Normandía francesa una preciosa ciudad, Bayeux, en la cual se conserva una valiosa (y deliciosa) obra, testigo de historia y cultura, de luces y sombras, de proyecto y logro: el tapiz de la reina Mathilde.

A través de él y de forma magnífica, se narran por medio de imágenes, escenas que en ocasiones conservan una clara separación secuencial mientras que en otras, se cabalgan las unas con las siguientes y nos describen

de esta forma, la conquista de Inglaterra por Guillermo, duque de Normandía hace aproximadamente novecientos años (edad del hecho y de la obra que lo describe).

A lo largo de setenta metros de lienzo de lino y entretejidos en él multitud de filamentos semejantes y distintos, sin ninguna solución de continuidad en el entramado, se acompañan para dar a la obra movimiento (frenético en ocasiones), reposo (sereno a veces y tenso otras), escenas de transición, de expectativa, de temor, de equilibrio, de decepciones, de logros..., aunque ninguna de dejación o duda insuperable.

Con la experta y profesional habilidad de artesanos que conocen su oficio, lograron plasmar a lo largo de la obra, las etapas recorridas en la consecución de un fin, de un proyecto, de un compromiso y de una forma subliminal, los caminos y senderos que es preciso recorrer para la consecución de cualquier objetivo.

Pasos que van de la fantasía al ideal, de éste a la idea y de ella al proyecto y de él a nuevas ideas, como en un fecundo eterno retorno. Sabiduría que teje y enseña los secretos del tejer, transmiten y enseñan a transmitir, en una cadena en la cual cada eslabón es tan importante como la cadena misma, ya que ninguna es más fuerte que el más débil de los eslabones. Aquí, pues, los componentes de la alquimia de toda obra humana: imaginación, ideales, habilidades, útiles, direccionalidad, afán, valores, objetivos, personas y "escuela". El respeto, la lealtad, la gratitud y la amistad, son el ropaje para abrigar y suavizar las fatigas del camino y hacerlo llevadero, en ocasiones divertido y siempre fascinante.

Tuvimos, tenemos y tendremos todo lo preciso para que en armonía con los escenarios, caminemos hacia nuestros distintos proyectos, unidos por unos objetivos comunes y complementarios. Hombres magníficos a quienes por respeto no me atrevo a llamar compañeros, aunque sí maestros y amigos, nos han enseñado y transmitido aquello que hemos de enseñar y transmitir, soñaron y sus sueños son lo que hemos alcanzado. Ahora a nosotros nos toca soñar lo que los que nos siguen han de alcanzar.

LA GESTIÓN Y LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN

Por lo general no aceptamos el cambio fácilmente y mucho menos si lo basamos en un acto de fe. Tendemos

a defender los enfoques "de toda la vida", únicos "válidos y con sentido común".

"Solemos llamar vivir a sentirnos empujados por las cosas, en lugar de conducir las con nuestras propias manos".

Ortega y Gasset

El temor al cambio existe desde nuestra aparición sobre la tierra y nada ni nadie podría evitarlo. El cambio y su gestión es la más grande responsabilidad y el más grande reto para un equipo directivo.

Natural es el que en la presentación de la nueva figura en la presidencia se desee conocer alguna cosa acerca de cuál puede ser su filosofía del trabajo a realizar. Pues bien, de alguna forma "directamente indirecta", creo que con la lectura de estas líneas que siguen, podremos hacernos una idea aproximada de sus conceptos de gestión, pues como tal va a entender la tarea coordinadora del equipo directivo (es decir: de gestión), al servicio de los objetivos de la Asociación para la que hemos de trabajar.

Evitando caer en cálidas recomendaciones y gélidas frivolidades procuraremos tener presente las sugerencias de Aristóteles y Platón, entre otros filósofos griegos y también, y por aquellos tiempos, de Confucio y Buda, la ya evidencia salomónica de que "nada hay nuevo bajo el sol".

LA PERMANENCIA A TRAVÉS DEL CAMBIO ADAPTATIVO

¿Cómo conseguir la adecuación de la Cultura de una Organización para que ésta, sin dejar de guardar su ser y sus esencias, pueda cambiar al ritmo de los tiempos y permanecer? Suele decirse que existen, al menos, tres vías para el cambio: la revolución, la evolución y la gestión.

La revolución

Desde ella se destituye al equipo directivo y se imponen nuevas normas de gestión, comportamientos y control. Las luchas internas por el poder (más o menos sutiles o ásperas), escisiones o diversificaciones en la Organización, absorciones de nuevos grupos, etc., también generan cambios. El cambio se habrá producido, pero... ¿en qué dirección?

238 La evolución

El transcurso mismo de la vida cambia las cosas, a las personas y, por inercia, a la Organización. El cambio va dirigido por fuerzas internas y externas. Se originan etapas de evolución “a” y “en” todos los niveles. Este tipo de cambio está, en buena media, dirigido por el azar. Nos adaptamos a él por pura necesidad y vamos produciendo modificaciones en los rumbos a corto plazo, es decir: “apagando fuegos”.

La gestión

Cuando se gestiona el cambio adaptativo, se va modelando el futuro. El equipo directivo no tiene en sus manos la capacidad para este tipo de cambio. No se trata de hacer proselitismo ni de lanzar mensajes más o menos vacíos o redactar declaraciones sobre la misión de la organización con la expectativa de conseguir la implicación de las personas sólo por el hecho de “venir de arriba”. No en una organización como la nuestra.

Tampoco es cuestión de “tratar de concienciar” a los más reacios al cambio. Supone conceptos más hondos que el mejorar relaciones, tecnología o métodos, ya que la gestión del cambio ha de producirse en el mismo núcleo de la organización.

CÓMO GESTIONAR LOS CAMBIOS ADAPTATIVOS DE LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN

Encontramos para ello diferentes enfoques en función de las características, dimensiones y fase evolutiva de la organización. El más común y primario está basado en las raíces y en la dirección carismática, existencia de subculturas y un gran símbolo, héroe/heroína que ejerce el control absoluto y actúa a modo de catalizador o lazo cultural.

El enfoque “etológico”

Derivado de las ciencias del comportamiento humano y basado en las actitudes y valores de las personas en el pasado y en el presente. En este enfoque son más importantes los eslóganes y los símbolos, aunque la relación personal es más fría que en la línea anterior.

El enfoque biológico

Basado en la evolución de las personas, demandas según las necesidades de usuarios, “productos” y en general el entorno. Al igual que en un árbol, el dejar de crecer es igual a la muerte. Se caracteriza por un reencuentro con los orígenes. Consigue mayor implicación a través de la descentralización, la personalización del riesgo y el consenso. A medida que la Organización evoluciona, las personas buscan más significado y autorrealización, más satisfacción.

El enfoque “filosófico”

Representa la más psíquica de todas las vías, ya que se basa en la idea de que sólo es el espíritu de la organización el que controla el futuro. Representa la auténtica madurez, que ya ha conseguido avanzar hasta conseguir desarrollar una misión profunda, compartida por todos y, por lo tanto, capaz de administrar lo material a través de lo intelectual.

Ninguno de los enfoques apuntados es excluyente y así es frecuente encontrar varios de ellos dentro de la misma cultura de la organización.

Resultaría frívola e improductiva la recomendación de recetas mágicas para plantear la gestión del cambio adaptativo. Es algo demasiado serio, demasiado profundo y personalizado (digámoslo así) para cada grupo y situación en el tiempo histórico y evolutivo intra y extragrupal, aunque sí podríamos hablar de tres puntos a tener en cuenta.

Descubrir la necesidad del cambio adaptativo implica, en primer lugar, el creer en la existencia e influencia de una Cultura organizacional en cada grupo. “... A mi edad, ni usted ni nadie va a lograr cambiar mi forma de pensar y dirigir mis cosas...”. Esto es más frecuente de lo deseable y suele tenderse a buscar fuera las causas de los problemas, en lugar de buscarlas dentro y en uno mismo o mejor aún: prevenirlas y evitarlas. Tomar la aspirina en lugar de buscar la causa subyacente al malestar. Es mirar hacia delante, hacia el futuro, por el espejo retrovisor (lo cual es en realidad el núcleo de los temores fóbicos y de los temores al cambio y a lo nuevo).

CONOCER LA DIRECCIÓN ADECUADA HACIA DONDE DIRIGIR AL CAMBIO ADAPTATIVO

Para ello se precisa buen cuidado de observar la realidad desde todos los niveles posibles. En cada

organización van a coexistir diversas subculturas o culturas desarrolladas -diversas "tribus" con sus líderes, cánones, valores, intereses, recursos, mitos, ritos, coaliciones internas y externas, etc.- que permiten a la directiva vivir en una parte de ellas y el resto de los miembros en otra u otras completamente diferentes. Las raíces, significados, puntos de vista, expectativas, a pesar de proceder del mismo núcleo, serán distorsionadas por experiencias y realidades distintas que producen los efectos de los cristales cóncavos o convexos.

A largo plazo puede engendrarse un fenómeno de bicefalización, de consecuencias imprevisibles, aunque nunca serán positivas. Es preciso pues, tener el valor y la humildad de "bajar las escaleras hasta el último peldaño del último sótano", enfrentar la cruda realidad. Las incoherencias entre lo creído y lo que realmente está pasado y se está haciendo, los planteamientos lógicos de lo que conviene hacerse, y la influencia de la cultura de la organización, guarda en buena medida las claves de los logros.

Los síntomas

Puede descubrirse a través de siete enfoques que atañen a los comportamientos.

- Poder y Autoridad: cómo se ostenta y cómo se utilizan.
- Normas y Estándares: cuáles son, desde cuándo existen, quién los implantó, cómo son respetados y vulnerados.
- Diferenciación y Estructura: organización real y funcional, existencia de roles sociales informales, poder ejercido.
- Estados de ánimo: unión entre las personas, grado de consideración, formación y respeto en trato, compañerismo.
- Metas y Objetivos: cuáles son, han sido, evolución de los objetivos y causas, grado de implicación y a qué niveles,
- Crítica y Retroinformación: existencia de la misma y a qué niveles, grado de franqueza, aceptación (básicamente "hacia arriba").
- Historia: las leyendas, mitos y recuerdos vivos respecto a acontecimientos, hechos y personas importantes que han dejado huella.

Conocer los riesgos que acechan afrontar el cambio adaptativo de la cultura organizacional, conlleva un constante desafío de las hipótesis y supuestos básicos

que el colectivo ha transformado en realidades, desafiar a "vacas sagradas" y enfrentarse con "tabúes", actitudes y "camisas de fuerza" mentales.

Cádiz, junio de 1996. Desde aquí procuraré caminar con vuestra imprescindible ayuda. Lo que tengáis la santa virtud de la paciencia y presencia de ánimo suficiente para haber leído hasta el fin de estas líneas, me conoceréis un tanto más.

Yo no os conozco a todos, aunque intento imaginarlos. Quizá algún día encontremos el medio de poder conversar. El anticonformismo llena de satisfacción la vida (si realmente éste tiene un sentido). Desde luego que trae conflictos, aunque a veces merece la pena por los resultados pasar por ellos. Oímos afirmar periódicamente que vivimos en un especial momento de renacimiento científico y filosófico. Se desmorona el mundo de los titanes para dar paso al de los pequeños dioses. Aspiramos la fumata y la vulgata racionalista, ¡tan achatadora y enriquecedora ella!; el chistoso "estado del bienestar", ¡tan succionador él! y que apenas sí se tiene en pie a poco que dirijamos nuestra mirada alrededor. Matemáticas fractales, mecánica cuántica, biología molecular... ¡tan formidable ello!, en todos los sentidos de la palabra: muy grande y extraordinario, pero también como señala la voz latina de la palabra "formos": que "causa miedo". Y perderemos de vista, allá a lo lejos, al niño, al adolescente, al ser humano... La medicina es ciencia y es arte. La psiquiatría es fisiología y psicología -y ambas, biología ("hardware" y "software"-, es sociología (cultura, normas y valores). El psiquiatra ha de ser, pues, universitario -es decir: universal- un científico y un humanista.

Nuestra tierra es aquélla en la cual convivieron las tres culturas: cristiana, judía y musulmana. Lo recordamos con orgullo y sin embargo olvidamos con frecuencia que las tres han tenido (y dejado entre nosotros) manifestaciones y actitudes de lo más radical de sus respectivos fundamentalismos. Los reinos de taifas y la guerrilla son entre nosotros, algo infortunadamente frecuente. Trabajemos para alejar de nuestro entorno los demonios familiares cainitas.

Es éste el mundo en el cual nos ha tocado vivir y por tanto el mejor; es el que es y es el que, entre todos, vamos a colaborar en hacerlo mejor. Cada uno desde nuestro puesto, desde nuestra responsabilidad. La posición en que nos coloca nuestra profesión -por los quehaceres que le son propios, desde la prevención primaria, secundaria y terciaria- es de especial respon-

240 sabilidad frente a los más jóvenes en particular y frente a la estructura social, en general. En la conciencia de ello, nuestra Asociación va a seguir trabajando para aportar su granito de arena, uno más junto a otros, para conseguir ese mundo mejor. ¿Utopía? Y bien: ¿cómo sería un mundo sin utopías, de seres humanos sin sueños para convertirlos en realidades? ¿Es ése el mundo que dejaremos en herencia a los más jóvenes? Yo he puesto la cruz en la casilla que me parece adecuada y apostaré por ello. ¿Por cuál apostáis vosotros?

Nuestra obra también nos va creando, alterando el orden de la causalidad y hace de nosotros mismos

nuestra propia creación. Para el científico, para el intelecto, para la cultura, la armonía es la última expresión de lo verdadero, por eso sólo las aventuras científicas, intelectuales, espirituales y culturales seducen realmente.

Dejaremos para otro momento la enumeración de "carpetas de contenciosos administrativos" que tenemos abiertas y en trámites de resolución por parte del equipo de gestión. Algunos temas van a requerir negociación y otros (los menos) lucha y todos mucha ilusión, que no falta. Como dicen en la hermosísima tierra "del" Josep Plá: entre todos lo haremos todo.

Cuento con vosotros. Contad conmigo. Hasta pronto.

J. L. Jiménez¹
J. L. Figuerido-Poulain²

El porvenir de los niños adoptados

1 Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces, Vizcaya
2 Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Correspondencia:

J. L. Jiménez
Departamento de Pediatría
Hospital de Cruces
48903 Baracaldo (Vizcaya)

Adopted children's future

RESUMEN

Son muchos los autores que presuponen una mayor probabilidad de trastorno psiquiátrico entre los niños adoptados. Se sabe, asimismo, de la dificultad que los adolescentes adoptados tienen para alcanzar las metas que se propongan en la vida. En el trabajo que se presenta aquí se estudió la demanda asistencial psiquiátrica de los niños y adolescentes adoptados, así como su pronóstico social. Se revisaron todos los pacientes atendidos desde 1988 a 1994 en nuestras consultas de psiquiatría, con la característica común de ser adoptados. En total, eran 15 casos, que provenían de 14 familias (un 0,2% de la demanda asistencial). Los pacientes adoptados eran, sobre todo, pre-adolescentes y adolescentes: ocho casos (54%). En este grupo de edad, se diagnosticaron seis trastornos de conducta; que a su vez, resultó ser el diagnóstico más frecuente. Por otro lado, un porcentaje mayor del 70% tenían graves problemas académicos, con riesgo de fracaso escolar. Se concluye que los adolescentes adoptados tienen más posibilidades de padecer trastornos de conducta que los pacientes de su misma edad. Su funcionamiento escolar es muy deficiente, condicionando en gran medida su futuro.

PALABRAS CLAVE

Adopción; Psicología infantil y del adolescente

ABSTRACT

There are many studies that have demonstrated a higher risk of psychiatric disorder among adopted children. In addition, it's generally known the difficulties that adolescents adoptees have to get social and vocational success. Our study was designed to test the percentage of child psychiatric care demand of children adoptees and their social prognosis. A sample of 15 children and adolescents adoptees, separated at birth from their biological parents, were attended in our Child Psychiatric Department between 1988 and 1994 (0.2% of all the patients seen in this period of time). Their prevalent psychiatric diagnosis was Conduct Disorder with six patients (40%). Their academic outcomes were poor with a percentage more than 70% of patients that showed evidence of school failure. The results suggest a special predisposition to suffer Conduct Disorders and School Failure on the part of the adolescents adoptees, and therefore a prediction of higher risk to the social failure for them.

242 KEY WORDS

Adoption; Child and adolescent psychopathology.

INTRODUCCIÓN

La adopción es el mejor sistema para paliar la carencia afectiva de los niños abandonados, pero tiene inconvenientes⁽¹⁾.

Son muchos los estudios que revelan una mayor probabilidad de encontrar trastornos psiquiátricos entre los niños adoptados⁽²⁻⁵⁾.

La psicomorbilidad varía según el sexo y la edad del niño en el momento de la adopción⁽⁶⁾. Por ejemplo, la adopción de niños varones entre los 4 y los 16 años de edad es un importante factor de riesgo para padecer fracasos escolares y trastornos antisociales de conducta. La adopción de niñas adolescentes, -entre los 12 y los 16 años de edad-, se considera un factor de riesgo significativo para padecer toxicomanías⁽⁷⁾.

¿Cómo evolucionan los niños adoptados? Se han completado muchos estudios retrospectivos de adultos adoptados⁽⁸⁾, pero muy pocos estudios prospectivos longitudinales de niños adoptados.

Bohman y cols.⁽⁹⁾, siguieron prospectivamente un grupo de 168 adoptados. A los 11 años, las conductas y adaptación de los varones eran peores que las de los controles. Por el contrario, las niñas adoptadas no diferían sensiblemente de sus compañeras.

A los 15 años, las conductas eran muy similares en los dos grupos para ambos sexos; y lo mismo ocurría a los 18, a los 22, y a los 23 años de edad.

Estos datos sugieren que los adoptados, una vez pasada la adolescencia, adquieren una estabilidad en el porcentaje de riesgo de padecer trastornos psiquiátricos respecto de la población general, que ya no aumenta con la edad⁽¹⁰⁾.

Por consiguiente, las diferencias en el porvenir de los niños adoptados se van a dirimir, sobre todo, en su infancia y adolescencia; relacionándose con el rendimiento académico y con la existencia de antecedentes paido-psiquiátricos personales.

Los objetivos del presente estudio eran tres. En primer lugar, se trataba de cuantificar la demanda asistencial, en una consulta de psiquiatría, de los niños adoptados. En segundo término, queríamos medir el pronóstico social de Trastornos Psiquiátricos, según la I.C.D.-10⁽¹¹⁾; y 2ª.- Porcentaje de Fracasos Escolares. Por último, es

Tabla 1 Diagnósticos por grupos de edad (n=15)

a) Entre 12 y 14 años: 8 casos. Trastornos de conducta: 6 pacientes. Depresión: 1 caso. Crisis disociativas: 1 caso.
b) Entre 8 y 11 años: 2 pacientes. Psicosis infantil: 1 caso. Dislexia; 1 caso.
c) Entre 4 y 7 años: 3 casos. No psicopatología: 1 caso. Oposicionismo: 1 caso. Hiperkinesia: 1 caso.
d) Menores de 3 años: 2 casos. Retraso psicomotor por privación de estímulos: 2 casos.

nuestra intención que el trabajo sea el inicio del seguimiento prospectivo de una muestra de niños y adolescentes adoptados, en nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recogieron todos los pacientes atendidos entre 1988 y 1994 con la característica común de ser adoptados. En total, eran 15 niños que provenían de 14 familias, -0,2% de la demanda asistencial-, que estaban comprendidos entre los dos meses y los 14 años de edad, en el momento de consultar, con una edad media de 9,7 años (DE=5,2). Nueve de ellos (60%) eran niñas; y el resto, seis casos, varones.

Los diagnósticos psiquiátricos por grupos de edad pueden observarse esquematizados en la tabla 1. Las variables a estudiar entre los diagnósticos serían:

1) Trastornos de conducta: si en los pasados seis meses, el paciente ha tenido comportamientos violentos contra otros o contra la propiedad, o ha violentado severamente las normas sociales.

2) Hiperactividad: caracterizada por falta de atención, hiperkinesia, impulsividad y terquedad.

3) Oposicionismo: conductas de negativismo ante toda norma social, menos violentas que en los trastornos de conducta.

4) Trastorno emocional: caracterizado sobre todo por sentimientos de ansiedad y depresión.

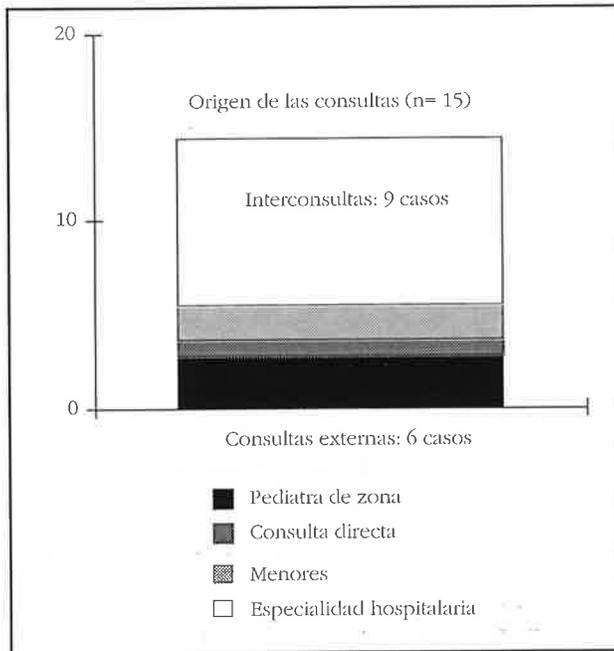


Figura 1.

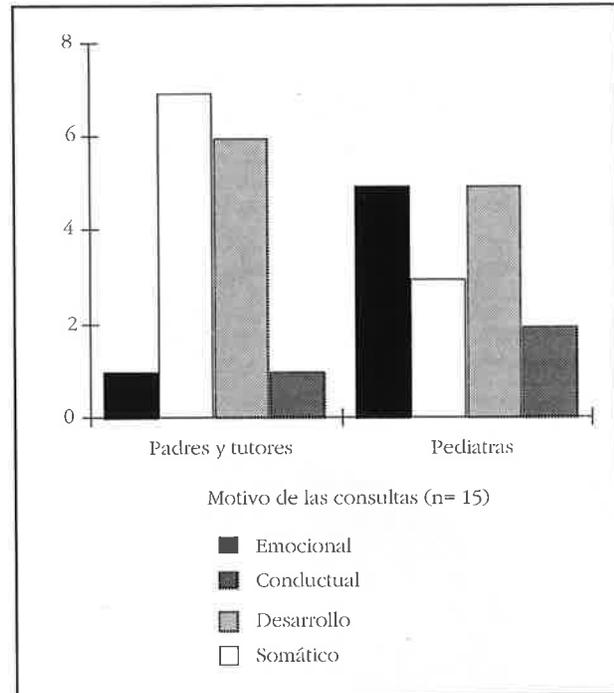


Figura 2.

El resto de variables estudiadas fueron las siguientes:

- 1) Origen de las consultas
- 2) Motivo de las consultas en opinión de los padres o tutores, comparándolo con el motivo de consultar para los pediatras (Fig. 2).
- 3) Lugar y tamaño de la fratria (Fig. 3).
- 4) Diagnósticos somáticos.
- 5) Antecedentes familiares psiquiátricos.
- 6) Resultados escolares de los 13 niños escolarizados (Fig. 4).

La variable *Fracaso escolar* se define como haber repetido dos cursos; haber sido colocado en una A.C.I. (Adecuación Curricular Individual) por n.e.e. (necesidades educativas especiales); o haber abandonado los estudios.

El estudio de todas estas variables iba encaminado a responder a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Tienen más problemas de conducta los niños y adolescentes adoptados?
- 2) ¿Se remiten más frecuentemente a una consulta de psiquiatría infantil?
- 3) Si consultan más, ¿a qué se debe?
- 4) ¿Sus resultados académicos son significativamente peores que los de los compañeros de estudios?

La discusión de los resultados aclara las respuestas.

RESULTADOS

Parece ser que la edad y el sexo son variables importantes para predecir trastornos psiquiátricos entre los niños adoptados⁽¹²⁾.

El 60% de los 15 niños adoptados que se han visto en nuestra consulta eran mayores de 12 años y menores de 14. Este grupo de edad era el más representado, con ocho pacientes. Los diagnósticos en este subgrupo eran sobre todo Trastornos de Conducta o Antisociales (ICD-10: F91.0): seis casos. Otro más, estaba deprimido (ICD-10:F32.1) y, por último, una chica, acogida por el Servicio de Protección de Menores, presentaba Crisis Disociativas (ICD-10: F44.7).

Entre los cuatro y los siete años, había tres casos, afectos de oposicionismo (ICD-10: F91.0) uno; de hiperkinesia (ICD-10: F90.0) el otro; y sin psicopatología, el tercero.

Por último, los menores de tres años eran dos niños afectos de retraso psicomotor por privación de estímulos (ICD-10: F99).

Respecto de las variables estudiadas entre los diagnósticos psiquiátricos, tendríamos seis casos con Tras-

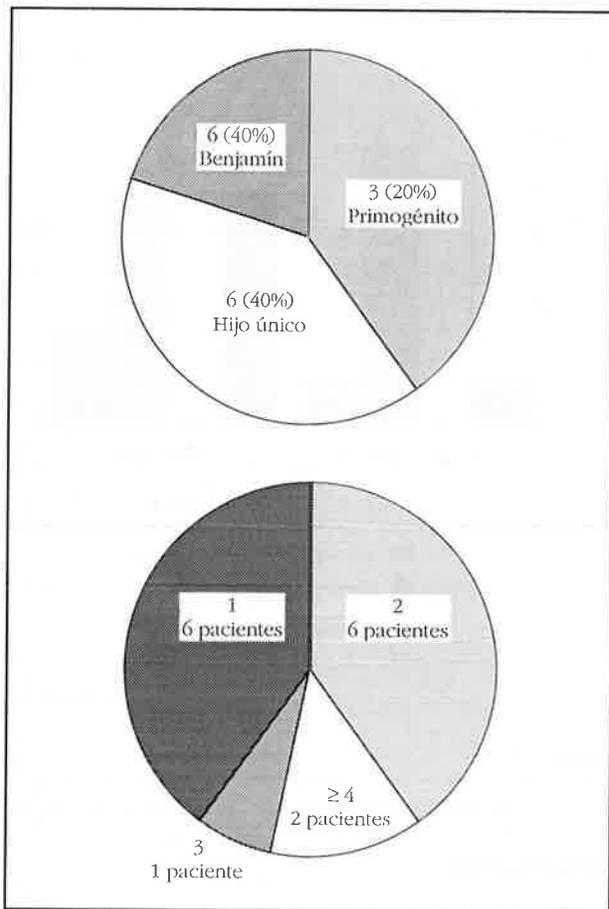


Figura 3. Lugar y tamaño de la fratria.

tornos de Conducta (40%); un niño, con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (6,6%); una niña, padecía trastornos conductuales por Oposicionismo (6,6%); y un caso más, con Trastornos Emocionales (6,6%). En total, eran nueve casos del total de 15 pacientes (60%) los que entraban entre uno de los cuatro subgrupos diagnósticos. La mayoría, -seis casos (67%)-, eran Trastornos de Conducta.

No se observaron diferencias en la distribución por sexo. Las nueve niñas y los seis varones estaban agrupados de modo simétrico entre todos los grupos de edad, y los subgrupos diagnósticos.

Las conductas se realizaron mayoritariamente desde otros servicios del Hospital (Fig. 1). El motivo de consulta era similar para los padres y para los pediatras (Fig. 2).

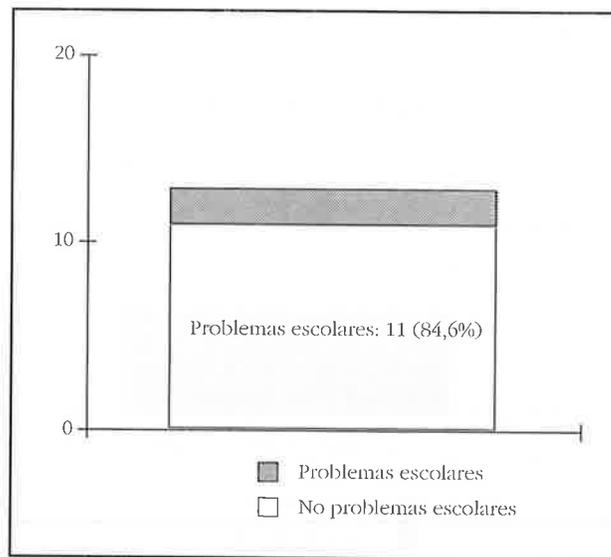


Figura 4. Resultados escolares de los 13 niños escolarizados.

El tamaño de la fratria y el lugar que ocupaban los pacientes dentro de la misma no era diferente a las estadísticas medias del país (Fig. 3). Cabe reseñar que ninguna de las familias que consultaron tenía hijos no adoptados.

Entre los diagnósticos somáticos de los 15 casos consultados, destacaba la presencia de SIDA en una niña y de síndrome testicular feminizante en otra. Una hepatitis B, un cuadro de obesidad de carácter exógeno y un hipotiroidismo, completaban los 15 niños adoptados de la muestra, afectos de alguna enfermedad orgánica.

Dos madres adoptivas y un padre (20%) presentaban antecedentes de consultas psiquiátricas. Una madre se deprimió secundariamente a la grave enfermedad que se descubrió en su hija, afecta de SIDA; otra madre adoptiva presentaba un trastorno de personalidad de tipo histérico; y un padre tenía antecedentes de consultas psiquiátricas por alcoholismo.

Como puede verse en la figura 4, más del 70% iban mal en los estudios, habiendo repetido uno o más cursos 11 de los 13 niños escolarizados.

DISCUSIÓN

Hay datos epidemiológicos que indican una sobre-representación de adolescentes adoptados en las con-



Figura 5. Éste es un dibujo de una familia que realiza una niña de 12 años, adoptada. Pueden objetivarse los rasgos con los que idealiza a unos padres que todavía cree son los adoptantes. Incluso en los casos en que el niño parece no saber nada de su origen, hay siempre la impresión de que sabe algo. Recuerda su pasado, sin que nadie le haya contado nada del mismo. Muchos autores atribuyen este conocimiento interno al inconsciente colectivo.

sultas psiquiátricas⁽¹³⁾. Sin embargo, los motivos de atención suelen ser menos graves que los de la población paído-psiquiátrica general⁽¹⁴⁾.

En 1988, un estudio de Kaye y Warren mostró la relación existente entre la gravedad de los problemas consultados y la tendencia a achacar dichos problemas a la adopción⁽¹⁵⁾.

Por otra parte, aquellas familias adoptantes que previamente sobrevivía con lazos tenues y vulnerables, pueden ponerse en cuestión cuando se incluyen en ellas niños adoptados⁽¹⁶⁾.

Se consideran adopciones de alto riesgo: 1) Las familias que eran problemáticas previamente a la adopción; 2) Los niños adoptados que tengan psicopatología previa; 3) Las adopciones de niños mayores; 4) Las adopciones de niños con enfermedad somática o invalidez; y 5) Las adopciones que se realizan fuera de los cauces legalmente instituidos.

Es muy probable que los niños adoptados de mayores, con malos tratos como comportamiento corriente de su familia biológica; y, a veces, con institucionalización previa, tengan psico-patología secular, después.

En otro orden de cosas, se sabe que los niños adoptados que consultan al psiquiatra tienen una probabilidad mayor de la habitual de padecer trastornos de conducta⁽¹⁷⁾. Así era en el 67% del grupo estudiado.

Como puede verse en la figura 4, más del 70% de los niños escolarizados iban a fracasar académicamente, si no se evitaba. Un porcentaje similar, el 56%, se observa en otros estudios realizados al respecto^(1,18). Esta amplia proporción de fracasos escolares condiciona en gran medida el futuro de estos niños.

La mayoría de las parejas adoptantes lo hacen en situación de normalidad. Pero, a veces, uno o los dos padres pueden tener algún tipo de dificultad emocional que va a conllevar un proceso interno, con frecuencia mal asumido, de problemas en la relación con el hijo o hijos adoptivos. Éste era el caso de tres familias (21,4%) que consultaron al psiquiatra por trastornos emocionales en uno de los miembros de la pareja conyugal. De ellos, un caso solamente era de intensidad severa (7%).

En las instituciones de adopción, actualmente, se dispone de métodos de selección realizados por personal especializado que orienta sobre qué personas son las idóneas para adoptar.

¿Qué habrá que sondear?:

- 1) El estado emocional de ambos padres.
- 2) Sus motivaciones y expectativas.
- 3) Su madurez y estabilidad personal y afectiva.
- 4) Su nivel de formación y sus condiciones educativas.
- 5) La existencia de unas mínimas condiciones materiales y económicas que den seguridad a los hijos adoptados.

Entre los niños adoptados por unos padres que los adoptaron tras superar este proceso de selección, se aprecia un menor índice de psicopatología⁽¹⁹⁾.

Por lo general, en el proceso de adopción va a hacer una inicial sobreprotección. Los padres, además, van a estar muy pendientes de los posibles fallos que el niño pueda tener, psiquiatrizando muchos problemas que no se psiquiatrizan nunca en familias biológicas⁽²⁰⁾.

Cuando el niño es muy pequeño, ésta reacción de hiper-vigilancia se puede considerar normal. Pero, cuando el niño tiene ya cinco o seis años, si los padres adoptantes quieren moldearle a su propia imagen y semejanza, pueden producirse importantes conflictos en la relación familiar.

Tanto por la educación recibida, como por el temperamento del niño, se puede llegar a los Trastornos

246 Antisociales de Conducta, que, -a veces-, se atribuyen exclusivamente a la herencia, de manera errónea.

Otra reacción habitual de los padres adoptantes es el intento de amnesia de la vida anterior a la adopción.

Cuando el niño se adopta por encima de los tres años de edad, se suele producir una reacción a los 18 meses de la adopción, que consiste en actitudes provocadoras del niño como si quisiera poner a prueba a los padres para no verse abandonado de nuevo. Suele remitir espontáneamente, pero algunos de los fracasos en adopciones se deben a la no resolución de esta etapa, bien sea por abandono durante la misma; o bien por establecerse una serie de relaciones viciadas de permisividad que hacen que el niño se apodere de la situación educativa, y se configuren en él conductas que conformarán más adelante un trastorno antisocial de la personalidad⁽²¹⁾.

Lo que Ajuriaguerra llama la *revelación*⁽²²⁾, o conveniencia de revelar al niño su condición de adoptado se vive, a veces, con cierta dificultad. ¿Cuál es el momento más oportuno para hacerles tal revelación? Cuando empiezan a hacer preguntas sobre el origen de los bebés; es decir, entre los tres y los cinco años de edad.

Si se ha dejado pasar este tiempo ideal, los ocho o 10 años o etapa de latencia de saber la verdad acerca de todo lo que le rodea.

Al llegar a la pubertad, los niños adoptados quieren conocer a sus padres biológicos. Necesitan desidealizar al padre o madre desconocidos, y aprender que los mejores padres son los que tienen (Fig. 1). Precisan saber sus auténticas raíces. Para los padres adoptivos, es el momento más difícil de la adopción. En la pubertad, se producen el mayor número de consultas paidopsiquiátricas de niños adoptados⁽²³⁾.

Entre las 14 familias que componen la muestra, no hay ninguna que tenga hermanos no adoptados. Se sabe que las familias en que conviven hijos adoptados y no adoptados, tienen menos problemas de ajuste a la nueva situación⁽²⁴⁾.

Por último, hay que hacer hincapié en el hecho de que un niño adoptado, como los demás, será más sano y feliz, cuanto más sano y feliz sea su entorno. El informe anual del Comité de Adopción de nuestro país refiere que no hay niño, -por muy complicado que tenga vivir-, que no pueda ser adoptado si se encuentra a los padres adoptivos adecuados. La salud y el futuro del niño adoptado dependerá de su constitución personal; pero, también, de los cuidados afectivos y educacionales que los padres y la sociedad les proporcione.

CONCLUSIONES

Se concluye que los adolescentes adoptados presentan más problemas de conducta que el porcentaje medio de los pacientes de su misma edad atendidos en una consulta de psiquiatría. Su rendimiento académico es bajo, y les sitúa en un riesgo de fracaso escolar muy por encima de la media.

Estas conclusiones pronostican un difícil futuro para los niños adoptados, si no se cambian las expectativas que sus padres adoptivos tienen de ellos.

Los padres que adoptan niños deberían tener un mayor asesoramiento pediátrico y psicológico, por parte de las Instituciones de Bienestar Social de las que dependa la adopción.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rubio V, Heras E, Bardina E, Solans A. Trastornos psicopatológicos de aparición retardada en niños adoptados. *Rev Psiquiat Inf Juv* 1993;4:229-234.
- 2 Schechter MD. Observations of adopted children. *Arch Gen Psychiatr* 1960;3:21-32.
- 3 Hersov L. Adoption and Fostering. En: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry modern approaches*, 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985:101-117.
- 4 Lipman EL, Offord DR, Boyle MH, Racine YA. Follow-up psychiatric and educational morbidity among adopted children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1007-1012.
- 5 Humphrey ME, Ounsted D. Adoptive families referred for psychiatric advice. I. The Children. *Br J Psychiatry* 1963;109:599-608.
- 6 Lipman EL, Offord DR, Racine YA, Boyle MH. Psychiatric disorders in adopted children: a profile from the Ontario Child-Health Study. *Can J Psychiatry* 1992;37:627-633.
- 7 Offord DR, Aponte JF, Cross LA. Presenting symptomatology of adopted children. *Arch Gen Psychiatry* 1969;20:110-116.
- 8 Cadoret RJ, Stewart MA. An adoption study of attention deficit/hyperactivity/aggression and their relationship to adult antisocial personality. *Compr Psychiatry* 1991;32:73-82.

- 9 Bohman M, Sigvardsson S. Adoption and fostering as preventive measures. En: Anthony EJ, Chiland C, eds. *The Child in his family*. New York: Williams & Wilkins, 1982:171-180.
- 10 Boyle MH, Offord DR, Racine YA, Catlin G. Ontario Child-Health Study follow-up: evaluation of sample loss. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**:449-456.
- 11 The I.C.D. 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and Diagnostic guidelines. *Organización Mundial de la Salud*. Barcelona: Toray-Masson, 1992.
- 12 Warren SB. Lower threshold for referral for psychiatric treatment of adopted adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:512-527.
- 13 Kotsopoulos S, Cote A, Joseph L, Pentland N, Chryssoula S, Sheehan P, Oke L. Psychiatric disorders in adopted children. *Am J Orthopsychiatry* 1988;**58**:608-612.
- 14 Sonne J. A family system perspective on custody and adoption. *Int J Fam Ther* 1980;**2**:176-192.
- 15 Kaye K, Warren S. Discourse about adoption in adoptive families. *J Fam Psychol* 1988;**1**:406-433.
- 16 Kim WJ, Davenport C, Joseph J, Zrull J, Woolford E. Psychiatric disorder and juvenile delinquency in adopted children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;**27**:111-115.
- 17 Stucki JD. Dinámica familiar del fracaso escolar. *Confrontaciones Psiquiátricas* nº 23. Madrid: Rhone-Poulenc, 1988.
- 18 Cobo Medina C. *Psicopatología Dinámica I: La adopción*. Madrid: Roche, 1983:139-142.
- 19 Achenbach TM, Edelbrock CD. Behavioural problems and competencies by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monogr Soc Res Child Devel* 1981;**46**:1-78.
- 20 Jerome L, Cohen JS, Westhues A. A review of the literature on the prevention of harmful sequelae of adoption. *Journal of Preventive Psychiatry* 1987;**3**:261-277.
- 21 Elonen AS, Schwartz EM. A longitudinal study of emotional, social and academic functioning of adopted children. *Child Welfare* 1969;**48**:72-78.
- 22 Ajuriaguerra J. El niño y su familia. *Manual de Psiquiatría Infantil*, 3ª ed. Barcelona: Toray-Masson, 1976:807-810.
- 23 Jerome L. Overrepresentation of adopted children attending a children's mental health clinic. *Can J Psychiatry* 1986;**31**:526-531.
- 24 Brodzinsky DM, Schechter DE, Braff AM, Singer LM. Psychological and academic adjustment in adopted children. *J Consult Clin Psychology* 1984;**52**:582-590.

C. Pelegrín¹
R. Gómez-Hernández²
T. Baringo¹
C. Ceballos¹

1 Hospital Miguel Servet, Zaragoza
2 Hospital Clínico Universitario, Zaragoza

Correspondencia:
Carmelo Pelegrín Valero
Plaza Extremadura, 3, 4º A
22004 Huesca

Consideraciones nosológicas de
la agresividad postraumática.
A propósito de un caso en un
niño de doce años

*Nosological aspects of
posttraumatic aggressiveness.
A 12 years boy report*

RESUMEN

En los pacientes afectados de un trauma craneal, la conducta agresiva de tipo explosivo es un importante problema médico. El DSM-III clasifica esta conducta como "trastorno explosivo intermitente" y el DSM-III-R la denomina como "síndrome orgánico de la personalidad, tipo explosivo". Recientemente este trastorno ha sido clasificado en el DSM-IV como "cambio de la personalidad debido a enfermedad médica". Sin embargo, expertos en neuropsiquiatría han propuesto para este trastorno una categoría específica, el "síndrome de agresividad orgánica". La razón básica para proponer este diagnóstico es que describe con mayor precisión la especificidad de la conducta violenta secundaria al "daño cerebral". Además, la agresividad de tipo explosivo puede presentarse de manera aislada, sin asociarse con los rasgos de personalidad especificados en el DSM-III y el DSM-IV. Nosotros presentamos un caso que apoya esta propuesta y sugerimos la utilidad de la tomografía computerizada por emisión de fotón único para establecer la validez de este diagnóstico psiquiátrico.

PALABRAS CLAVE

Traumatismos craneales; Agresividad; Nosología; Validez.

ABSTRACT

Explosive and violent behavior in posttraumatic patients populations is a significant clinical problem. DSM-III classified the condition as "intermittent explosive disorder" and DSM-III-R calls this syndrome "organic personality disorder, explosive type". Recently, this disorder is classified in DSM-IV under the rubric of "personality change due to a general medical condition". However, for this disturbance, experts in neuropsychiatry have proposed a specific category of "organic aggressive syndrome". The basic reason for proposing this diagnostic is that it more accurately describes the specific condition of violence secondary to the brain lesions. Furthermore, the explosive aggression may occur isolated without the associated personality disturbances specified in DSM-III-R and DSM-IV. We report a case that clearly supports this proposal and suggest the usefulness of cerebral blood flow with single photon emission

computed tomography (SPECT) to establish the validity of this psychiatric disorder.

KEY WORDS

Head injury; Aggressiveness; Nosology; Validity.

INTRODUCCIÓN

En los países industrializados los traumatismos, en especial los traumatismos craneoencefálicos (TCE), constituyen un problema médico y social de primera magnitud, adquiriendo proporciones epidémicas. Según Kraus⁽¹⁾ los estudios epidemiológicos sobre esta patología son incompletos, ya que no existe ninguno que abarque a todos los pacientes con TCE en un población definida; no obstante en general se considera que la incidencia anual en los países desarrollados es de 200 y 300 por cada 100.000 habitantes. En los diversos estudios epidemiológicos se ha encontrado que los porcentajes de afectados en edad pediátrica se encuentran alrededor del 20%; los accidentes por atropello y las caídas practicando deportes (bicicletas, monopatines...) son los más frecuentes; los TCEs se producen al golpearse la cabeza en movimiento contra una superficie estática.

Las lesiones cerebrales producidas por el traumatismo pueden tener serias consecuencias para los afectados, hasta el punto de que se ha descrito en estudios prospectivos que los niños con antecedentes de TCE presentan el doble de trastornos psiquiátricos y cognoscitivos que un grupo control⁽²⁾. Así mismo se ha observado que los TCE, en especial aquellos de grave intensidad, dificultan el desarrollo normal de la personalidad, y pueden dar lugar a personas con graves déficits en áreas como la introspección, la planificación, el juicio social, el control de las emociones, la empatía y el razonamiento⁽³⁾.

Por otra parte, la patología neuropsiquiátrica postraumática se nos presenta como un grupo de trastornos abigarrado para el cual la psiquiatría importa términos y categorías acuñadas en el estudio de otro grupo de pacientes. Se trata de un tema controvertido en el campo de la nosología de las enfermedades mentales en general y por lo tanto también en los trastornos psiquiátricos de inicio en la infancia, la niñez o la

adolescencia. Por ello presentamos un caso de un niño de doce años con antecedentes de TCE que presenta episodios graves de heteroagresividad.

249

MATERIAL

Se trata de un niño de 12 años de edad que en abril de 1994 sufrió un grave accidente de tráfico (fue atropellado por un autobús), permaneciendo en estado de coma (puntuación en la Escala de Glasgow inferior a 8) por espacio de dos días y en un estado confusional (duración del período de amnesia postraumática) durante un mes. Desde entonces el niño ha presentado episodios de heteroagresividad con las siguientes características: explosivas, súbitas, desencadenadas por mínimas provocaciones, desproporcionadas para la intensidad del factor precipitante, imprevisibles y sorpresivas para quienes le rodean, poco estructuradas, recurrentes y con un inicio y terminación generalmente bruscos. Las crisis se han presentado de manera casi absoluta restringidas al ámbito escolar, desencadenadas por las pequeñas provocaciones realizadas por sus compañeros. La intensidad, frecuencia y gravedad de estos episodios le han producido problemas de adaptación escolar y social, ocasionándole la "expulsión" de tres colegios y la permanencia durante bastante tiempo sin escolarización. Su comportamiento fuera del contexto escolar, en su domicilio o en sus interacciones sociales con los amigos que conocen su problema, es bastante adecuado con aparición ocasional de las crisis mencionadas.

MÉTODO

En la exploración psicopatológica general no se ha objetivado alteraciones en el aspecto general del paciente, en la relación con el personal sanitario y con sus padres. Su afectividad, lenguaje, contenido de pensamiento, abstracción y juicio, motricidad y capacidad de dirigir su actividad hacia una finalidad es adecuada y se muestra preocupado por las consecuencias de su conducta. En la exploración de la actividad hiperkinética mediante la escala de actividad de Werry-Weis-Peters, los padres refieren que desde el accidente su hijo se mueve algo más; no obstante es capaz de realizar actividades tales como

250

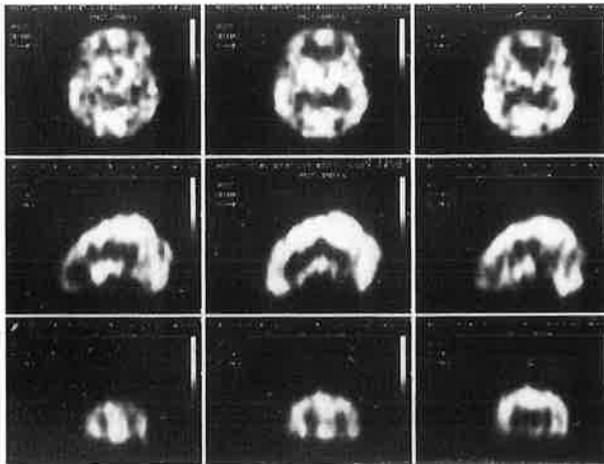


Figura 1. Distribución del flujo sanguíneo regional cerebral en cortes transversales, sagitales y coronales: se observa una disminución bilateral de la perfusión en la corteza prefrontal de ambos hemisferios. El defecto de perfusión es más acusado en el córtex prefrontal izquierdo.

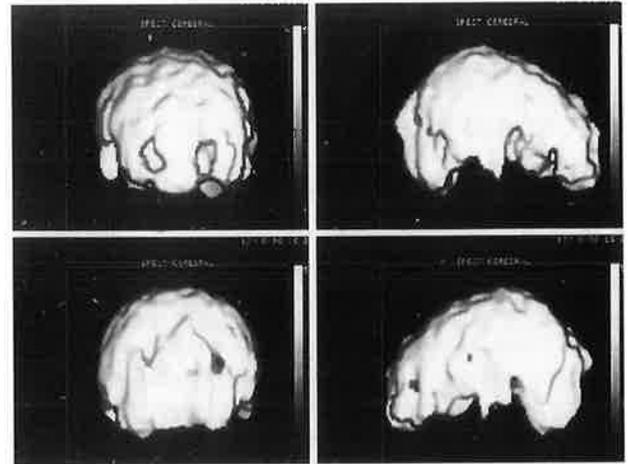


Figura 2. Reconstrucción tridimensional del estudio de la perfusión cerebral del paciente: se observan idénticos hallazgos que en la figura anterior.

comer, jugar, estudiar, ver la televisión, etc. sin interrupciones; no interrumpe las conversaciones, ni necesita supervisión. Así mismo destaca tras el accidente la presencia de una moderada hipersomnia postraumática. En la exploración cognoscitiva mediante la batería de W.I.S.C. obtiene un C.I. verbal de 128, un C.I. manipulativo de 124 para un C.I. global de 126. En la exploraciones complementarias realizadas se obtuvieron los siguientes hallazgos: EEG: normal; Tomografía craneal: normal; y SPECT (tomografía computarizada de emisión de fotones aislados) realizada con HMPAO-Tc 99 se observa una hipocaptación en ambas zonas prefrontales, más acusada en el hemisferio izquierdo (Figs. 1 y 2).

El paciente había sido tratado mediante técnicas conductuales (refuerzo positivo, extinción y refuerzo diferencial) durante un año sin obtener el control de los episodios de agresividad. En los últimos meses se ha conseguido una disminución de la frecuencia de las crisis mediante un control estricto de las contingencias ambientales en el ámbito escolar. Por deseo de la familia no se ha intentado todavía ninguno de los posibles tratamientos farmacológicos indicados en el tratamiento de este tipo de agresividad.

RESULTADOS

El neurólogo Frank Elliot ha sido el autor que más se ha ocupado de la asociación entre el "daño cerebral" y la aparición de episodios aislados o repetidos de pérdida de control y de conducta violenta desproporcionada e insólita y sin relación con un posible estímulo precipitante⁽⁴⁾. Este autor en 1982 publicó los resultados de un estudio de una muestra de 286 pacientes con antecedentes de episodios recurrentes de agresividad describiendo como en un 94% de los casos existía una lesión cerebral⁽⁵⁾.

En el caso presentado existe una relación temporal clara entre la presencia de un "daño cerebral" y la aparición de la conducta episódica violenta. Por otra parte las características clínicas de las mismas son coincidentes con las descritas en la agresividad asociada a lesiones cerebrales u "orgánicas"⁽⁶⁾. Estas características son las siguientes: el carácter episódico y la aparición súbita, generalmente sin estar precedida de signos externos de tensión o irritabilidad; ser desencadenados por mínimas provocaciones y son sorprendidos para quienes rodean al paciente. Los episodios son intensos, poco estructurados, recurrentes, bien delimitados en el tiempo, y con un inicio y terminación generalmente bruscos; además la agresividad "orgánica" es típicamente "egodistónica", es decir, después de cada episodio el paciente está tranquilo y se lamenta

sinceramente de las consecuencias de su conducta. Todas estas características propias de la agresividad impulsiva le diferencian de la agresividad planificada o premeditada en la cual existe un lapso de tiempo entre la planificación de la conducta agresiva y la ejecución de la misma, con una finalidad aparente⁽⁷⁾.

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista nosológico estos trastornos han recibido diversos nombres: "descontrol episódico"; "personalidad explosiva"; "trastornos conductuales episódicos"; "síndrome de descontrol"... Esta ambigüedad terminológica se ha mantenido en los distintos sistemas de clasificación de los trastornos mentales: así, en DSM-III este trastorno era conceptualizado como "trastorno explosivo intermitente" (TED) y se mencionaba que las lesiones cerebrales eran un factor predisponente poco frecuente para esta alteración, lo cual contrastaba con la experiencia clínica que indicaba que los factores orgánicos parecen fundamentales en la etiopatogenia de este síndrome. En el DSM-III-R y el DSM-IV este trastorno es incluido dentro de los "Trastornos y síndromes orgánicos" con la denominación de "síndrome orgánico de la personalidad tipo explosivo" y "cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, tipo agresivo". Esta inclusión puede ser sometida entre otras a la crítica siguiente: desde una perspectiva de la descripción fenomenológica del cuadro clínico, este tipo de trastorno, en especial como sucede en este caso que no se asocia a otros trastornos comportamentales en el periodo entre los episodios agresivos, es coincidente con la definición operacional que del "trastorno explosivo intermitente" han generado las sucesivas clasificaciones de los trastornos mentales realizadas por la APA. No obstante este diagnóstico no puede ser en este caso, ya que la presencia de una enfermedad médica como el traumatismo craneal es uno de los criterios de exclusión del mismo. Por contra el diagnóstico de

"cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, tipo agresivo" es cuestionable al no estar la conducta violenta asociada en el periodo intercrito de otros rasgos incluidos en la definición operacional de esta entidad clínica. Estos argumentos derivados de las características clínicas del caso presentado apoyan los argumentos de Silver y Yudofsky en el sentido de conceptualizar el "síndrome de agresividad orgánica" como una entidad aislada dentro de los trastornos mentales orgánicos. Para ello refieren los siguientes argumentos: a) la agresividad puede presentarse de forma aislada sin asociarse al resto de síntomas incluidos en la definición operacional del síndrome orgánico de la personalidad; y b) la aparición de la conducta agresiva puede ser secundaria a lesiones cerebrales de distinta localización con una relación causa-efecto clara entre las mismas y la aparición de la conducta agresiva⁽⁸⁾.

Por otra parte, desde el punto de vista de la etiopatogenia, sin olvidar el carácter "biopsicosocial" de la conducta violenta, el caso presentado aporta los hallazgos obtenidos mediante el estudio con el SPECT, los cuales son coherentes con los conocimientos teóricos sobre el tema respecto el papel inhibitor y regulador que sobre la agresividad humana tiene el córtex prefrontal⁽⁹⁾. En este sentido debemos hacer hincapié en que la aparición de las modernas técnicas de neuroimagen funcional (SPECT y PET) pueden contribuir en el campo de la psiquiatría en general y de la neuropsiquiatría en particular a aumentar la validez de los diagnósticos clínicos, al poder ser sus hallazgos empleados como criterios de demarcación para establecer los diagnósticos sindrómicos, que como en el caso del "Trastorno explosivo intermitente" es mantenido con considerables reservas teóricas. Respecto esta entidad hay que recordar que los escasos estudios, como el de Felthous y cols. (citado por Wise y Tierney)⁽¹⁰⁾, realizados empleando los criterios diagnósticos del TEI en ningún caso se ha descartado mediante estas técnicas de neuroimagen la presencia de una disfunción congénita o adquirida del Sistema Nervioso Central.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Kraus JF, Black MA, Hessel N y cols. The incidence of acute brain injury and serious impairment in defined population. *Am J Epidemiol* 1984; **119**:186-201.
- 2 Rutter M. Developmental neuropsychiatry: concepts, issues, and prospects. *J Clin Neuropsychol* 1982; **4**:91-115.
- 3 Price BH, Daffner KR, Stowe RM, Mesulam MM: The behavioral learning disabilities of early frontal lobe damage. *Brain* 1990; **113**:1383-1393.
- 4 Elliot FA. The neurology of explosive rage: The dyscontrol syndrome. *Practitioner* 1976; **217**:51-59.

C. Pelegrín
R. Gómez-Hernández
T. Baringo
C. Ceballos

Consideraciones nosológicas de la agresividad postraumática.
A propósito de un caso en un niño de doce años

- 252
- 5 Elliot FA. Neurological findings in adult minimal brain dysfunction and dyscontrol syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1982;**170**:680-687.
 - 6 Pelegrín C, Gómez-Hernández R, Martín M. Trastornos psiquiátricos secundarios a los traumatismos craneoencefálicos. *Monografías de Psiquiatría* 1995;**6**:23-31.
 - 7 Barrat ES. Measuring and predicting aggression within the context of a personality. *J Neuropsychiatry* 1991;**3**:S35-S39.
 - 8 Silver JM, Yudofsky SC, Hales RE. Neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury. En: Hales RC, Yudofsky SC, eds. *Textbook of Neuropsychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, 1987:179-190.
 - 9 Elliot FA. Violence. The Neurologic Contribution: An Overview. *Arch Neurol* 1992;**49**:595-603.
 - 10 Wise MG, Tierney JG: Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados.. En: Hales RC, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Áncora, 1996:723-742.

M. Soler
M. Bargadà
M. Molina
N. Bassas
J. Vilaltella

Aspectos psicopatológicos del divorcio

Unidad de Paidopsiquiatría
Hospital Universitario Materno Infantil Vall d'Hebron
Barcelona.

Psychopathology aspects of divorce

Correspondencia:

Dra. M. Bargadà
Unidad de Paidopsiquiatría
Hospital Materno Infantil Vall d' Hebron
08035 Barcelona

RESUMEN

El estudio recoge 40 niños, hijos de padres separados, atendidos en la Consulta de Psiquiatría del Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Un grupo control formado, también, por 40 niños, extraídos de la población general, procedente de familias intactas, y que nunca han asistido a una consulta psiquiátrica. los métodos usados para la exploración han sido: Historia Clínica. Entrevista Clínica Semiestructurada. Entrevista libre. Informe escolar. Las pruebas administradas, según edad, fueron; WISC/WAIS, para medir el CI. STAI/STAIC para la ansiedad. Percepción de diferencias (forma caras). El cuestionario de depresión CDS y Beck, y el de personalidad ESPQ/CPQ/HSPQ. Se ha realizado una valoración descriptiva de los tests proyectivos HTP y el test La Familia. Entre los resultados hallados destacan: antecedentes patológicos en los padres divorciados, en porcentajes superiores al 20%. las actitudes educativas hacia los hijos tras el divorcio, suelen ser de sobreprotección por parte de las madres y rígidas por parte de los padres. el 47% de las madres y el 17,5% de padres, presentan sintomatología depresiva. Se evidencian altos niveles de ansiedad: 52,5% madres y 45% padres. En los niños, y partiendo de un CI distribuido por igual, aparecen

trastornos del sueño, alteraciones en la conducta alimentaria, somatizaciones, conductas regresivas y descenso del rendimiento escolar en porcentajes elevados y se diferencian de forma significativa respecto al grupo control.

Por otra parte, la atención de estos niños se halla alterada en un 50% y el 35% presenta síntomas depresivos. En relación a la distribución por sexos, la irritabilidad y la tiranización predomina en los niños, mientras que los trastornos del sueño y las alteraciones relacionales inciden mayormente en las niñas. En cuanto a las edades en los niños de 0-5 años y de 12 a 18 predominan los trastornos alimentarios. En los de 6-11 las conductas regresivas y las alteraciones del lenguaje. En los de 12-18 aparecen problemas relacionados con el rendimiento académico. Los resultados obtenidos en este estudio, pues, coinciden a afirmar que la población de niños cuyos padres se han separado padecen más trastornos de tipo emocional que los niños de familias intactas.

PALABRAS CLAVE

Divorcio; Separación; Trastornos emocionales; Relaciones familiares.

254 ABSTRACT

Forty children of separated parents treated at psychiatry Unit of the Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón were studied. Forty children of non-separated parents, who had never attended a psychiatric unit, recruited from the general population served as controls. Methods used for the examination were: clinical history, clinical interview and school report. Tests administered according to age included: WISC/WAIS to measure IQ and STAI/STAIC for anxiety; Perception of differences (shape-faces) and the CDS and ESPQ-CPO/HSPQ questionnaires for depression and personality, respectively. HTP projective tests and the family test were descriptively assessed. Among the results, a pathologic history in over 20% of divorced parents was notable. Educative attitudes towards children after divorce tended to be of over protection in mothers and strictness in fathers. Forty-seven per cent of mothers and 17.5% of fathers presented depressive symptoms. High levels of anxiety, 52.5% in mothers and 45% in fathers, respectively, were observed. Based on as equally distributed IQ, high percentages of sleep disorders, irritability, eating disorders, sadness, somatizations, regressive behaviors, language disorders and decreased school performance were observed in patients, with significant differences compared with controls. Furthermore, attention in these children was altered in 50%, and 35% presented depressive symptoms. With respect to sex distribution, irritability and tyrannical conduct predominated in boys, while the incidence of sleep disorders and relationship alterations was higher in girls. In age groups, eating disorders redominated in children from 0 to 5 years and 12 to 18, and language alterations and regressive behavior in those from 6 to 11. Academic performance related problems appeared in children from 12 to 18, the results obtained in this study, therefore, lead us to appoint that children of separated parents suffer more emotional disorders that children of the normal population.

KEY WORDS

Divorce; Separation; Emotional disorders; Family relationships.

INTRODUCCIÓN

Uno de los hechos que se presentan hoy en día en la familia es el Divorcio. Se trata de un acontecimiento que a nivel social ha llegado a adquirir una concepción de normalidad, pero aún así, implica una serie de cambios emocionales y sociales que pueden afectar en mayor o menor grado a padres y a hijos.

La separación se realiza en un momento determinado, pero en realidad implica un proceso que se inicia mucho antes de su legalización, y su efecto puede perdurar en el tiempo⁽⁹⁾. Por tanto, el divorcio es un conjunto de acciones, un concepto, en definitiva dinámico. Representa una situación estresante respecto a la interacción padres-hijos, que sobrepasa las capacidades adaptativas necesarias para el desarrollo individual de algunos niños.

Las investigaciones realizadas, destacan los aspectos negativos de la separación, aunque diversos autores están de acuerdo en afirmar que en una situación familiar conflictiva, el divorcio puede ser menos patógeno que la naturaleza de la personalidad de los padres y su relación con los hijos⁽¹⁾.

El divorcio es un proceso que puede durar muchos años. De forma general, la pareja pasa por sucesivas etapas. Las primeras reacciones están caracterizadas por las respuestas dramáticas y emocionalmente fuertes. Se produce una escalada de los conflictos con sentimientos de ambivalencia, desconfianza e indecisión, y que puede incluir en algunos casos violencia física. La segunda etapa se caracteriza por la tramitación legal del divorcio, en la cual uno de los componentes de la pareja puede sentirse traicionado, mientras que el otro puede sentirse culpable.

Las disputas sobre la custodia de los hijos se convierte en una excusa para conseguir la venganza personal de los padres; convirtiendo a los hijos en muchas ocasiones en mensajeros y chivo expiatorio de los progenitores⁽⁵⁾. Esta situación puede ser relativamente breve o durar años, pero lo que es seguro es que va disminuyendo a medida que cada miembro de la familia recobra su propia autonomía y estabilidad emocional.

Dado que el número de casos por divorcio se ha incrementado de forma importante en los últimos años y observando en la práctica clínica que los niños presentan un conjunto de sintomatología, que podríamos etiquetar como característica, hemos considerado realizar una investigación de este tipo de población infantil.

El propósito del estudio es analizar de forma detallada una muestra de niños de padres separados, tanto a nivel de conducta como emocional, así como también conocer en la medida de lo posible a los padres, con la finalidad de averiguar como y en que medida la separación de los padres puede afectar el desarrollo psicoemocional de los hijos.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

El estudio recogió 40 niños, 22 varones y 18 hembras, hijos de padres separados, atendidos en la consulta de Paidó psiquiatría del Hospital Materno-Infantil de La Vall D'Hebron de Barcelona y cuyas edades estaban comprendidas entre 4 y 18 años, con una media de 11 años.

El grupo control lo formó una muestra de 40 sujetos, 24 niños y 16 niñas, extraída de la población general, procedente de familias de padres no separados. Los niños estudiados pertenecían a diferentes escuelas de Barcelona y cuyo nivel socio-económico era similar al de la muestra experimental. Las edades de los chicos oscilaban entre 5 y 18 años, con una media de 11 años.

La información referente a los padres englobó: motivo de consulta, nivel socio económico, nivel sociocultural, datos personales, persona que realiza la demanda de asistencia, situación actual de la pareja a nivel legal, régimen de custodias y visitas, constelación familiar anterior, durante y posterior a la separación, tipo de relación que mantienen los excónyugues entre sí (amistosa, punitiva...) y con los hijos (relación de dependencia, intercambio de roles...), años de duración de la pareja, antecedentes paternos patológicos, las actitudes educativas. Se valoró también el nivel de ansiedad de los padres así como los posibles rasgos depresivos de los padres.

Las variables estudiadas para la población de los hijos fueron las siguientes: edad, sexo, lugar que ocupa en la familia, sintomatología, exploración de diferentes áreas del comportamiento como la alimentación, sueño, control esfinterial, psicomotricidad y lenguaje así como su distribución por etapas evolutivas y por sexos. Fueron estudiadas las relaciones afectivas que el niño ha ido estableciendo en su desarrollo así como el rendimiento escolar; además de la valoración de la

existencia de un conjunto de sentimientos y fantasías, que frecuentemente han sido considerados como eje central de los problemas y patologías que pudieran presentar los niños de padres divorciados.

Se valoró el cociente intelectual, el nivel de ansiedad, la percepción y la atención, además de un análisis de los rasgos de personalidad de cada uno de los niños.

Material

Los instrumentos utilizados fueron: Entrevista clínica semiestructurada; Entrevista clínica; Entrevista libre e Informe escolar.

Las pruebas a administrar, según edad, fueron las siguientes: WISC/WAIS: escala de inteligencia para niños y adultos; STAIC/STAI: Inventario de ansiedad Estado-Rasgo para niños y adultos respectivamente; Test de percepción de diferencias (forma: caras): capacidad perceptivo-espacial; Test de la figura de rey: percepción y memoria a corto plazo; CDS: cuestionario de depresión para niños; BECK: cuestionario de depresión para adultos y ESPQ/CPQ/HSPQ: cuestionarios de personalidad para niños

Asimismo, ha sido realizada una valoración analítico-descriptiva de los resultados de los tests proyectivos: HTP (house/tree/person) y Test de La Familia.

Procedimiento

Fueron revisadas historias clínicas de niños de padres separados fechadas entre los años 1990 y 1995. Los niños que presentaban enfermedades crónicas orgánicas y trastornos psiquiátricos graves se descartaron.

Todos aquellos casos que no estaban en curso, fueron citados con el objetivo de confirmar y completar los datos necesarios para la investigación. Siempre que fue posible se entrevistaron a los padres juntos y por separado con y sin los hijos.

La administración de las pruebas se realizó de forma individual tanto para los niños como para los padres.

Respecto al grupo control el procedimiento fue similar, realizándose la exploración en la propia escuela.

El análisis de los datos ha sido obtenido mediante el paquete de programas estadísticos BMDP. En una primera fase se describieron las variables; las cualitativas mediante la distribución de frecuencias de cada una de las categorías y las cuantitativas mediante la media y la desviación estándar. El estudio de la asociación entre

256

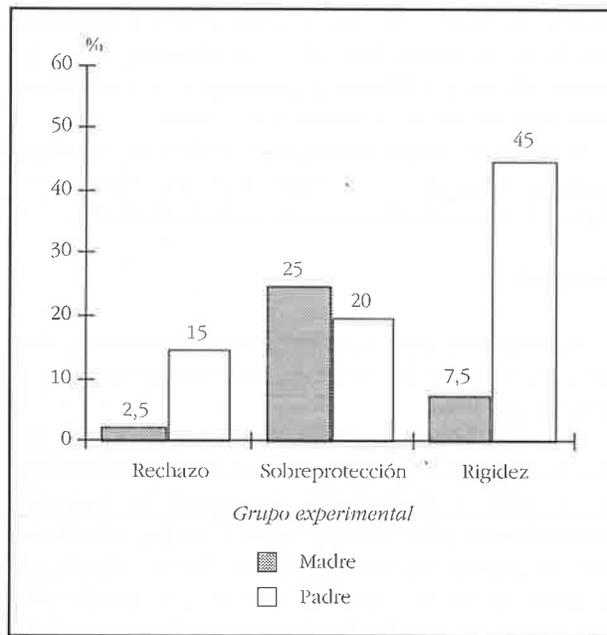


Figura 1. Actitudes educativas.

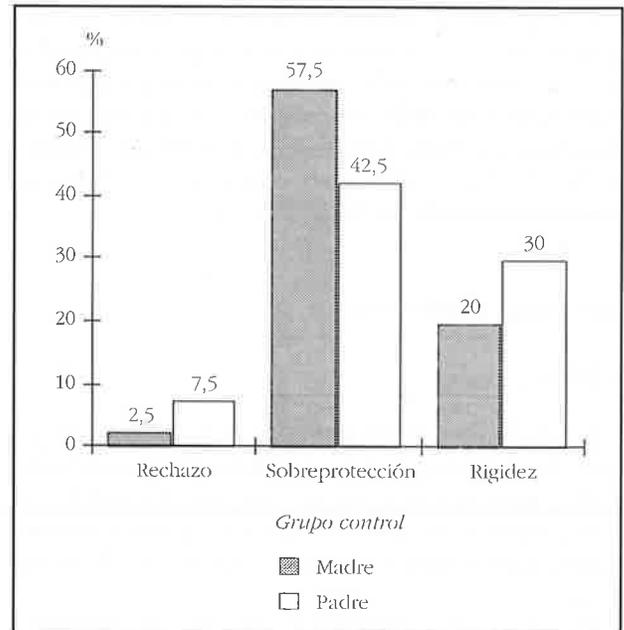


Figura 2. Actitudes educativas.

dos variables cualitativas se llevó a cabo mediante la prueba de Chi cuadrado. Cuando en una tabla de 2x2 alguno de los valores esperados resultó menor de 5 se ha aplicado la prueba exacta de Fisher (contraste bilateral). La comparación de medias se ha realizado mediante la *t* de Student cuando la variable seguía una distribución normal, en caso contrario se aplicó la prueba U de Mann Whitney. El nivel de significación estadística aceptado fue del 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Resultados obtenidos respecto a los padres

Antecedentes familiares

Los antecedentes de los padres que se tuvieron en cuenta fueron la drogadicción, los problemas con el alcohol, las enfermedades orgánicas, las enfermedades psíquicas, el ser hijo de padre i/o madre con problemas con el alcohol o el ser hijos de padres divorciados. A este respecto en el grupo experimental destacaron los antecedentes del padre en cuanto a alcoholemia (22,5%), enfermedades psíquicas (25%) y por ser a su vez hijo de

padres divorciados (17,5%). En los resultados obtenidos por las madres se observó, en menor proporción que los padres, las enfermedades psíquicas (12,5%) y el hecho de tener padres divorciados (10%). En el grupo control no se apreciaron antecedentes familiares relevantes.

Actitudes educativas

Los resultados indicaron que tras el divorcio, los padres del grupo experimental tendían a ser más rígidos con los hijos (45%), mientras que las madres solían ser más sobreprotectoras (25%) (Fig. 1). En el grupo control, la actitud educativa dominante fue la sobreprotección tanto por parte del padre (42,5%) como de la madre (57%) (Fig. 2).

Depresión

Los resultados obtenidos del cuestionario de depresión para adultos mantienen que el grupo formado por las parejas separadas obtienen un porcentaje significativamente mayor que el de los matrimonios que se mantienen intactos. El 47% de las madres del grupo experimental presentaron sintomatología depresiva frente al 25% de la muestra control. La depresión en el

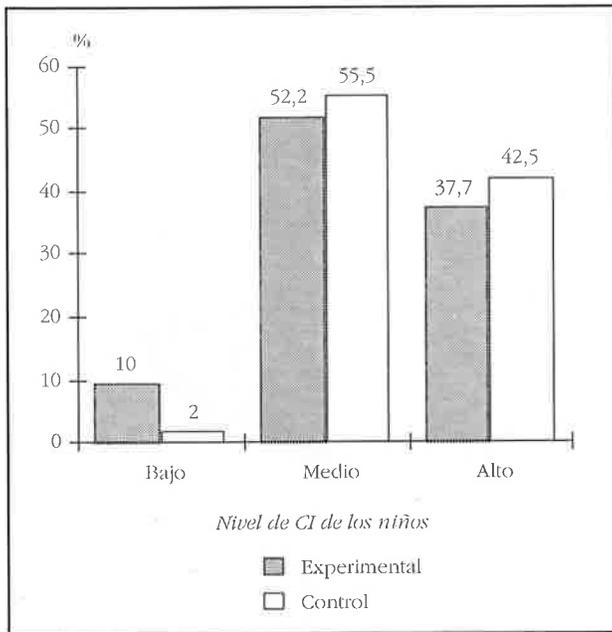


Figura 3. Divorcio-CI.

grupo de padres separados (17,5%) se dió en una proporción menor que en las madres; pero aún así la

diferencia respecto al grupo control es importante, dado que los resultados indicaron que solamente un 2,5% de los padres de la muestra control padecen dicho trastorno.

Ansiedad

El nivel de ansiedad estado resultó significativamente superior en los grupos experimentales, tanto en las madres como en los padres. En el grupo experimental de las madres se evidenció que un 52,5% presentaba un nivel de ansiedad alto en comparación con el 25% del grupo control. Respecto a la ansiedad media, ambos grupos quedaron equiparados (Experimental 35% - Control 47,5%), mientras que respecto al nivel de ansiedad bajo la proporción presentada por el grupo de matrimonios intactos supuso el doble que el de separados (12,5% versus 27,5%). En cuanto al estudio de la ansiedad en los padres destaca que el 45% de la muestra experimental presentaron un nivel de ansiedad alta, frente al 10% de la población normal.

Información sobre los padres

El 50% de las parejas manifiestan que su separación es debida a la incompatibilidad caracteres y un 20% por el hecho de enamorarse de otra persona. Sobre el tipo

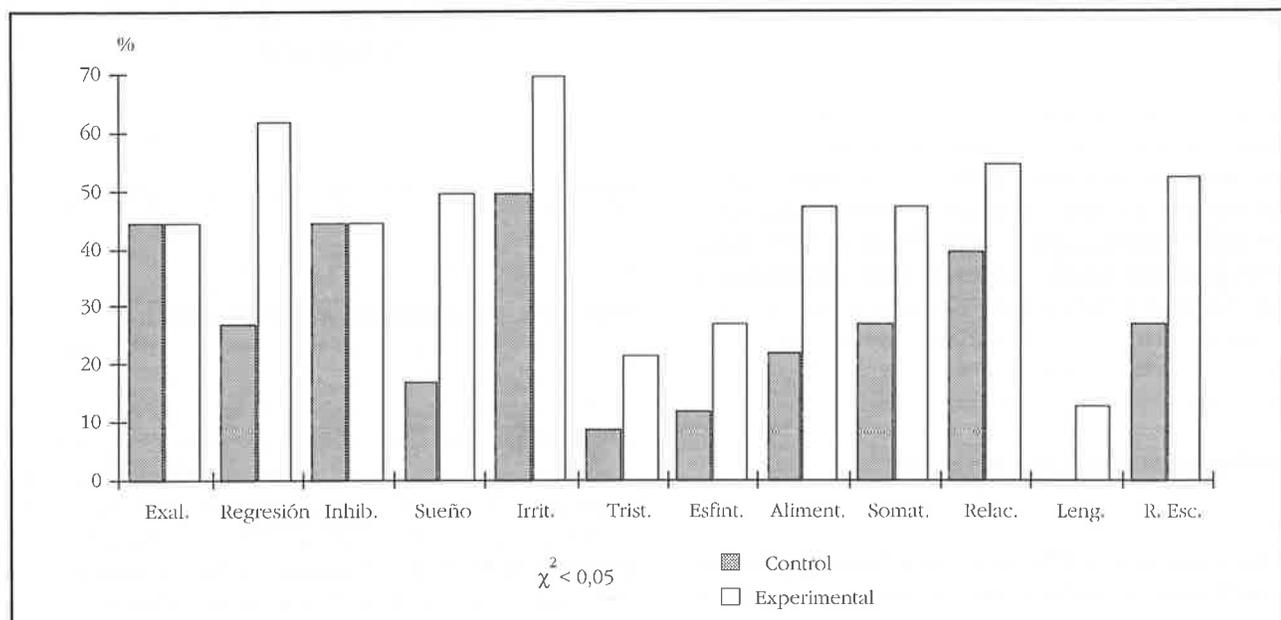


Figura 4. Trastornos y alteraciones en los niños.

258

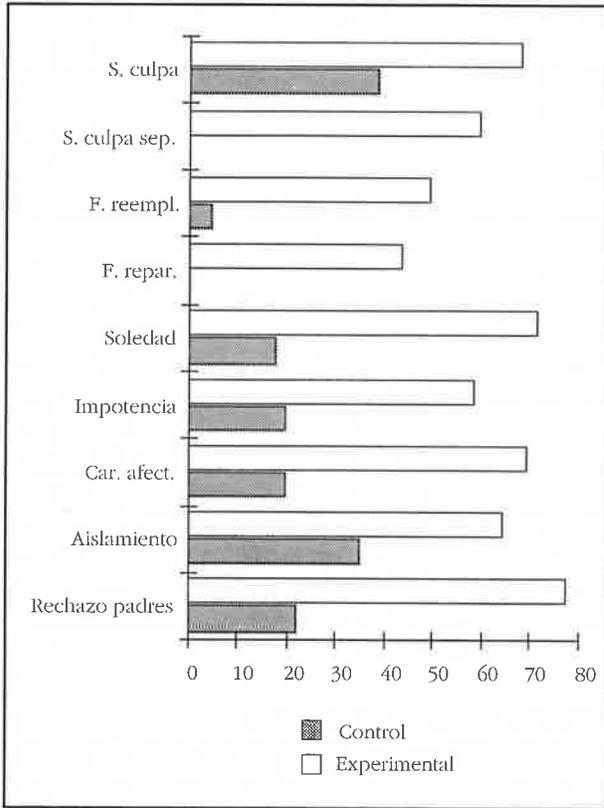


Figura 5. Sentimientos y fantasías de los hijos.

de relación que mantienen los padres entre sí tras el divorcio tenemos que en un 42,5% resulta perjudicial para los hijos solamente un 20% de los padres tienen una relación amistosa. Además obtenemos que en el 50% de las separaciones se sitúa a los hijos en el centro de la conflictiva familiar. La madre es la que obtiene la custodia en el 90% de los casos, y el régimen de visitas se cumple de forma satisfactoria en un 45% y un 40% de los niños pasan a convivir de forma esporádica o permanente con hermanastros.

Resultados referentes a los niños

CI

No se apreciaron diferencias significativas en cuanto al coeficiente de inteligencia de ambos grupos, ambos siguen una distribución normal, en la que el CI medio es el que predomina (Fig. 3).

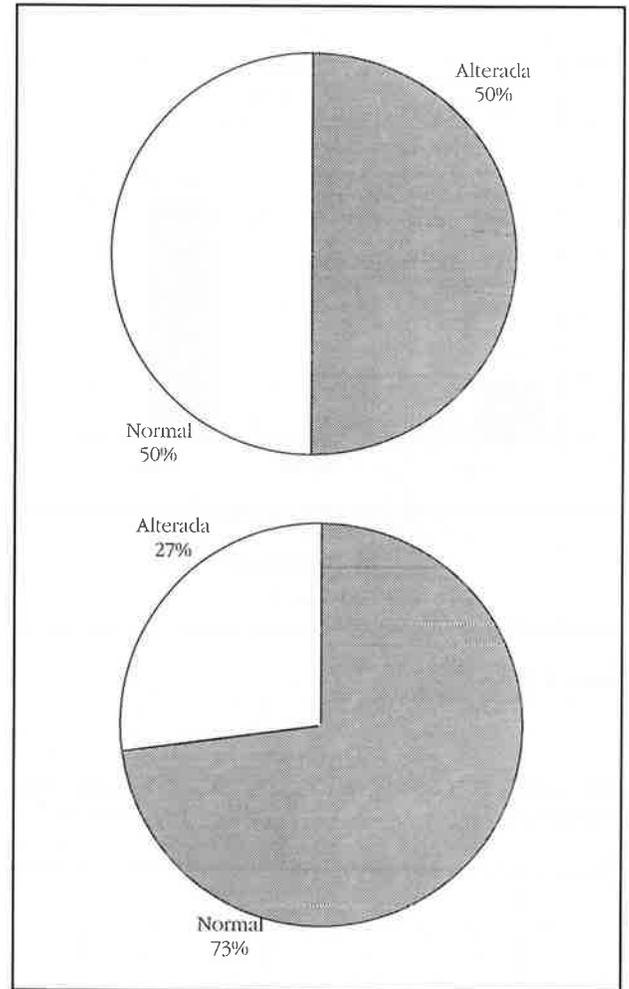


Figura 6. La atención en los niños. Grupos experimental y control.

Trastornos y alteraciones en los niños

Los trastornos que presentan los niños cuyos padres están divorciados y que difieren de forma significativa de la muestra poblacional son: Trastornos del sueño, Irritabilidad, Alteraciones en la alimentación, Tristeza, Somatizaciones, Conductas regresivas, Alteraciones del lenguaje y Descenso del Rendimiento escolar. Cabe citar también las conductas oposicionistas y de rebeldía así como la irritabilidad; aunque dichas conductas no difieran de forma significativa respecto al grupo control, alcanzan proporciones elevadas para ser tenidas en cuenta (Fig. 4).

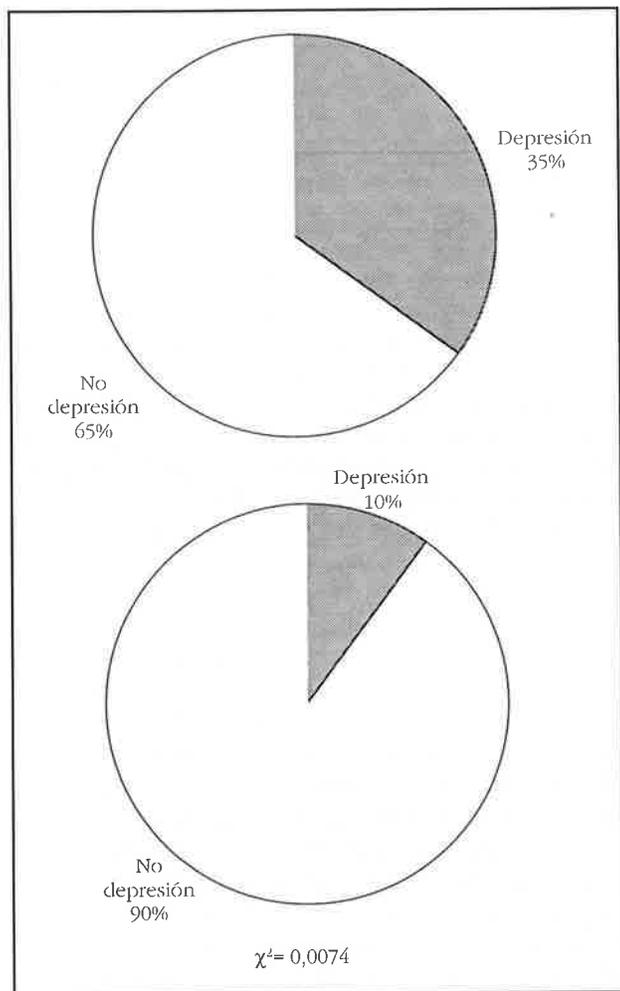


Figura 7. La atención en los niños. Grupos experimental y control.

Sentimientos y fantasías

A través del análisis de los test proyectivos HTP y Test de la Familia se reafirmó la existencia de un conjunto de sentimientos y fantasías asociados a la separación de los padres y que difieren del resto de la población tanto en la forma como en la intensidad. El sentimiento de culpa, la fantasía de reparación, la fantasía de reemplazamiento, el sentimiento de soledad, la impotencia, la carencia afectiva y el sentirse rechazado por uno o ambos padres están presentes en los niños de la muestra experimental (Fig. 5).

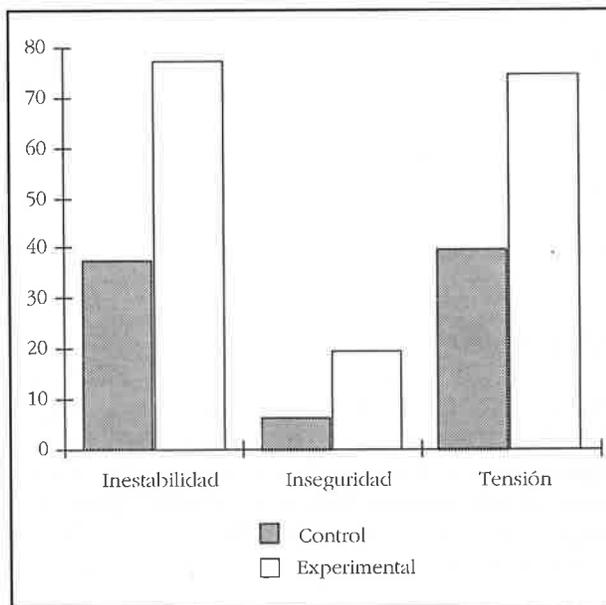


Figura 8. Personalidad.

Atención

Los resultados de las pruebas de atención indican que el grupo experimental presenta trastornos de atención (50%) en una proporción significativamente mayor que a la del grupo control (27%) (Fig. 6).

Depresión

La muestra de niños de padres separados tienen más trastornos de tipo depresivo (35%) que los de la población normal (10%), siendo esta diferencia significativa (Fig. 7).

Distribución de los trastornos por sexos

Al igual que se recoge en la bibliografía, los resultados indican que los niños reaccionan de forma distinta a la separación de los padres según su sexo. De esta forma hallamos, en la muestra experimental, que las conductas regresivas, la irritabilidad y la tiranización predominaría en los niños, mientras que los trastornos del sueño y las alteraciones relacionales incidirían mayoritariamente en las niñas (Fig. 8).

Distribución de los trastornos por edades

Se dividieron las muestras en tres grupos de edades: de 0 a 5 años, los pequeños; de 6 a 11 años, los

260 medianos y de 12 a 18 años, los mayores. Los resultados indicaron que las conductas regresivas predominarían en los medianos; la impulsividad y la provocación aumenta progresivamente con la edad; los trastornos de alimentación se dan en mayor proporción en los pequeños y los mayores; el descenso del rendimiento escolar afectaría a los más mayores y los trastornos del habla a los medianos y a los más mayores.

Personalidad

Los resultados del cuestionario de personalidad (ESPQ/CPQ/HSPQ) indicaron que existen ciertos rasgos en la muestra de niños de padres separados que se repiten para la mayoría de los niños y que además guardan una diferencia estadísticamente significativa respecto al grupo de niños de padres no separados. Así se podría intuir que los niños del grupo experimental se muestran más inestables, más inseguros y presentan un nivel de tensión más elevado.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos llevan a pensar que la muestra de niños de padres separados padecen más trastornos de tipo psicológico que la población normal.

La edad y el sexo parecen ser determinantes en la manifestación de dichos trastornos.

Presentan mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva.

Consideramos a destacar que el riesgo de fracaso escolar se incrementa de forma significativa.

La población de padres divorciados presenta mayor proporción de antecedentes patológicos que los conyugues del grupo control.

Respecto al estudio de la población de los padres los resultados indican que presentan más probabilidad de padecer un cuadro de tipo depresivo.

Las madres tienden a sobreproteger a los hijos, mientras que los padres mantienen posiciones más rígidas con éstos.

El tipo de relación que mantienen los padres entre sí y con los hijos tras la separación influye en gran medida en el equilibrio emocional de los niños. Así, los resultados indican que una relación más cordial y menos punitiva sea la relación de los conyugues menor es la incidencia de patologías en los hijos.

DISCUSIÓN

Una vez más se pone de manifiesto que el divorcio emocional precede al divorcio legal. En muchas ocasiones el emocional se desencadena por antecedentes personales patológicos de uno o ambos progenitores, por ejemplo, se han hallado antecedentes de alcoholemia y enfermedades psíquicas en una proporción clínicamente importante en la muestra de padres separados, pero también es cierto que en algunos casos la patología de los padres aparece tras contraer matrimonio, lo cual significa que este pudo desencadenar la patología ya existente en forma latente en uno de los conyugues. En todo caso lo que es importante es que los problemas interparentales pueden incidir en el desarrollo y formación de la personalidad del niño.

Al estudiar educativas utilizadas por los padres separados encontramos que autores como Reich (1988), Brazelton (1989), Mardomingo (1987) y Wallerstein (1985) coinciden con los resultados señalados aquí, ya que indican que son las actitudes sobreprotectoras las que predominan tras la separación. Dichas actitudes han podido influir en la aparición o en el incremento de la dependencia y los miedos en los niños del grupo experimental. Wolfe (1985), expuso que las madres divorciadas tenían un comportamiento más aversivo hacia sus hijos. Lo que es cierto es que las parejas estudiadas, que se encontraban en proceso de separación, tendían a canalizar parte de la agresividad que sentían hacia el otro miembro de la pareja y que no se atrevían a dirigir abiertamente, a través de los hijos. Además se señala que las madres aparecen como sobreprotectoras y los padres adoptan posturas más rígidas en la relación con los hijos. En algunos casos, posiblemente, para equilibrar la educación de sus hijos, aunque en otros se ha observado que esta rigidez encubre una actitud de rechazo; lo mismo que también puede suceder con la actitud sobreprotectora de las madres, ya que para muchas parejas en situación de divorcio los hijos representan un obstáculo para la obtención de sus propios propósitos.

En relación a los sentimientos de los padres se observaron rasgos depresivos y ansiedad alta. Estos datos se podrían relacionar con el hecho de que muchas de estas parejas no habían logrado una resolución efectiva de los vínculos matrimoniales, además de mantener una relación interparental conflictiva e incluso a veces negativa para los hijos^(4,5).

Hallamos también una mayor proporción de rasgos depresivos en las madres de la muestra experimental; podemos pensar que la nueva situación a la que se enfrentan estas mujeres, la mayoría en solitario, tras el divorcio (educación y manutención de los hijos, trabajo fuera de casa...) suponen una sobrecarga a sus recursos emocionales, que propician la aparición de dichos rasgos.

Estos datos son importantes ya que sabemos que la mayoría de las madres perciben la conducta de sus hijos de acuerdo con su estado emocional y que la depresión de la madre está asociada con las dificultades de crianza de los hijos.

De la información recogida sobre los padres se obtuvo que la relación de éstos tras el divorcio para los niños es un 42,5% de los casos; que el 55% de las parejas divorciadas no cumplían de forma correcta los acuerdos respecto al régimen de visitas; que el 50% los padres situaban a los hijos en el centro de sus conflictos; que aproximadamente la mitad de los padres tendían a encontrar nueva pareja en un promedio de tres años y que los niños se veían obligados a convivir con hermanastros de forma continuada o esporádica en el 40% de los casos. Pensamos que estos datos forman un conjunto de factores de carácter etiopatogénico que podrían incidir en el desarrollo psicoemocional del niño. En este aspecto, autores como Mardomingo (1990), Cobo Medina (1992), Hetherington (1985) y Rutter (1971) obtienen resultados similares.

Los efectos que pudiera tener el divorcio de los padres en los hijos depende de las capacidades de adaptación y movilización de las propias defensas. La mayoría de los estudios muestran aspectos negativos de la separación, pero esto dependerá en gran medida de la estructura emocional de los padres y de como lleven a cabo el proceso del divorcio. Pudiendo resultar un hecho con escasas repercusiones tanto para los padres como para los hijos. Los hijos son con frecuencia el instrumento de enfrentamiento entre los padres, ya sea utilizado sutilmente, abiertamente, consciente o inconscientemente. Hay que constatar además que con la aparición de terceras personas se incrementa la situación de riesgo. Por tanto no es de extrañar que en esta muestra se hallaran niños con un grado elevado de irritabilidad y de oposicionismo importante.

El claro descenso del rendimiento escolar es uno de los parámetros más claros e interesantes a tener en cuenta, ya que podría afectar de forma importante a

todas las áreas de desarrollo del niño. Los resultados hacen pensar en una posible relación entre el bajo rendimiento escolar y los trastornos de atención, así como es importante tener en cuenta que muchos de estos niños buscan refugio en el área de la fantasía, quedando en ciertos momentos en un estado de ensimismamiento que dificulta la capacidad de concentración y el proceso de aprendizaje.

Vemos que un alto porcentaje de los niños presentaban un nivel de ansiedad alto, hecho que se podría relacionar con los sentimientos de soledad y de culpa además del miedo que tienen a ser abandonados, «Si mi padre se ha marchado, mi madre puede marcharse también», mis padres se han enfadado porque me he portado mal», «Si yo me hubiera portado bien, nada de esto hubiera ocurrido». La idea que puede persistir en los niños es que de alguna manera ellos pueden tener el control de la situación.

Estos temores pueden llevar al niño a un estado de hipervigilancia de las respuestas de los padres, originándose así un incremento de la ansiedad que en ciertas ocasiones podría dominar la vida interna y alterar su crecimiento emocional⁽⁹⁾.

Respecto a la distribución de los trastornos por edades y sexo, se realizó un análisis descriptivo, en el cual destaca la diferencia en cuanto al grado de externalización de los conflictos. Mientras que los niños manifiestan en mayor proporción trastornos de conducta por exaltación, las niñas presentan generalmente alteraciones en el área emocional afectivo. Al igual que en estudios anteriores⁽⁵⁾, estos resultados y la experiencia clínica indican que las consecuencias del divorcio difiere de forma cualitativa según la edad del niño, aunque hay que tener en cuenta que no parece existir una correlación entre la edad y la intensidad del trauma.

El período que sigue a la separación resulta siempre tenso para los miembros de la familia. Deben negociar nuevas pautas de funcionamiento mientras que los programas que gobernaban la vieja familia todavía controlan sus respuestas habituales. En el período de transición de una forma familiar a otra se puede diagnosticar erróneamente la búsqueda de nuevas pautas y el consecuente dolor. Podemos considerar desviado lo que es en realidad un intento creador de un organismo familiar de desarrollar una nueva forma.

Todo y que el divorcio no puede entenderse como causa de patología, sí es cierto que en la muestra estudiada, tanto la que se refiere a los padres como a los

262 hijos, han aparecido tras el estudio psicológico de éstos, un conjunto de sintomatología con un cierto poder patológico. Hay que tener en cuenta, que en un proceso como el del divorcio, en el cual todos los miembros de la familia sufren un fuerte estrés no debemos caer en el error de etiquetar a los sujetos con diagnósticos con-

cretos, que no harían otra cosa que patologizar a éstos. Sería conveniente realizar una mediación y un seguimiento de cada familia, con la finalidad de ayudar tanto a los padres como a los hijos a encontrar nuevas pautas de comportamiento que les permita reorganizar sus vidas y conseguir de nuevo su equilibrio emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*, 1990:797-800.
- 2 Hess RD, Camara KA: Post-divorce family relationships as mediating factors in the consequences of divorce for children. *J Soc Issues* 1979;**35**:79-96.
- 3 Hetherington EM. Children of divorce. En: Henderson R, ed. *Parent-Child interaction: Theory, research and perspectives*. Nueva York: Academic Press, 1980.
- 4 Hetherington EM. Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *J Am Acad Child Psychiat* 1985;**24**:518-530.
- 5 Mardomingo Sanz MJ. Divorcio y separación de los padres. *Psiquiatría del niño y del adolescente* 1990:623-638.
- 6 Pirooz S. Terapia matrimonial o de pareja. En: Kaplan, Sadock. *Tratado de Psiquiatría*, 1990:1437-1445.
- 7 Rutter M. Parent-Child separation: Psychological effects on the children. *J Child Psychol Psychiat* 1971;**12**:233-260.
- 8 Sadok VA. Otras condiciones no atribuibles a un trastorno mental. En: Kaplan, Sadock. *Tratado de Psiquiatría*, 1990:1867-1872.
- 9 Wallerstein JS. Changes in parent-child relationships during and after divorce. En: Anthony EJ, Pollock GH, eds. *Parental Influences in Health and Disease*. Boston: Little, Brown, 1985.
- 10 Wallerstein JS. Children of divorce: The psychological tasks of the child. *Am J Orthopsychiatry* 1983;**53**:230-243.
- 11 Wallerstein JS. The child and vicissitudes of divorce. En: Lewis M. *Child and adolescent Psychiatry*.

J. L. Pedreira Massa¹
M. Eguiagaray²

Evaluación de un servicio de Psiquiatría Infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos (RACP)

- 1 Unidad Salud Mental Infantil de Avilés
Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo
- 2 Unidad de Programación, Evaluación y Sistemas
de Información de los Servicios de Salud Mental,
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias

Correspondencia:

J.L. Pedreira Massa
Unidad Salud Mental Infantil. Polígono La Madalena
Hermanos Espolita, s/n
33400 Avilés (Asturias)

The accumulative psychiatric case registers: longitudinal evaluation of the child psychiatric services

RESUMEN

La utilización de un RACP permite evaluar cuantitativamente a un Servicio de Psiquiatría Infantil, pero también aportar datos para una evaluación cualitativa: tasas de prevalencia, incidencia y frecuentación serían la base para iniciar la evolución longitudinal de los derivantes, de los motivos de demanda, de la evolución de las respuestas que diseña el servicio de Psiquiatría Infantil, tanto por procesos diagnósticos como su evolución longitudinal. Por ejemplo se detecta el manifiesto incremento de la interconsulta y enlace como forma de intervención, que la psicoterapia obtiene mejores resultados que el seguimiento y control periódico, que los motivos de derivación expresados por familias y pediatras son bastante coincidentes pero muy diferentes a los evaluados en la unidad específica.

PALABRAS CLAVE

Registro acumulativo de casos psiquiátricos;
Evaluación; Psiquiatría Infantil; Longitudinal.

ABSTRACT

The Accumulative Psychiatric Case Registers are good instruments in order to obtain both quantitative and qualitative information: prevalence rate, incidence rate, longitudinal evaluation of paediatric criteria to refer, evaluation of therapeutic intervention in Child Psychiatric Services in the diagnostic process and the longitudinal follow-up and evaluation. Increasing liaison consultation as a therapeutic intervention, the psychotherapy is better than periodical follow-up consultation, paediatrician and family demand is the same but very different from that of the clinical evaluation in Child Psychiatric Services, are some conclusions all of them.

KEY WORDS

*Accumulative psychiatric case register; Evaluation;
Child Psychiatry; Longitudinal follow-up.*

264 INTRODUCCIÓN

La evaluación de servicios y programas es algo que aparece con gran fuerza en los últimos tiempos, entre otras razones por la repercusión de la situación económica, el debate sobre la cobertura de los servicios públicos, etc.

Pero hablar de evaluación en Unidades de Psiquiatría Infantil, nos parecería una exageración. Puesto que para evaluar algo, ese algo debe tener, cuanto menos, una existencia. Éste no es el caso de la Psiquiatría Infantil en España, al menos de forma general.

Un tercer aspecto consiste en los instrumentos a utilizar para la evaluación y el uso que de ellos vamos a hacer. Los RACP parece que se están demostrando como útiles y fiables en servicios dedicados a la atención psiquiátrica de la edad adulta, pero existen pocos estudios sobre su aplicación para edades inferiores a los 14 años.

Estos tres grupos de razones han fundamentado nuestra reflexión e intentado contestar algunas preguntas: ¿Qué se pretende evaluar y para qué la evaluación?; ¿Cómo realizar la evaluación?; ¿Qué tipo de indicadores introducir?

APROXIMACIÓN AL OBJETO DE LA EVALUACIÓN

La Epidemiología Psiquiátrica en la Infancia participa del concepto general de ser un método que tiende a la integración, que es una disciplina ecléctica y cuyos conceptos y métodos derivan de varias disciplinas (estadística, sociología y biología), tal y como expusieron Lilienfeld y Lilienfeld⁽¹⁾. Por lo tanto nos preguntaremos sobre: la evaluación de la frecuencia de presentación de los trastornos; de la distribución de esos trastornos profundizando sobre los factores que influyen y/o se asocian para variar su frecuencia y distribución en la población infantil y, por fin, hay que señalar que el método básico utilizado es la comparación de resultados.

La atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia no ha sido una constante en los diferentes proyectos de reforma asistencial que se han venido implantando en España en la última década. Incluso el propio documento Ministerial adolecía de inconcreciones y generalidades, posteriormente se re-

pitieron casi textualmente en la propia Ley General de Sanidad y en la práctica el equívoco ha sido generalizado, a tenor de las diferentes publicaciones sobre el tema tanto de la propia Administración Sanitaria como de diferentes grupos de profesionales.

El equívoco, mantenido por algunos administradores y planificadores secundados por algunos profesionales, consiste en confundir atender a la infancia con trastornos emocionales y "ver los niños/as que vienen". Con ello la posibilidad de comparar los resultados se dificulta mucho.

En nuestra propia comunidad autónoma tampoco la atención ha sido homogénea. Las bases generales de la asistencia ya han sido expresadas de forma reiterada, por ello solo señalaremos: existencia de cuatro Unidades específicas de Salud Mental Infanto-juvenil en la zona central de Asturias y apoyo en un tercer nivel al resto de las áreas sanitarias Serrano y Pedreira⁽²⁾.

Para tener una base real hemos preferido utilizar como datos empíricos los referidos a una sola Área Sanitaria, la que tiene como base Avilés. Se compone de nueve Consejos con una población de 169.154 habitantes de los que 41.283 tienen menos de 14 años, tope de edad incluido en las Unidades de Salud Mental Infantil (Censo de población de 1987). Existe una Unidad específica de salud Mental Infantil que ha tenido, hasta recientemente, una composición de 1-2 Paidopsiquiatras, 1-2 Psicólogos Clínicos Infantiles y 1 Trabajadora Social.

APROXIMACIÓN AL INSTRUMENTO DE LA EVALUACIÓN

Desde hace unos treinta años se está extendiendo el uso de los Registros de Casos para la evaluación e investigación en Programas y Servicios de Salud Mental. La recomendación realizada por la OMS de su utilización en la década de los cincuenta, tuvo que esperar a que grupos de investigadores y las administraciones decidieran a desarrollar este instrumento. Los teóricos del RACP agruparon sus experiencias en un texto de singular relevancia coordinado por Henderson, Gulbinat, Giel y Ten Horn⁽³⁾ que ha terminado por convertirse en un clásico de la materia a pesar del poco tiempo transcurrido desde su publicación. Para la etapa infantil su uso ha sido tan extendido y todavía existen escasos trabajos de investigación sobre la materia^(4,5).

Tabla 1 Adaptación a la etapa infanto-juvenil del modelo de Goldberg y Huxley

Niveles	Comunidad		Atención primaria		S. especializado	
	I	II	III	IV	V	
Prevalencia anual media	Morbilidad muestra aleatoria 250-290	Morbilidad total en A. 1ª 230	Morbilidad aparente Pediatria 115	Total pacientes en Psq. Inf. 30	Niños/as hospital e institución 3	
Filtros		1ª	2ª	3ª	4ª	
Características Individuo clave	Comportamiento de enfermedad Niño/a familia	Detectar trastor. infancia Pediatra, Profesor Ser. Soc.	Derivar Psiq. Inf. Pediatra Confiar en capacidad manejo		Ingreso: Hosp. o Inst. Infantil Psiquiatra Infantil Disponer de camas Existencia Serv. adecuados en comunidad	
Factores que operan sobre individuo clave	Tipo y gravedad síntomas, Estrés psicosocial Patrón enfermedad Etapa desarrollo	Técnica: entrevista Fact. personalidad Entrenamiento y actitud a métodos de evaluar	Dispon. y calidad Serv. Psiq. Inf. Actitud Psiq. Inf. Síntomas niño/a			
Otros factores	Actitud familia Disp. serv. pediat. Medios econ. tratos	Tipo síntomas Soc-econ-demogr. Formación pediatra	Actitud hacia y de infancia y familia		Riesgo hacia el u otros Actitud niño/a y familia	
Instrumentos	Encuestas	Escalas Técs. evaluación +++	Téc. derivación Protocolos +++		Retraso en desarrollo Servicios Sociales Evaluación Formación	
Acción positiva de la interconsulta						

Fuente: Goldberg y Huxley (1980), modificada y adaptada a infancia: Pedreira (1992).

En España se han desarrollado pocos sistemas de información en la última década. Alguno de ellos ha utilizado el RACP, tal es el caso de nuestra Comunidad Autónoma; García, Aparicio y Eguiagaray⁽⁶⁾ que ha incluido también la etapa infantil en el registro.

Los RACP se usan para estudios epidemiológicos de varios tipos, pero hay que conocer la extensión del territorio que abarcan y los objetivos con los que se desarrollan dichos instrumentos. Sobre todo porque la fuente de información es el conjunto de la población, pero *su estudio es de la parte de población que toma contacto con los servicios especializados*, es decir sus datos se refieren a los niveles IV y V de la pirámide de Goldberg y Huxley⁽⁷⁾ y puede evaluar el funcionamiento de los filtros 3 y 4 de dicha pirámide (Tabla 1). Su ventaja es que los casos que constan en el RACP son representativos de la población derivada de forma individual a los servicios de Salud Mental del área que recoge información ese registro. Por lo tanto puede ser un gran instrumento para la evaluación y para los estudios de investigación con procedimientos de caso-control, tal y como señalan Verhulst y Koot⁽⁸⁾.

Un ejemplo de lo anterior puede venir representado por la evaluación del origen de la demanda y que aportan los RACP con gran fiabilidad (Fig. 1). En ella observamos el

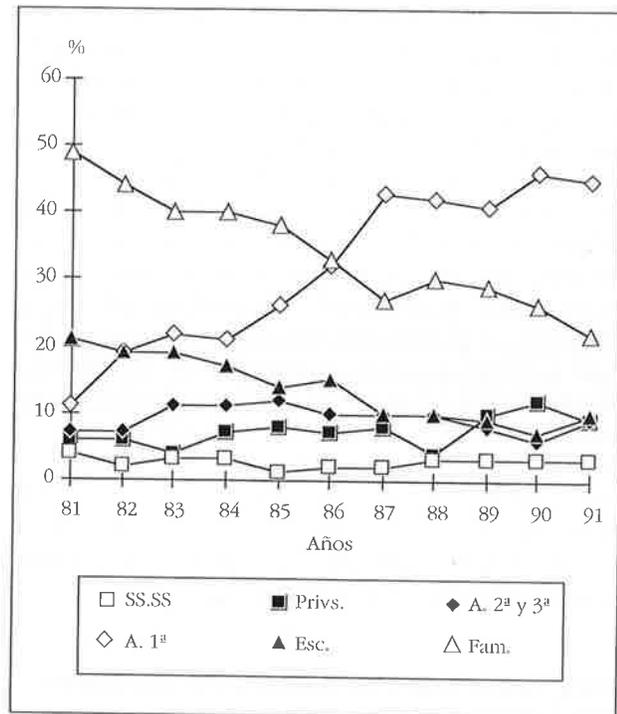


Figura 1. Derivantes a salud mental infanto-juvenil.

266

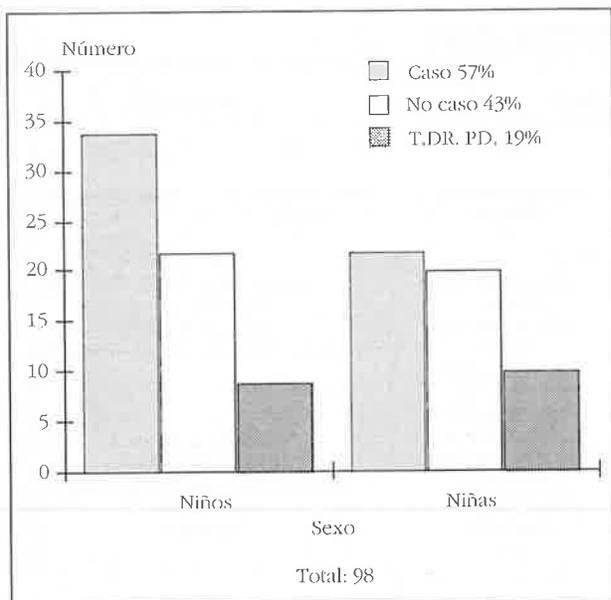


Figura 2. Características generales segunda fase investigación.

incremento evidente de derivaciones desde la A.1ª y que ello ocurre desde 1986, año en que se inició el desarrollo de estos dispositivos según la Ley General de Sanidad; pero también existen otros datos dignos de mención: estabilización de la demanda desde los servicios sociales (a pesar que desde 1989 se inició el desarrollo de los servicios psicopedagógicos en y desde la escuela por la Ley de Integración), incremento de las derivaciones de los servicios privados (la ponemos en relación con la aceptación de nuestra forma de intervención, dada la dificultad de este tipo de derivaciones en otros sectores). Un segundo ejemplo sería la comparación entre los casos de niños/as que acuden al Pediatra de A.1ª que presentan algún trastorno emocional y los que de ellos deriva el Pediatra a los dispositivos de Salud Mental Infantil, Sardinero y Pedreira⁽⁹⁾ han constatado que (Fig. 2 y tabla 2) que en el 30,2% existen este tipo de trastornos en edades comprendidas entre los 6-11 años de edad, de ellos solo uno de cada tres es derivado al dispositivo especializado.

APLICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS RACP EN LA INFANCIA

En la actualidad dos son los grandes grupos de

Tabla 2 Tasa de prevalencia de trastornos mentales en la atención primaria pediátrica entre los 6 y los 11 años

	Niños	Niñas	Total
Número casos estudiados con CBCL	123	112	235
Número casos con puntuación ≥ 70	37	34	71
Tasa prevalencia estimada (%)	30,1	30,4	30,2

estudios epidemiológicos que se emplean: los derivados de la epidemiología descriptiva y los de la epidemiología analítica. La *epidemiología descriptiva* aporta datos necesarios para poder responder algunas de las cuestiones que se plantean en torno a la planificación de la Salud Mental de la Infancia. Mientras que la *epidemiología analítica* se emplea más en investigaciones para comprender factores etiológicos de los trastornos emocionales en la infancia.

Información para ambos grupos de estudios epidemiológicos podrían ser obtenida desde los RACP, pero para ello deben cumplirse una serie de requisitos. Los de tipo general han sido ya expuestos por varios autores como Wing⁽³⁾, Giel⁽³⁾, Ten Horn⁽³⁾, Tansella⁽¹⁰⁾ y entre los de nuestro país por Eguiagaray⁽⁶⁾, Pons y cols.⁽¹¹⁾, García y Aparicio⁽⁶⁾ entre otros. Para la etapa infantil Ten Horn y Pedreira⁽¹²⁾ han ampliado y matizado algunos aspectos, sobre todo en orden a la utilización posterior de los datos, de forma resumida: *Deben ser recogidos sólo datos útiles; de forma simple y manejable para poder ser comparados con datos demográficos oficiales; posibilidad de definir y redefinir problemas para facilitar la planificación de servicios y unidades; control sobre la terminología utilizada; posibilidad de establecer un tratamiento estadístico; confidencialidad y posibilidad de establecer estudios de tipo longitudinal.*

De la conjunción de ambas posibilidades vemos que para fines de evaluación nos interesan los datos que se obtienen desde la *epidemiología descriptiva* y que se aportan como "datos administrativos". Estos datos administrativos pueden generar hipótesis sobre posibles factores etiológicos, pero también reconocer determinados trastornos obtenidos en otro tipo de investigaciones etiológicas con el fin de (re)orientar la planificación de los servicios. Por ello

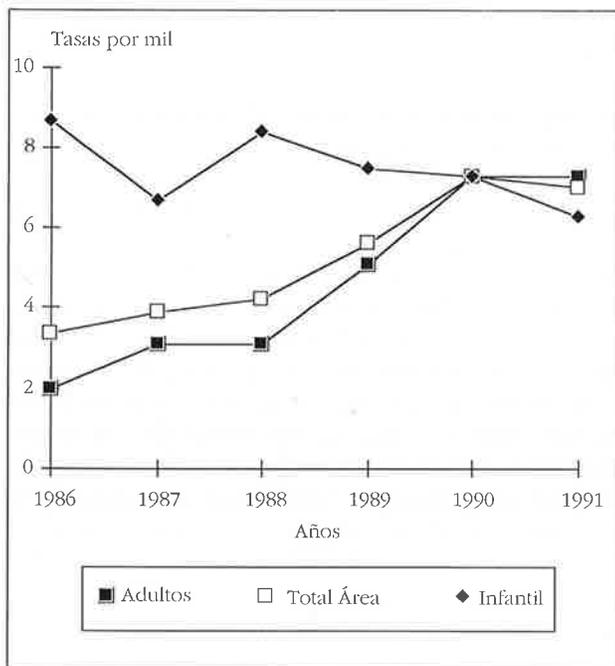


Figura 3. Tasa incidencia Área III Salud Mental.

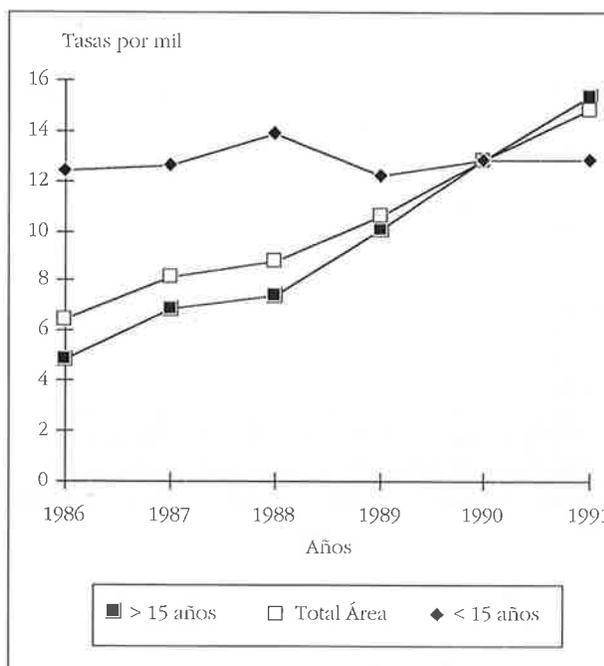


Figura 4. Tasas de prevalencia Área III Salud Mental.

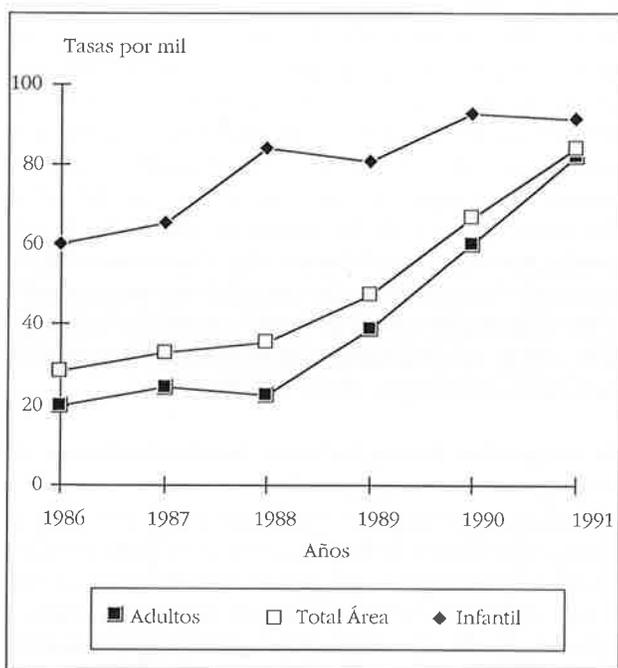


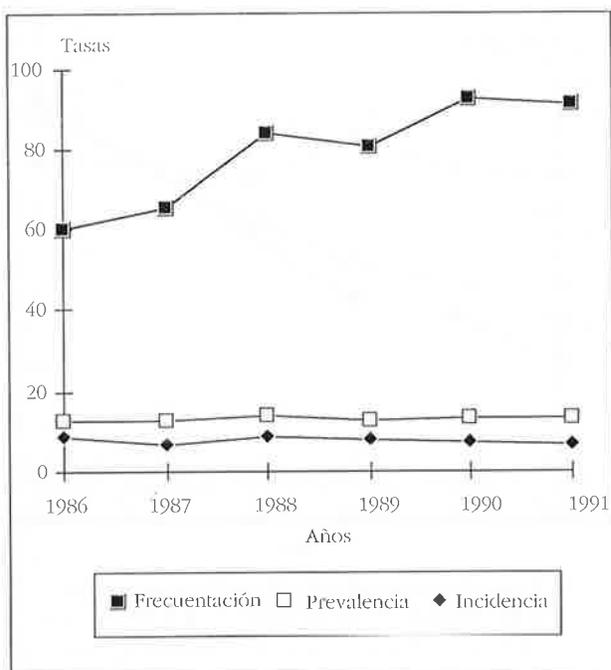
Figura 5. Tasas de frecuentación Área III Salud Mental.

los datos epidemiológicos aportan una información descriptiva necesaria para contestar cuestiones importantes tanto para la planificación como para la prevención. La información aportada podrá ser tomada como una información para evaluar las necesidades para dotar un servicio particular de salud mental (en este caso Salud Mental para la infancia y la adolescencia) o para la evaluación del funcionamiento de ese servicio y de sus medidas preventivas particulares.

Entre las posibles *Aplicaciones de Evaluación* de los servicios de Salud Mental Infantil para las que sirven los datos de la *Epidemiología descriptiva* obtenidos por los RACP incluimos, siguiendo a Verhulst y Koot⁽⁸⁾:

Determinación de la frecuencia y la duración de los trastornos mentales en la infancia en la población general

En nuestro caso se comprueba que las tasas de incidencia y prevalencia se mantienen bastante constantes mientras que la de frecuentación se incrementa de forma importante en los últimos años (Figs. 3, 4 y 5).



Figuras 3, 4 y 5. Incidencia, prevalencia y frecuentación Área III Unidad Infantil.

Investigación de los rasgos históricos y culturales en la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en la infancia y el aislamiento de factores que influyen para que el desarrollo de la psicopatología en la infancia tome una evolución favorable

Desarrollamos una investigación sobre la prevalencia de trastornos por Déficit Atencionales con Hiperactividad en una población escolar de un Área sanitaria de Asturias^(1,2), se demostró que la tasa de prevalencia de este tipo de trastornos en los dispositivos de SMI era tres veces inferior a la que aparecía en la población escolar (Tabla 3), pero sin embargo la mayoría buscaban otro tipo de respuestas sobre todo de tipo psicopedagógico.

Determinación de variables sociológicas (p.e. sexo, edad, raza, etc.) con las manifestaciones psicopatológicas

Recientemente hemos desarrollado un estudio de la prevalencia de trastornos mentales por edades y sexo, se constata una serie de resultados de singular relevancia (Tabla 4) por la diferente forma de prevención de los

trastornos y, por lo tanto, la diferente incidencia que tendrá la intervención en ambos sexos.

Cuantificación de las necesidades de Servicios de Salud Mental Infantil

La figura 6 representa una fiel expresión de una lectura diferente de unos mismos datos obtenidos de la información del RACP de nuestra comunidad autónoma: dos Áreas sanitarias la VII y la VIII que poseen similares variables sociológicas y sin embargo las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en la infancia son muy dispares, la única variable diferente es la existencia en el área VII de una Unidad de Salud Mental Infantil. La lectura epidemiológica-administrativa (en el mejor de los casos): no existe demanda suficiente para crear una Unidad específica en el Área VIII; por contra la lectura clínico-epidemiológica: en el Área VIII existe una demanda potencial, imposible de cuantificar, a la que no se da ningún tipo de respuesta.

Evaluación del funcionamiento de los Servicios de Salud Mental Infantil

En la Unidad de Salud Mental Infantil que nos ocupa en el año 1986 se asumía un porcentaje de la demanda que oscilaba entre el 45-55% para un total de nuevas demandas en torno a 400 casos nuevos al año. En 1991 se asumió el 83% (Fig. 7) de la demanda recibida de los 386 casos nuevos vistos, lo que en números absolutos supuso en torno a 120 casos más asumidos que en épocas precedentes aunque el número de primeras disminuyese. Además las respuestas ofertadas por la Unidad variaron sensiblemente (Fig. 8) incrementándose las intervenciones psicoterapéuticas y disminuyendo sensiblemente las de seguimiento y control, pero sobre todo existe un incremento de especial relevancia: el manifiesto incremento de las interconsultas.

Investigación de los factores involucrados en el proceso de solicitar ayuda

Creemos que algunos datos anteriores merecen la pena comentarlos: la modificación de la toma a cargo ¿es un incremento real de las tasas de prevalencia o, por el contrario, se debe a otro tipo de factores? Un análisis detenido nos lleva a asegurar que, a pesar que nuestros pediatras aún detectan sólo un tercio de los trastornos emocionales que se les presentan, la labor de interconsulta ha tenido un impacto real a la hora de la detección

Tabla 4 Comparación por sexos de la demanda a un servicio de Salud Mental de la infancia y la adolescencia

<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>
Dos tercios de la demanda	Un tercio de la demanda
Síntomas desadaptativos	Síntomas adaptativos
Organizaciones reactivas	Organizaciones más estructurales
Aparición 1-1,5 años más tarde el mismo trastorno que las niñas (de media)	Aparición 1-1,5 años más precoz el mismo trastorno que en los niños (de media)
Detección más precoz	Detección más tardía
Intervención más precoz	Intervención más tardía
Intervención más puntual (counseling, consulta-terapéutica, terapia focal)	Intervención más prolongada que niños (psicoterapias más prolongadas)
Mayores posibilidades de intervención preventiva	Menores posibilidades de intervenciones preventivas
Trastornos adaptación y conducta y problemas de aprendizaje	Trastornos depresivos y de expresión
Menos tomas a cargo que en niñas	Más tomas a cargo que en niños
Acuden más regularmente a AT. 1ª	Acuden con menos regularidad a At. 1ª
Mayores cuidados sanitarios	Menores cuidados sanitarios
Las tasas globales tienden a equipararse en la adolescencia	
Motivos de demanda en la adolescencia más similares en ambos sexos: trastornos de la conducta, clínica de expresión psicossomática, crisis de ansiedad y trastornos de personalidad.	
Menor prevalencia en edad adulta (menos toxicomanías)	Mayor prevalencia en edad adulta (menos toxicomanías)

Fuente: Pedreira JL; Rodríguez-Sacristan J y Zaplana J. (1992)

y la toma de decisión de derivar a SMI, dado que quizá deriven menos en números absolutos pero los casos derivados están mejor derivados, por lo que tienen que ser asumidos en mayor proporción. Otro grupo de factores que modifican la intervención se centran en la aparición de otro tipo de dispositivos que pueden dar respuestas a la infancia con problemas, p.e. nuestras intervenciones de apoyo social disminuyen de forma sensible desde el año 1988 justo cuando se inicia el desarrollo de Centros base de Servicios Sociales en nuestra Comunidad Autónoma.

Implantación y evaluación de medidas preventivas

Un dato de especial valor lo ciframos en la detección y atención de problemas emocionales en niños/as menores de cinco años, precisamente por la importancia de la intervención precoz y el gran valor preventivo para el desarrollo emocional y psicosocial posterior. La tabla 5 nos demuestra el tipo de datos que recogemos, un dato relevante es que los Pediatras constataron que en este grupo existía una bolsa de grandes frecuentadores

de su servicio, al establecer un trabajo específico conjunto para abordar estas dificultades nos comunicaron que la frecuentación de los integrantes del grupo había disminuido de forma evidente.

La clave de mayor interés de los RACP en Salud Mental Infantil es la posibilidad de acumular la información, tanto de los sujetos como de los servicios. Esta perspectiva abre la posibilidad de desarrollar con rigor y de forma fundamentada los *estudios longitudinales*, sobre todo porque están constituyéndose en la referencia obligada de las investigaciones en psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Pero es preciso delimitar con precisión lo que entendemos por estudios longitudinales desde los RACP, uno de nosotros Pedreira⁽¹⁴⁾ ha enmarcado los límites que se incluyen en la evaluación de dicha longitudinalidad:

Longitudinalidad evolutiva de cada proceso y para cada usuario

Tiene la posibilidad de asociar esa evolución por cuadros diagnósticos y con las intervenciones terapéuticas diseñadas por el equipo asistencial.

270

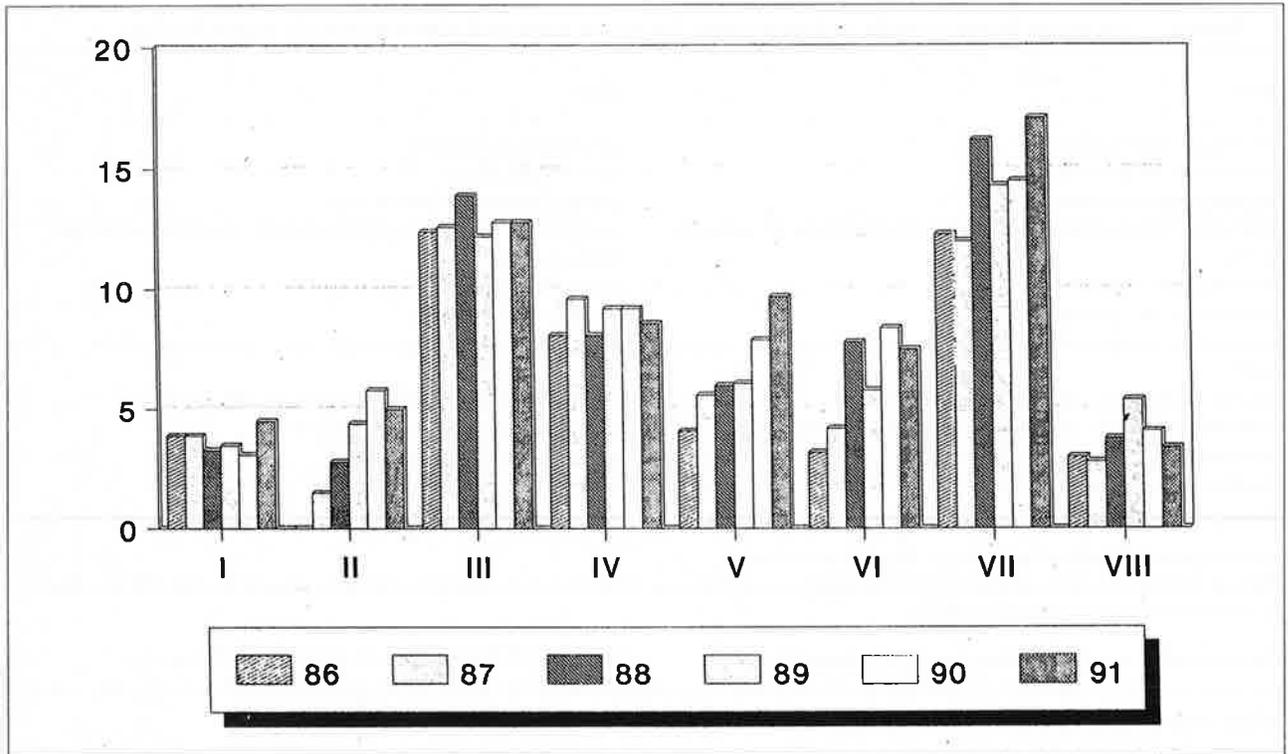


Figura 6. Evolución prevalencia infantil por mil habitantes inf. 1986-1990.

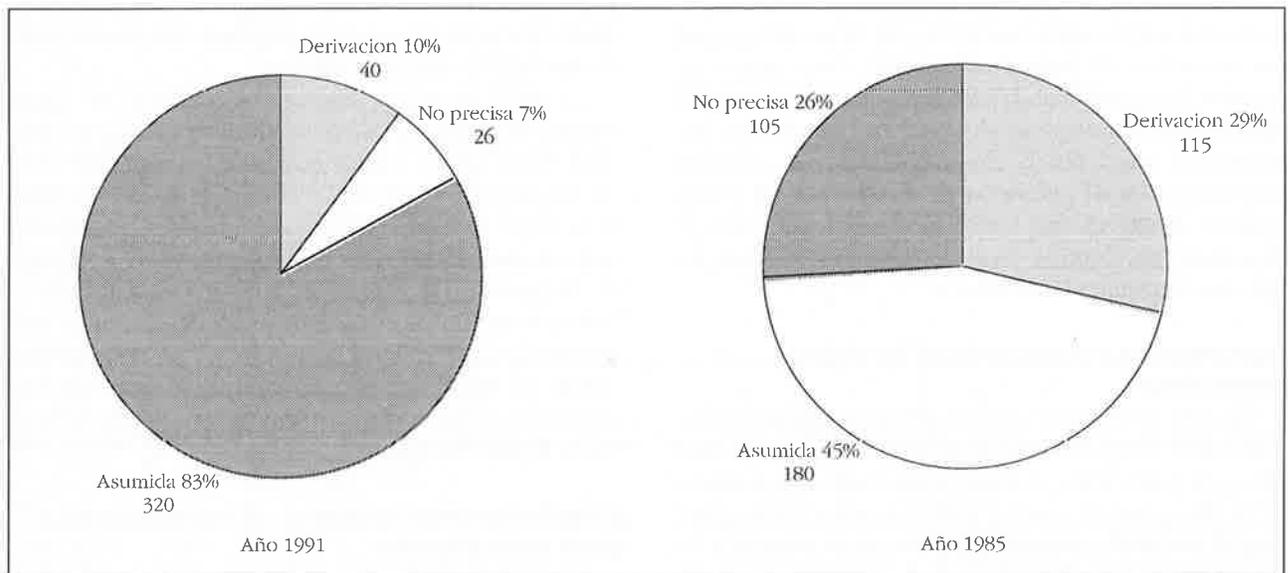


Figura 7. Demanda asumida 1985 y 1991. Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés.

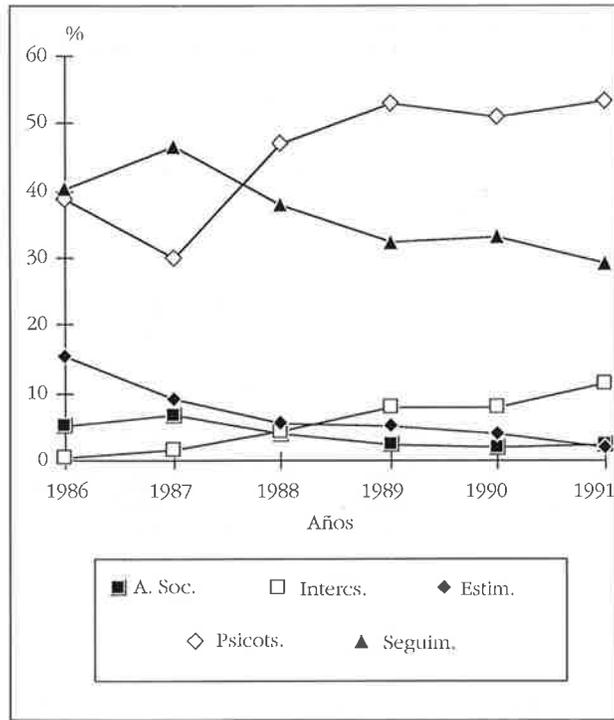


Figura 8. Tipo de intervención. Demanda asumida.

En algún trabajo precedente hemos expresado dos líneas de investigación que aplican esta premisa. En la tabla 6 exponemos por grupos diagnósticos y por intervenciones la evolución al cabo de un año de los casos asumidos, en ella se constata que los trastornos de la organización de la personalidad en la infancia y los de adaptación y conducta son los dos grupos que precisan una mayor continuidad terapéutica. Un segundo grupo de interés se centra en establecer un perfil de posibles intervenciones por grupos de demandas y así lo hemos intentado realizar en la figura 9.

Longitudinalidad para el análisis de las diferentes respuestas

Lo desarrolla un equipo asistencial en un mismo territorio para cada grupo diagnóstico o a lo largo de un período de tiempo. Con ello se establecerá el patrón de utilización y respuesta de los Servicios de Salud Mental en la etapa de la infancia y adolescencia.

Como ejemplo podemos citar las derivaciones que realiza nuestro dispositivo de SMI en dos años sucesivos (Fig. 10): sobresale que la A.1ª y la cobertura psicope-

dagógica, pero queremos destacar algo relevante: tras años de resistencia a utilizar dispositivos intermedios hemos visto que los necesitamos, que en la infancia y adolescencia tienen sus indicaciones.

Con todo existe un sesgo importante dependiendo del tipo de lectura e interpretación que se haga de los datos obtenidos por éste o cualquier otro sistema, solo que con el RACP se tiene el peligro del "razonamiento objetivo" y "aportado por el propio servicio". Estas posibilidades de lectura se sintetizan en las dos siguientes:

Análisis cuantitativo de los datos

El análisis cuantitativo de los datos es algo necesario, pero también algo más complejo que la mera exposición cuantitativa de esos datos. Análisis implica: estudio e interpretación de esos datos para formular hipótesis o bien para obtener conclusiones, por lo tanto dicho análisis también debe responder a los principios de la complejidad de las situaciones. La linealidad dato-lectura es una simplificación del proceso de evaluación al establecer una relación causa-efecto que elimina los componentes de la propia complejidad. Dentro del análisis cuantitativo de los datos incluimos: las tasas de prevalencia e incidencia, incluso las tasas de frecuentación y otros indicadores del movimiento asistencial, la relación usuarios/profesionales, el estudio de los costes y patrón económico en un periodo de tiempo, etc. Con ser datos básicos y necesarios su fiabilidad puede estar limitada por múltiples factores de diversa índole, incluidos los derivados del propio desconocimiento de profesionales y responsables administrativos sobre la materia objeto de la evaluación. Por ello es fundamental destacar que *los datos de los RACP deben cumplir una labor de feed-back entre los servicios y la administración, de lo contrario su fiabilidad disminuye sensiblemente*⁽¹⁾.

Señalamos aquí lo expresado en cuanto a la diferente lectura de datos iguales dependiendo del énfasis que se quiera dar: clínico-epidemiológico o administrativo-epidemiológico (Fig. 6). Otro dato que hemos aportado con anterioridad se refiere a las cifras absolutas de actos o de demanda asistida, pero con lectura lineal para la dotación de recursos humanos o de otro tipo (Fig. 7).

Análisis cualitativo de los datos

Este tipo de análisis no desprecia los datos cuantitativos, sino que los incluye en un proceso dinámico, relativiza su valor al contrastarlos con otros parámetros

Tabla 5 Formas de expresión de los trastornos mentales en los cinco primeros años

	0-2 años			3-5 años	
	Niños	Niñas		Niños	Niñas
Tasa de prevalencia	1,4%	0,5%	6,03/1000	9%	7,2%
Trastornos psicossomáticos:					
Alteraciones sueño	100%			50%	50%
Trastornos alimentación	67%			50%	44%
Espasmo sollozo	67%			50%	25%
Somatizaciones digestivas				5%	31%
Trastornos funcionales:					
Inquietud	100%			55%	44%
Trastornos lenguaje hablado	100%			45%	63%
Rabietas	67%			55%	44%
Trastornos esfinterianos	33%			30%	19%
Retraído/cobarde				25%	38%
Traumatofilia	33%			15%	
Trastornos motores		100%		10%	
Tics				10%	
Causas somáticas encontradas:			32,5%		
P.C.I.			7,5%		
Anemias sin etiología aclarada			5%		
Sorderas perceptivas			5%		
Ceguerras congénitas			5%		
Dermatitis atópica			5%		
Cardiopatía congénita			2,5%		
Asma			2,5%		
Componentes relacionales:	No se detecta			20%	
Celos entre hermanos				10%	2,5%
Malos tratos				7,5%	

Tamaño muestra prevalencia anual, de usuarios que consultaron menores de 5 años de edad: n=31.

(asistenciales, actividad por programas desarrollados, datos poblacionales, etc.) y *permite abrir preguntas y formular hipótesis sobre los estilos de trabajo* de cada servicio, que en definitiva es la base fundamental para el proceso de evaluación de un servicio asistencial. Ello introduce *la relatividad de los datos cuantitativos* y relaciona varios entre sí obteniendo *indicadores* diversos, que en la infancia *expresan tendencias*⁽²⁾ en los estilos de trabajo y/o en el proceso de atención a los sujetos infantiles y a sus familias, dado que introduce en uno y otro factor las variables específicas del propio *proceso de desarrollo*. La complejidad de este tipo de análisis es muy evidente y no se encuentra al alcance de

muchos evaluadores, dado que precisa de flexibilidad y conocimiento del sector más allá de la mera formulación y/o aplicación mimétrica de patrones obtenidos de otros ámbitos. Pero el mero cualitativismo en la evaluación sin el aporte adecuado de los datos cuantitativos podría quedar en una declaración de principios más o menos bienintencionada o en meras fundamentaciones ideológicas, ambos aspectos pueden ser interesantes pero poco aplicables para una evaluación real de servicios y unidades.

Los índices nos pueden señalar lecturas de tendencias clínico-epidemiológicas, así en las tablas 7 y 8 se puede observar alguna de las modificaciones de estos índices en

Tabla 6 Evaluación de la evaluación de dos tipos de prescripciones al año de su inicio

	Psicoterapia		Seguimiento	
Trastornos de adaptación y conducta	4 (2%) (*)	1 (25%) (**)	30 (14%) (*)	23 (77%) (**)
Retraso madurativo	-	-	18 (8%)	16 (89%)
Trastornos psicósomáticos	3(1%)	3 (100)	7 (3%)	4 (56%)
Trastornos esfinterianos	5(2%)	5 (100)	24 (11%)	20 (83%)
Trastornos de dinámica familiar	3(1%)	3 (100)	18 (8%)	16 (89%)
Malos tratos	-	-	1 (1%)	-
Trastornos relacionales	2(1%)	2 (100)	12 (6%)	6 (50%)
Trastornos escolares	-	-	17 (8%)	16 (94%)
Trastornos de personalidad	7(3%)	5 (71%)	8 (4%)	7 (88%)
Trastornos de autonomía	-	-	6 (3%)	5 (83%)
Trastornos de alimentación	-	-	6 (3%)	4 (67%)
Trastornos del sueño	3(1%)	3 (100)	9 (4%)	7 (78%)
Trastornos depresivos	4(2%)	1 (25%)	2 (1%)	-
Total casos: 217 (72%)		Total permanencia: 191 (88%)		

* Cifras absolutas y porcentajes sobre la demanda en tratamiento (para toda la columna).

** Cifras absolutas que continúan en tratamiento al cabo de un año y porcentajes sobre los casos asumidos de (*) (para toda la columna).

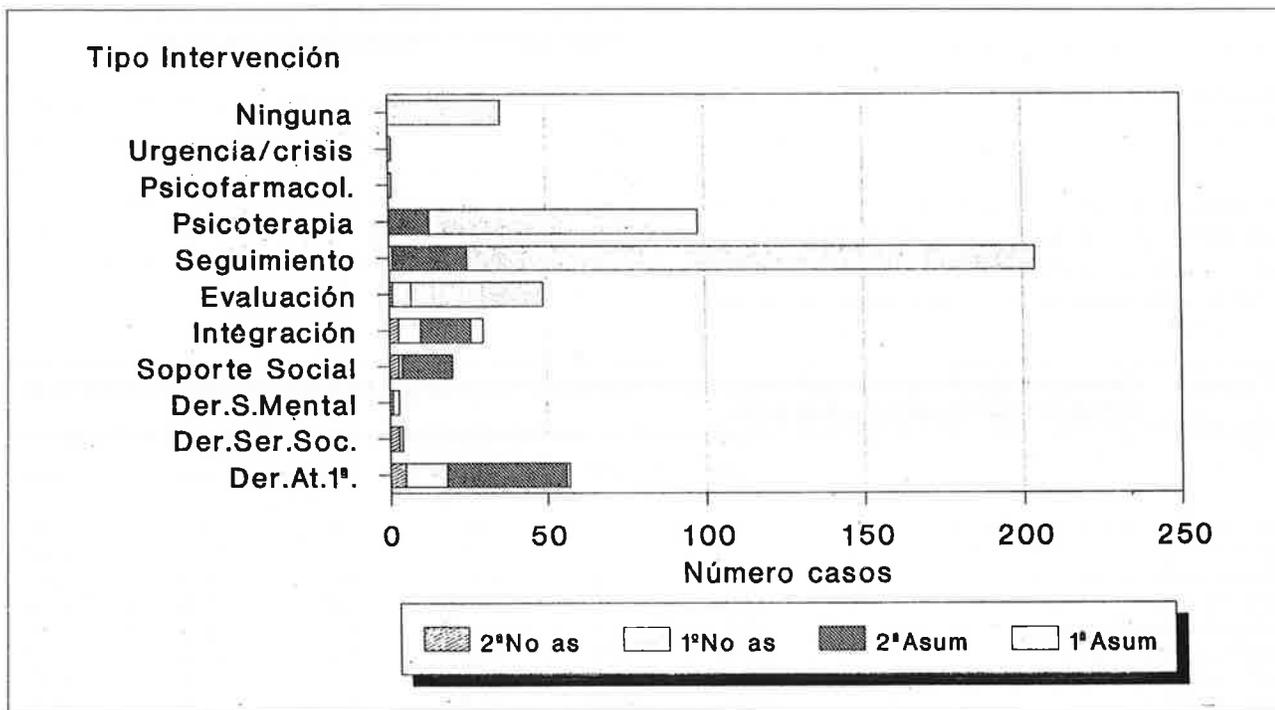


Figura 9. Intervención diseñada 1991, Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés.

274

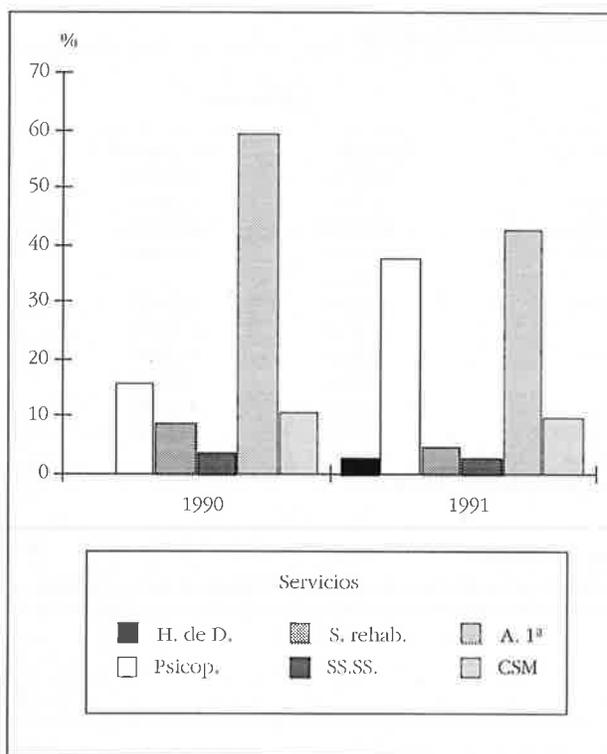


Figura 10. Tipo derivaciones: 1990 y 1991, Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

dos años consecutivos en un mismo servicio y cuya única variación ha sido la modificación de sus integrantes. Dos datos de singular relevancia se aportan en las figuras 11 y 12: la comparación de los motivos sindrómicos de

Tabla 7 Índices derivados del movimiento asistencial

	1986	1987
Actos evaluación/ n° usuarios 1ª	1,6	2,5
Actos repetidos/ n° usuarios 1ª	12,2	7,7
Nº total actos/nº total usuarios	4,9	5,2
Altas/ n° total actos	2,5	6,1
Altas crit. facultativo/nº actos	2,2	5,3
Altas pet. usuario (*)/ n° total actos	0,3	0,8
Altas crit. facultativo/nº usuarios	10,7	27,6
Altas pet. usuario/nº usuarios	1,4	4,3
Altas crit. facul./altas pet. usuario	0,13	0,15

* Altas a petición usuario = altas a petición usuario explícitamente expresado + no aceptación de tratamiento propuesto. Excluye los abandonos de tratamiento.

consulta entre los derivantes profesionales de A.1ª y las familias no son muy diferentes entre sí al compararlos con la opinión de los profesionales de SMI.

DIFICULTADES DE LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

No pretendemos ser exhaustivos en este apartado, por ello vamos a excluir las dificultades generales expuestas para los servicios asistenciales de salud en general o de Salud Mental en particular⁽¹⁵⁾, para exponer algunas de las dificultades específicas para la evaluación de servicios de Salud Mental en la Infancia y la adolescencia.

Tabla 8 Evolución longitudinal de los indicadores para la evaluación asistencial por los datos obtenidos del RACP en la unidad de Salud Mental Infantil de Avilés

	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Promedio diario de primeras consultas	1,20	0,92	1,16	1,04	1,05	0,86
Promedio diario de consultas repetidas	7,11	8,16	10,5	10,21	11,84	11,85
Promedio diario de urgencias	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02
Promedio diario total de consultas	8,33	9,12	11,70	11,27	12,91	12,74
Promedio consultas/usuario	4,84	5,20	6,04	6,67	7,23	7,18
Razón repetidas/primeras	5,91	8,80	8,99	9,78	11,25	13,65
Índice de integración (%)	4,95	10,68	3,36	3,59	3,25	5,05
Índice de altas (%)	12,33	31,96	49,79	42,18	34,98	39,95
Índice de resolución (%)	10,93	27,63	41,94	35,55	27,13	28,44
Índice de Interrupción de la relación terapéutica (%)	1,40	4,33	7,85	6,63	7,85	11,51
Número de actos de retorno	31	69	81	54	91	64

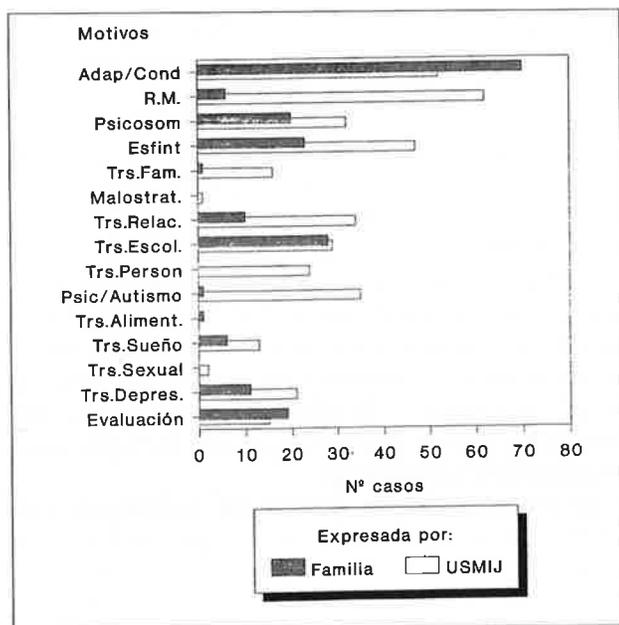


Figura 11. Motivo demanda, 1991: familia-USMIJ. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

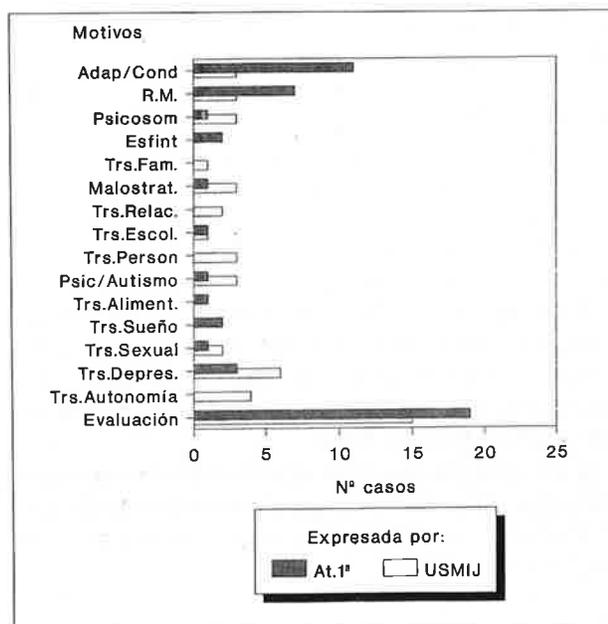


Figura 12. Motivo demanda, 1991: Atención Primaria-USMIJ. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

La primera generación de estudios de epidemiología psiquiátrica en la infancia se caracterizaba por la variedad de metodologías, definición de caso psiquiátrico y procedimientos de evaluación (tanto clínica, como epidemiológica, como de servicios) lo que dificultaba en grado extremo la comparación de los resultados obtenidos. Afortunadamente estudios posteriores, sobre todo los de los últimos diez años, se han caracterizado por una gran uniformidad tanto en la definición de los trastornos como en los procedimientos de evaluación y dicho grado de convergencia es mayor, si cabe, en la etapa infanto-juvenil que en la edad adulta.

Los datos de convergencia, de tipo clínico-epidemiológico, se pueden sintetizar entre otros en los siguientes: los progresos cada vez más rápidos y de mayor trascendencia en la psicopatología del desarrollo; la desconfianza en los sistemas clásicos de clasificación de trastornos mentales; la concepción multiaxial del trastorno mental en la infancia ha ido más allá de la mera formulación teórica o bienintencionada y el respeto a la especificidad tanto en la formulación como en el ejercicio profesional de los técnicos que trabajan en esta etapa de la vida.

Aunque la influencia de estos grupos de factores en la evaluación de servicios es discutida por algunos autores sobre todo de la gestión en España, la gran mayoría de los autores internacionales coinciden en señalarlos como de gran relevancia si se ven con una perspectiva longitudinal. De aquí la importancia de los progresos habidos en la psicopatología del desarrollo que ha puesto de manifiesto algunas cuestiones claves para entender la nueva dimensión de la evaluación de servicios: la longitudinalidad de esa evaluación. En efecto, destacamos entre los escasos estudios longitudinales los siguientes resultados a modo de reflexión y para evitar los simplismos a los que nos referíamos con anterioridad⁽¹⁶⁾:

1. Tras tres años el 50% de los trastornos emocionales y conductuales de la infancia permanecen si son dejados a su libre evolución (Graham y Rutter, 1973).

2. Cuanto más precoz se manifiesten una serie de comportamientos compatibles con un diagnóstico de trastorno de conducta, si se deja evolucionar sin el adecuado abordaje el pronóstico es peor a largo plazo (Robins, 1966; Casadebaig y Chevalier, 1976).

3. Se ha comprobado en estudios longitudinales retrospectivos que una cantidad estadísticamente signifi-

276 ficativa de *adultos con el diagnóstico de conducta antisocial*, presentaban *trastornos similares en su infancia* y no fueron abordados de forma adecuada (Robins, 1978).

4. Tras cinco años de seguimiento se ha comprobado que *2/3 de los diagnósticos de trastornos de conducta realizados con anterioridad a los tres años de edad, permanecen al cabo de cinco años* con pocas variaciones (Richman y cols., 1982).

5. Solamente el *10% de los niños/as diagnosticados como autismo infantil obtienen una aceptable autonomía* en la edad adulta (Manzano y Palacios, 1983; Amar, 1990; Mises y Quemada, 1990; Reboul y Turbe, 1991; Tedo y Faraggi, 1991).

6. Los *niños/as con TDA-hiperactividad* se sabe que presentan *dificultades en la vida adulta* tanto de tipo conductual como cognitivo y en la adaptación social (Taylor y cols., 1991).

7. Se ha detectado como *uno de los factores de riesgo de malos tratos en la infancia*: la gran frecuencia de *consultas a los servicios de urgencias* por causas que son consideradas como "menores" o bien como signos acompañantes de la causa que originó la urgencia (p.e. *signos* de abandono, etc.) (Martínez Roig, 1989; Martín-Álvarez, 1991).

8. *Los accidentes y las tentativas de suicidios* o suicidios consumados se constituyen en las dos causas de la *mayoría de las consultas de urgencias* en los hospitales para los *adolescentes* (Garfinkel y cols., 1990).

9. Una exhaustiva evaluación con seguimiento longitudinal posterior de diferentes programas de prevención de trastornos emocionales ha puesto en evidencia, a pesar de algunas imprecisiones metodológicas de alguno de ellos, que los *programas preventivos* tendientes a prevenir problemas conductuales sólo son *eficaces* cuando se inician *con anterioridad a la edad de escolaridad reglada* (McGuire y Earls, 1991; Brambring y Losel, 1989; Pedreira, 1992).

Como se ve esta visión intenta evaluar el funcionamiento de programas desde una perspectiva clínico-epidemiológica y no sólo con una aplicación descriptiva o cuantitativa de datos obtenidos con una perspectiva administrativo-epidemiológica. Esta visión clínico-epidemiológica incluye la evaluación de la evolución clínica y de las intervenciones (sean de tipo preventivo o terapéutico) con una perspectiva longitudinal, por lo tanto la relación coste/eficacia no sólo es para un corto lapso de tiempo, sino que también debe introducir lo

que podríamos denominar como *"los costes por omisión"*. Es decir pretende incluir en la evaluación aquellos casos que existen en la comunidad, que son detectados por los estudios epidemiológicos en la población y que no son atendidos en los servicios asistenciales, bien sea por desconocimiento de los propios sistemas asistenciales o porque no se les considera como potenciales usuarios de los servicios o por la inexistencia de esos servicios. La conclusión de lo anteriormente expuesto se sintetiza en lo expresado por Van Engeland⁽¹⁷⁾: *no abordar los trastornos emocionales en la infancia tiene tres tipos de consecuencias: incremento del coste social; incremento de las tasas de morbilidad psiquiátrica y, por último, incremento de las conductas anti-sociales en la edad adulta..*

Lo expuesto con anterioridad fue cuantificado por Offord y cols.⁽¹⁸⁾ cuando encontraron que *cinco de cada 6 niños/as con trastornos psiquiátricos e una comunidad determinada no habían hecho uso de servicios específicos de SMI en los seis meses previos a su evaluación*. Similares datos hemos recogido nosotros Serrano y Pedreira⁽²⁾ con nuestro RACP en el que más del 80% de los casos atendidos en dos áreas sanitarias de Asturias (Oviedo y Avilés) tenían una evolución de su cuadro clínico superior a los seis meses antes de ser remitidos a SMI.

En el momento actual las discrepancias en torno al concepto de caso en la infancia están en una fase de resolución, dado que comienza a existir un consenso a la hora de aceptar las tablas de clasificación de los trastornos solamente como algo meramente descriptivo e intentar varios parámetros de referencia para la evaluación. Así se sabe que ha sido el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental de la infancia y la adolescencia uno de los que más ha defendido los sistemas multiaxiales. De esta suerte las críticas que desde la Psiquiatría infantil tenían los CIF-9 y la serie DSM-III se han visto sensiblemente disminuidas con el actual CIE-10, abriendo un campo de esperanza fundamentada. Sobre todo porque el propio Rutter está revisando su sistema multiaxial con los nuevos criterios y ya existe un primer *proyecto eje V para los factores psicosociales en la infancia y adolescencia* (desarrollo de los códigos Z de la CIE-10) de una gran relevancia. Esta flexibilidad de la multiaxialidad *pretende acercarse a lo que es una etapa evolutiva o es una desviación (problema, desorden o trastorno)* de tal o cuál conducta en la infancia. Si estos componentes multiaxiales se consiguen incorporar a sistemas de RACP (el de Groningen y el Curaçao lo están

intentando desde hace unos años) se podrá investigar sobre el peso y el impacto de los factores psicosociales en la definición y evolución de determinados cuadros psicopatológicos que se presentan en la infancia y la adolescencia.

Por último, otra dificultad se centra en la existencia de profesionales que aborden esta problemática de salud en la infancia y que su labor responda a una formación, cuanto menos, adecuada. No vamos a hacer referencia a los mínimos que los grupos de expertos de OMS-Europa plantean (1985) porque serían escasamente cumplidos en nuestro país y para no aumentar las suspicacias evitamos hacerlo. La importancia de este factor para la evaluación se encuentra, entre motivos, para un adecuado abordaje de los filtros de la Pirámide de Goldberg y Huxley⁽⁷⁾ y, por lo tanto, entra de lleno en lo que hemos venido denominando como evaluación de los estilos de trabajo. En este sentido Ten Horn y Pedreira⁽¹²⁾ han expresado unos indicadores de riesgo detectados en los RACP (en el de Groningen como factor y en el de Asturias como tendencia) que deben ser incluidos en la evaluación de las intervenciones que diseñan los equipos de Salud mental Infantil: *la tendencia a la cronicidad en trastornos mentales de la infancia es mayor cuando a lo largo del primer año de contacto con un dispositivo asistencial intervienen varios profesionales de forma aislada y sucesiva* (por cambio de profesional y/o intervenciones múltiples); *cuando las consultas se espacian más allá de seis semanas entre ellas; cuando el período de evaluación clínica es muy corto; cuando existe un ingreso precoz y prolongado.*

En la tabla 6 se aportan datos acerca de lo expresado con anterioridad, donde se comprueba que, con criterios diagnósticos CIE-9, obtienen pero resultado en un seguimiento longitudinal de un año los casos que estaban en "seguimiento y control" que aquellos otros casos que tenían un tratamiento psicoterapéutico (mismo profesional responsable y frecuencia semanal o quincenal) con diagnóstico similar.

La *respuesta de los profesionales* de los dispositivos tiene una gran repercusión: en la *prescripción de psicofármacos* se ha estudiado quien prescribe con más probabilidad este tipo de tratamiento ante un mismo problema emocional o conductual en la infancia, Van Engeland⁽¹⁷⁾ ha concluido que si acude a un Médico de Familia la probabilidad es un 34%, si es un pediatra se reduce a un 30% y un Psiquiatra lo haría en un 26%, pero

si acude a un Psiquiatra Infantil la probabilidad disminuye de forma altamente significativa pues solamente tendría la probabilidad de recibir psicofármacos en un 3,5-5%. Casi se podría parafrasear a Navarro y decir que de lo que antecede se podría deducir que la Psiquiatría Infantil es necesaria aunque sólo fuera para preservar a los niños/as de intervenciones bienintencionadas pero poco eficaces y, desde luego, caras.

Pero existe un dato de mayor relevancia, un somero análisis de las referencias históricas de la atención a la infancia nos pondría sobre la pista que los escasos e incompletos recursos existentes para desarrollarla han tenido que asumir lo que les llegaba; con estos precedentes cuando se pone en marcha un dispositivo "nuevo" se crean una expectativas de complementariedad y ayuda que, en muchas ocasiones, no se satisfacen o se burocratiza tanto la respuesta que los servicios previamente existentes desisten de remitir nuevos casos y continúan con su toma a cargo, aunque fuera incompleta. Esta reflexión cualitativa y longitudinal nos la aporta el análisis de las respuestas que se notifican el RACP y la evolución de las derivaciones desde los servicios de atención a la infancia. En otros términos: *los servicios de atención a la infancia, sobre todo los de A.1ª de salud que están muy asentados en la población, se constituyen en un indicador muy sensible y fiable de la satisfacción de los usuarios y de las otras agencias sociales de un territorio acerca de la toma a cargo que realizan las Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles de ese territorio.* Si esa toma a cargo no aporta nada nuevo a lo que venían realizando se observará que tras un inicial incremento, probablemente brusco, aparece una disminución lenta y constante más allá de la explicada por el descenso del censo en esa edad. Si por el contrario la toma a cargo resulta satisfactoria las tasas de prevalencia permanecerán con pocas variaciones y se modificarán al alza las tasas de frecuentación, incluyendo una modificación cualitativa de las derivaciones (aunque sean menos en número estarán mejor discriminados los casos y, por lo tanto, la cantidad de casos asumidos por SMI será mayor en tasa como en números absolutos). Ello implica aportar instrumentos operativos a los profesionales de Atención Primaria que articule un criterio clínico y asistencial para dar una respuesta unificada a los niños/as que posean alguna dificultad psicosocial⁽²¹⁾. Así se puede incidir de forma efectiva sobre los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud mental desde varios niveles⁽²²⁾.

278 Otro dato para la evaluación es el *tiempo dedicado a la valoración clínica* por parte de los profesionales. Ya Knapp⁽¹⁹⁾ había demostrado que para realizar una simple radiografía de tórax AP a un niño/a se precisaba el doble de técnicos y se empleaba cinco veces más de tiempo que para una idéntica exploración en la edad adulta; Fritz⁽²⁰⁾ ha demostrado que el proceso de evaluación clínica en la etapa adulta dura como media entre 1,5-2 horas, similar proceso de evaluación en la edad infantil precisa una duración media que oscila entre 4,5-6 horas.

CONCLUSIONES

La evaluación de Servicios en Salud Mental Infantil es un proceso y como tal precisa incorporar la perspectiva longitudinal a dicho proceso.

La longitudinalidad incluye: tanto la perspectiva de la evolución (clínica y de los usuarios en edad infantil) como la de los servicios asistenciales (integrantes y estilos de trabajo).

La mera evaluación cuantitativa es claramente insuficiente, debiendo incluirse interpretaciones cualitativas de los datos cuantitativos. Eso precisa un intenso y

continuo feed-back entre los servicios de evaluación y los servicios asistenciales.

Los RACP son instrumentos útiles y fiables para una evaluación en Salud Mental Infantil porque facilitan los estudios longitudinales y aportan datos acerca de los que poder reflexionar cualitativamente, sobre todo de cara a evaluar los estilos de trabajo de los servicios asistenciales de cara a la demanda.

Hay que insistir en que los RACP en Psiquiatría Infantil no solucionan los problemas, sino que solamente los detectan. Por esta razón se precisa introducir criterios de análisis cualitativos e incluirlo en un proceso de mejora continua de la calidad de los servicios.

Existen dificultades de diversa índole para el proceso de evaluación de los servicios de Salud Mental Infantil, algunas son comunes con los dispositivos de salud en general (p.e. coste, valoración por la comunidad, etc), otras son comunes con dispositivos de Salud Mental en general (p.e. la dificultad de las clasificaciones de los trastornos mentales, la dificultad de la definición de las intervenciones, la interacción de factores, etc.), pero existen otras que son específicas de la etapa infantil (p.e. la influencia de la etapa evolutiva, la perspectiva del desarrollo, la influencia/dependencia del medio familiar, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lilienfeld M, Lilienfeld DE. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1980.
- 2 Pedreira JL, Serrano E. Líneas generales de Atención Infanto-juvenil en Asturias. En: Aparicio V, García J, coords. *Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: evaluación e investigación*. Oviedo: Principado de Asturias, 1990:125-180.
- 3 Ten Horn GHMM, Giel R, Gullinat WH, Henderson JH. *Psychiatric case Registers in Public Health*. Amsterdam: Elsevier, 1986.
- 4 Kastrop M. The Case Register in the Psychiatric Services. En: Seva A, ed. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991:343-349.
- 5 Pedreira JL. Psychiatry Case Registers in Child Psychiatry: Clinical management and Epidemiological approach. En: Seva A, ed. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991:387-396.
- 6 García J, Aparicio V, Eguigaray M. Modelos asistenciales y patrones de utilización de servicios: evaluación de los cambios en el marco de la Reforma Psiquiátrica de Asturias. *Rev Sanidad e Higiene Pública* 1988;5/6/7/8:1469-1482.
- 7 Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric Care*. London: Tavistock Publications, 1980.
- 8 Verhulst FC, Koot HM. *Child Psychiatric Epidemiology: Concepts methods and finding*. London: Sage, 1992.
- 9 Sardinero E, Pedreira JL. Los trastornos mentales en la infancia: prevalencia e instrumentos para su detección precoz desde Atención Primaria. *Premio Dr. Valverde-Escudero de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid, 1994.
- 10 Tansella M. *L'approccio Epidemiologico in Psichiatria*. Milano: Boringhieri, 1985.
- 11 Pons I Anton I y cols. Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1992;12:115-124.
- 12 Ten Horn GHMM, Pedreira JL. Epidemiología y Registro de Casos en Salud Mental Infanto-juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1988;7(26):373-390.
- 13 Gutiérrez Bengoechea M. *Estudio de prevalencia de los trastornos de déficit de atención con hiperactividad en el Área Sanitaria 7 de Asturias* [tesis doctoral]. Oviedo: Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo, 1992.

- 14 Pedreira JL. El registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y adolescencia; instrumento válido para la investigación y el seguimiento longitudinal. *Rev Psiq Infanto-juvenil* 1991;2:102-115.
- 15 Seva A. *La evaluación de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental*. Zaragoza: Prensas Universitarias, 1992.
- 16 Pedreira JL. Infancia, Salud Mental y Ley: Encuentros y desencuentros. En: Díez ME, coord. *Legislación, Derechos y Salud Mental*. Oviedo: Principado de Asturias, 1994:163-194.
- 17 Van Engeland H. *Preventive Policy en Child Mental Health*. Oviedo: Curso Internacional sobre Prevención en Salud Mental de la Infancia, 1989.
- 18 Offord DR y cols. Ontario Child Health Study: II Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:832-835.
- 19 Knapp K. *Evaluación del tiempo para las exploraciones radiológicas en la infancia*. Madrid: Curso de Actualizaciones en Pediatría, Clínica Infantil La Paz, 1977.
- 20 Fritz K. Consultation-liaison in Child Psychiatry and the evolution of Pediatric Psychiatry. *Psychosomatic* 1990;31(1):85-90.
- 21 Pedreira JL. *Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria*. Madrid: Aran-ELA, 1995.
- 22 Pedreira JL. Abandoner el actual impase: El proceso de mejora continua de la calidad (PMCC) aplicado a la gestión de los Servicios de Salud Mental. *Actas Luso-españolas de Psiquiatría* (en prensa).

C. García-Sánchez¹
A. Estévez-González²
C. Junqué²

Cuadros asociados al trastorno de
atención con y sin hiperactividad

- 1 Sección de Neuropsicología. Servicio de Neurología
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
Universidad Autónoma de Barcelona.
- 2 Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica
Universidad de Barcelona

*Disorders associated to attention
deficit disorder with and without
hyperactivity*

Correspondencia:

C. García-Sánchez
Sección de Neuropsicología, Servicio de Neurología,
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo,
Sant Antoni M. Claret, 167. 08025-Barcelona

RESUMEN

El trastorno de atención con y sin hiperactividad se caracteriza por un déficit persistente de atención y/o hiperactividad-impulsividad. Frecuentemente puede acompañarse de otros cuadros asociados: trastornos del aprendizaje, conductas inadaptadas-antisociales y otros estados psicopatológicos. Estos cuadros asociados incrementan y agravan las disfunciones neuropsicológicas que caracterizan el trastorno de atención.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de atención con y sin hiperactividad;
Cuadros asociados.

ABSTRACT

A persistent inattention and/or hyperactivity-impulsivity characterize the attention deficit disorder. Frequently it can be associated with other disorders: learning disabilities, behavior disorders and other psychopathological states. These associated disorders increase the neuropsychological dysfunctions of the attention deficit disorder.

KEY WORDS

Attention deficit disorder with and without hyperactivity; Associated disorders.

INTRODUCCIÓN

El *trastorno de atención con y sin hiperactividad* se define como un patrón persistente de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Su prevalencia es del 3-5% en niños de edad escolar y es independiente del medio cultural^(1,16,29). Normalmente el trastorno se hace evidente en los primeros años de escolarización, aunque en los primeros años de la infancia una conducta motora excesiva nos puede hacer sospechar de este trastorno, el diagnóstico debe ser cauteloso ya que muchos niños pequeños sobreactivos no llegan a desarrollar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A pesar de que estos niños no muestran un retraso intelectual, suelen ser «malos» estudiantes, presentan más problemas específicos de aprendizaje, se considera que son los que mayores problemas de conducta manifiestan durante los primeros años de escolarización y destacan como conflictivos en su adolescencia. Así con el *trastorno de atención con o sin hiperactividad* se puede observar frecuentemente otros cuadros asociados que incluyen trastornos («dishabilidades») del aprendizaje y trastornos denominados «conductuales» y psicopatológicos como ansiedad y depresión.

El objetivo de la presente revisión es, pues, hacer hincapié en la importancia de estos cuadros asociados que pueden potenciar la comorbilidad del trastorno atencional.

TRASTORNOS («DISHABILIDADES») DEL APRENDIZAJE ASOCIADOS

Los sujetos diagnosticados de *trastorno de atención con y sin hiperactividad* muestran una alta prevalencia de trastornos («dishabilidades») del aprendizaje^(4,7,15,22,29), fracaso escolar^(3,11), repetición de cursos académicos y frecuente asistencia especializada a clases de refuerzo^(7,9). Algunos autores también han señalado que estos niños tienden a estar menos tiempo escolarizados y a desempeñar trabajos de menor prestigio socio-profesional⁽¹⁷⁾.

Korkman y Peasonen⁽¹²⁾ intentaron discernir cuáles serían los déficits específicos de un grupo de sujetos con trastorno de atención e hiperactividad sin dishabilidades

específicas del aprendizaje asociadas, sujetos con «dishabilidades» específicas del aprendizaje y un grupo de sujetos que compartían ambos trastornos. Los resultados indicaron que los sujetos con trastorno de atención e hiperactividad muestran un deterioro específico en el control de la inhibición (impulsividad), los sujetos con «dishabilidades» específicas del aprendizaje muestran déficits fonológicos, de memoria verbal, de habilidades narrativas y un coeficiente intelectual verbal inferior, mientras que los sujetos que comparten ambos trastornos muestran la suma de todas las alteraciones descritas para cada uno de los dos grupos, además de exhibir un rendimiento inferior en tareas que requerían precisión visomotora.

En el estudio de Tannock y cols.⁽²⁸⁾, la habilidad narrativa también fue inferior en los sujetos con trastorno de atención e hiperactividad que en un grupo control, a pesar de que la capacidad de comprensión y extracción de las ideas principales de un relato estaban preservadas. Los autores de este estudio resaltan que relatar o narrar una historia supone la integridad de la capacidad de planificación, organización y secuenciación temporal de los acontecimientos, es decir, se requiere la integridad de las funciones ejecutivas, como procesos cognitivos prefrontales que orquestan u organizan las ideas, movimientos o acciones relativamente simples en comportamientos complejos y dirigidos hacia un fin; por lo que en los sujetos con trastorno atencional cabría sospechar la presencia de disfunciones ejecutivas.

En un estudio longitudinal llevado a cabo en Dunedin (Nueva Zelanda), McGee y cols.⁽¹⁸⁾ encontraron de modo consistente que una pobre habilidad lectora acompañaba al trastorno de atención. Estimándose que el 80% de esos niños tenían «dishabilidades» de lectura, ortografía, del aprendizaje del lenguaje escrito y dificultades de planificación e integración visomotora en las praxias grafomotoras^(5,19). La presencia de estas alteraciones suscita la duda de si muchos de los que sintomatológicamente habían sido diagnosticados de trastorno de atención con hiperactividad, en realidad presentan falta de atención e hipercinesia como efectos secundarios a su fracaso escolar⁽²⁰⁾.

Conscientes de que, desafortunadamente, muchos estudios que han pretendido examinar la naturaleza de los déficits del trastorno de atención han utilizado muestras donde la extensión del déficit conductual asociado a «dishabilidades» de lectura eran desconocidas, McGee y cols.⁽²⁰⁾ identifican un patrón único o

282 correlatos cognitivos que les permiten discriminar el trastorno de atención de otros trastornos. Con tal propósito, identifican cuatro grupos: «dishábiles» lectores, sujetos con trastorno de atención, sujetos con trastorno de atención y «dishabilidades lectoras» y un grupo control, a los que se les administró una amplia batería neuropsicológica. Los resultados mostraron que el rendimiento de los sujetos con trastorno de atención no diferían de el de controles en tareas de memoria de aprendizaje verbal (Test de aprendizaje verbal de Rey) y, a excepción de un cociente intelectual inferior (101.0 *vs* 109.2), tampoco encontraron diferencias en ninguna otra medida. Por otro lado, los grupos de sujetos con trastorno de atención y «dishabilidades lectoras» y los sujetos con dishabilidades de la lectura mostraban un patrón de déficits verbales. Aunque no mostraban diferencias significativas en el cociente intelectual verbal y sus subtests, el grupo de sujetos con trastorno de atención y dishabilidades lectoras mostraba un rendimiento inferior en memoria visual, evaluado con la figura compleja de Rey. Ante estos resultados, los autores se cuestionan si ambos grupos presentan diferentes alteraciones o si son variantes de una única alteración. Los déficits neuropsicológicos que frecuentemente se atribuyen a los sujetos con trastorno de atención podrían ser consecuencia de la combinación del trastorno de atención y «dishabilidades lectoras» y, por tanto, resultado de una muestra mal identificada de sujetos con trastorno de atención⁽²⁰⁾.

A pesar de la documentada asociación entre trastorno de lectura y trastorno atencional, algunos autores encuentran una mayor incidencia de dificultades aritméticas que de lectura en sujetos con trastorno de atención⁽²²⁾, en consonancia con aquellos autores que defienden un déficit del hemisferio derecho en el trastorno atencional⁽³⁰⁾. No obstante, otros autores⁽⁹⁾ observan alteraciones que llevan implícito un compromiso de ambos hemisferios: dificultades en la lectura, ortografía y aritmética.

Más recientemente⁽²⁵⁾ se ha sugerido que aún existiendo un solapamiento entre los trastornos de lectura y el trastorno de atención con hiperactividad, ambos trastornos representan entidades diagnósticas diferentes que frecuentemente concurren manteniendo rasgos diferenciales. Los sujetos con trastorno específico de la lectura muestran déficits en sus habilidades lingüísticas, centrados en déficits del procesamiento

fonológico, que no se han observado en sujetos hiperactivos⁽²⁵⁾.

En nuestra opinión, la atención sostenida y la quietud son condiciones necesarias para efectuar los correspondientes aprendizajes escolares. Por lo que es obvio suponer que en sujetos con trastorno de atención se asocian «dishabilidades» del aprendizaje. La lectoescritura y aritmética son especialmente sensibles, porque exigen un esfuerzo duradero y repetido para su consolidación. Los sujetos con trastorno de atención serían consecuentemente dishábiles. La duda surge al considerar si los déficits escolares hallados en estos sujetos pueden ser únicamente explicados por estas dishabilidades adquiridas o se asientan sobre disfunciones cerebrales propias del trastorno. La dificultad de rehabilitar estas «dishabilidades» en sujetos con trastorno de atención estaría realizando la disfunción neuropsicológica.

CONDUCTAS INADAPTADAS Y ANTISOCIALES ASOCIADAS

Moffitt y Silva⁽²¹⁾ establecieron un patrón neuropsicológico vinculado al comportamiento delincuente caracterizado por un importante trastorno atencional. Estos autores encontraron que las funciones que más consistentemente se mostraban deterioradas en sujetos considerados «delincuentes» eran: pensamiento abstracto, planificación, inhibición de respuestas inapropiadas (errores de comisión), flexibilidad mental, secuenciación, atención y concentración. Alteraciones que han sido consistentemente descritas y características de los sujetos con trastorno de atención.

Lahey y cols.⁽¹⁴⁾ compararon el rendimiento obtenido en amplias baterías neuropsicológicas entre delincuentes con trastorno de atención, delincuentes sin trastorno de atención y un grupo control. Los resultados mostraron que ambos grupos de delincuentes rendían de modo significativamente peor que el grupo control en habilidades verbales, visoespaciales y de aprendizaje visomotor. Sin embargo observaron que el grupo de delincuentes con trastorno de atención presentaban un mayor déficit cognitivo, incluidas las habilidades mnésicas, que los delincuentes sin trastorno de atención. Señalando así que este mayor déficit cognitivo era fruto de la comorbidad específica de

delincuencia y trastorno de atención. Según estos resultados, la frecuente asociación de trastorno de atención y delincuencia incrementa el trastorno cognitivo, complica el pronóstico y explica la contribución del patrón de trastorno de atención a la conducta antisocial. Por otro lado, en otro estudio⁽¹¹⁾ se concluyó que el riesgo de desarrollar una conducta antisocial se ve incrementado por un rendimiento inferior en los aprendizajes verbales y otras habilidades neuropsicológicas que facilitan el fracaso escolar y reducen el éxito en las artes y deportes; la ausencia de fuentes sociales de autoestima no sería capaz de compensar estas carencias incrementando, si cabe, el riesgo de desarrollar conductas antisociales.

Existen diversos estudios que coinciden en que aquellos adolescentes que han sido previamente diagnosticados de hiperactividad en su infancia muestran de forma significativa mayor frecuencia de conductas antisociales, vandalismo, conductas desordenadas, rasgos de personalidad inmadura, consumo de sustancias tóxicas e impulsividad que adolescentes controles^(3,13,29).

Szatmari y cols.⁽²⁷⁾ en un amplio estudio pudieron comprobar como era más frecuente que apareciese solapamiento entre el diagnóstico del trastorno de atención con hiperactividad y el trastorno de conducta a que apareciesen aisladamente. Observando además que cuando se presentan de forma separada, los sujetos con trastorno de atención con hiperactividad eran más jóvenes, padecían un mayor retraso evolutivo pero menos desventajas psicosociales que los sujetos con trastorno de conducta. Considerando así, que cuando el trastorno de atención con hiperactividad y el trastorno de conducta-adaptación se manifiestan conjuntamente el trastorno resultante es un híbrido entre uno u otro diagnóstico^(26,27).

Cuando se comparan sujetos hiperactivos sin trastornos de adaptación y sujetos hiperactivos con trastornos de adaptación, estos últimos además de mostrar una mayor impulsividad e inatención son, de manera significativa, más agresivos, poco complacientes, egocéntricos, muestran más conductas antisociales y abuso de sustancias tóxicas como el alcohol. De estos datos se deduce que las conductas inadaptadas pueden aparecer asociadas pero no tienen por qué constituir características propias de los hiperactivos^(2,8). Al respecto, Schachar⁽²³⁾ cree que el trastorno de conducta negativista desafiante, la desobediencia y la agresivi-

dad pueden ejercer un efecto de halo que haga considerar a estos sujetos como inatentos e hiperactivos⁽²³⁾.

TRASTORNOS Y ESTADOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS

Los sujetos con trastorno de atención con y sin hiperactividad pueden presentar una mayor probabilidad de padecer trastornos psicopatológicos en la adolescencia y madurez, caracterizados por ansiedad, inquietud y depresión⁽²¹⁾. Frost y cols.⁽¹⁰⁾ estudiaron el correlato neuropsicológico del trastorno de atención, trastorno de ansiedad, depresión y alteraciones de conducta, en una muestra no seleccionada de jóvenes adolescentes de 13 años. En los sujetos con trastorno de atención encontraron un rendimiento relativamente inferior en integración visomotora y memoria verbal. El hallazgo más destacado de este estudio no fue encontrar tales déficits, sino que a mayor comorbilidad de los cuatro trastornos mayor perfil deficitario neuropsicológico se obtenía.

La disfunción atencional en la infancia también podría desempeñar un importante papel en el proceso etiopatogénico de la esquizofrenia. Aunque no se descartan explicaciones alternativas, el déficit de atención crónico podría conllevar un déficit en el procesamiento de la información del entorno, social e interpersonal, que en un esfuerzo continuado de iniciar o mantener relaciones interpersonales podría originar niveles estresantes que exacerbarían la sintomatología esquizofrénica. Los déficits de atención en la infancia podrían constituir, pues, un factor de riesgo de futura esquizofrenia⁽⁶⁾.

CONCLUSIONES

El *trastorno de atención* es un cuadro nosológico que además de las propias manifestaciones de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad se asocia frecuentemente a trastornos («dishabilidades») del aprendizaje, conductas inadaptadas y trastornos psicopatológicos. La comorbilidad de estos trastornos puede incrementar y potenciar la gravedad de las disfunciones que de por sí caracterizan este trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- 2 August GJ, Stewart MA, Holmes CS. A four year follow up of hyperactive boys with and without conduct disorder. *British Journal of Psychiatry* 1983; **143**:192-198.
- 3 Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991; **30**:752-761.
- 4 Bolster B, Marshall W, Bow J y cols. Visual selective attention and impulsivity in learning-disabled children. *Developmental Neuropsychology* 1986; **2**:25-40.
- 5 Cabanyes J, Polaino-Lorente A, Avila de Encío C. Praxias grafomotoras en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Española de Neurología* 1990; **5**:595-597.
- 6 Cornblatt BA, Lenzenweger MF, Dworkin RH, Erlenmeyer-Kimling L. Childhood attentional dysfunctions predict social deficits in unaffected adults at risk for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1992; **161**(supl):59-64.
- 7 Faraone SV, Biederman J, Lehman BK y cols. Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and their siblings. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; **102**:616-623.
- 8 Fee VE, Matson JL, Moore LA, Benavidez DA. The differential validity of hyperactivity/attention deficits and conduct problems among mentally retarded children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993; **21**:1-11.
- 9 Fischer M, Barkley RA, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II Academic, attentional, and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; **58**:580-588.
- 10 Frost L, Moffitt T, McGee R. Neuropsychological correlates of psychopathology in an unselected cohort of young adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 1989; **98**:307-313.
- 11 Hinsbaw SP. Academic underachievement, attention deficits, and aggression: comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1992; **60**:893-903.
- 12 Korkman M, Pesonen AE. A comparison of neuropsychological test profiles of children with attention deficit-hyperactivity disorder and/or learning disorder. *Journal of Learning Disabilities* 1994; **27**:383-392.
- 13 Kutcher SP. Assessing and treating attentional deficit disorder in adolescents. *British Journal of Psychiatry* 1981; **49**:710-715.
- 14 Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW y cols. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics of clinical-referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987; **26**:718-723.
- 15 Lambert NM, Sandoval J. The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1980; **8**:33-50.
- 16 Lorys AR, Hynd GW, Lahey BB. Do neurocognitive measures differentiate attention deficit disorder (ADD) with and without hyperactivity? *Archives of Clinical Neuropsychology* 1990; **5**:119-135.
- 17 Mannuzza S, Klein RG, Bessler A y cols. Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993; **50**:565-576.
- 18 McGee R, Williams SM, Silva PA. The factor structure and correlates of ratings of inattention, hyperactivity and antisocial behavior in a large sample of nine year old children from the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985; **53**:480-490.
- 19 McGee R, Share DL. Attention deficit disorder - hyperactivity and academic failure: Which comes first and what should be treated? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988; **27**:318-325.
- 20 McGee R, Williams S, Moffitt T, Anderson J. A comparison of 13-year-old boys with attention deficit and/or reading disorder on neuropsychological measures. *Journal of the Abnormal Child Psychology* 1989; **17**:37-53.
- 21 Moffitt T, Silva P. Self-reported delinquency, neuropsychological deficit, and history of attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1988; **16**:553-569.
- 22 Rosenberger PB. Attention Deficit. *Pediatric Neurology* 1991; **7**:397-405.
- 23 Schachar R, Sandberg S, Rutter M. Agreement between teacher's ratings and observations of hyperactive, inattentiveness, and defiance. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1986; **14**:331-345.
- 24 Shaffer D, Schonfeld I, O' Connor PA y cols. Neurological Soft Signs: Their relationship to psychiatric disorder and intelligence in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 1985; **42**:342-351.
- 25 Shaywitz BA, Fletcher JM, Holahan JM y cols. Interrelationships between reading disability and attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology* 1995; **1**:170-186.
- 26 Soussignan R, Tremblay RE, Schaal B y cols. Behavioural and cognitive characteristics of conduct disordered- hyperactive boys from age 6 to 11: A multiple informant perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1992; **33**:1333-1346.
- 27 Szatmari P, Boyle M, Offord DR. ADDH and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; **28**:865-872.
- 28 Tannock R, Purvis KL, Schachar RJ. Narrative abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder and normal peers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993; **21**:103-117.
- 29 Tao KT. Hyperactivity and attention deficit disorder syndromes in China. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; **31**:1165-1166.
- 30 Voeller KKS, Heilman KM. Motor impersistence in children with attention deficit disorder: Evidence for right-hemisphere dysfunction. *Annals of Neurology* 1988; **24**:323.

J. L. Pedreira Massa

Principios introductorios a la metodología de investigación en Psiquiatría de la infancia y la adolescencia

Unidad de Salud Mental Infantil del Área Sanitaria de Avilés.
Profesor Asociado Área de Psiquiatría.
Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo

Correspondencia:

J. L. Pedreira Massa
Unidad Salud Mental Infantil
Polígono La Madalena
Hermanos Espolita, s/n
33400 Avilés (Asturias)

Research and methodological aspects in child and adolescent psychiatry and mental health

V. LA TERCERA FASE DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN: TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN O MUESTRA

INTRODUCCIÓN

Tras los pasos previos, necesarios pero, en ocasiones, demasiado lentos, el avance consiste en tener un diseño metodológico adecuado para abordar, con unas bases de éxito suficientes, la investigación.

En esta tercera fase se persigue responder a la pregunta: *¿cómo se investigará?* Complicada respuesta porque en psiquiatría de la infancia y la adolescencia cualquier diseño de investigación (Fig. 10) debe responder al abordaje de una realidad compleja. Prigogine y Monod desde planteamientos diferentes abordaron la causalidad y el azar en un seminario de singular relevancia y cuyo título es todo un reto para los metodólogos de la investigación de la complejidad: "Procesos al Azar"; en dicho seminario se abordaron los temas del determinismo o antideterminismo en la causalidad de los fenómenos y sobre todo de los fenómenos entre los

que se establecen relaciones complejas. Sin llegar a un acuerdo, la totalidad de la discusión supuso un ejemplo de flexibilidad y respeto mutuo entre las dos posiciones opuestas inicialmente, toda una lección de metodología y de rigor intelectual.

3ª FASE DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN: ¿CÓMO SE INVESTIGA?

La base para la respuesta a esta pregunta está en el *diseño de investigación* (Fig. 10) que aborda dos aspectos clave: en primer lugar determinar el *tipo de estudio* que se va a realizar lo que incluye el *procedimiento de recolección de los datos* que se va a realizar lo que incluye el *procedimiento de recolección de los datos* que se pretenden investigar y, en segundo lugar, se sitúa la *población o muestra* del estudio con su propio método de selección de la muestra y de consecuencia de ella. Una vez cumplidos ambos aspectos le corresponde al diseño realizar una tabulación de los datos obtenidos y un análisis de sus resultados.

No obstante la posible simultaneidad de los procesos descritos con anterioridad, el diseño metodológico debe tener una secuencia ordenada y que, como método expositivo y pedagógico, se esquematiza en la figura 11.

Nota de la Redacción: Debido a la extensión del Anexo 1, no se incluye en el artículo. Puede solicitarse a la Secretaría de Redacción.

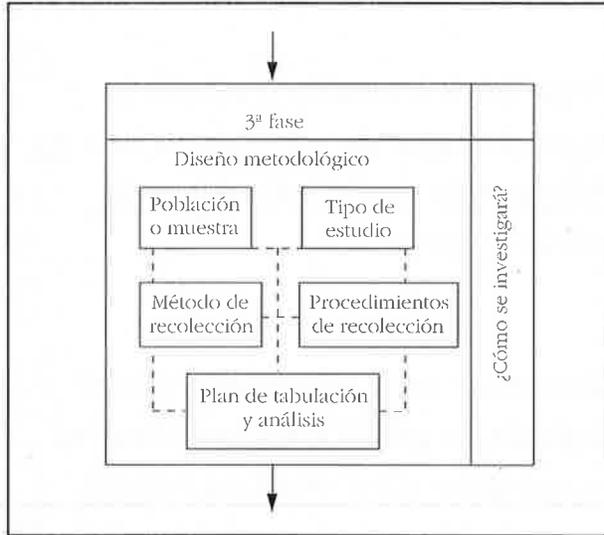


Figura 10. Proceso de investigación III.

TIPO DE ESTUDIOS

En un trabajo previo de esta serie (parte 2) se señalaba que las *características de las investigaciones sanitarias* son, al menos las siguientes: deben *plantear una relación entre variables*, dichas variables a estudiar *deben posibilitar pruebas empíricas*, por lo que se debe hacer *una limitación temporal y espacial*, la *formulación debe ser clara y explícita* y, por fin, debe ser *factible* de ser realizada la investigación lo que, a su vez, supone *capacidad e interés del investigador y disponibilidad de los recursos* pertinentes para desarrollar la investigación.

En cuanto a los tipos de *diseño de los estudios* y trabajos de investigación en temas sanitarios y de salud mental se han realizado múltiples clasificaciones, pero con finalidad pedagógica y de acuerdo al problema que pretende investigar, a la metodología que emplea y a su relación con la hipótesis, se pueden clasificar de la siguiente forma:

Estudio descriptivo de salud

En la figura 12 se esquematiza el recorrido de este tipo de estudios.

Pregunta de partida

Se refiere al riesgo de enfermar de una población determinada (morbilidad) y/o de morir (mortalidad), así

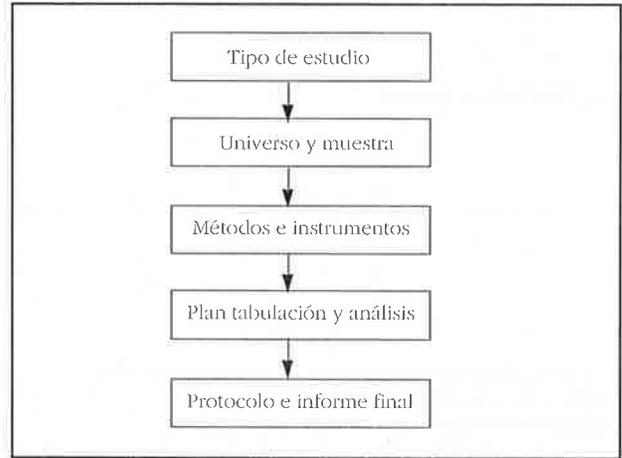


Figura 11. Diseño metodológico.

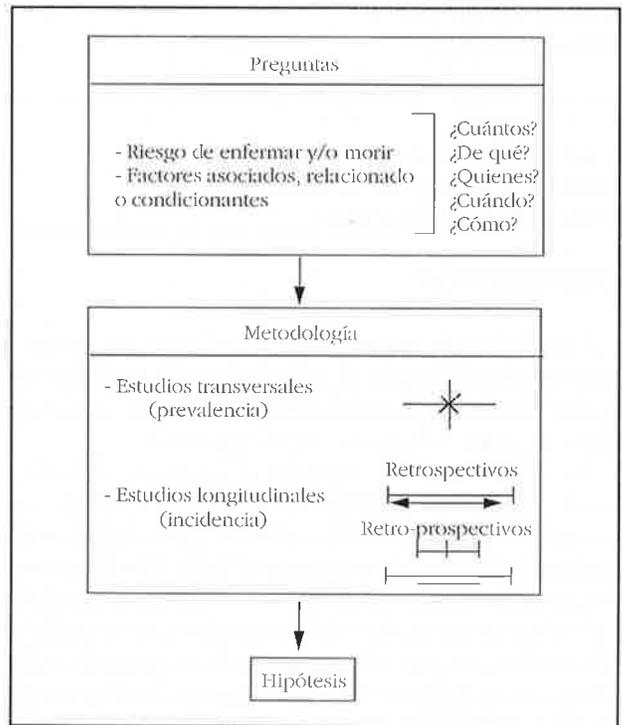


Figura 12. Estudio descriptivo en salud.

como de los factores asociados con esos procesos al tipo de relación que establecen o los factores condicionantes para el desarrollo de esos procesos. En definitiva consiste en responder a cuántos pacientes existen, de qué están

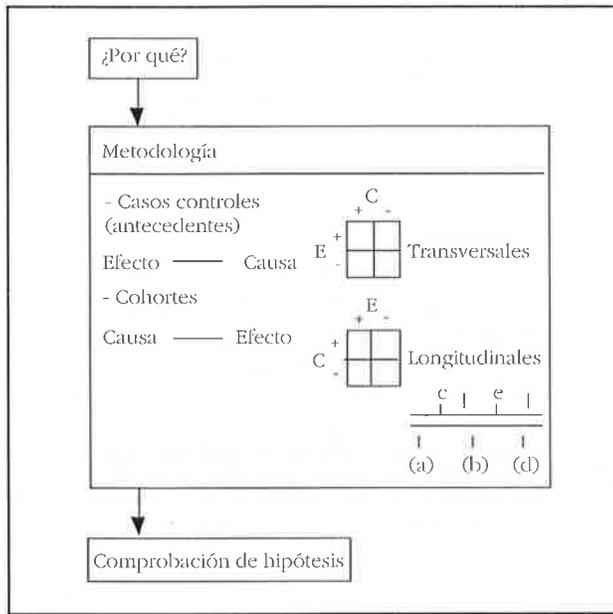


Figura 13. Estudio analítico en salud.

afectos, quiénes son, dónde están ubicados, cuándo iniciaron el proceso y cómo ha ido evolucionando.

Metodología

Dos son los grandes grupos que determinan este tipo de estudios y que han sido expuestos en un trabajo previo (parte II).

- *Estudios transversales:* aportan datos sobre la prevalencia de los trastornos en un momento dado, que es predeterminado con anterioridad.

- *Estudios longitudinales:* aportan datos acerca de la incidencia de trastornos. Por esta razón pueden ser *retrospectivos*, en los que el plazo de tiempo se basa en datos del pasado y las fuentes de estudio se refieren a los archivos de historias clínicas, registros de actividad, registros de mortalidad, registros de ingresos hospitalarios, etc. En los estudios de tipo *retro-prospectivos* se parte del pasado pero se establece un tiempo hacia el futuro, en el que se deben recoger datos que permitan comparar los resultados obtenidos en varias secuencias de tiempo.

Expresión

La expresión de esta metodología es la *formulación de una hipótesis* acerca de los resultados que se obtienen de esa descripción.

Estudio analítico en salud

La figura 13 intenta resumir de forma operativa este tipo de estudios.

Pregunta de partida

¿Por qué acontece un fenómeno o aparece un cambio?

Metodología

Existen dos posibilidades metodológicas.

- *Estudios de casos y controles:* se basan en antecedentes existentes por lo tanto parten del efecto y tienden a investigar acerca de las posibles causas. Son estudios transversales que pueden establecerse en tablas de doble entrada, con estudios estadísticos relativamente sencillos, tanto para los casos como para los controles y se les confronta con las pretendidas causas. Es un método muy empleado para la determinación de factores de riesgo de algún proceso conocido.

- *Estudios de cohortes:* en este tipo de estudios se seleccionan determinados grupos de pacientes sobre los que se realiza un tipo determinado de intervención (p.e. tratamiento psicoterapéutico), al que se considera como causa de una modificación o de un cambio en el paciente, y transcurrido un tiempo razonable se evalúa la situación para comprobar dichos cambios (efecto). Por lo tanto son estudios con un diseño longitudinal: se establece una situación inicial (a) sobre la que se inicia la actuación (c) y transcurre un tiempo con o sin modificaciones intermedias (b) y al cabo de un tiempo preestablecido se evalúan los cambios acontecidos (e) y se puede evaluar la permanencia de dichos cambios o la aparición de posibles efectos secundarios o colaterales (d).

Vía

La vía de expresión metodológica de este tipo de estudios consiste en la *comprobación de hipótesis*.

Estudio experimental en salud

La figura 14 esquematiza los principales pasos de este tipo de estudios e investigaciones.

Pregunta de partida

Se puede evitar o controlar tal o cuál situación y/o proceso?

288

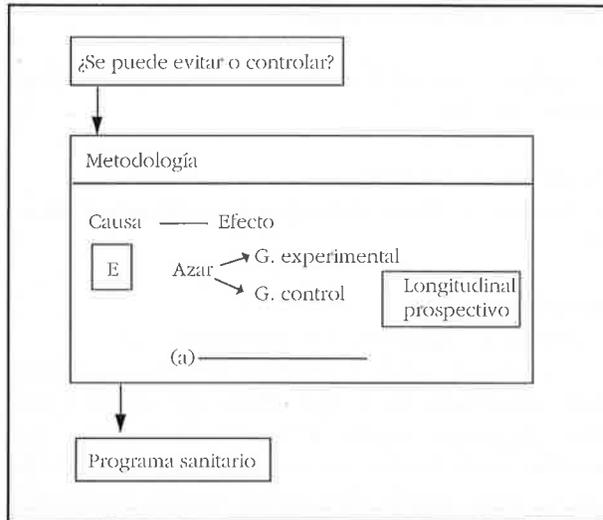


Figura 14. Estudio experimental en salud.

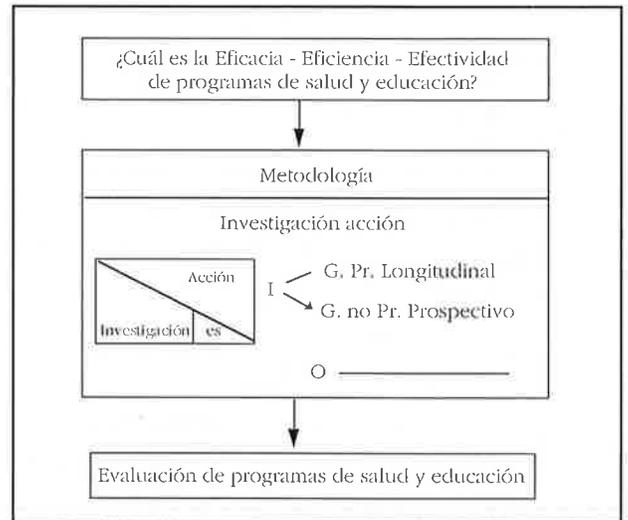


Figura 15. Estudio de intervención en salud.

Metodología

En este tipo de estudios se conoce la causa y hay que evitar que se produzca el efecto conocido en toda su magnitud, con lo que se pretende evitar que la causa actúe o bien que su acción sea lo más controlada posible. Se pretende que la selección de las muestras sean al azar, pero también exista una posibilidad de comparar lo que acontece, es decir se precisa un estudio comparativo entre el grupo experimental y un grupo control de similares características. En este sentido el diseño de investigación responde a una metodología de tipo longitudinal y prospectiva.

Vía

Su vía de salida más común consiste en la *formulación de un programa sanitario*.

Estudio de intervención en salud

Queda resumido en la figura 15, destacando entre sus contenidos los siguientes.

Pregunta de partida

¿Cuál es la *eficacia* (capacidad para resolver un problema) - *eficiencia* (resolución del problema al mínimo coste posible) - *efectividad* (percepción positiva de la resolución total del problema) de los programas de salud?

Metodología

La metodología básica empleada en este tipo de estudios es la conocida como de *investigación-acción*. Por esta propia definición es una metodología longitudinal y prospectiva que tiene varias fases que se pueden sintetizar: al inicio mayoritariamente consiste en el diseño metodológico y la fase teórica de la investigación, paulatinamente se van desarrollando en la práctica las acciones que se ha diseñado y periódicamente se evalúan los resultados.

Procedimiento

El procedimiento de finalización consiste en la *evaluación de los programas de salud*.

UNIVERSO Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

La *población o universo* de una investigación es el conjunto de elementos que presentan una característica o condición común que es objeto de la investigación que se pretende desarrollar. En ocasiones las poblaciones o universo de la investigación son delimitadas en número (p. e. pacientes afectos de autismo infantil) entonces puede ser estudiado la totalidad del universo, pero en otras ocasiones el universo de la investigación es demasiado elevado (p. e. la población en edad

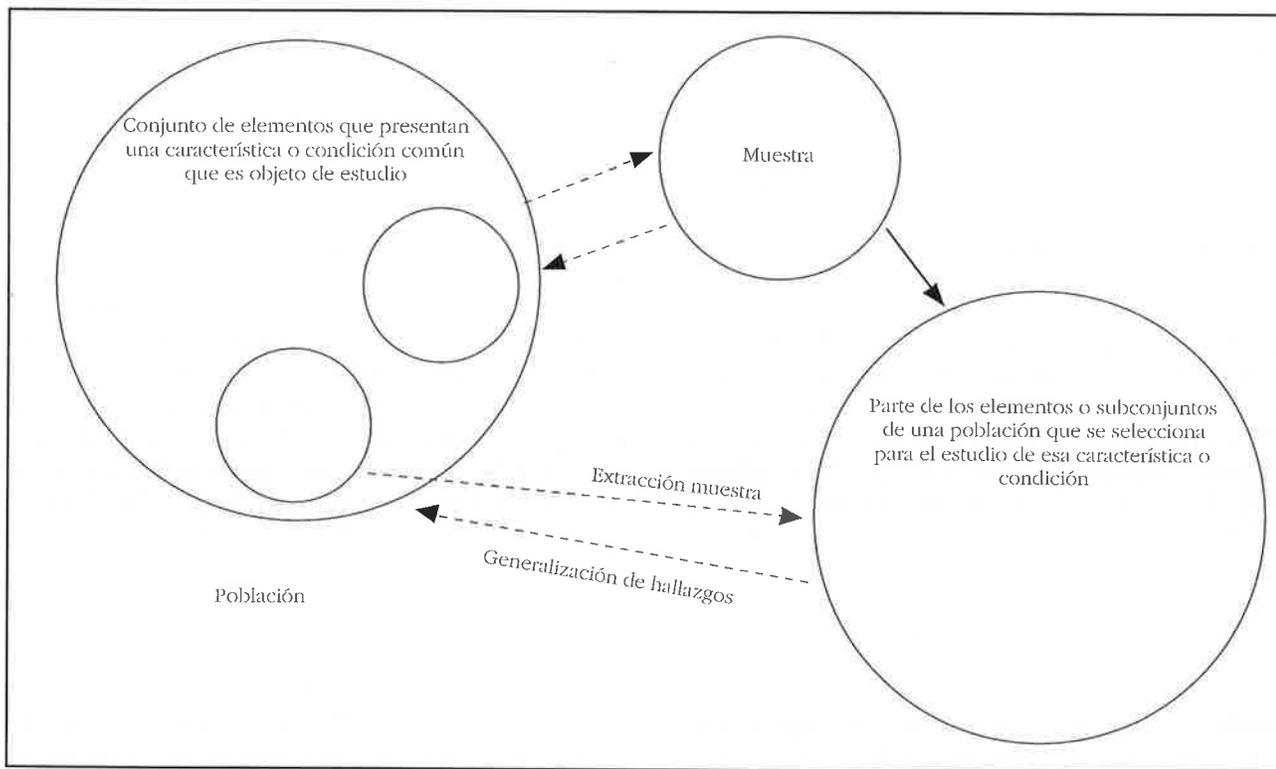


Figura 16. Población y muestra.

infantil de Madrid y Barcelona) con lo que el estudio de la totalidad del universo es muy difícil. En estas segundas circunstancias es cuando se realiza la selección de una muestra para realizar la investigación.

Se entiende por *muestra* a una parte de los elementos o subconjuntos de una población que se selecciona para el desarrollo de un estudio de investigación de esa característica o condición determinada. El trabajo con muestras posee las siguientes características.

La muestra es una unidad de observación

En efecto el trabajo con muestras implica dos movimientos: el primero consiste en extraer una muestra de la población total y el segundo comporta la generalización de los hallazgos encontrados en la muestra a la totalidad de la población (Fig. 16). Pero para que esta unidad de observación sea tal, debe reunir los requisitos que se explicitan en los puntos sucesivos.

Características de la muestra

a) En un principio cualquier subconjunto de elementos de una población determinada es una muestra de esa población.

b) De cada población objeto de un estudio o investigación pueden extraerse un número indefinido de muestras.

c) Cuando en una investigación se trabaja con una muestra se pretende conocer, por medio de ella, las características globales de la población en su conjunto.

d) La muestra objeto del estudio, por lo tanto, debe ser representativa de la población en su conjunto, pues este requisito es fundamental para poder hacer generalizaciones válidas para la totalidad de la población.

e) Una muestra representativa es aquella que reúne en sí las características principales de la población (p. e. nivel socio-cultural, edad, sexo, etc.) y guarda relación con la condición particular que se estudia (p. e. niños/as en edad escolar).

290 f) Los aspectos fundamentales que se deben considerar a la hora de extraer una muestra representativa son los siguientes: utilizar un sistema de muestreo adecuado y que el tamaño de la muestra sea el suficiente con relación a la población total y a la prevalencia de esa condición a estudiar en el conjunto de la población.

El tamaño de la muestra

Trabajar con una muestra implica trabajar con un número de sujetos menores a la población total, objeto de la investigación, pero que sea una cantidad suficiente y razonable para que los resultados obtenidos puedan ser significativos de ese total. Por lo tanto sería la cantidad mínima necesaria para que los resultados obtenidos en la muestra sean representativos y fiables del conjunto de la población. Existen varias formas de calcular el tamaño muestral, nosotros somos partidarios de aplicar una fórmula de poblaciones finitas por dos razones: en primer lugar, porque la mayoría de las investigaciones acerca de trastornos mentales de la infancia y la adolescencia responden a estas características y, en segundo lugar, porque son las que poseen una mayor precisión. De entre todas nosotros recomendamos la siguiente:

$$TM = \frac{Z^2 N^* p^* (1-p)}{e^2 (N-1) + Z^2 p^* (1-p)}$$

siendo

TM= tamaño muestral

Z= constante del intervalo de confianza

N= tamaño de la población diana

p= tamaño prevalencia estimada del proceso

e= cota de error absoluto derivada del hecho de utilizar muestras y no poblaciones (la condiciona tanto el grado de población deseado contra decisiones erróneas como por las posibilidades reales de los investigadores a la hora de utilizar un número factible de casos).

Tipo de muestreo

Las tres formas más frecuentes de obtener un muestreo son: *el método aleatorio*, que básicamente consiste en seleccionar al azar la muestra del conjunto de la población (p. e. tomar siempre el cuarto o el número de orden que se acuerde de los que consulten). El segundo método consiste en el *método estratificado (monoetápico o polietápico)*, para conseguir este método se hace por

la *afijación o especificación de cada estrato de la muestra*, lo que se realiza por el procedimiento de *afijación óptima*, en base a la proporción y desviación típica de cada estrato que se determine en la población general. Un tercer método es el de muestreo por *conglomerados*.

Procedimiento de selección de la muestra

Una vez que sabemos el número de la muestra y su distribución en estratos de ese número, debemos conocer el procedimiento que debemos utilizar para seleccionar esa muestra: el padrón municipal, el listado de usuarios adscritos a un área sanitaria, la visita aleatoria domiciliaria, etc son métodos comúnmente utilizados en investigaciones poblacionales. En la etapa infantil existen dos núcleos básicos desde optar a la selección de la muestra: la escuela si la edad de la muestra es la edad escolar (facilita el acceso a informantes múltiples (profesores/as, compañeros/as, padres/madres y al propio niño/a sobre el niño/a) y sino está en edad escolar las consultas de Pediatría y los exámenes periódicos de salud (dado el gran prestigio social que han alcanzado este tipo de intervenciones preventivas). Se debe tener en cuenta algunas consideraciones generales:

a) Presentación del trabajo y del equipo investigador, puede ser verbal o por carta (tanto a las figuras parentales como el profesorado, Dirección y/o Consejo Escolar, si ello fuera necesario), donde se explicará de forma clara, concisa y precisa el objetivo general de la investigación, lo que se requiere y espera de ellos y los pasos sucesivos.

b) Siempre que se trabaja con muestras cabe la posibilidad que los sujetos seleccionados no acepten la participación en el proyecto, por esta razón se recomiendan dos tipos de acciones complementarias: recaptación de los fallos por otro tipo de métodos o, en segundo lugar, confeccionar una segunda lista de la que "tirar" en caso de necesidad para sustituir los fallos y completar el tamaño muestral. No obstante en trabajos sobre poblaciones determinadas, se viene admitiendo una cifra de fallos que no sean superior al 15% del tamaño muestral calculado.

Tras la etapa de delimitación teórica y definición de la población/muestra de trabajo, el diseño metodológico debe iniciar ya la selección de los métodos y de los

instrumentos que se van a utilizar en la investigación y, de esta suerte entrar en el procedimiento que se debe desarrollar de forma ordenada y secuenciada aunque, en ocasiones, algunos pasos puedan simultanearse.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Incluye los siguientes pasos a contemplar:

Unidad y fuente de información

Dependiendo del tipo de trabajo así se buscarán las fuentes de información, inicialmente serán bibliográficas (accesos al rastreo bibliográfico, según las orientaciones ya expuestas en este trabajo) internacionales y, si es posible, nacionales. Pero un aspecto fundamental se refiere al papel del Director o responsable del trabajo de investigación, que debe sistematizar y orientar las fuentes de investigación.

Método de recolección de datos

Tanto para recolectar los datos bibliográficos (sistematización del fichero, etc.) como para la recolección de los datos de la investigación, debe habilitarse un método que posibilite al conjunto del cuanto al proceso de la recolección baste con decir que la constancia y el orden son las dos características fundamentales; todo lo que no responda a estos criterios con la disciplina, aunque con cierta flexibilidad para evitar incrementar la ansiedad, hace que quepa la posibilidad de realizar un doble trabajo. También debe señalarse la posibilidad que los datos sean recogidos por dos o más miembros del equipo investigador, en este caso la claridad para la recolección de los datos es clave (incluye formación, validez interentrevistadores, etc.).

Instrumentos para la recogida de datos

Tipo

a) Instrumentos para clasificar poblaciones en base al cumplimiento de unos criterios pre-establecidos, son los instrumentos denominados de screening y/o escalas de evaluación emocional y/o comportamental. Existen instrumentos para multiinformantes, para las figuras parentales, para los profesores/as y para los propios niños/as. Hay que saber qué se quiere y para qué se utilizan, con estas dos

premisas existen listados y trabajos de interés sobre el tema, en un anexo de este apartado se ofrecerá un resumen de un trabajo de investigación realizado por nuestro equipo en el que se referencian varias pruebas con los estudios que existen y lo que evalúan cada una de ellas (Anexo 1).

b) Instrumentos de evaluación clínica: las escalas de evaluación clínica y, sobre todo, las entrevistas clínicas. Las entrevistas pueden ser estructuradas y semiestructuradas, según la participación activa del entrevistador y la metodología y estructura de ellas. En general hacen referencia a un sistema de clasificación internacional (DSM-III-R, CIE-10, etc.) que les da soporte para elaborar el criterio de caso. Un excelente trabajo realizado en el Departamento de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona bajo la supervisión de la Prof. E. Doménech puede orientar de forma adecuada sobre el particular.

c) Instrumentos operativos: los ordenadores personales, los programas informáticos (tratamientos de textos, gráficos y paquetes estadísticos) son hoy prácticamente imprescindibles si se quiere evitar una parte importante de errores y ahorrar tiempo. Hoy en día los sistemas multimedia permiten posibilidades ricas, variadas, rápidas y rigurosas. Un instrumento específico de gran potencia, aunque muy caro y sofisticado, es el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP) para la infancia y la adolescencia (RACP-IJ) es de gran ayuda para investigaciones longitudinales de evaluación de funcionamiento de servicios, eficacia-eficiencia-efectividad de medidas terapéuticas, etc.

Organización

La sistematización en todo el proceso es clave, tanto desde la selección del instrumento y del método, como en la prueba de ellos y la formación de los profesionales. Todo requiere una organización cuidadosa y sistematizada, con el fin de evitar ideas bienintencionadas. Nada debe ser introducido sin el consenso del director del trabajo y sin una clara función para el diseño de investigación. La realización de una o varias bases de datos, la conexión con varios centros, etc. son pasos previos, tras ellos se debe realizar el cuadernillo de claves del ordenador, la elección de los instrumentos estadísticos que se van a utilizar, etc. Es preferible hacer periódicamente algo, que dejar acumulada la tarea.

Áreas

Ya hemos expresado en este trabajo el tipo y áreas para la selección de los instrumentos más adecuados.

292

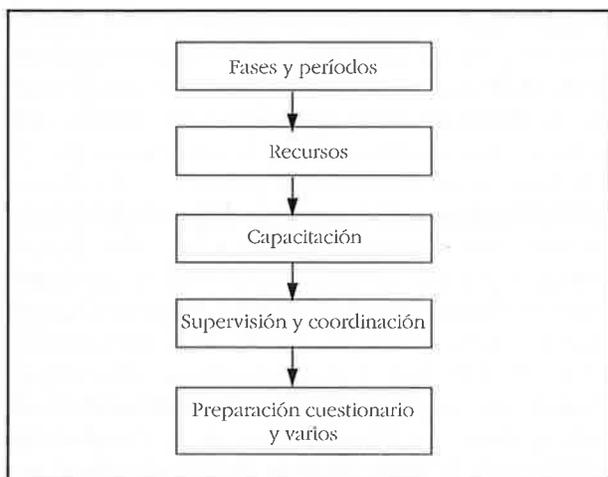


Figura 17. Procedimiento en la investigación.

El área tecnológica, la clínica (básica y aplicada), la epidemiológica y la evaluación de servicios son las áreas que requieren especial atención a los investigadores para el desarrollo de instrumentos que puedan servir para profundizar en el conocimiento de la ciencia.

PROCEDIMIENTO EN LA INVESTIGACIÓN

En el seno del diseño de investigación se debe contemplar el procedimiento mediante el que se va a desarrollar, este procedimiento queda esquematizado en la figura 17. Hay que señalar que, en determinadas situaciones, se pueden realizar simultáneamente tareas de varias etapas, pero en general son sucesivas y del correcto planteamiento y desarrollo de ellas depende, en buena medida el éxito, de un proyecto.

En cuanto al tiempo de cada una de las fases generales y específicas de la investigación y los períodos de los que consta (tanto para el global) del estudio como para las fases sucesivas y contemplando la recogida de los datos). En cuanto a los recursos interesa tanto los humanos como los correspondientes al equipo material y a los recursos económicos de la investigación. De forma complementaria se debe contemplar lo relativo a la capacitación de los miembros del equipo investigador y a la supervisión del trabajo que se desarrolla, en la que se incluya la coordinación de las diferentes fases y

trabajos desarrollados que debe concluir con la preparación de los cuestionarios.

Fases y períodos de la investigación

Vamos a exponer algunas características que se deben tener en cuenta para determinar los contenidos fundamentales de esta etapa del procedimiento:

Tiempo de cada una de las etapas

No es que haya que calcular un tiempo exacto, pero sí hay que intentar delimitar un tiempo aproximado para cada una de las fases o etapas, con lo que nos permite un punto de referencia para evaluar la marcha del trabajo y orienta al conjunto del equipo. Por ello es importante determinar qué tiempo vamos a darnos para la búsqueda bibliográfica, para la formación y familiarización con el proyecto, etc.

Fases generales

En términos generales son las siguientes:

a) *Planificación*: es la fase en la que el director del proyecto y el equipo determinan lo que van a investigar, con qué ritmos y cuánto de su trabajo van a dedicar a la investigación. Se incluye la formación y la supervisión como fases claves para evaluar la marcha de la investigación. La planificación incluye la secuencia, los contenidos y, sobre todo, la duración de todos y cada uno de ellos.

b) *Recolección*: ya es la fase dedicada a recolectar los instrumentos que se van a emplear en la investigación y los datos (bibliográficos, de experiencias parecidas y los de nuestra investigación). Es la fase de actividad y hay que saber que no es armónica, existen altibajos y el director de la investigación debe saber infundir confianza en el equipo, hacer reuniones de discusión y análisis de las dificultades.

c) *Tabulación*: es una fase de sistematizar los datos recogidos. Las tablas de doble entrada suelen ser muy válidas, consisten en coger una hoja doble y situar a la izquierda de forma secuenciada el número de orden de los casos investigados y en la parte superior, ordenados de izquierda a derecha, los ítems o variables que se hayan investigado; en la casilla correspondiente se pondrá la consigna que hayamos acordado en el cuadernillo de claves. En el momento actual la generalización e los sistemas informáticos han facilitado la fase de tabulación creando bases de datos que luego se requie-

ren para cada fase el tratamiento de la investigación, no obstante también debemos elaborar un cuadernillo de claves para el ordenador. A pesar de los avances informáticos no es exagerado recomendar que un buen entrenamiento consiste en elaborar una tabulación de los datos por tablas de doble entrada, nos sirve como comprobante y como constatación de la totalidad de los datos.

d) *Análisis*: es la fase en la que se analizan los resultados obtenidos. para ello debemos tener claros los objetivos de la investigación, de tal suerte que podamos seleccionar los procedimientos estadísticos más adecuados. Hay que repetir que, en ocasiones, se buscan tratamientos estadísticos rebuscados y/o complicados cuando con un simple porcentaje es suficiente, en otras ocasiones se generalizan resultados de muestras no representativas y se hace sin la comprobación estadística correspondiente. En fin, que analizar los datos obtenidos es posible, pero previamente hemos debido seleccionar el procedimiento estadístico pertinente al estudio que vamos a realizar. Si el procedimiento no es el adecuado, aunque esté bien realizado sus resultados no serán buenos para desarrollar ninguna teoría y el resultado del análisis será un sofisma.

e) *Informe final*: tras el correspondiente estudio se precisa redactar un informe final. Dicho informe inicial se adaptará al receptor (es) de ese informe; p. e. la entidad que concedido una beca, la Administración, la Facultad, etc. al menos los organismos a los que se debiera remitir el informe final (que no es la totalidad del trabajo, sino sólo un resumen fundamentado de lo que se ha hecho, de los resultados obtenidos y de las conclusiones más relevantes) son los siguientes: al organismo del que se depende laboral o administrativamente, a la autoridad correspondiente de la administración pública y/o académica, a quien haya financiado la investigación y a la totalidad de los integrantes del equipo investigador.

Etapas específicas en la recolección de los datos

Además de lo comentado con anterioridad para las fases generales, existen tres aspectos que son específicos en la fase de recolección de los datos:

a) *Control del método*: consiste en controlar que a lo largo de toda la recolección se respeten los criterios elaborados desde la perspectiva metodológica. Periódicamente debe realizarse este control, permite detectar

errores, sesgos, establecer medidas correctoras, etc y por lo tanto elevar la fiabilidad de los resultados de la investigación

b) *Control de casos*: además de controlar el método en su conjunto se recomienda el control de los casos sobre los que se recogen los datos, para ello se puede seleccionar casos al azar, cada cierto período de tiempo, y analizar si con ese caso se ha realizado la totalidad de los contenidos metodológicos de la investigación. Es una evaluación de la calidad de la investigación y del equipo investigador.

c) *Control del efecto o tratamiento*: en ocasiones nuestra investigación implica una intervención determinada (tratamiento) que provoca unos efectos que deben ser definidos lo más precisamente y, por lo tanto, hay que controlar la aparición de esos efectos y su importancia. Por lo tanto se incluye en las etapas. En algún trabajo previo hemos señalado que no se deben hacer algunas investigaciones (p. e. epidemiológicas de determinación de prevalencia de trastornos mentales en la infancia) si no se asegura que tras la fase de diagnóstico de caso no existe un servicio asistencial que pueda dar cobertura a los casos detectados. Este control nos remite a la seriedad y rigor del equipo investigador.

Cronograma de actividades

La forma más adecuada de establecer este tipo de actividades y de controles, consiste en realizar un cronograma. Dicho cronograma se realiza sobre una línea hipotética cuyo inicio es el día cero de la investigación y por plazos (lo habitual son mensuales) se establece qué actividades se van a desarrollar y cuánto van a durar. De esta forma se puede analizar cuáles son los que se pueden ir simultaneando y cuáles son las que precisan una mayor dedicación. También se posibilita incluir la formación y entrenamiento del equipo, la supervisión y la evaluación y no sólo la fase e recolección y de trabajo de campo y/o análisis de los datos. El cronograma sirve de marco de referencia para la secuencia del trabajo de investigación para la totalidad de los integrantes del equipo investigador, con ser tan importante son pocos los trabajos que lo presentan de entrada y ello es porque no es sencillo de hacer y precisa entrenamiento para evaluar las variables que inciden en el trabajo de investigación, p. e. no es lo mismo elaborar un tempograma en un departamento universitario que en un servicio asistencial, siendo mucho más difícil en este segundo caso que en el primero.

294 Recursos

Tener asegurados los recursos, conocerlos y saber cómo acceder a ellos es fundamental para asegurar que el procedimiento de la investigación va a desarrollarse de forma conveniente. Por esta razón es por lo que merece recordar los siguientes aspectos acerca de los recursos.

Recursos humanos

Independientemente del equipo de investigadores más técnicos o teóricos del proyecto, se precisan los que desarrollan el trabajo de campo y del tratamiento de los datos, por lo que deben contemplarse los encuestadores (recursos humanos encargados de pasar las encuestas o escalas o entrevistas que se hubieran seleccionado); los tabuladores (una vez que llegan los datos recogidos por los encuestadores se precisa saber quien va a tabular esos datos) y, por fin, los analistas (encargados de establecer los estudios estadísticos e interpretar sus resultados). En muchas ocasiones, más de las que fueran deseables, los roles del equipo investigador se solapan, pero no es lo deseable.

Recursos para los tratamientos

Tres aspectos deben controlarse: el tipo de tratamiento que se prescribe (p. e. psicofarmacología, psicoterapia, etc.), la frecuencia con que se hace el tratamiento (p. e. semanal, diario, etc.) y el tipo de control que se realiza (p. e. controles biológicos, de adaptación social, etc.).

Recursos de equipos y materiales

Es preciso plantear con los recursos materiales y equipos con los que se cuentan (tipo, marcas, características, etc.) y aquellos otros que se precisan para la investigación.

Recursos presupuestarios

Es fundamental realizar el desglose de gastos por partidas presupuestarias (personal, material fungible, material inventariable, dietas, formación, supervisión, publicación, etc.).

Capacitación

La capacitación del equipo de investigadores debe dirigirse hacia la forma en que la formación es operativa.

Personal a formar

Debe referirse tanto a los responsables de cada una de las fases como al conjunto de los investigadores. Dicha capacitación debe realizarse en un tiempo determinado y debe constar en qué lugar se va a hacer (p. e. departamento universitario, servicio asistencial, etc) y qué actividades formativas se van a realizar (p. e. incluir tanto la formación teórica como las habilidades que se deben adquirir).

Programa de formación

Debe precisarse tanto el contenido temático, las bases teóricas en las que se fundamenta, las posibilidades técnicas y qué se basa para la elección de ese procedimiento, así como las habilidades que se deben adquirir para la puesta en práctica del proyecto de investigación.

Supervisión y coordinación

Son dos fases claves del procedimiento de investigación, quizá porque a primera vista parecen imprecisas y suelen plantearse como “de pasada” en la mayoría de las indicaciones metodológicas.

Supervisión

Entendemos por tal, someter a un tercero con mayor experiencia la tarea que se ha desarrollado, con el fin de detectar los problemas y estudiar la forma de superarlos. Por todo ello se precisa: elegir un supervisor del trabajo (que es diferente a la función de director del proyecto), determinar las fechas en las que se va a realizar la supervisión o las etapas que se van a supervisar y, por último, se precisa definir qué actividades se van a supervisar y qué actividades se van a desarrollar en cada reunión de la supervisión (p. e. bibliografía, aspectos estadísticas, procesos de definición y diagnóstico de caso, control del rigor metodológico, etc.).

Coordinación

Se enmarca en cómo integrar las tareas para evitar solapamiento y duplicidad de las propias tareas de investigación. Por ello se necesita precisar las fechas y periodicidad de las reuniones a celebrar y dónde se van a realizar. La coordinación es algo más que una mera palabra mágica, es poder mantener la “presencia” de un conjunto operativo por ello la

coordinación necesita de la presencia física sobre la que articular la presencia mental, los encuadres de trabajo conjunto facilitan sobremanera este tipo de concepto operativo.

Preparación del cuestionario y tareas varias previas

Personal que se va a estudiar

El cuestionario debe adaptarse a la población concreta que va a ser objeto del estudio y no debe ser al contrario.

Área u objeto de estudio

El cuestionario debe ser coherente con el área que se pretende investigar (p. e. trastornos de ansiedad en la infancia, trastornos depresivos en la adolescencia o trastornos alimenticios en la lactancia, etc.) y con el objeto del estudio (p. e. características clínicas, sistemas de clasificación, evolución longitudinal, eficacia terapéutica, etc.).

Comunidad

Tanto la terminología como la construcción debe adaptarse a la comunidad en la que se va a realizar el trabajo de investigación, en ocasiones habrá que respetar el argot y modismos del lugar y desde ahí realizar los estudios y, posteriormente, las interpretaciones.

Dependencias

Las dependencias en las que se va a desarrollar la investigación y pasar el cuestionario tiene su importancia (p. e. la sala de espera de un centro sanitario, remitir al domicilio particular o acudir al domicilio, etc.).

Comunicación a las autoridades

Es fundamental notificar a las autoridades y responsables tanto técnicos como administrativos los objetivos de la investigación y los pasos que se van a realizar (p. e. importante es respetar el organigrama de la institución escolar, comunicar a los Coordinadores sanitarios o de Servicios Sociales, etc.).

TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD Y SÍNDROME DE LA TOURETTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

El síndrome de la Tourette (S.T.) es un trastorno del movimiento de inicio en la infancia caracterizado por la presencia de múltiples tics motores y vocales. En asociación con los tics, algunos niños presentan conductas repetitivas y pensamientos recurrentes y otros pueden manifestar dificultades en la atención, impulsividad e hiperactividad⁽¹⁻³⁾.

La edad de inicio del S.T. se sitúa entre los dos y los 15 años, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino⁽⁴⁾. La prevalencia del síndrome está estimada en aproximadamente el 0,05% de los individuos⁽⁵⁾.

El trastorno por déficit de atención (T.D.A.) con o sin hiperactividad está presente en el 49-83% de pacientes con S.T.; así mismo, el 50% de los niños con T.D.A. con hiperactividad presentan tics crónicos o historia familiar de tics^(6,7).

Existen estudios genéticos que demuestran un vínculo entre S.T., trastorno obsesivo-compulsivo y T.D.A. con hiperactividad, estando todos los trastornos relacionados con un gen de expresión pleiotrópica y transmisión autosómica dominante con distinta penetrancia según el sexo (100% para los varones y 71% para las mujeres^(6,8,13)).

En referencia a los estudios neuroquímicos se ha establecido una disfunción del sistema dopaminérgico a nivel de ganglios basales, así como alteraciones en otros neurotransmisores⁽⁹⁾. Con respecto a alteraciones neurofisiológicas, se obtienen datos contradictorios en los diferentes estudios realizados. En uno de estos trabajos se concluye la existencia de cambios inespecíficos a nivel de registro en E.E.G.⁽¹⁰⁾.

Se han ensayado distintos tratamientos farmacológicos para el S.T., considerándose los neurolépticos (haloperidol y pimozide) como los tratamientos más efectivos^(2,11). No obstante en algunos casos, se han obtenido aceptables resultados terapéuticos con otros fármacos. La clonidina se ha utilizado en el tratamiento del S.T. asociado al T.D.A. con hiperactividad con buenos resultados⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 13 años de edad que ingresa en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Elche por presentar múltiples tics y trastornos de conducta.

Antecedentes psicopatológicos desde la edad de siete años, siendo diagnosticado de T.D.A. con hiperactividad. Posteriormente, se fueron añadiendo a su cuadro clínico de forma progresiva múltiples tics motores a nivel facial y escapulo-humeral, tics vocales (tos, carraspeo) y coprolalia de inicio simultáneo con los tics motores. Presenta, así mismo, conductas compulsivas. Durante este período, ha seguido diversos tratamientos farmacológicos (no especificados) con nulos resultados terapéuticos.

Antecedentes personales: embarazo con diabetes gestacional materna. Parto normal. neonato macrosómico (4700 g). Desarrollo psicomotor normal. Malos resultados académicos.

Antecedentes familiares: tío paterno con trastornos de conducta y heteroagresividad.

Como *Exploraciones complementarias* se practicaron bioquímica, hemograma, EEG y TAC craneal, estando todo ello dentro de la normalidad. Se instauró *Tratamiento* con haloperidol vía oral 4,5 mg/día, al que hubo que añadir biperideno al aparecer síntomas extrapiramidales (disonía aguda). Buena *evolución clínica* con importante disminución de tics motores y vocales.

RESUMEN

Está bien establecida la asociación entre el síndrome de la Tourette (S.T.) y el trastorno por déficit de atención (T.D.A.). Diferentes estudios demuestran que el T.D.A. con o sin hiperactividad está presente en el 49%-82% de los pacientes con S.T.; así mismo, más del 50% de los niños diagnosticados de T.D.A. con hiperactividad tienen historia personal o familiar de tics crónicos. Parece existir una etiología genética común para ambas patologías.

Presentamos un caso de S.T. asociado a un T.D.A. con hiperactividad en un niño varón de 13 años de edad, que respondió de forma satisfactoria al tratamiento con 4,5 mg/día de haloperidol vía oral.

M. Camarero¹

A.M. Ariza²

J. Martínez²

1 Unidad de Psiquiatría, Hospital General de Elche
2 Residente de Psiquiatría, Hospital General de Alicante

BIBLIOGRAFÍA

1 Scabill L, Lynch KA, Ort SI, Tourette Syndrome: update and review. *J Sch Nurs* 1995;11(2):26-32.

2 Suchowski O, Can J. Gilles de la Tourette Syndrome. *Neurol Sci* 1994;21(1):48-52.

- 3 C Puig. Dificultades diagnósticas en el síndrome de Gilles de la Tourette: estudio de 3 casos. *Rev de Psiquiat Infant-Juven* 1993;4:249-252.
- 4 Wojanska B. Current Theories on the etiology and treatment of Gilles de la Tourette. *Pol-Tyg-Lek* 1992;47(9-10):238-240.
- 5 Murphy F, Fitzgerald G. Gilles de la Tourette's syndrome: a case study. *Axone* 1992;14(2):41-45.
- 6 Knell ER, Comings DE. Tourette' Syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship. *J Clin Psychiatry* 1993;54(9):331-337.
- 7 Elvira L, Gutiérrez JR. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Factores psicosociales y comorbilidad afectiva. *Rev de Psiquiat Infant-Juven* 1996;1:61-71.
- 8 Cohen DJ. Tourette's Syndrome: Psychopathology of development in a model of neuropsychiatric dysfunction in children. *Psychiatr Infant* 1992;35(2):365-419.
- 9 Takano K, Ishiguro T, Seishin Shinkeigazi. A study of clinical pictures and monoamine metabolism of Gilles de la Tourette syndrome. *Zasshi* 1993;95(1):1-29.
- 10 Jakupova LP, Smirnov AI, Kozlova IA, Gorbachevskaja NL, Kozhusko LF. Various neurophysiological aspects of examination of children with Gilles de Tourette's Syndrome. *CH Neuropatrol Psikiatr I.M.S.S. Korsakova* 1991;91(8):57-59.
- 11 Clinical evaluation and pharmacological treatment of Gilles de la Tourette's Syndrome and other hyperkinesias. *Acta Neurol Scand* 1992;137:48-50.
- 12 Leckman JF, Hardin MT, Riddle MA, Stevenson J, Cohen DJ. Clonidine treatment of Gilles de la Tourette's Syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(4):324-328.
- 13 Amor M, Rodríguez P. Comorbilidad del trastorno obsesivo en niños y adolescentes. Análisis de estudios en población general y clínica. *Rev Infant-Juven* 1996;3:212-218.

298

Los pasados días 30 y 1 de Junio, en Cádiz, se celebró la 34ª Reunión Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Con una magnífica acogida y organización, a cargo del Comité Organización presidido por la Dra. Concha de la Rosa, un alto nivel científico de la numerosa participación en la reunión, tuvo lugar una doble feliz presentación oficial de sendos trabajos, con motivo de su publicación: El del Prof. Mendiguchía, con su recopilación de los trabajos presentados en las sucesivas Reuniones y Congresos de nuestra Asociación y el realizado por el Prof. Pedreira con su Documento de acreditación específica de Psiquiatría y Psicoterapia de la infancia y la adolescencia: una propuesta para España. De aquí que sean el objeto primero de nuestra Sección de Comentario de Publicaciones.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: CONGRESOS Y REUNIONES 1952-1995

F.J. Mendiguchía

San Sebastián de los Reyes (Madrid): M.D. Laser, S.L., 1996 (disquet de 3 1/2 que requiere 2.315.586 bytes en disco duro)

La Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil fue fundada en 1950 en Barcelona, fecha de la que datan sus primeros estatutos impresos. Ahora bien, fue en 1952, también en Barcelona, cuando celebró su primera Reunión Nacional. Desde entonces muchas personas y mucho trabajo han seguido y continuado, estos 46 años, en el esfuerzo de nuestra Asociación en pro del desarrollo y actualización de la Paidopsiquiatría en España.

Personas y trabajos que, en su mayor parte, son el objeto del laborioso trabajo del Prof. Mendiguchía en favor de la especialidad, el de los respectivos organizadores de las Reuniones u otros, queda implícita en la anterior. En efecto, Mendiguchía ha recogido todos los trabajos científicos presentados en las Reuniones y Congresos de nuestra Asociación desde la primera Reunión, en 1952, hasta 1995. Realizando una relación de los mismos con un resumen cuando ha sido posible.

En su presentación, el Prof. Mendiguchía, señaló que, con esta recopilación de todos los trabajos presentados, deseaba también facilitar el trabajo de estudio e investigación y la consulta y cita de nuestros autores españoles.

Su original y novedosa forma de publicación es otro aspecto a destacar. Publicado en disquet de 3 1/2, preparado para ser instalado fácilmente en el disco duro, proporciona una base de datos que facilita la consulta (cronológica, temática o de autor) y uso. Utilización que además es abierta, permitiendo su modificación y por ende actualización.

En su publicación se ha contado con la colaboración de la industria farmacéutica, en concreto: la Unidad de Psiquiatría.

R. Vacas Moreira

DOCUMENTO DE ACREDITACIÓN ESPECÍFICA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: UNA PROPUESTA PARA ESPAÑA

Jl. Pedreira Massa (coord.), Jl. Alcázar, X. Gastaminza, Mj Mardomingo, J Rodríguez-Sacristán, J Tomás
Madrid, 1996 (incluye referencias bibliográficas, bibliografía e índice)

Muchos aspectos y puntos se podrían destacar de este documento y también posiblemente mejorar, pero sin duda el mayor estriba en que "ahí está": o como señala Pedreira en su Introducción: "Es el primer documento de estas características elaborado en España. Por lo tanto ya se tiene una referencia para mejorar y consensuar esa mejora" (pág. 13), cumpliendo ampliamente las recomendaciones de la Unión Europea de Médicos especialistas (UEMS). Otro podría ser el respaldo y consenso obtenido por presentar la propuesta conjuntamente: la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Asociación Castellana de Psiquiatría del niño y del adolescente, la representación (50%) española en la Monosección especializada de Psiquiatría y Psicoterapia de la infancia y la adolescencia de la UEMS y el Catedrático de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (Prof. Dr. D. Jaime Rodríguez-Sacristán).

Después de la introducción y justificación a cargo de Pedreira se recoge el informe jurídico del letrado: D. Teodoro Palacios Rojas que, posteriormente se complementó con la asesoría jurídica del Dr. en Derecho D. Antonio Martín Serrano y base de la conclusión de que la acreditación como "área de conocimiento específica" es la única posibilidad actual.

A continuación el documento presenta las propuestas de acreditación de: Servicios docentes y Servicios asistenciales. Otro capítulo lo constituye la propuesta de: Intervenciones terapéuticas para el catálogo de prestaciones terapéuticas. Finalizando con una propuesta de reconocimiento a los profesionales que actualmente ejercen.

En fin. "ahí está, ahí está...".

En su publicación se ha contado con la colaboración de la industria farmacéutica: en concreto *SmithKline Beecham*.

R. Vacas Moreira

BASIC CHILD PSYCHIATRY

P. Barker

Oxford (UK): Blackwell Science, 6ª ed., 1995, 368 págs.
(incluye referencias bibliográficas e índices: de la obra,
alfabético por temas y autores)

Philip Barker fue Catedrático del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto, actualmente es Catedrático del Departamento de Psiquiatría y Pediatría de la Universidad de Calgary, Canadá, Director de Psiquiatría en el Hospital Infantil Alberta de Calgary y editor del Canadian Child Psychiatric Bulletin.

La 1ª edición fue publicada en 1971, la 5ª en 1988, y esta 6ª aparece totalmente revisada siguiendo la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Escrita en forma clara y concisa, primando el lenguaje sencillo frente al médico-psiquiatra para facilitar su lectura, hace énfasis en los problemas más comunes y en los principios generales, tratando brevemente los menos frecuentes. El objetivo del autor es proporcionar una información básica para los que empiezan en el estudio de los problemas emocionales y de la conducta en los niños y adolescentes; información básica necesaria para iniciar el desarrollo de programas racionales de tratamiento de: lecturas adicionales (remitiendo al lector a otros textos monográficos y a las referencias bibliográficas) y, especialmente, la supervisión por un especialista.

En resumen: esta obra es una buena introducción a la Paidopsiquiatría.

R. Vacas Moreira

CONTEMPORARY ISSUES IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

C.L. Shrikui, HA Nasrallah (eds)

Washington: American Psychiatric Press, 1995. 863 págs.
(incluye referencias bibliográficas e índices: de la obra y alfabético de temas)

Con una prevalencia estimada a lo largo de la vida de un 1%, la esquizofrenia es probablemente el trastorno psicótico más frecuente y de todos los trastornos mentales es la enfermedad biopsicosocial más devastadora. Antaño de infausto pronóstico (un progresivo deterioro) hoy en día modificado, a la de estudios recientes prospectivos a largo plazo, al demostrarse lo contrario en muchos pacientes.

La esquizofrenia, o mejor las esquizofrenias (siguiendo el decir de la obra de Colodrón), ha sido un tema relativamente poco tratado en los últimos años frente a otros, como la

Depresión. Este libro podría señalar un resurgimiento del interés editorial por la Esquizofrenia.

Los editores han logrado una magnífica conjunción de los autores, en total 61, todos prominentes investigadores en este campo, tanto jóvenes como consagrados.

El objetivo del libro es proporcionar al clínico una revisión actualizada de los temas relacionados con el tratamiento de la Esquizofrenia. Los capítulos resultantes son magníficos constituyendo una amplia obra erudita que se agrupa en cinco apartados: Bioquímica, Neuropatología y Genética de la Esquizofrenia; Aspectos clínicos y diagnósticos; Tratamientos farmacológicos; Efectos secundarios inducidos por los neurolépticos y finalmente, Tratamientos Psicosociales.

En resumen una espléndida obra.

Queda añadir que nos consta que su publicación en castellano se está ultimando, con una traducción supervisada por el Prof. Jerónimo Saiz.

R. Vacas Moreira

LOS CUADROS DE ANSIEDAD EN EL NIÑO

I. Jalenques, C. Lachal, A. J. Coudert

Barcelona: Masson, 1994: 237 págs. Rústica

Para los autores de este libro, el niño es algo más que un ser vivo que interactúa con su medio; es un ser con capacidad de anticiparse y por lo tanto, es importante la noción de intervención preventiva en base a evitar en lo posible que el constructo ansiedad-angustia se convierta en una verdadera enfermedad y protagonice o complique un cuadro clínico que requiera medidas necesarias y urgentes.

La complejidad en este campo es obvia, especialmente en la primera infancia, puesto que aparecen multitud de factores desencadenantes de los trastornos de ansiedad, con lo cual, no solamente es necesario definir una estrategia terapéutica adecuada sino que además deberán valorarse los aspectos cuantitativos y cualitativos de los factores que mencionamos.

El modelo seguido por los autores comprende un estudio de los cuadros de ansiedad en el niño, tanto en lo que se refiere a su manifestación psíquica como lo referente a su posibilidad de expresión (física).

El estudio epidemiológico de estos trastornos es otro de los puntos importantes a tener en cuenta, conjuntamente con las variables asociadas a dichos procesos de ansiedad (edad, sexo, personalidad, etc...).

Un capítulo que me resulta particularmente interesante es el estudio evolutivo de posibles cuadros de ansiedad en el niño, si bien los autores describen los hallazgos de otros profesionales sin una valoración crítica personal.

El enfoque terapéutico es visto también como muy positivo, ya que no se basa únicamente en una pauta farmacológica,

300 exponiendo complementariamente distintas técnicas psicodinámicas en las que puede trabajarse la influencia de los factores desencadenantes de la ansiedad.

Libro denso y de intenso contenido que sirve como con-

sulta para profesionales de salud mental cuya área de trabajo se relaciona más directamente con aspectos psicodinámicos y/o psicoanalíticos de la patología clínica infantil.

S. Arxé Closa

XV CONGRÉS DE METGES I BIÒLEGS DE LLENGUA CATALANA

Información y secretaría: 15è CMBLC. Apartado 16009; 08080 Barcelona. Te. (93) 448 23 73. Fax. (93) 334 10 79.

Lugar: Edificio Central de la Universidad de Lérida. Rambla d'Áragó, s/n. Lérida.

Lérida, de 30 al 2 de noviembre de 1996

IV JORNADAS DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA AEN: «Patología y cronicidad en infancia y adolescencia»

Secretaría: Secretaría de la AEN. Villanueva, 11, 3º; 28001 Madrid. Tel. (91) 431 49 11.

Organiza: Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en colaboración con la Fundación Rey Alfonso XIII.

Lugar: Salón de Actos de Previsión Sanitaria Nacional. Villanueva, 11 - Madrid.

Madrid, 15 de noviembre de 1996

II SIMPOSIUM INTERNACIONAL: STRESS Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y JUVENTUD

Organización: Cátedra de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

Secretaría: Ultramar Exprés. Diputación, 238 3º; 08007 Barcelona. Tels. (93) 482 71 40 - 482 71 50. Fax. (93) 482 71 58.

Lugar: Palacio de Congresos.

Barcelona, de 3 al 6 de diciembre de 1996

JORNADAS DE PSICOPEDIATRÍA

Secretaría: Nuria Bassas. Unitat de Psiquiatria. Hospital Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129; 08035 Barcelona. Tel. (93) 427 20 22 Ext. 2330

Lugar: Sala de Actos del Pabellón Docente de los Hospitales Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129; 08035 Barcelona.

Barcelona, de 13 a 15 de enero de 1997

JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD

Secretaría: Nuria Bassas. Unitat de Psiquiatria. Hospital Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129; 08035 Barcelona. Tel. (93) 427 20 22 Ext. 2330

Lugar: Sala de Actos del Pabellón Docente de los Hospitales Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129; 08035 Barcelona.

Barcelona, de 16 a 18 de enero de 1997

SYMPOSIUM INTERDISCIPLINARIO DE PEDIATRÍA PSICOSOCIAL

Organización: GUIA. Centre Psicopedagògic d'Orientació. València, 377-379, entr. 2ª; 08013 Barcelona.

Secretaría: Santiago Batlle Vila. Tel. (93) 458 10 41. Fax. (93) 457 70 72.

Lugar: Hospital San Rafael. Passeig Vall d'Hebron, 107-117; 08035 Barcelona.

Barcelona, de 28 de febrero al 1 de marzo de 1997

IV JORNADA DE PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Organiza: Asociación Castellana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Colabora: Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Comité Organizador: Dr. José Luis Alcázar
Dr. Jerónimo Saiz
Dr. Javier San Sebastián
Dra. Petra Sánchez

Fecha: 25 de abril de 1997 (viernes).

Hora: De 9,30 de la mañana a 7,30 de la tarde.

Lugar: Salón de actos del Hospital de La Princesa. Diego de León, 62; Madrid (no confirmado).

Programa

- 9.30-11.30 h *Primera mesa redonda* (modera Dr. J.L. de Dios)
Trastorno hiperquinético
- Dr. J.E. de la Fuente (Barcelona)
- Dr. P. Benjumea (Sevilla)
- Dr. M.A. Catalá (Valencia)

Agenda

- 302** 12-14 h *Segunda mesa redonda* (modera Dr. P. Rodríguez-Ramos)
Trastornos del control de los impulsos
- Dr. J.L. Carrasco (Salamanca)
- Dr. J. Saiz (Madrid)
- Dr. J. San Sebastián (Madrid)

14-16.30 h Comida de trabajo

- 16.30-19.30 h *Tercera mesa redonda* (modera Dr. J. Mendiguchía)
Nuevas formas de trastornos del comportamiento en la adolescencia
- Dr. J.C. Pérez de los Cobos (Barcelona)
- Dr. G. Morandé (Madrid)
- Prof. César Manzano (Universidad País Vasco)
- Inspectora Jefa del GRUME (Madrid)

La inscripción es gratuita.

Información e inscripciones:

Dr. J. San Sebastián Cabasés
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Ramón y Cajal
Carretera de Colmenar, Km. 9,100
28034 Madrid
Tels. (91) 336 90 50 y 336 90 53.

Imprescindible la inscripción previa para obtener el certificado de asistencia.

35ª REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Fecha: del 29 al 31 de mayo de 1997

Lugar: Puerto de la Cruz, Tenerife.

Programa provisional

29 de mayo

- 20.00 h Ceremonia de apertura.
21.30 h Cóctel de bienvenida.

30 de mayo

- 9.00 h Entrega de documentación y credenciales.
9.30 h Ponencia: "La familia como factor de riesgo y como marco terapéutico".
11.30 h Coffee break.
11.30 h Continuación de la Ponencia.
13.30 h Resumen y Discusión.
14.00 h Almuerzo de trabajo.

- 17.00-19.30 h Comunicaciones libres y Sesión de pósters.
17.00-18.00 h Taller de Trabajo.
18.00-19.00 h Taller de Trabajo.
19.30 h Reunión Administrativa de la A.E.P.I.J.
21.00 h Cena

31 de mayo

- 9.30 h Mesa redonda: "Neuroimagen y Psiquiatría infanto-juvenil".
11.00 h Coffee break.
11.30 h Continuación de la Mesa redonda.
12.30 h Resumen y Discusión.
14.00 h Almuerzo de trabajo.
13.00-14.00 h Conferencia de clausura.
21.30 h Cóctel de despedida.
22.00 h Cena de clausura.

Secretaría Técnica: FORUM Congresos. Teobaldo Power, 25º; 38003 Santa Cruz de Tenerife. Tel. (922) 240 438 / 240 491 / 290 570. Fax. (922) 240 729.

VI CONGRESO EUROPEO SOBRE MALTRATO Y ABANDONO INFANTIL

Organiza: Asociación Catalana para la Infancia Maltratada (ACIM), por encargo de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y la International Society for Prevention Child Abuse and Neglect (ISPCAN).

Secretaría: BAC. Valencia, 359; 08009 Barcelona. Tel. (93) 457 45 55. Fax. (93) 457 45 79.

Barcelona, del 19 al 22 de octubre de 1997

II JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Organización: Hospital General Universitario "Gregorio Marañón".

Tema: Estados depresivos en la adolescencia.

Secretaría: Tel. (91) 586 87 43 / 586 88 47.

Madrid, del 24 al 25 de octubre de 1997

17TH WORLD CONGRESS OF PSYCHOTHERAPY

Organiza: International Federation for Psychotherapy and the Polish Psychiatric Association.

Secretaría: 1/9 Sobieskiego Street, 02-957-Warsaw (Poland).
Tel. 48-22 42-26-50. Fax. 48-22 642-53-75.

Warsaw (Polonia), del 23 al 28 de agosto de 1998

**EL DEVENIR DE LA ACREDITACIÓN EN PSIQUIATRÍA
Y PSICOTERAPIA DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA EN ESPAÑA: SECUENCIA Y
DOCUMENTOS**

Los últimos años han sido ricos en informaciones sobre el devenir de nuestra especialidad en España. Se han realizado esfuerzos de muy variadas formas y por diferentes personas e instituciones. Nos parece justo realizar un ordenamiento histórico, del que poseemos archivo documental y documentado, al objeto de aportar la información a los asociados de forma completa.

En 1988 se creó la Coordinadora de Sociedades y Secciones de Psiquiatría y Salud Mental Infanto-Juvenil. Consiguió sentar a los diferentes sectores interesados en el tema, aportar sus puntos de vista y realizar algunas acciones: editar un pequeño manifiesto de intenciones, realizar algunas entrevistas institucionales con documentos de mínimos y, sobre todo, discutir, debatir y contrastar. Su vida estaba limitada; en efecto, en 1992 se dio por finalizada su andadura, simplemente porque llegaba a puntos donde el progreso era dificultado por una de las Sociedades, según la opinión -posiblemente errónea o equivocada, pero unánime- de las demás.

En 1991, con Registro de Entrada 27.130 del 18 de julio de 1991 del Congreso de los Diputados, el Grupo Parlamentario Catalán (CiU) presenta cuatro preguntas parlamentarias sobre la actitud del Gobierno ante la Especialidad de Psiquiatría Infantil, sobre todo en lo tocante al ejercicio de otros profesionales de la Unión Europea y la posibilidad de optar a la Unión Europea de nuestros profesionales. La respuesta la realiza el Sr. Ministro de Sanidad y Consumo, por escrito, con número de registro de entrada en el Congreso de los Diputados 29.492 de octubre de 1991. Es una respuesta farragosa, poco aclaratoria y donde permanecen las dudas y un confusio nismo entre Psiquiatría y Psiquiatría Infantil, por lo que no hacía referencia a soluciones concretas y remitía a un buen número de leyes. Valoración: respuesta formal con poco contenido y escaso deseo de solucionar el tema planteado.

En 1992 y con el Número de expediente A.I. STS/Q/20575/91 el Defensor del Pueblo admite a trámite nuestra solicitud de amparo, e inicia las actuaciones de información en virtud de que nuestra solicitud cumplía los requisitos del art. 54 de la Constitución. Cada seis meses la alta institución del Estado nos mantiene informados (números de registro de salida de la Oficina del Defensor del Pueblo 18.529 de 28.05.92; 44.412 del 18.11.92 y 26.163 del 27.05.93). En la última de ellas dice textualmente: "Desafortunadamente el órgano administrativo competente..., persiste en su actitud de no enviar la información pedida. Ante tal actitud, esta Institución se ha visto obligada a recordar una vez más al citado organismo su deber de colaborar para el rápido esclarecimiento de la situación que nos plantea su queja...". Posteriormente, la misma Institución nos remite con número de salida 43.746 de 27.10.93

una contestación donde se le contesta parcialmente: La Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación elaboraban un plan de especialidades médicas; el Defensor del Pueblo insiste: "se procede a recabar un nuevo informe, a la vista de lo expuesto, en orden a conocer las previsiones existentes, en relación con la consideración de la Psiquiatría Infantil como especialidad independiente".

A partir de esta última información, las Sociedades y Secciones que se integraban en AEPIJ iniciamos nuevos contactos y nuevas acciones tendentes a aportar información y acreditar nuestra existencia.

1) Solicitamos y mantuvimos reuniones de trabajo con la Subdirección General de Formación, de la Dirección General anteriormente citada, donde se nos aportó la información de la constitución en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNEM) de una Comisión para definir el campo de las Acreditaciones específicas. En España ya no se crearían más Especialidades Médicas independientes, pero se abría esta posibilidad. Nos comprometimos a elaborar en el plazo de seis meses un documento de propuesta y la Subdirección General se comprometía a darle curso y apoyarlo.

2) Encargamos al doctor en Derecho D. Antonio Martín Serrano un informe jurídico sobre las posibilidades reales jurídico-administrativas para desarrollar nuestro deseo. Con gran diligencia, aportando documentación y justificaciones jurídico-administrativas, desarrolló un amplio informe, cuyas conclusiones hemos incluido en la publicación del Documento de acreditación como documento nº 3. En dicho informe se insistía en el camino cerrado hacia la especialidad independiente, pero en la posibilidad de conseguir un Área Acreditada de Capacitación Específica, que equivaldría a la titulación a la hora de las convalidaciones internacionales.

3) Un grupo de AEPIJ (Dres. J.L. Alcázar, J.L. Pedreira y Dra. M^aJ. Mardomingo) elaboró un documento para presentar ante el Ministerio sobre el Catálogo de Prestaciones Sanitarias del Servicio Nacional de Salud, que se empezaba a debatir a principios de 1994. Dicho Documento se presentó institucionalmente en el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Sra. Ministra nos contestó ponderando positivamente nuestras aportaciones y sugiriendo una entrevista de trabajo con el Sr. Subsecretario del Departamento. Dicha entrevista fue mantenida en el transcurso del Congreso de AEPIJ en Madrid, la receptividad fue buena a nuestras aportaciones y ratificó la disponibilidad a continuar trabajando, sobre todo si presentá bamos el Documento acordado con la Subdirección General.

4) También durante la celebración del Congreso de AEPIJ, un grupo delegado realiza una entrevista formal con el Prof. Manuel Díaz Rubio, a la sazón presidente del CNEM. En ella se nos confirma la constitución de la comisión para delinear los contenidos generales de las Áreas de Capacitación Específica, su receptividad para dar trámite al documento y compromiso de comunicar la situación al próximo Presidente del

304 CNEM. El Prof. Alfonso Moreno es nombrado unos meses después en sustitución del Prof. Díaz Rubio y también nos recibe cordialmente y promete estudiar el documento para darle curso.

5) Se recaba toda la información existente sobre la acreditación, tanto nacional como internacional, para elaborar el Documento que finalmente está listo a finales de 1994. Se entrega en las primeras semanas de 1995 en los organismos pertinentes, un primer borrador que, en general, es muy bien recibido, salvo algunas excepciones que intentan desactivarlo.

6) El Prof. Juan José López-Ibor, en su calidad de Secretario General de la WPA, nos recibió siempre con amabilidad y orientó los pasos a seguir, siempre desde un plano respetuoso y muy técnico y profesional. Sus orientaciones fueron seguidas e incorporadas al documento definitivo, cuyo ánimo definitivo para publicarlo fue realizado por el Prof. J.M^a Valentín Conde, lo que facilitó una nueva revisión y actualización de sus contenidos.

7) En febrero de 1995, el Prof. Jorma Piha, Presidente de la Sección Monoespecializada de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia de la UEMS, escribe una carta a la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo, donde hace constar su preocupación por el estado de la especialidad en nuestro país.

8) El grupo de CiU en el Congreso de los Diputados presenta una proposición no de ley sobre el particular. Se consigue contactar con los portavoces de CiU (Sr. Cardona i Vila), PSOE (Dra. Isabel Rodríguez), IU-IC (Dra. Isabel Maestro) y Grupo Mixto (en esta ocasión, D^a Pilar Rahola) por parte de diversos miembros de AEPIJ, consiguiendo el campo para obtener un mínimo acuerdo y asegurar la sensibilidad hacia el tema por parte de sus Señorías que, por otra parte, estuvieron absolutamente receptivos al tema. El debate se celebra en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados el día 20 de junio de 1995. Se adjunta copia del Acta de la sesión, para aportar la correspondiente información veraz y que el lector juzgue las "áreas de influencia". El resultado es lo importante: por unanimidad se aprueba la resolución que aparece en el acta y es reproducida en el Documento.

9) El día 30 de junio, el pleno del CNEM aprueba, por unanimidad, los criterios para establecer la Acreditación en Áreas de Capacitación Específica, que constan en el Documento publicado. Todos esos criterios los cumple sobradamente nuestra especialidad, pero sobre todo: el documento elaborado está en esa línea.

10) Se busca y se consigue financiación para la publicación y distribución del documento por parte de SmithKline-Beecham. La presentación es en el seno de la Reunión de AEPIJ en Cádiz, donde se mantiene una nueva entrevista de trabajo con el Prof. Alfonso Moreno, Presidente del CNEM.

Ahora se precisa hacer un seguimiento cercano del recorrido y del camino a seguir. El compromiso de todos los Grupos

Parlamentarios y el consenso conseguido, hace que seamos, al menos, tan rigurosos y pacientes, como hasta el momento actual.

Sanidad
20.6.95

36
Ángela
Ana

DEBATE Y VOTACIÓN DE LAS SIGUIENTES PROPOSICIONES NO DE LEY:

- SOBRE RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN DE CONVERGÈNCIA I UNIÓ (NÚM. EXP. 161/000396)

La señora PRESIDENTA: Pasamos al punto 3º del orden del día: debate y votación de proposiciones no de ley. Como hemos informados a SS.SS. al inicio de la sesión, las votaciones se producirán al final de los debates consiguientes.

Primera proposición no de ley: sobre reconocimiento de la especialidad médica de psiquiatría infantil. Esta proposición no de ley es una iniciativa presentada por el Grupo Catalán de Convergència i Unió. Para su defensa, tiene la palabra el señor Cardona.

El señor Cardona i Vila: Muchas gracias, señora Presidenta. Vamos a defender la proposición no de ley que ha presentado nuestro Grupo Parlamentario, Convergència i Unió, para que se reconozca la especialidad médica de psiquiatría infantil.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y ratificada por el Estado español, reconoce en su preámbulo que el niño, por su falta de madurez física y mental, tiene derecho a cuidados y asistencias especiales, derecho que adquiere una especial trascendencia si se encuentra en situaciones

36-2

traumáticas de mayor o menor gravedad y/o si adolece de ciertas minusvalías, bien sean físicas o mentales, en un organismo (no hay que olvidarlo) en continuo proceso de maduración.

Dada la complejidad y especificidad de estas circunstancias, es fácilmente comprensible la necesidad de una atención psiquiátrica especializada dirigida a esta población infantil, tanto desde el punto de vista de actuación terapéutica como desde el punto de vista de prevención, o en evitación de problemas que puedan surgir.

Sin embargo, en nuestros centros sanitarios los psiquiatras están ejerciendo la especialidad médica de psiquiatría infantil sin tener reconocida legalmente la especialidad para este área

concreta de conocimiento en su vertiente específica dirigida a la infancia. Además de este cumplimiento al que hacíamos referencia del compromiso adquirido por el Estado español al ratificar el 30 de noviembre de 1990 la referida Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, lo anteriormente expuesto ha de llevarnos a la necesidad de reconocer la especialidad médica de psiquiatría infantil sobre todo por la consideración del interés superior del niño.

Por otra parte, el propio colectivo profesional demanda que se les permita obtener el título sin perjuicio de que se les exija el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Real Decreto 127/1984 de 1 de enero, regulador de la obtención de los títulos de especialidades. Sin embargo, dicha disposición no contempla el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infantil, aunque sí establece los requisitos necesarios para obtener el título

36-3

de médico especialista, así como toda clase de especialidades susceptibles de perfeccionamiento y obtención, entre las cuales sí figura concretamente la de psiquiatría como una de aquellas que requiere la formación hospitalaria.

Pero es que además resulta que posteriormente, mediante la entrada en vigor del Real Decreto 1.691/1989, de 29 de diciembre, que regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de médicos y de médico especialista de los Estados miembros de la Unión Europea, tampoco se hizo el reconocimiento de la especialidad médica de psiquiatría infantil, aunque, por otra parte, sí que permite la posibilidad de que aquellos médicos extranjeros en cuyos países se les reconoce esta especialidad puedan ejercerla en nuestro país, lo cual, naturalmente, además, representa un serio inconveniente para nuestros profesionales.

Por todo ello, y atendiendo al hecho de que las necesidades sanitarias de la población infantil reclaman el reconocimiento legal de la especialidad médica correspondiente a psiquiatría infantil, el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió presenta la siguiente proposición no de ley: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que, en el plazo de tres meses desde la aprobación de la presente proposición no de ley, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3º del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, mediante el cual se regula la obtención de títulos de especialidades, dicte cuantas disposiciones sean necesarias para la creación de la especialidad médica relativa a psiquiatría infantil.

La señora PRESIDENTA: A esta proposición no de ley han sido presentadas dos enmiendas, una que formula el Grupo Parlamentario Popular y otra el Grupo Socialista.

36-4

Para la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor Villalón Rico: Gracias, señora Presidenta. Gracias al portavoz de Convergència i Unió.

Hay que decir que esta proposición no de ley (curiosamente, diría yo en este caso), admite las tres posibilidades desde el punto de vista de lo que podría ser al final una votación en Comisión. Yo creo que admitiría con criterios válidos, objetivos y razonables, el votar afirmativamente, el votar en contra e incluso al abstenerse.

Sanidad
20.6.95

37

(Termina el señor Villalón.)

¿Por qué decimos esto? Porque si nosotros votáramos afirmativamente la iniciativa de Convergència, entraríamos en la profundización de la especialidad de psiquiatría infantil. Por otra parte, también admitiría el votarse en contra, porque hace una propuesta que nosotros consideramos unilateral con respecto a otras especialidades de lo que es la especialidad de pediatría. También tendría que decir que todos los condicionantes que ha manifestado el señor Cardona respecto a establecer la protección sobre el niño, no solamente hay que presentarlos desde el punto de vista de la psiquiatría, sino también desde las diferentes especialidades de la pediatría y de la atención sanitaria al niño. Por ese mismo motivo, nosotros podríamos abstenernos, puesto que realmente no hay unos criterios científicos, médicos, suficientes para tomar esta decisión. En todo caso, sí que nos parece que es mejorar lo que en este momento tienen establecido las diferentes especialidades de pediatría desde el punto de vista de la asistencia médica.

Por otro lado, habría que decir que dentro de la pediatría o de la atención sanitaria infantil sólo hay una especialidad reconocida como tal: la cirugía infantil, reconocida con fecha 7 de julio de 1977. Hay casos curiosos, como es el hecho -seguramente el señor Cardona lo conoce- de que haya una cátedra de neonatología en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona, pero eso no condiciona que haya una especialidad de neonatología dentro de la pediatría. Por tanto, habría que hacer

37-2

una valoración de cómo está constituida, de cómo está estructurada la Asociación Española de Pediatría, que, en su momento, se estructuró en diferentes secciones; estas diferentes secciones se han transformado en sociedades y, así, tenemos la Sociedad de Neurología de Pediatría, la Sociedad de Cardiología, la Sociedad de Psiquiatría; en resumidas cuentas, diferentes sociedades dentro de lo que es la Asociación Española de Pediatría.

El acceso a la especialidad de psiquiatría infantil podríamos decir que tiene dos vías: el médico que se ha especializado en

306 psiquiatría y luego tiene una superespecialización en psiquiatría pediátrica o el médico que se ha especializado en pediatría y que accede a la psiquiatría pediátrica. Eso pasa en otras vertientes de la pediatría, como puede ser la neurología, el aparato digestivo, la cardiología, etcétera.

Nosotros, en atención al grupo proponente, a la intención del grupo proponente, que creemos que es mejorar la situación sanitaria española y, como ellos mismos dicen, en atención a los niños de nuestra sociedad, al final, vamos a apoyar esta iniciativa, teniendo también en cuenta la enmienda que hemos redactado y que nos parece que entra dentro de lo que sería la generalización de las diferentes especialidades médicas de pediatría. Nosotros hacemos una enmienda de adición: y del resto de las especialidades médicas de pediatría, de acuerdo con los criterios establecidos por la Asociación Española de Pediatría.

La señora PRESIDENTA: Pasamos a la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, defensa que va a hacer la señora Rodríguez Calvo.

37-3

He de comunicar a SS.SS. que, a pesar de que ustedes conocen el texto de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, se ha trasladado a la Mesa una pequeña modificación técnica de la enmienda ya existente, que, como digo, creo que SS.SS. ya conocen.

Tiene la palabra la señora Rodríguez Calvo.

La señora Rodríguez Calvo: En primer lugar, quiero expresar que el Grupo Parlamentario Socialista está de acuerdo con gran parte de los planteamientos que se exponen en la proposición no de ley que presenta el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Estamos de acuerdo porque es verdad que existe un compromiso adquirido por el Estado español con la ratificación del Convenio Internacional sobre Derechos del Niño de velar realmente por estos derechos y porque es cierto que la infancia y la adolescencia presentan caracteres específicos y expresiones psicológicas y clínicas claramente diferenciadas de las de los adultos, por lo que la forma de intervención en esta etapa de la vida suele ser compleja y diferenciada y no puede limitarse a una mera adaptación, más o menos eventual, de las técnicas empleadas en la etapa adulta, sino que los trastornos mentales infantiles y de adolescentes deben atenderse con estrategias de intervención adecuadas y específicas. Éste es un hecho que recoge la Ley General de Sanidad en su artículo 20,

Comisión de Sanidad
20.6.95

Turno 38
Coro/Ana

También es cierto que, basándose en estas necesidades peculiares de atención a la infancia y a la adolescencia, determinados médicos especialistas en pediatría o en psi-

quiatria vienen desarrollando una labor asistencial de modo preferente en áreas infantiles concretas, que han dado lugar a una especie de subespecialización en psiquiatría infantil, y a eso se ha referido el ponente del Grupo Parlamentario Popular. Es cierto que existen esas subespecialidades, no solamente en el campo de la pediatría, sino incluso en el campo de las enfermedades infecciosas, que no se sabe si las van a tratar los especialistas en medicina interna o los virólogos. Es decir, que cada día hay más profundización en algunas especialidades, que da lugar a esta subespecialización. Pero con ser esto cierto, es muy importante tener en cuenta, repito, que el hecho de que se dé en otras especialidades, de que se dé dentro de la propia atención al niño esta serie de subespecializaciones, debido al avance científico, hace necesario -y a nuestro Grupo nos parece conveniente- que se establezcan las medidas oportunas, tendentes tanto a regularizar la situación de estas subespecialidades como a establecer los criterios técnicos que garanticen la adecuada formación de aquellos facultativos que las desarrollan.

38-2

En este sentido y ante esta situación, caben dos posibles soluciones: una podría ser la creación de nuevas especialidades, como se pide en la proposición no de ley, o bien el reconocimiento de áreas de capacitación específica dentro de la especialidad ya existente. Respecto al primer planteamiento, no parece que sea la solución más conveniente, ya que la proliferación de especialidades médicas generaría efectos no deseables en la gestión y urbanización de los servicios sanitarios, al tiempo que puede dar lugar a una cierta confusión entre los propios usuarios de la sanidad. Además, como bien apuntaba antes el señor Cardona, ni el Real Decreto 127/1981 ni el Real Decreto 1.691/1994 reconocen, precisamente, la especialidad en psiquiatría infantil. También hay que señalar que, por parte de la Unión Europea, existe un alto grado de consenso sobre la conveniencia de no acreditar más especialidades que las estrictamente necesarias, y el propio Ministerio de Sanidad también está de acuerdo con los planteamientos que otros ministerios de Sanidad hacen a nivel europeo. Por el contrario, la segunda posibilidad, es decir, la creación y reconocimiento de estas áreas de capacitación específica, tal como lo contempla el Real Decreto 127/1984, parece que sea la solución más idónea, dándose además la circunstancia de que coincide con el sentir de la mayoría de la sociedad científica de ámbito nacional y de los sectores profesionales afectados, no solamente en la

38-3

especialidad que mencionaba el ponente del Grupo Popular, de pediatría, sino de todos los sectores que se vean afectados por estas subespecialidades.

Por otro lado, también tenemos que tener en cuenta que para el desarrollo de este Real Decreto 127 y, por ende, para la creación de todas aquellas áreas de capacitación específica que el progreso científico y tecnológico y las propias necesidades sanitarias aconsejen que deban de crearse, se ha constituido ya, a instancias del Ministerio de Sanidad y Consumo, un comité de estudio de áreas de capacitación específica, dentro del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, al objeto de definir qué conocimientos científicos y habilidades, con aplicación asistencial, se requieren para el desarrollo de estas áreas. Para ello, este comité valorará aspectos tales como que su contenido pueda ser considerado suficiente, sin estar incluido en la especialidad existente, pero sí que se desarrolle a partir de estas otras especialidades.

Comisión de Sanidad
20.6.95

Turno 39
Paloma/Charo

Que exista un número de profesionales sanitarios con dedicación profesional o preferente a estas áreas; que no se base únicamente en la existencia de un instrumento técnico o de una técnica médica quirúrgica o bien de diagnóstico o similar y que se acceda a esta área desde una o varias especialidades.

Así pues, en consonancia con lo expuesto, nos parece razonable decir que debe someterse a la consideración de dicho Comité la creación del área de capacitación específica de psiquiatría.

Por consiguiente, con estas consideraciones y respetando el espíritu de la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), el Grupo Socialista apoyaría dicha iniciativa, puesto que le parece interesante y oportuna, si se acepta nuestra enmienda a la misma en los términos que les hemos presentado, añadiendo la frase "en breve plazo" y, por tanto, quedaría de la siguiente forma: "El Congreso de los Diputados insta

39-2

al Gobierno para que en breve plazo, tras estudios e informe del Comité de Áreas de Capacitación Específica del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, se creen áreas de capacitación específica entre las que figuraría, entre otras, la psiquiatría infantil. Ello se realizaría a propuesta conjunta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, en desarrollo de lo previsto en el artículo 3 del Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista". Así quedaría redactada. Quiero decir al Grupo Popular que su enmienda, por tanto, sería redundante, dado que el propio artículo 3 del Real Decreto contempla lo que usted ya indica en su enmienda, es decir, que se tendrían en cuenta todas las asociaciones de especialistas a la hora de decidir qué áreas se crean o no se crean.

La señora PRESIDENTA: ¿Otros Grupos que no presentan enmiendas y que deseen intervenir?

307

Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra la señora Rahola.

39-3

La señora Rahola Martínez: Señora Presidenta, muy brevemente, para mostrar en esta Comisión nuestra posición absolutamente favorable a la proposición del Grupo Catalán (Convergència i Unió).

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría, por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

El señor GATXAGAETXEBARRÍA BASTIDA: Señora Presidenta, para fijar la posición del Grupo Vasco y manifestar que el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) apela en su exposición de motivos a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y que, en definitiva, viene a constituir el parámetro que ha inspirar las actuaciones político-sanitarias en cuanto al tratamiento de la política de asistencia a los niños.

Efectivamente, el marco político internacional sería éste, pero, circunscribiéndonos al ámbito de la Unión Europea y de la regulación que ya existe, la directiva marco o directiva general sobre especialidades, que es la 93/16, del texto refundido, admite la existencia de esta especialidad; incluso en algunos países existe (Dinamarca, Alemania, Grecia, Francia, Irlanda, entre otros).

Nuestro Grupo Parlamentario entiende

39-4

que, basándose en la coyuntura sanitaria que en este momento hay en el Estado español, que luego analizaremos, no es ésta una materia prioritaria. No lo es porque, en primer lugar, no hay una formación adecuada para la obtención del título de Medicina. Existe una escasa formación en materia de psiquiatría infantil, tanto en la asignatura de psiquiatría como en la de pediatría, a lo largo de la impartición de los diferentes cursos que conforman la licenciatura de Medicina.

Sin embargo, señora Presidenta, además hay otra consideración. Si acordamos y aprobamos la iniciativa tal como está en este momento, tenemos que proceder urgentemente a una redefinición del sistema de formación MIR de los especialistas en psiquiatría infantil y, por tanto, alteraría completamente, si se aprobara tal como lo expone el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), todo el sistema de obtención del título de especialista por la vía MIR.

Por tanto, procede señalar que, en cuanto a la formación de los Médicos Internos Residentes, se contempla una dedicación entre cuatro a 10 meses, pudiendo ampliarse este período hasta los 12 meses, pero sin que haya una programación a cumplir. Además, este período, señora Presidenta, es optativo

308 y se escoge entre psiquiatría infantil, gerontopsiquiatría, alcoholismo y toxicomanías.

Sanidad
20.6.95

Turno 40
Marimar
Charo

Por tanto, tiene verdaderos problemas de aplicación práctica, y en definitiva tampoco circunscribimos el ámbito de la especialidad, porque ¿nos referiríamos a los que tienen la especialidad de psiquiatría o a los que tienen la de pediatría, o también a los psicólogos? Por tanto, vistas las enmiendas presentadas, nos parece muy correcta la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, porque atina en el meollo del problema, y es que es necesario un estudio, un informe de las áreas de capacitación en el seno del Consejo Nacional de Especialidades. Creemos que la redacción y el planteamiento que propone el Grupo Socialista son los adecuados, puesto que sería excesivamente temerario en este momento que se aprobara tal como está la proposición no de ley y con un plazo tan perentorio de tres meses, el establecimiento de la especialidad, por todas esas problemáticas que suponen la alteración del sistema de formación en la carrera y del sistema de formación de especialistas a lo largo de la vía MIR.

Por tanto, el Grupo Parlamentario Vasco aceptaría y votaría a favor de la enmienda del Grupo Socialista siempre que fuera admitida a trámite por el Grupo Parlamentario Catalán.

La señora PRESIDENTA: Por el Grupo Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

40-2

La señora MAESTRO MARTÍN: Mi Grupo comparte plenamente la necesidad de que en lo que se refiere a psiquiatría y psicoterapia infanto-juvenil deba haber unos profesionales específicamente capacitados para ello. Yo creo que no son comparables -no comparto las apreciaciones del señor Villalón- otro tipo de especialidades en pediatría con la que se refiere especialmente a la psiquiatría y la psicoterapia, es decir, lo que es la mente de un niño es cualitativamente diferente de la de un adulto, no es un adulto en chiquitito, necesita una atención especializada y específica.

Por otro lado, tal y como han dicho otros Grupos, existen en este momento profesionales que han obtenido esa capacitación específica, lo que pasa es que han tenido que salir al extranjero para obtenerla, desgraciadamente, ya que en nuestro país no existen cauces diseñados para obtenerla, y por tanto tampoco existen puestos de trabajo específicos. La Ley General de Sanidad contempla, por otro lado, la necesidad de este tipo de atención especializada, e incluso en el catálogo de prestaciones sanitarias, afortunadamente, se contempla este tipo de atención.

Nuestro país es el único país europeo que no tiene reconocido este tipo de especialidad médica y, aunque hay otros

países que no la tienen reconocida -o sea, no existe formación específica en su ámbito-, sí reconocen la formación obtenida por profesionales en otros países de su entorno cultural o lingüístico.

Mi Grupo Parlamentario, finalmente, comparte las apreciaciones que acaba de hacer el portavoz del PNV con respecto a que parece

40-3

razonable que exista un período en el cual lo que se reconozca sea una capacitación específica por parte, lógicamente, tanto de profesionales especialistas en pediatría como de especialistas en psiquiatría, que conduzca en el plazo necesario al reconocimiento de la especialidad en psiquiatría infanto-juvenil. Lo que mi Grupo hubiera deseado es que, aparte de este planteamiento razonable del Grupo Socialista, hubiera una concreción en el tiempo. Yo creo que la preocupación que mi Grupo transmite es generalizada: el alto grado de incumplimiento por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de proposiciones no de ley aprobadas por unanimidad en esta Comisión. Incluso hemos visto anteriormente que a pesar de esa redacción del plazo más breve posible haya determinado la existencia de la norma, en este caso recomendada por esta Comisión. Por tanto, mi Grupo votará favorablemente a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) si acepta la enmienda planteada por el Grupo Socialista, aun entendiendo que mi Grupo va a perseguir la norma y seremos protagonistas en conseguir que esa concreción temporal que no se ha podido lograr en esta Comisión se consiga.

La señora PRESIDENTA: Señor Cardona, tiene la palabra al objeto de indicar si acepta o no las enmiendas presentadas.

40-4

El señor CARDONA I VILA: Sí aceptamos la enmienda del Grupo Socialista en el sentido de añadir "en el más breve plazo de tiempo posible". Por otra parte, no podemos aceptar la enmienda del Grupo Popular, primero porque, tal como se ha dicho, el artículo 3 del Real Decreto 127/1984 ya contempla esta posibilidad, y además -también se ha dicho- por la complejidad especial que significa la psiquiatría, sobre todo en un terreno tan delicado cual es la formación integral del niño.

Sanidad
20.6.95

41
Isabel/Charo

Por consiguiente, nosotros entendemos que necesita de una especial dedicación todo lo referente a psiquiatría infantil.

También quiero agradecer a todos los grupos sus manifestaciones en la fijación de posiciones.

SE VOTÓ AL FINAL DE LA SESIÓN Y FUE POR UNANIMIDAD.

FUNDACIÓN DE LA ASOCIACIÓN CASTELLANA DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El pasado mes de marzo se constituyó en Madrid la *Asociación Castellana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia* promovida por un grupo de profesionales deseosos de aunar esfuerzos y contribuir al desarrollo de la especialidad. Los fines de la Asociación son:

- 1) Promover el desarrollo científico de la Psiquiatría del niño y del adolescente y su difusión en el ámbito de la medicina y otras disciplinas relacionadas con la infancia.
- 2) Reivindicar el reconocimiento social de la psiquiatría, y el derecho de los niños y los jóvenes a recibir una atención psiquiátrica adecuada.
- 3) Velar por el ejercicio ético de la especialidad.

La junta directiva está formada por la Dra. María Jesús Mardomingo (Presidenta), Dr. José Luis de Dios (Vicepresidente), Dra. Petra Sánchez (Tesorera), y Dr. Javier San Sebastián, Dr. Enrique Baca y Dra. Maruja Palanca (Vocales).

La Asociación Castellana nace en el ámbito de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, como expresión del avance e impulso de los últimos años, y se siente comprometida en la colaboración con la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

La Asociación está abierta y desea ser un foro de encuentro para todas aquellas personas que estén interesadas en el mundo de la infancia y adolescencia, facilitando la comunicación de los profesionales y la colaboración en programas de formación e investigación. Con esta finalidad se celebrarán reuniones científicas periódicas y se editará un Boletín de información general.

La actual Junta Directiva desea invitar a la incorporación de nuevos miembros que contribuyan al desenvolvimiento de la Asociación y al cumplimiento de los fines propuestos. Las personas interesadas pueden dirigirse a:

Asociación Castellana de Psiquiatría de la Infancia y
Adolescencia
Edificio 5B
Valle de la Fuenfría, 3
28034 Madrid

EUROPEAN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (ECAP)

309

*Professor H.-C Steinhausen
Department of Child and Adolescent Psychiatry
University of Zürich*

Dr. J.L. Alcázar
Madrid

Dear Dr. Alcázar:

Both the president of the European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP), Professor H. Remschmidt, and the editor-in-chief of our journal (ECAP), Professor C. Gillberg, have asked me to regularly edit a newsletter that will be printed in our journal.

I would like you to regularly contribute information from your country to this newsletter. This could pertain to the following issues:

- Historical development and current status.
- Postgraduate training.
- Political and administrative initiatives.
- Seminars and congresses.
- Research activities.

These and other issues of our discipline would find a wide European readership in ECAP. The newsletter might support you in your national initiatives. I would be delighted if you would regularly make use of this European Forum.

I am very much looking forward to our cooperation.

Sincerely yours,
Professor H.C. Steinhausen

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

Sr. Salvador Arxé i Closa
Centro Psicológico Gaudí
Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2ª
08012 Barcelona

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



enuresis nocturna

un trastorno de gran prevalencia

el 50% de los enuréticos nocturnos permanecen ocultos

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

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

ferring



Minurin[®] Desmopresina

Aerosol nasal 5 ml única respuesta actual y eficaz

al tratamiento fisiológico de la enuresis nocturna

MINURIN Aerosol nasal. Desamino-8-D-Arginina-Vasopresina acetato (DDAVP), es una sustancia sintética análoga a la hormona antidiurética natural, careciendo de actividad presora y de efectos secundarios, además de poseer una acción antidiurética prolongada. Composición Cuantitativa: Por 100 ml Desmopresina (D.C.I.) 10 mg Excipiente c.s.p 100 ml. Un ml de solución contiene 0,1 mg de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg de Desmopresina. Indicaciones: Enuresis nocturna. Diabetes insípida. Posología: Enuresis nocturna: 10 a 40 mcg antes de acostarse (1 a 4 insuflaciones). Diabetes insípida: Adultos: 20 a 40 mcg por día (2 a 4 insuflaciones), repartido en dos dosis. Niños: 10 a 20 mcg por día (1 a 2 insuflaciones), repartido en dos dosis. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la Desmopresina. Precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: No se han descrito. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: Son muy raros. En dosificaciones muy altas puede ocurrir ligero dolor de cabeza y moderado aumento de la presión sanguínea que desaparecen cuando la dosificación se realiza correctamente. Intoxicación y su tratamiento: No se conocen casos de intoxicación. No se conoce un específico antídoto. En los posibles casos de sobredosis, la dosis debe ser reducida, disminuir la frecuencia de la administración o suprimir el medicamento de acuerdo a la seriedad de la situación. Si la considerable retención de líquido es causante de preocupación, se puede inducir diuresis con un salurético como la furosemida. Condiciones para su conservación y almacenamiento: Entre 2° y 8° C. Presentación: Un frasco-aerosol de 5 ml. R.V.P. (IVA): 5.265 Ptas.

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

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

farmix