

R. 26.276

12 500 01-0532

ALC

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría

BIBLIOTECA UCM

5301455583

EFICACIA DEL HOSPITAL DE
DIA PSIQUIATRICO INFANTIL



Biblioteca
de Medicina

Margarita Alcamí Pertejo

Madrid, 1992

Colección Tesis Doctorales. N.º 284/92

X-53-070211-7

© Margarita Alcamí Pertejo

Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía.
Escuela de Estomatología. Ciudad Universitaria.
Madrid, 1992.

Ricoh 3700

Depósito Legal: M-29129-1992



La Tesis doctoral de D. Maripita Alessari Peretja

titulada Eficacia del Hospital a Día Biopsiático Infantil

Director Dr. D. Carla Carbonell Matia

fue leída en la Facultad de MEDICINA de la
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

el día 26 de Noviembre de 1991 ante el tribunal constituido
por los siguientes Profesores:

Presidente CARMEN ARRABAL TERÓN

Vocal Antonio López Zouvi

Vocal Isaac Santa Domingo Carrasc

Vocal José Luis Pedreira MORA

Secretario Gonzalo Hernandez Lavini

habiendo recibido la calificación de

Opto cum Laude por Unanimitad

Madrid, a 26 de Noviembre de 1991

El Secretario del Tribunal,

J. M. Mat

Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría

EFICACIA DEL HOSPITAL DE
DIA PSIQUIATRICO INFANTIL

Margarita Alcami Pertejo

Director: Prof. Dr. C. Carbonell Masia /
Dra. M. Martín del Moral



DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA
FACULTAD DE MEDICINA
(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE)

CIUDAD UNIVERSITARIA
TELEF. 922 14 97
28040 MADRID

ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE DE MADRID

C E R T I F I C A : que el trabajo titulado "Eficacia del Hospital
de Día Psiquiátrico Infantil", realizado por -
D^a Margarita ALCAMÍ PERTEJO, bajo la dirección
del Prof.C.CARBONELL MASIÁ, reúne las condicio-
nes necesarias para ser presentado y defendido
públicamente como trabajo de Tesis Doctoral.

Lo que firmo en Madrid, a veintiocho de Mayo
de mil novecientos noventa y uno.



Prof.: Prof.Dr.A.Calcedo Ordoñez

D. CARLOS CARBONELL MASIA PROFESOR TITULAR DE PSIQUIATRIA DE LA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID:

CERTIFICA: Que el trabajo de investigación que
lleva por título "Eficacia del
Hospital de Día Psiquiátrico
Infantil", realizado bajo mi
dirección y con la codirección de
la Dra. Mercedes Martín del Moral
por D^a Margarita Alcamí Pertejo,
reúne méritos suficientes para
optar al Grado de Doctor en
Medicina y Cirugía.

Y para que conste, firmo el presente
certificado en Madrid, a 24 de Mayo
de 1991.



A handwritten signature in dark ink, appearing to read "C. Carbonell Masia". The signature is written in a cursive style and is underlined.

Fdo: Prof. D. Carlos Carbonell Masia

**Al equipo terapeutico del Hospital de Día
de la Cruz Roja y a todos aquellos que
trabajan en el difícil campo de la patología
emocional de la primera infancia**

Agradecimientos

- Al Prof. C. Carbonell por el interés dedicado en la dirección de este trabajo, así como a la Dra. M. Martín del Moral por su constante apoyo en la codirección del mismo.
- A la Dra. Marta Peral, a Celina Díaz, a Goya Díaz, a Marianela García y a Casilda Ramírez que constituyen el equipo terapéutico del Hospital de Día de la Cruz Roja y que ofrecieron no solo su experiencia terapéutica como material de esta tesis sino su ayuda personal en las distintas etapas de la misma.
- Jose Luis Brita-Paja por su inestimable ayuda en el trabajo estadístico de los datos.
- Al Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de la Cruz Roja, y, en especial, a la Sección de Psiquiatría Infantil por su apoyo constante para la realización de esta tesis.
- A Manolo y Berta que han hecho en su ordenador las múltiples pruebas de impresión necesarias hasta que este trabajo ha conseguido su formato externo definitivo.
- A todos aquellos que de una u otra forma me han acompañado durante estos años y me han animado a la realización de este trabajo y, en especial, a Nacho que no solo me ha ayudado en mis dificultades con el ordenador sino que me ha suplantado en las tareas familiares para que este trabajo pudiera ser llevado a cabo.

Indice

1	MOTIVACION DEL ESTUDIO	8
2	INTRODUCCION	10
2.1	El Hospital de Día	11
2.1.1	El Hospital de Día Infantil.	14
2.1.2	Análisis de la literatura sobre Hospitales de Día Psiquiátricos Infantiles	22
2.2	Las Clasificaciones en Psiquiatría Infantil	30
2.3	Psicopatología de la primera infancia susceptible de tratamiento en un Hospital de Día	35
2.3.1	Retraso Mental	35
2.3.2	Trastornos Profundos del Desarrollo	38
2.3.3	Otros trastornos	44
2.4	El Hospital de Día Infantil del Hospital Central de la Cruz Roja	50
2.4.1	Características de funcionamiento del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil	52
2.4.2	Funcionamiento del Hospital de Día	53
2.4.3	Objetivos	56
3	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	58
4	MATERIAL Y METODO	59

4.1	Diseño de investigación	59
4.2	Estudio del periodo de tratamiento en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil	60
4.2.1	Material	60
4.2.2	Método	70
4.3	Estudio del Periodo postalta del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil	70
4.3.1	Material	70
4.3.2	Método	74
4.4	Análisis de los datos	75
5	RESULTADOS	76
5.1	Estudio descriptivo de la población asistida en el Hospital de Día	76
5.1.1	Datos sociodemográficos y familiares	77
5.1.2	Datos asistenciales	81
5.1.3	Antecedentes biográficos y psiquiátricos	85
5.1.4	Entidades nosológicas y clínica global de la población infantil en estudio	91
5.1.5	Descripción sintomatológica de las entidades diagnósticas tratadas en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil	96
5.2	Estudio de las entidades diagnósticas tratadas en el Hospital de Día en relación al resto de las variables analizadas	114
5.2.1	Sexo	114
5.2.2	Edad al comienzo del tratamiento en el Hospital de Día	114
5.2.3	Nivel socioeconómico	115
5.2.4	Procedencia de la derivación	115
5.2.5	Tiempo de asistencia al Hospital de Día	116
5.2.6	Comienzo de la patología	116

5.2.7	Aspecto dismórfico	117
5.2.8	Antecedentes de hipostimulación	118
5.2.9	Eje IV DSM III	118
5.2.10	Motivo de consulta	118
5.2.11	Edad en el primer contacto con Servicios de Salud Mental	119
5.2.12	Existencia de consulta previa	120
5.2.13	Realización previa de tratamiento psiquiátrico	120
5.2.14	Nivel intelectual en el momento de ingreso y alta del Hospital de Día	121
5.2.15	Tipo de centro escolar al que se remite al alta	121
5.3	Estudio de la eficacia terapéutica del Hospital de Día sobre las manifestaciones clínicas	122
5.3.1	Eficacia terapéutica en cuanto a la sintomatología no diferenciada por entidades nosológicas	123
5.3.2	Eficacia terapéutica en cuanto a la sintomatología diferenciada por entidades nosológicas	126
5.4	Estudio de la situación clínico-familiar-social postalta del Hospital de Día	144
5.4.1	Estudio de la situación clínica y el nivel intelectual	144
5.4.2	Evaluación de los abordajes terapéuticos complementarios realizados durante el período postalta	146
5.4.3	Funcionamiento familiar y social.	147
5.4.4	Nivel de integración y funcionamiento escolar	150
6	DISCUSION	153
6.1	Discusión metodológica	153
6.1.1	Características de la población.	155

6.2	Discusión de los objetivos generales del estudio	15
6.2.1	Tipo de pacientes tratados en un Hospital de Día Infantil	15
6.2.2	Modificaciones psicopatológicas de los pacientes tratados en un Hospital de Día	16
6.2.3	Eficacia terapéutica del Hospital de Día a corto y largo plazo	16
6.2.4	Reflexión sobre los distintos factores que pueden influir en la aparición de los diversos trastornos mentales en la primera infancia.	17
6.2.5	Indicadores pronósticos y criterios de efectividad clínica	17
6.2.6	Necesidades existentes en la red asistencial de Salud Mental para la primera infancia.	18
7	Conclusiones	18
8	Bibliografía	19
A	Variables utilizadas en el estudio	22
B	Encuesta	24
C	Resultados del test de comparaciones múltiples.	25

Lista de figuras

5.1	Distribución de la población por sexos	77
5.2	Edad del niño al ingreso en el Hospital de Día	78
5.3	Distribución de la población según el nivel socioeconómico	79
5.4	Distribución de la población según el número de hermanos	80
5.5	Distribución de la población en función de la estructura familiar	81
5.6	Distribución de la población en función del motivo de consulta	82
5.7	Distribución de la población en función de la fuente de la derivación	83
5.8	Distribución de la población en función del centro escolar al alta	83
5.9	Distribución de la población en función del tiempo de tratamiento	84
5.10	Distribución de la población en función de los antecedentes mórbidos personales	86
5.11	Antecedentes de hipostimulación	87
5.12	Distribución de la población en función del comienzo de la patología	88
5.13	Distribución de la población en función de la fuente de la edad en la primera consulta	89
5.14	Consulta psiquiátrica previa en otro centro	90
5.15	Distribución de la población en función del diagnóstico DSM III	92
5.16	Centro al que asiste en el momento de la reevaluación	151

Lista de tablas

5.1	Descripción de la población	76
5.2	Profesión del cabeza de familia	79
5.3	Tiempo de tratamiento. Centro de remisión al alta.	84
5.4	Diagnóstico DSM III en relación con la edad al comienzo del tratamiento	115
5.5	Diagnóstico DSM III en relación al nivel socio- económico	115
5.6	Diagnóstico DSM III en relación a la procedencia de la derivación	115
5.7	Diagnóstico DSM III en relación con el tiempo de asistencia al Hospital de Día.	116
5.8	Diagnóstico DSM III en relación al comienzo de la patología	117
5.9	Diagnóstico DSM III en relación al aspecto dismórfico.	117
5.10	Diagnóstico DSM III en relación a la existencia de hipoestimulación	118
5.11	Diagnóstico DSM III en relación al eje IV DSM III.	118
5.12	Diagnóstico DSM III en relación con el motivo de consulta	119
5.13	Diagnóstico DSM III en relación con la edad al primer contacto con los servicios de salud mental.	119
5.14	Diagnóstico DSM III en relación a consulta psiquiátrica previa.	120
5.15	Diagnóstico DSM III en relación con el centro de derivación al alta	122
5.16	Diagnóstico DSM III en relación con la autonomía en la alimentación	147
5.17	Diagnóstico DSM III en relación con la autonomía en el aseo personal	148

5.18 Diagnóstico DSM III en relación con la autonomía en el vestir	148
5.19 Diagnóstico DSM III en relación con la autonomía en el movimiento	148
5.20 Diagnóstico DSM III en relación con los problemas en el manejo del niño por parte de la familia	149
5.21 Diagnóstico DSM III en relación con el centro al que acude en el momento de la reevaluación	150

Capítulo 1

MOTIVACION DEL ESTUDIO

El niño es un ser en crecimiento; durante los primeros años de su vida va a desarrollar sus capacidades innatas, encontrándose muchos aspectos de esta etapa de la vida influidos por factores familiares y sociales.

Cuando aparece patología psíquica en los primeros años de la vida nos encontramos ante un paciente que requiere no solo un abordaje terapéutico específico sobre su trastorno psíquico sino que también requiere una valoración del estado de su proceso de desarrollo y, si es necesario, una ayuda que le permita continuar avanzando correctamente en él. Los abordajes terapéuticos deben realizarse lo más tempranamente posible porque si el trastorno psíquico se ha acompañado ya de importantes estancamientos en el desarrollo, éstos van a ser muy difíciles de superar y van a determinar en gran manera los niveles de adaptación y de integración así como el funcionamiento social de estos niños en la edad adulta.

Tras una primera experiencia personal con la patología mental de la primera infancia y el conocimiento de las grandes dificultades que los abordajes terapéuticos deben enfrentar en los primeros años de la vida, el contacto con el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja me mostraba una forma de tratamiento capaz de hacer frente al reto del tratamiento psiquiátrico en las primeras etapas de la vida.

Fué el conocimiento de la falta de Centros de estas características en nuestro medio asistencial, así como la inquietud del propio equipo terapéutico del Hospital de Día Infantil de la Cruz Roja,

que tras varios años de funcionamiento contaba con elementos que le permitían evaluar la eficacia de su actuación la que me llevó a estudiar la eficacia terapéutica de este recurso asistencial.

Era importante evaluar no solo la eficacia del Centro, sino buscar aquellos factores que pudieran influir en la obtención de unos mejores resultados. Ello nos exigía trabajar tanto con las características sociofamiliares, asistenciales, biográficas como con las características clínicas de los niños atendidos en este Hospital de Día.

La afirmación de la eficacia de los Hospitales de Día Psiquiátricos Infantiles en el tratamiento de la patología mental de la primera infancia debía estudiarse con rigidez metodológica para poder defender el puesto que deben ocupar este tipo de abordajes terapéuticos en la cadena asistencial de Salud Mental; y este ha sido el motivo de la realización de este trabajo.

Capítulo 2

INTRODUCCION

El interés científico por los niños es un fenómeno relativamente reciente; no fué hasta la mitad del Siglo XIX que los pediatras emergieron como una especialidad médica organizada. En lo que respecta al interés por los trastornos mentales durante la infancia la literatura científica europea de principios del Siglo XIX consistía principalmente en la descripción de casos aislados que señalaban el interés creciente de ciertos médicos de renombre por los problemas mentales de los niños; sin embargo, el punto de vista mas prevalente era que los trastornos mentales no ocurrían antes de la pubertad.

A mediados del Siglo XIX en los trabajos de Psiquiatría aparecían de forma regular referencias a la locura en los niños; sin embargo, como señala Parry-Jones (1989) existen pocas referencias en la literatura de esa época sobre el cuidado institucional de los niños con trastornos mentales y, sorprendentemente poco se sabe sobre lo que ocurría con ellos.

Hoy día, no solo se acepta la existencia de trastornos mentales en los niños de todas las edades sino que existe un interés del mundo científico en el estudio de los distintos trastornos que aparecen en la infancia y la adolescencia así como una lucha por parte de los distintos medios terapéuticos existentes para acercarse al tratamiento adecuado de estos trastornos.

En nuestra Introducción queremos hacer un recuerdo no solo de lo que es el medio terapéutico de los Hospitales de Día y cómo han ido surgiendo en el tiempo, sino una señalización de aque-

los estudios que se han realizado para evaluar la eficacia de este recurso terapéutico en niños pequeños.

Igualmente haremos dentro de este capítulo un recuerdo de las distintas clasificaciones utilizadas en el campo de los trastornos mentales infantiles para así justificar la elección que hicimos en esta investigación por una clasificación internacional determinada. Expondremos posteriormente aquellas entidades concretas que son susceptibles de tratamiento en un Hospital de Día para por último describir el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja, objeto de nuestro estudio ya que éste nos permitirá compararlo con los Hospitales de Día que encontramos referidos en la literatura.

2.1 El Hospital de Día

El Hospital de Día surge como una alternativa asistencial a la hospitalización total y va adquiriendo identidad a lo largo de muchas formas con técnicas de tratamiento agrupadas de forma heterogénea y con la constante en el hecho de permitir que el paciente mantenga una relación estrecha con su medio; se pretende así que sin perder los estímulos de convivencia de la vida cotidiana la persona se beneficie, a su vez, de un tratamiento intensivo durante un período de tiempo determinado.

Definimos el Hospital de Día como una forma de tratamiento institucional a tiempo parcial que durante al menos varias horas al día ofrece técnicas terapéuticas integrales permitiendo en el ciclo de 24 horas el mantenimiento del paciente en su medio habitual de convivencia, período éste que se realiza normalmente a partir de la tarde y ocupa toda la noche.

La distinta orientación del tratamiento del enfermo psiquiátrico y la diferente actitud de la sociedad hacia este tipo de patología durante las últimas décadas ha ido desarrollando distintos modelos de abordaje terapéutico que, como los Hospitales de Día, posibilitan el tratamiento del paciente sin desarraigarlo de su medio social.

El tratamiento en Hospital de Día es un tratamiento institucional en la medida que se centra en la modificación del ambiente y en la dirección de éste como elemento terapéutico. Es institucional porque el paciente se integra en un grupo de trabajo y en una colectividad de actividades regladas de principio a fin del día que incluyen los hábitos de autonomía, la comida, la toma de medicación muchas veces, que incluye, por tanto, varias de las actividades de la vida cotidiana. Es institucional en la medida en que se integra dentro de una filosofía de tratamiento en la que existe una continuidad y existe una estructuración en el tiempo con una amplia red de recursos de referencia integrados dentro del marco terapéutico al igual que ocurre en los hospitales generales aplicados estos conceptos al resto de las patologías médicas.

Es integral porque no se decanta exclusivamente hacia técnicas biológicas, hacia técnicas residenciales o hacia técnicas psicoterápicas sino que ofrece técnicas de grupo, de apoyo individual, de apoyo farmacológico, de estimulación psicomotora, de rehabilitación psíquica, de apoyo familiar, técnicas de socioterapia, etc.. en un conjunto de tratamientos individualizados que pretenden la remisión de la sintomatología, la recuperación del paciente, en definitiva si es posible la curación del paciente en el menor tiempo posible aplicando el número de técnicas de tratamiento necesario y adecuadas para cada sujeto concreto.

Históricamente y aunque sea difícil de conceptualizar existiendo distintas teorías en la mas actual podríamos distinguir varios tipos de hospitalizaciones parciales como son aquellas, en primer lugar, dirigidas a pacientes que han salido de hospitales psiquiátricos y que algunos denominan Centros de Día o Centros Ocupacionales y que están orientadas fundamentalmente hacia pacientes crónicos, frecuentemente esquizofrénicos, en proceso de desinstitucionalización; proceso de salida que va a necesitar durante una serie de meses, de años, un tratamiento de apoyo que les permita aprender a reintegrarse a la sociedad en la que durante mucho tiempo dejaron de ser sujetos activos.

En segundo lugar hay Hospitales de Día centrados en tratamientos monográficos con duraciones de bastantes meses, incluso de varios años, para entidades nosológicas concretas como

pueda ser el caso de los Hospitales de Día para niños autistas o de Hospitales de Día para dementes o de otro tipo de patologías concretas como pueda ser el alcoholismo.

Por último existen otro tipo de Hospitales de Día que se entienden como subsidiarios de atender a patología aguda en periodos de hasta tres meses de duración, algunos los ubican como alternativa a la hospitalización en los hospitales agudos y en ellos se reproduce prácticamente de forma fidedigna todas las estructuras de un hospital general con la diferencia de que no hay camas y el paciente duerme en casa y se va a aplicar el tratamiento standar que en una unidad de agudos que en un hospital general se realiza.

De estos tres tipos de Hospitales de Día podríamos decir que existen muchísimas experiencias, cientos de variantes en función de la formación de las personas que lo dirigen, en función de los recursos asistenciales que cada institución recibe y, en definitiva en función de las características de los enfermos a los que atiende. En ese sentido un análisis de la literatura como el que vamos a realizar a continuación refleja la heterogeneidad de criterios existente en este tipo de abordaje terapéutico.

La primera experiencia en Hospitales de Día, tanto para adultos como para niños, fue realizada en Rusia en la década de los treinta. El ímpetu para la creación de Hospitales de Día fue inicialmente la reducción de camas de pacientes severamente enfermos que estaban ingresados, la mayoría de ellos esquizofrénicos crónicos.

Posteriormente, fueron surgiendo distintos Hospitales de Día en el mundo occidental. Cameron fundó un Hospital de Día en el Allen Memorial Institute en Montreal en 1947; él consideraba el hospital de día como una alternativa al ingreso a tiempo completo, y la creía superior en resultados para muchos pacientes. Bierer lo creó en Inglaterra en 1948. En EEUU las primeras unidades fueron creadas en 1948 en Yale Psychiatric Clinic y un año más tarde en Menninger Clinic.

Desde entonces numerosos programas de día han surgido en la mayoría de los países.

Distintos factores han influido en el rápido crecimiento experimentado por los programas de día:

1. Factores económicos: El costo de la hospitalización de día es menor que el correspondiente a una hospitalización a tiempo completo.

2. Nuevas orientaciones dentro de la psiquiatría, procedentes de:

- - "La comunidad terapéutica", introducida principalmente por Maxwell Jones; descrita como un nuevo tratamiento psiquiátrico porque consideraba la unidad psiquiátrica como un sistema social en el que todos los miembros (pacientes y equipo terapéutico) se influían recíprocamente uno a otro en sentido positivo o negativo dependiendo de la forma de funcionamiento del sistema.

- - Estudios de dinámica familiar que mostraban que muchas veces el solo cambio del paciente sin que existiera una modificación familiar provocaba que al volver al ambiente familiar éste siguiera siendo el ambiente patogénico que frecuentemente jugaba un papel importante en la descompensación psicótica.

- - Estudios sociológicos que mostraban los efectos yatrogénicos de ciertos tipos de hospitalizaciones psiquiátricas.

- - Estudios de resultados terapéuticos que mostraban que aquéllos programas que no separaban a las personas totalmente de sus familias y comunidades eran preferibles a aquéllos que les situaban en un ambiente artificial como era el hospital, ya que estos últimos aportaban pocas mejoras terapéuticas en lo relativo a la vida diaria.

3. El avance farmacológico: La introducción de los tranquilizantes mayores en los años cincuenta hizo más accesible y manejable la intervención terapéutica en los esquizofrénicos, haciendo innecesario el retenerlos en el hospital por períodos indefinidos de tiempo.

2.1.1 El Hospital de Día Infantil.

El tratamiento de Hospital de Día para niños consiste en un programa que combina distintas modalidades terapéuticas (psicoterapia, ambiente terapéutico, técnicas reeducativas...) sin

separar al niño de su familia, lo que permite la participación de la misma en el proceso terapéutico.

La esencia del tratamiento del Hospital de Día es que mantiene a la familia, impide la separación total del niño, trata a todos los miembros de la familia y hace vivir al niño y a la familia la idea de que el niño pertenece a esta última.

Para que este tipo de programas sea posible, la casa debe ser segura para el niño y debe existir alguna posibilidad de cambio dentro de la familia.

De esta forma en el Hospital de Día no solo se realiza un trabajo directo sobre el niño, cuyas características psicopatológicas requieren la realización de un abordaje terapéutico, sino que se trabaja también con la unidad familiar.

Es importante distinguir los Hospitales de Día Infantiles propiamente psiquiátricos (que tienen una función psiquiátrica específica y es llevado por un equipo psiquiátrico) de aquellos Centros de Día Infantiles que están llevados por otras entidades y profesionales, pero que por tener ciertas funciones comunes, erróneamente son considerados como tales.

La gran diferencia del Hospital de Día Psiquiátrico con los distintos tipos de centros en los que se atiende a niños que bien pueden tener alteraciones psiquiátricas, radica en la función primaria del centro y los objetivos que se planea conseguir. Aquellos centros creados por las autoridades en materia de educación, como los colegios para niños inadaptados o con discapacidades físicas, se centran en la educación de niños que presentan necesidades especiales. Aquellos centros creados por departamentos de servicios sociales tienen como objetivo el cuidado de los niños que carecen de los cuidados parentales apropiados. Los Hospitales de Día Psiquiátricos son centros médicos con una tarea específica sobre los trastornos psiquiátricos.

Originariamente, el tratamiento de día era visto como una opción para aquellos niños cuyos problemas requieran un abordaje mayor que el del paciente externo y que a la vez no estaban tan perturbados como para requerir un ingreso hospitalario.

Sin embargo, este argumento ha evolucionado y no sólo los problemas de menor intensidad pueden ser llevados en los Hospitales de Día, sino que puede ser el tratamiento de elección para

cierto tipo de problemas, incluso los más severos. La principal ventaja es que no existe separación de la familia, disminuyendo el peligro de rechazo mutuo.

En los lugares donde coexisten Hospitales de Día y unidades de hospitalización a tiempo completo es posible una gran flexibilidad en el manejo de los casos más severos. El Hospital de Día puede emplearse para determinar si un niño en particular requiere un ambiente terapéutico determinado; también puede ser muy útil como continuación del tratamiento de un niño que ha estado ingresado y que necesita más ayuda para reunirse con su familia y entrar de nuevo en la vida de comunidad.

Las mas variadas patologías psiquiátricas de los niños pueden ser susceptibles de abordaje terapéutico en el Hospital de Día: Autismo, Trastornos de Conducta, Disfunción Cerebral Mínima, Retraso Mental...

Aunque la sintomatología sea severa, ésta no debe incluir conductas que pudieran ser destructivas para el niño mismo u otros de los niños en tratamiento, ya que estos niños suelen requerir tratamientos a tiempo completo.

Debido a la gran variedad de trastornos en los niños que pueden beneficiarse del Hospital de Día, el espectro de programas de día son generalmente multidisciplinarios. Algunos programas se especializan en educación especial y necesidades ambientales estructurantes para el retraso mental; otros en niños autistas y esquizofrénicos; otros ofrecen el espectro total de tratamiento que generalmente existe en un tratamiento residencial completo, del cual forman parte.

Al verse liberado de la responsabilidad de proveer un cuidado durante las veinticuatro horas del día, las características del Hospital de Día, no sólo en cuanto a su funcionamiento, sino también en cuanto a su localización, pueden ser todavía mas variadas que las de los centros de ingreso a tiempo completo.

Con respecto al equipo de los Hospitales de Día éste es siempre multidisciplinario. Profesionales de distintas áreas pasan a formar parte del equipo terapéutico. Dadas las características especiales de trabajo que implica el trato con la patología infantil no solo psiquiatras, psicólogos

y terapeutas ocupacionales forman parte del equipo, sino también maestros, logopedas y psicomotricistas.

Podemos distinguir dos grupos dentro del equipo: Aquellos que trabajan a tiempo completo y que llevan de forma directa el trabajo y cuidado de los niños; y aquellos, que trabajando a tiempo parcial con los niños, ejercen la función de consultores y coordinadores (generalmente psiquiatras y psicólogos) o realizan determinados tratamientos específicos con algunos de los niños en tratamiento (logopedas, psicomotricistas, psicoterapeutas..).

Dependiendo de la forma de trabajo de cada Hospital de Día son unos u otros profesionales los que llevan el trato mas directo con los niños: en el Hospital de Día de "St. Thomas Hospital" de Londres (Frommer, 1969), son las enfermeras las que ejercen esta función; en el Hospital de Día de la Universidad de Colorado (Rogers,1989) cada grupo va a ser llevado por un profesor y dos ayudantes.

Frecuentemente la función de dirección y coordinación es ejercida por psiquiatras y psicólogos. Normalmente a cargo de ellos está también el trabajo con los padres.

En muchos Hospitales de Día (Frommer,1969; Woollacot,1978) existen asistentes sociales que ayudan a las familias a resolver problemas concretos de sus situaciones sociales.

Con respecto a las instalaciones podemos señalar que éstas suelen ser locales amplios que permiten el trabajo simultáneo de distintos grupos de pacientes, con una zona específica de juego. Frecuentemente existen habitaciones anexas donde se realizan tratamientos individuales o de grupos reducidos.

El Hospital de Día puede ser una parte integral de una unidad de ingreso a tiempo completo o una unidad independiente; puede estar asentado en un edificio aparte, una casa o dentro de un hospital; los centros pueden ser parte de un servicio de psiquiatría infantil, de un servicio de pediatría o de un hospital psiquiátrico para adultos.

Con respecto al funcionamiento cada Hospital de Día tiene su propia orientación y forma de trabajo. Rogers y Lewis (1989) señalan que las orientaciones comportamentales que enfati-

zan únicamente la adquisición de ciertos patrones comportamentales son criticables y defienden aquellos Hospitales de Día con un modelo de trabajo orientado con respecto al nivel de desarrollo.

En algunos de ellos es el trabajo con el niño el núcleo de acción fundamental, realizándose el trabajo con los padres a través de abordaje familiar, individual o grupal (Klein, 1983; Vaughan, 1963; Beitchman, 1981; Bradley, 1988).

En otros Hospitales de Día se fomenta la propia participación de los padres en las tareas directas con los niños (Frommer, 1969; Rogers y Lewis, 1989). En algunos de ellos llega a ser el trabajo sobre la relación entre padres e hijos dentro del Hospital de Día la forma de acción terapéutica básica (Woollacot, 1978).

En todos los Hospitales de Día se trabaja a través de la creación de un "ambiente terapéutico". Este ambiente terapéutico, dependiendo del Hospital de Día concreto, combinará unos u otros tipos de actividad: Vaughan (1963) describe la combinación de tareas escolares con terapia ocupacional y música; Woollacot (1978) y Beitchman (1981) describen la utilización conjunta de actividades escolares y juego; Rogers y Lewis (1989) señalan que sus intervenciones se centran en el trabajo sobre las experiencias afectivas, el empleo del juego y terapia del lenguaje.

Buffet-Arinal y Mazet (1982) describen cómo los niños transfieren a los miembros del staff las vivencias sobre sus propias familias y situaciones. Concluyen que ese tipo de trabajo puede tener éxito si repara, en un momento vital del desarrollo del niño, un nivel alterado de funcionamiento y relación; alteración que, por otro lado, contribuiría significativamente a patología subsecuente.

En cuanto a la intensidad del tratamiento recibido en lo que respecta a la forma y tiempo de asistencia ésta también varía de unos centros a otros, dependiendo en gran manera tanto del centro del que se trate como de los objetivos terapéuticos a conseguir en cada caso concreto.

En el Hospital de Día del "Royal Ottawa Hospital" (Beitchman, 1981) los niños acuden en sesiones de dos horas, durante 3 a 5 días a la semana.

En el centro del "Hospital for sick children" de Londres (Woollacot, 1978) acuden una o dos veces en semana. En el "St. Thomas Hospital" de Londres (Frommer, 1969) solo unos pocos

niños acuden diariamente, haciéndolo la mayoría de ellos solo dos o tres días en semana

Algunos centros, dependiendo del tipo de patología que presenta el niño éstos acuden a tiempo parcial, pasando el resto de la jornada en otro tipo de centros (guarderías, preescolares) (Klein, 1983; Frommer, 1969).

La asistencia de los niños a tiempo parcial (en cuanto a horas en el día, o días en semana en que acuden al centro) permite una mayor disponibilidad de plazas. Sin embargo en ciertos Hospitales de Día se realiza un abordaje intensivo de todos los pacientes, asistiendo éstos todos los días de la semana en que funciona el centro y cumpliendo el horario completo (Vaughan, 1963; Bradley, 1988; Rogers y Lewis, 1989).

Indicaciones de ingreso en los Hospitales de Día

Zimet y Farley (1985) consideran que los niños que son derivados para tratamiento en los Hospitales de Día y que son aceptados en ellos son semejantes en la mayoría de sus características a los que son admitidos en tratamientos residenciales en lo que a la severidad de sus alteraciones psicológicas se refiere. Son niños que son incapaces de funcionar en los programas escolares habituales, que requieren un abordaje interdisciplinario y global y que presentan trastornos conductuales y dificultades de aprendizaje. No solo presentan trastornos emocionales severos sino que tienen un gran riesgo de llegar a la vida adulta con los mismos trastornos o desarrollar otros. Durante la niñez, sin embargo, son susceptibles de beneficiarse de programas terapéuticos pudiendo acceder a escolarizaciones disponibles en la comunidad.

Hersov y Bentovim (1985) consideran que los Hospitales de Día Psiquiátricos Infantiles son especialmente de ayuda en las siguientes situaciones:

1. Aquellos problemas severos y complejos del pensamiento, la conducta y las relaciones familiares en los que, debido a la edad del niño o al patrón específico de la alteración, la separación del niño en una unidad residencial no sería oportuna.

2. En el manejo de situaciones específicas como las de abuso infantil y rupturas familiares, en las que el Hospital de Día puede proveer una supervisión adicional y trabajo terapéutico para la "reunión" de un niño que por su propio bien ha sido separado de su familia.
3. En el manejo de niños psicóticos y autistas ya que se posibilita la introducción de técnicas que generalmente no son posibles de emplear en otros medios educativos.
4. En la aportación de un espacio terapéutico para aquellos niños cuyas alteraciones psiquiátricas son de tal grado que la familia, colegio y comunidad por el momento no puede contenerlos. Al mismo tiempo, permite posponer o evitar el ingreso a tiempo completo, pudiendo así valorarse los cambios que pueden conseguirse manteniendo al niño en casa.

Herz y cols (1971) han señalado que el tratamiento en régimen de día está contraindicado en aquellos pacientes que pertenecen a uno de los cuatro grupos siguientes:

1. Pacientes peligrosos para sí mismos o los otros.
2. Pacientes para los que es suficiente y más adecuado un abordaje de tipo ambulatorio, menos restrictivo.
3. Aquellos pacientes cuyos cuidadores están muy perturbados y son peligrosos.
4. Aquellos pacientes que por presentar una enfermedad o una discapacidad física requieren una atención clínica permanente.

Componentes terapéuticos de los Hospitales de Día

De forma general los programas de los Hospitales de Día reconocen y valoran el papel jugado por la familia y el ambiente en la etiología y mantenimiento de las alteraciones psicopatológicas. Por éste motivo existen muchos supuestos básicos que subyacen en la mayoría de los programas de día y que originan la similitud de sus componentes a pesar de seguir diferentes orientaciones teóricas.

Los Hospitales de Día intentan proveer un programa de tratamiento global que trabaje sobre todos los aspectos de la vida del niño. Al igual que ocurre con el enfermo mental en la vida adulta no solo aspectos de su propia psicopatología deben ser abordados terapéuticamente (mediante tratamientos farmacológicos, conductuales..) sino que debe ayudarse al paciente en su integración y capacidad de funcionamiento dentro de la sociedad a la que pertenece.

Dentro de los programas de día infantiles podríamos señalar varios componentes terapéuticos:

1. El "ambiente terapéutico". Entendemos por ello la existencia de un ambiente estructurado que aporta una variedad de relaciones humanas, interacciones emocionales satisfactorias, oportunidades para nuevos aprendizajes y experiencia, manejo de situaciones nuevas y el desarrollo de competencias personales y sociales. Dicho ambiente terapéutico no solo actúa sobre el niño sino que de alguna forma tendrá también su repercusión en la unidad familiar.
2. El abordaje de las características psicopatológicas concretas del paciente que, dentro de cada entidad nosológica constituyen cortejos sintomáticos mas prioritarios de intervención. Dependiendo de la orientación teórica del centro este abordaje irá encaminado hacia la aplicación de técnicas psicoterápicas, de biofeedback, conductuales, farmacológicas.
3. La rehabilitación de funciones que debido al trastorno emocional que presenta el niño se han visto bloqueadas en su desarrollo. No debemos olvidar nunca el momento crucial de crecimiento y desarrollo en el que se encuentra el paciente en Psiquiatría Infantil y la repercusión que en el futuro puede tener la no consecución de las adquisiciones propias de su edad. Es el trabajo concreto sobre el área motriz, el lenguaje, la adquisición de la capacidad simbólica el que ayuda específicamente al desarrollo de capacidades que se vieron detenidas por la irrupción del trastorno emocional y que a veces requieren un abordaje específico independientemente de la mejora del proceso emocional.
4. El trabajo concreto con la unidad familiar del paciente. Dicho abordaje familiar se realizará de una u otra forma en función de la orientación teórica del centro concreto.

2.1.2 Análisis de la literatura sobre Hospitales de Día Psiquiátricos Infantiles

Dentro ya del campo de la Psiquiatría Infantil, en lo relativo al rendimiento de los Hospitales de Día como elemento terapéutico, podemos seguir afirmando como señaló Woollacot en 1978 "Hasta la fecha, pocas evaluaciones han sido realizadas sobre la efectividad del tratamiento psiquiátrico en los Hospitales de Día".

Vaughan (1985) señalaba que se sabe poco sobre si existe una cualidad inherente en la asistencia a las unidades de día que ofrezca ventajas sobre los otros métodos de apoyo y tratamiento basados en la comunidad. Señala también que realmente no sabemos qué pueden proveer los tratamientos en Hospitales de Día que no puedan encontrarse en otro lugar, y que se han hecho pocos intentos para discurrir por qué es efectivo el tratamiento en régimen de día en algunos pacientes.

Creed y cols (1989) señalan que aunque un porcentaje cada vez mayor de pacientes están siendo tratados en los Hospitales de Día, no está claro a través de la literatura qué grupos de pacientes están mejor como resultado de este cambio.

La evaluación de la hospitalización parcial en niños es especialmente complicada, pudiendo señalar los siguientes factores que influyen en dicha dificultad:

1. Rasgos comunes a todas las especialidades psiquiátricas como son la definición de casos, el desconocimiento de la historia de las enfermedades y por último la aplicación empírica de muchos tratamientos.
2. Razones que son intrínsecas al periodo de crecimiento y desarrollo en el que se encuentra el niño en la infancia donde las áreas de desarrollo están interrelacionadas con una flexibilidad y plasticidad muy variable a los estímulos del medio lo que hace que los límites entre la normalidad y anormalidad de ese proceso de crecimiento sean muchas veces imprecisos.

3. La multifactorialidad del desarrollo mental con especial importancia de la familia que, en el caso del niño, va a tener una importancia vital; en segundo lugar del colegio con la cantidad de estímulos y de aprendizajes, dificultades de adaptación, estímulos positivos y gratificaciones que ofrece; en tercer lugar el microclima que el propio niño interioriza resultado de su interacción con el medio y, por último factores quizás ligados a la propia enfermedad y que en concreto muchos grupos diagnósticos hablan en este momento de que es múltiple, y que hay que orientarlos desde una estructura multiaxial, existiendo distintos ejes de intervención. Esta multifactorialidad implica la necesidad de utilización de muchos mas indicadores de análisis y por lo tanto una mas compleja metodología a la hora de evaluar su evolución.
4. Las peculiaridades psicopatológicas del niño y en concreto por la inaccesibilidad que enfermedades graves como el autismo plantea.

Si la operatividad en el estudio de las dificultades implica definir conceptos como la mejoría y la curación éstos tambien son mas difíciles de concretar que en psiquiatría de adultos y por lo tanto la definición de indicadores tendrá que reducirse siendo muy difícil la realización de cuestionarios objetivos ya que éstos van a tener una utilidad tan solo cultural muy circunscrita y no generalizable. Por último si definir cuándo se da de alta a un niño es complicado veremos cómo a lo largo de la literatura los criterios de mejoría y de respuesta clínica pueden estar ligados al lugar y las posibilidades de reintegración o la intensidad de dependencia que de los recursos terapéuticos estos niños van a tener.

Devlin (1962) estudió un grupo de niños que siendo susceptibles de tratamiento a ingreso completo fueron aleatoriamente asignados a un Hospital de Día. Encontró que, aunque todos los niños experimentaban mejoría, las actitudes de los padres tenían más importancia en relación con los niños del Hospital de Día que fueron retirados del tratamiento o que subsecuentemente fueron admitidos en la unidad de ingreso a tiempo completo.

En relación a la influencia de las familias en el resultado podemos señalar en este momento el

resultado encontrado por Cohen, Bradley y Kolers (1987) según el cual los resultados eran mejores, entre otras cosas, en aquellos en los que las familias estaban más motivadas. Encontraban también sin embargo que, independientemente de la colaboración de los padres, los niños se beneficiaban en ciertas áreas, lo que, por otra parte, señalaría una eficacia de resultados a pesar de la falta de colaboración de los padres.

Woollacot y cols. (1978) intentaron evaluar la efectividad de un Centro de Día Psiquiátrico para niños preescolares comparándolos con una muestra de niños recogidos a través de un estudio epidemiológico, y realizando un seguimiento de ambos grupos tras un período similar de tiempo. Emplearon diferentes tipos de medidas de los comportamientos de los niños y las características de los padres (escalas BSQ y BCL, juicio clínico, estado mental de los padres...). A pesar de todos los intentos que hicieron por equiparar los grupos encontraron que el grupo de niños del Hospital de Día estaba más severamente perturbado que el control y que existía una mayor frecuencia de enfermedades físicas previas en el grupo del Hospital de Día. Aunque la mejora encontrada en el grupo tratado en el Hospital de Día no era mayor a la encontrada en el grupo control, ellos planteaban que quizá este resultado debiera admitirse con reservas, ya que los grupos diferían en otros aspectos que no habían sido examinados, y el hecho de que no se había realizado una observación directa aumentaba la posibilidad de que este factor hubiera actuado. También señalaron que aunque los dos grupos no diferían en los resultados al final del primer año, podían haberse encontrado diferencias si se hubiera examinado tras un período de tiempo mayor o menor.

En un estudio posterior de cinco años de evolución, Richman y cols.(1983) incluyeron un segundo grupo control seleccionándolo por su problema de lenguaje que les había llevado a solicitar atención en un centro especializado. Los resultados mostraron una mejora significativa en todos los grupos en cuanto a mejora comportamental y educativa, pero de nuevo no aparecían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que había recibido tratamiento en el Hospital de Día y los dos grupos controles. Tras este trabajo Richman planteaba la existencia

de muchos problemas, no fáciles de resolver, en la evaluación de la efectividad de tratamientos que incluyan un número tan amplio de elementos y en los que era difícil obtener grupos controles comparables. Estos autores concluyeron que era importante examinar la efectividad a corto plazo de tratamientos focalizados en trastornos comportamentales o trastornos de la interacción específicos ya que cuando se intentaban medir resultados de tratamientos de forma muy global las diferencias significativas dentro del grupo o las respuestas específicas del mismo podían perderse en el cuadro global.

Richer (1977) realizó la revisión de 25 niños con edades comprendidas entre 9 y 13 años con trastornos psicóticos o dentro de la patología límite, que habían sido tratados en un Hospital de Día. El estudio se interesaba en demostrar las transformaciones de la psicopatología del yo de la edad preescolar a la adolescencia, así como en valorar la adaptación familiar y escolar y la necesidad de nuevas prescripciones terapéuticas o educativas en el momento de la reevaluación. En cuanto a la reinserción escolar y social ellos encontraban que éstas eran satisfactorias al menos en un 60-70%. Sin embargo, aunque planteaban el puesto esencial que ocupa el Hospital de Día dentro del tratamiento de niños, se mostraban reservados con respecto a la afirmación de que dichos pacientes se verían libres de trastornos psiquiátricos en distintas esferas en el futuro.

Otros estudios de seguimiento de Hospitales de Día (Gold y Reisman, 1970; Roberson y Freidberg, 1979) aunque muestran una frecuencia de mejoría de dos tercios, con un pronóstico mejor para los niños más jóvenes, también indican la necesidad de medios de educación especial y la continuidad de tratamiento a largo plazo en aquellos niños que habían requerido una hospitalización de día.

Así, como ocurre en el niño ingresado a tiempo completo, el tratamiento en Hospital de Día tiene también la característica de entregar un pasaporte para ayudas futuras, pero asegura que el niño permanecerá en la comunidad.

En lo relativo a los conocimientos que se tienen sobre el impacto de los tratamientos de día en niños preescolares éstos proceden en su mayoría de estudios que difieren tanto en el tipo de

población que recibe el programa como en el contenido del mismo. Algunos de ellos incluyen programas para niños hipoestimulados (Brofenbrenner, 1976; Caldwell, 1974; Lazar y Darlington, 1982); programas para niños con retraso mental (Goodman y cols, 1984; Tjossem, 1976) y programas que tenían un único foco de tratamiento, bien del tipo de modificación de conducta (Baer y Wolf, 1970; Bidder y cols, 1981; Bornstein y Quevillon, 1976) o de terapia de orientación psicodinámica (Eissenberg y cols. 1962; Furman y Katan, 1969; Mitchel y cols, 1975; Woolacot y cols. 1978).

Los criterios empleados para valorar los resultados varían también según los centros. Los de orientación psicodinámica se han basado primariamente en material clínico y ocasionalmente en escalas de evaluación completadas por padres o profesores (Eissenberg, 1962; Mitchel, 1975). Los programas de intervención temprana sobre niños hipoestimulados y con retraso mental típicamente han utilizado puntuaciones de CI, pero no han tenido en cuenta el desarrollo social y emocional del niño. Los estudios de técnicas comportamentales tienden a centrarse en comportamientos inadaptados muy específicos, que se asumen son importantes para el funcionamiento social y cognitivo.

Existen estudios que han encontrado la existencia de mejora en lo relativo a características conductuales y nivel de desarrollo con este tratamiento (Rickel y cols. 1979; Anderson y cols. 1981; Bradley y cols. 1986).

Swan y Wood (1976) hicieron la evaluación de 75 preescolares y graduaron los progresos en un programa de tratamiento de día con orientación terapéutica educativa del desarrollo. El tiempo de tratamiento variaba entre 10 y 30 semanas. A la entrada al tratamiento se evaluaba el nivel de desarrollo en cuatro áreas: 1. comportamiento; 2. comunicación; 3. socialización y 4. nivel académico. Al alta, volvían a ser valorados en estas mismas áreas. Aproximadamente se consiguieron el 80% de los objetivos planteados a la entrada del tratamiento y alrededor del 10 al 50% de los objetivos que eran planteados posteriormente. Los progresos en las distintas áreas dependían del estado de desarrollo del niño al comienzo del tratamiento.

La Vietes y cols.(1965) estudiaron los resultados del tratamiento de 37 niños de un centro orientado dinámicamente. Encontraron que el 76% de los niños acudían a colegios públicos donde funcionaban bien y un 24% tenían una adaptación insatisfactoria; de este grupo entre el 4 y 11% estaban en tratamiento a tiempo completo. Dichos autores atribuían este resultado a psicopatología severa de los padres, por lo que concluían que aquellos niños perturbados emocionalmente cuyos padres tenían trastornos importantes recibirían una ayuda más adecuada en un tratamiento a tiempo completo. En dicho estudio también encontraron que a pesar de los buenos resultados en el 76% de los niños no encontraron una mejoría en el nivel intelectual con Wisc; Ellos entendían que el bajo rendimiento intelectual se debía a problemas emocionales. Otro de sus hallazgos fue que los niños esquizofrénicos mejoraban lo suficiente como para incorporarse a un colegio normal.

Goldfarb y cols.(1966) se planteaban los resultados de los tratamientos residenciales y de los Hospitales de Día para niños esquizofrénicos. Compararon el progreso clínico de 13 pares de niños agrupados por edad, sexo, nivel intelectual y diagnóstico neurológico al comienzo del tratamiento. Cada miembro de un par recibía un tipo de tratamiento; ambos centros, el a tiempo completo y el Hospital de Día, tenían la misma orientación psicodinámica. Durante el tiempo de tratamiento de 3 años se monitorizó una vez al año la inteligencia, la capacidad de lectura y el status del yo. Los resultados mostraban que aquellos casos mas graves no mostraban mejoría en ninguno de los dos centros tras tres años de estancia. De los que estaban menos alterados, la mayoría de los orgánicos progresaban igualmente bien en ambos tipos de centro. Los esquizofrénicos no orgánicos presentaban mayor mejoría en el centro a tiempo completo. Los autores planteaban la necesidad de examinar el efecto desestabilizador de la familia para comprender estos datos. Sin embargo, en cuanto a los niños que mejoran en ambos tipos de abordaje, debería indicarse el Hospital de Día por ser el de ambiente menos restrictivo.

Blom y cols.(1973) estudiaron 50 niños de 1 a 6 años tras terminar el tratamiento de un centro psicodinámicamente orientado. El 90% tenía buen funcionamiento en colegio normal, siendo el área de mayor mejoría en las relaciones sociales más que en resultados académicos.

Tres variables del tratamiento fueron evaluadas: 1. Edad de comienzo del tratamiento. 2. Nivel de participación y cooperación con los padres y 3. Duración del tratamiento. De estas variables sólo la edad tenía significancia: los más jóvenes tendían a tener los mejores resultados.

Prentice-Dunn y cols.(1981) estudiaron 50 niños al año de alta de un programa de día orientado comportamentalmente. Encontraron que la edad, inteligencia y estructura familiar contribuían a la mejoría. Como ocurría en el estudio de Blom, los más jóvenes mostraban cambios comportamentales más positivos. Además, los niños con menor nivel intelectual tenían los mayores cambios comportamentales. Quizá esto indicaba que un programa cuyo primer énfasis terapéutico es la modificación conductual es menos efectivo en niños más listos. También encontraron que tenían mejores resultados aquellos que vivían con uno o ambos padres biológicos. Al igual que le ocurrió al estudio de Blom no identificaron la participación de los padres en el tratamiento como predictivo de mejoría comportamental en el seguimiento. Sin embargo, sí contribuían significativamente en los progresos académicos. También encontraron que la mejoría comportamental y el progreso académico eran variables independientes entre sí.

Cohen, Bradley y Kolers (1987) evaluaron los resultados de un tratamiento terapéutico de día para niños preescolares con retraso o perturbados. Fueron estudiados 55 niños que recibieron tratamiento en un centro terapéutico, empleándose un grupo control no clínico de 45 niños. Se evaluaron cinco aspectos: nivel de desarrollo; control de impulsos; evaluación por padres; evaluación por profesores y resultados clínicos. La evaluación se realizaba al comienzo del tratamiento, a los 8-9 meses y al alta si había permanecido más de un año. Dicho estudio mostraba la efectividad del programa. En el caso de los niños retrasados la intervención debía prolongarse y el tiempo requerido dependía del área de funcionamiento considerado y del nivel de desarrollo inicial del niño. Los niños retrasados que tenían una baja inteligencia no verbal progresaban más lentamente que aquellos cuya inteligencia no verbal era normal, de forma que las mejorías no aparecían hasta pasados 9 meses, sugiriendo dicho resultado que para obtener la máxima ganancia dichos niños debían permanecer un tiempo superior a dos años. Los niños que fueron tratados inicialmente

por problemas de conducta no mostraron mejoría. Los mejores resultados fueron los de aquellos niños con retraso del desarrollo y problemas emocionales y conductuales, particularmente los que tenían valores de CI no verbal dentro de la normalidad.

En una segunda etapa estudiaron los factores con carácter predictivo. Los hallazgos apoyaban su planteamiento inicial de emplear medidas múltiples en la evaluación de resultados. Si, por ejemplo, hubieran empleado como criterio de efectividad del programa el cambio en el CI, sus conclusiones habrían sido muy distintas con respecto a la importancia relativa de algunos factores predictivos. Aunque su estudio no contestaba todas las dudas, sí permitía sacar conclusiones sobre el tipo de niños que debían ser tratados en un centro terapéutico multifocal y las condiciones de tratamiento bajo las cuales la mejoría observada es mayor. Los resultados eran mejores en los niños que tenían un funcionamiento en un nivel de desarrollo relativamente mayor, que sus familias estaban motivadas, que eran admitidos a una edad más joven y permanecían en el programa por un tiempo superior al año. En lo relativo a la participación de los padres no encontraron que ésta influyera en el lenguaje comprensivo o en la disminución de las conductas de retracción. Esto indicaría que a pesar de la falta de colaboración de los padres los niños podrían beneficiarse de los programas especializados en ciertas áreas.

Stewart (1988) realizó un estudio retrospectivo de las altas del Hospital de Día de un periodo de cinco años. 52 de los 56 casos dados de alta entraron al estudio. Evaluaron el resultado del tratamiento solo en términos del lugar recomendado al alta, encontrando que en el 44% se incorporaban a centros menos restrictivos que el Hospital de Día, permaneciendo en la misma familia y en el 56% se les recomendó ingresos a tiempo completo. Señalan así que su tratamiento podría ser efectivo en una minoría de niños urbanos que procedían de familias desorganizadas y caóticas y que presentaban trastornos del comportamiento, déficit de atención e impulsividad. Encontraban que ese tratamiento era menos efectivo en niños que teniendo características sociodemográficas semejantes y permaneciendo más tiempo de tratamiento tenían ciertos factores históricos como: antecedentes de abuso o maltrato; existencia de drogodependencia en los padres; ideación o in-

tento de suicidio en los seis meses previos a la admisión y comportamiento muy agresivo en estos mismos seis meses.

Rogers y Lewis (1989) estudiaron 31 niños con diagnóstico de Autismo y Trastorno Profundo del Desarrollo Infantil tratados en un Hospital de Día cuyo abordaje terapéutico se centraba en las deficiencias específicas y la potenciación de su desarrollo global. A los seis meses del tratamiento encontraron que existían efectos significativos en cuanto al nivel cognitivo, motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje y trastornos sociales- emocionales. En 15 de los casos realizaron también una evaluación al año. Su estudio muestra la existencia de efectividad con este tipo de tratamiento, en cuanto conseguir un mayor desarrollo del que sería atribuible al solo paso del tiempo o esperable por los índices de desarrollo iniciales de los niños. Sus resultados también mostraban que tras una primera fase de incremento en niveles de desarrollo muy grande, puede existir un enlentecimiento de esta aceleración, pero que éste no implica una desaceleración en las mejorías de nivel de desarrollo ya alcanzadas.

Estos estudios revisados de la literatura parecen mostrar que existen razones, además de las económicas, para la utilización de tratamientos de día en niños con problemas mentales. Aunque los estudios citados muestran algunas diferencias en los resultados que podrían ser atribuibles a la orientación terapéutica del centro, todavía hay mucho que aprender sobre por qué un niño presenta un tipo de mejoría en un centro específico con cierto tipo de intervenciones.

2.2 Las Clasificaciones en Psiquiatría Infantil

El hecho de que el niño es un ser en crecimiento dificulta mucho su estudio. Durante los primeros años de la vida el niño va a desarrollar sus capacidades innatas y muchos aspectos de su desarrollo se encuentran influidos por factores familiares y sociales. Los distintos encuadres teóricos han estudiado extensamente el desarrollo del niño (Piaget J., Freud S., Freud A., Klein M., Mahler M., Erikson E.H.).

Durante el pasado Siglo se ha prestado gran atención al diagnóstico y clasificación de los

trastornos psiquiátricos del adulto.

Varios factores han influido en el hecho de que no exista esa taxonomía histórica en la Psiquiatría Infantil: Las dificultades en los diagnósticos del desarrollo; los cambios en la expresión de las enfermedades debido al desarrollo; problemas en relación con el etiquetado diagnóstico y la limitada investigación psiquiátrica realizada en cuanto a diagnóstico y epidemiología.

Durante la pasada década, un consenso sobre la validez y nosología de varios trastornos psiquiátricos de comienzo en la infancia ha emergido como resultado de una mayor precisión diagnóstica, del empleo de esquemas multiaxiales de clasificación y de la disponibilidad de datos longitudinales.

Históricamente el interés por las psicosis infantiles data de la segunda mitad del Siglo XIX.

Durante los primeros veinte años de este Siglo, las nuevas Clasificaciones sobre las psicosis en adultos fueron aplicadas a los niños tal y como reflejan los términos Demencia Precocísima, empleada por DeSanctis (1906); Demencia Infantil, utilizada por Heller (1971) y Esquizofrenia Infantil (Bender, 1947).

Desde entonces, se han empleado numerosas etiquetas diagnósticas. Por ejemplo, Potter (1933) y Bender (1947,1953) hablaban de "Esquizofrenia Infantil" y presumían que estos trastornos eran la expresión en la infancia temprana de esquizofrenias del adulto. Durante algunos años ha existido una proliferación confusa de términos diagnósticos y subclasificaciones bajo el amplio término de "Esquizofrenia Infantil".

Kanner (1943) describió una alteración autista precoz del contacto afectivo, que él diferenció de la Esquizofrenia Infantil y del Retraso Mental y a la que denominó "Autismo Infantil Precoz".

M.Klein (1930) describió las psicosis infantiles como organizaciones psicopatológicas propias del niño y no como simples reproducciones miniaturizadas de la esquizofrenia del adulto.

M.Mahler (1955) describió la "Psicosis Simbiótica", que reflejaba una alteración en la diferenciación madre-hijo. Rank (1949) señalaba el desarrollo atípico del yo de los niños. Aunque reconocían la existencia de una vulnerabilidad primaria en el niño psicótico, Mahler y Rank refle-

jaban un punto de vista psicoanalítico e interaccional.

Diferentes autores franceses han planteado la relación existente entre las psicosis y los estados deficitarios (Mises y Barande, 1963)

Durante las últimas 4 décadas sin embargo, las condiciones infantiles se han ligado mas frecuentemente a las esquizofrenias del adulto, y fueron de hecho denominadas "Esquizofrenia Infantil".

Los criterios de Potter (1933) para el diagnóstico de la esquizofrenia infantil reflejan su concienciación sobre la necesidad de una clasificación real y precisa que asegure que varios observadores se están refiriendo al mismo niño.

Sus criterios diagnósticos obviamente reflejaban los criterios diagnósticos de Bleuler (1952) para el diagnóstico de esquizofrenia en el adulto. Por lo tanto, suponen un ejemplo del impacto de las consideraciones sobre las psicosis del adulto en los conceptos de psicosis infantil. Sin embargo, la mayor contribución de Potter fué clarificar cómo la inmadurez en el desarrollo del niño y sus limitaciones verbales y cognitivas influan en los síntomas y los hacía bastante diferentes de los que aparecían en las psicosis de los adultos.

Poco después dentro de un espíritu empírico moderno Bradley y Bowen (1941) compararon niños con cuadros de psicosis esquizofrénica o personalidad esquizoide y niños normales, señalando la importancia diagnóstica del aislamiento, comportamiento bizarro y regresión.

Veinticinco años después de las contribuciones de Potter (1933) y Bradley y Bowen (1941) había una tendencia a ver a los niños psicóticos como miembros de una población única y homogénea. Los niños eran frecuentemente clasificados como ejemplos de esquizofrenia infantil a pesar de la incierta asociación entre su psicopatología y la de los esquizofrénicos adolescentes o adultos.

El exponente mas claro de la continuidad entre la esquizofrenia del niño y del adulto fué Bender (1947,1953) cuyas descripciones clínicas, estudios de padres y estudios de seguimiento tuvieron una poderosa influencia clínica y teórica sobre la psiquiatría infantil americana.

La influencia mas importante sobre los conceptos actuales de psicosis infantil precoz ha sido Leo Kanner. Kanner (1943) diferenció el Autismo de la Esquizofrenia Infantil en base al comienzo mas precoz, la poca frecuencia en la aparición de alucinaciones e ideas delirantes y la baja frecuencia de esquizofrenia en los padres de los niños autistas. Esta diferenciación diagnóstica entre el Autismo Infantil y la Esquizofrenia Infantil ha sido aceptado de forma general en recientes sistemas de clasificación.

En 1961, buscando una estandarización y un acuerdo entre observadores clínicos un grupo de trabajo británico recomendó la utilización de nueve criterios para el diagnóstico de la psicosis infantil temprana (Creak, 1961). Aunque habían incorporado las recomendaciones de Kanner para el diagnóstico del autismo infantil, los nueve criterios eran propuestos como la base para un diagnóstico mas heterogéneo de niños, todos con el síndrome de esquizofrenia infantil. Al emplearse de forma amplia los criterios empleados, los niños así seleccionados reflejaban sin duda un amplio rango de características y factores causales.

Estos nueve criterios han sido un modelo para posteriores sistemas diagnósticos, incluyendo el del Group of Advancement of Psychiatry (G.A.P, 1966) y la Clasificación Diagnóstica y Estadística de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (A.P.A.) en su tercera edición (DSM III, 1980).

La clasificación diagnóstica del G.A.P enfatizaba las diferencias en síntomas y criterios para el diagnóstico en función de los distintos niveles de desarrollo y edad en la niñez. Anticipando las observaciones sistemáticas de Rutter (1967) y Kolvin (1971) las categorías diagnósticas de dicha clasificación diferenciaban las psicosis de comienzo temprano y las psicosis de comienzo tardío.

El sistema de clasificación DSM III reúne las recomendaciones explícitas de Kanner (1943), del grupo de trabajo británico (Creak, 1961) y del G.A.P (1966). La DSM III también enfatiza diferencias entre las psicosis de comienzo temprano y comienzo tardío.

En esta progresión histórica de los esquemas diagnósticos que culmina en el sistema DSM III de diagnóstico, uno puede reconocer una tendencia global hacia un mayor acuerdo en lo referente

a los diagnósticos; un empleo mayor de criterios operacionales objetivos, claros y precisos; y la útil diferenciación de subdivisiones dentro de las psicosis infantiles.

La tendencia dominante actualmente es diagnosticar las psicosis precoces infantiles en base a criterios clínicos descriptivos mas que en base a las causas. Estos criterios descriptivos son suficientemente objetivos y precisos para capacitar a los observadores que difieren en las bases teóricas a seleccionar grupos similares de niños para su estudio. Los criterios causales no son dados por este método diagnóstico descriptivo. Mas bien, los niños pueden ser adicionalmente categorizados en dimensiones (Goldfarb, 1974) o ejes (Rutter, 1972) que se refieran al síndrome clínico tales como medidas de competencia adaptativa, niveles intelectuales y factores biológicos y sociales.

No existiendo un único sistema de clasificación reconocido como el sistema mas natural o correcto, podemos considerar como Menninger (1963) que la historia de la Psiquiatría Infantil se ha visto enriquecida con una serie de sistemas para la clasificación de los trastornos.

Entre los sistemas mas desarrollados podríamos señalar: Development Profile (Freud A.,1965); la clasificación del G.A.P. (1966,1974); La International Clasification of Diseases, ICD-9 (W.H.O. 1978), ICD-10; y las clasificaciones de la American Psychiatric Association (DSM II, DSM III y DSM III-R).

Dado que una de las clasificaciones mas internacionalmente utilizada es la de la American Psychiatric Association es a su sistema de clasificación en su tercera edición al que nos vamos a ajustar durante la realización de nuestro trabajo.

Debido a la aparición de la revisión de su DSM III, no queremos terminar este recuerdo histórico sin hacer una breve referencia a los cambios mas importantes realizados en dicha revisión respecto al área de los trastornos mentales en la infancia.

Cantwell (1988) considera que los cambios mas relevantes de esta revisión de la clasificación de la psicopatología de la niñez incluyen cambios en la conceptualización y criterios diagnósticos específicos de los trastornos del comportamiento (Trastorno por Déficit de Atención; Trastorno de

Conducta y Trastorno por Oposicionismo) y los trastornos del desarrollo (Trastornos Profundos del Desarrollo; y los Trastornos Específicos del Desarrollo), así como la modificación de los ejes psicosociales (ejes IV y V). Nosotros creemos que otros trastornos, como el trastorno de la organización del vínculo, han recibido modificaciones muy importantes.

Uno de los cambios mas importantes que encontramos es con respecto en la categoría de los trastornos Profundos del Desarrollo, que no solo pasan a ser codificados en otro eje sino que distingue solo dos subtipos: el Trastorno Autista y la categoría residual que pasa a denominarse Trastorno Profundo del Desarrollo no especificado.

Como justicaremos en otra sección de esta Introducción es la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association la que utilizaremos como marco para la clasificación de la población asistida en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja, población objeto de nuestro estudio.

2.3 Psicopatología de la primera infancia susceptible de tratamiento en un Hospital de Día

Consideramos que la casi totalidad de cuadros psíquicos que aparecen en la primera infancia son susceptibles de abordaje terapéutico a través de un Hospital de Día. Sin embargo dependerá del caso individual, intensidad, tiempo de evolución la indicación de este tipo de abordaje en un momento determinado.

Podemos dividir la psicopatología de la primera infancia en tres grandes grupos que nos facilitarán su comprensión: Trastornos propiamente intelectuales (Retraso Mental); Trastornos Profundos del desarrollo y Trastornos conductuales y emocionales.

2.3.1 Retraso Mental

El Retraso Mental debe considerarse como un fenómeno multidimensional en el que se superponen aspectos fisiológicos, psicológicos, médicos, educativos y sociales del funcionamiento

humano y la conducta.

La definición de Retraso Mental adoptada por la American Association on Mental Deficiency en 1973 refleja esta amplia visión del trastorno: " El Retraso Mental se refiere a un funcionamiento intelectual significativamente inferior al medio (dos desviaciones estándar por debajo de lo normal) que existe concomitantemente con deficiencias en la conducta adaptativa y se manifiesta durante el periodo de desarrollo".

Los factores etiológicos pueden ser primariamente biológicos o psicosociales, o una interacción de ambos.

Para su diagnóstico DSM III señala como síntomas esenciales:

1. Capacidad general intelectual muy por debajo del promedio.
2. Dando lugar a, o yendo asociada con, déficit o deterioro de la conducta adaptativa.
3. Comienzo antes de los 18 años.

El diagnóstico se hace prescindiendo de si hay o no trastornos somáticos o trastornos mentales.

Puede existir una sintomatología asociada. La prevalencia de algunos trastornos mentales, como los trastornos por movimientos estereotipados, el autismo infantil y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, es tres o cuatro veces mayor que en la población general. Pueden existir síntomas conductuales asociados. A menudo existen anomalías neurológicas múltiples, sobre todo en los individuos con retraso mental grave.

- Curso.

Cuando hay una malformación biológica específica, el curso es normalmente crónico y sin remisión, y sin un tratamiento oportuno, el trastorno puede convertirse en mas grave.

En las formas leves de los trastornos de etiología desconocida, el curso puede estar autolimitado por las experiencias individuales, que aumentarían el rendimiento intelectual o por una eficaz conducta adaptativa.

- **Subtipos.**

Hay cuatro subtipos que reflejan el grado de déficit intelectual; los valores de CI utilizado como guía para distinguir los subtipos son:

1. R.M. Leve ----- 50-70
2. R.M. Moderado --- 35-49
3. R.M. Grave ----- 20-34
4. R.M. profundo --- inferior a 20

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que los niños con Retraso Mental tienen una frecuencia mayor de trastornos psiquiátricos, pero en realidad existen pocos estudios sistemáticos sobre la extensión y naturaleza de esta asociación. Cuando se considera la población global de niños con Retraso Mental los trastornos comportamentales son los handicaps secundarios más frecuentes, con las consecuentes dificultades para la educación, el entrenamiento y el cuidado.

- **Tratamiento.**

Quizás uno de los aspectos más importantes dentro del tratamiento del Retraso Mental es el preventivo, tanto con respecto a situaciones médicas como sociofamiliares.

El tratamiento es principalmente educativo, requiriendo técnicas de educación especial. Sin embargo, no podemos olvidar que los problemas emocionales existen en el niño con retraso mental y que en algunos casos llegan a requerir abordaje terapéutico específicamente psiquiátrico. En dichos casos diferentes tipos de abordaje pueden realizarse (psicoterapias individuales, psicoterapias grupales, técnicas de modificación de conducta o tratamientos farmacológicos).

Algunos de ellos, en los que se asocian alteraciones físicas, debe realizarse también un tratamiento de rehabilitación física.

Dado que los trastornos psiquiátricos en los casos de Retraso mental toman muchas formas, la evaluación y tratamiento de tales trastornos requerirán muchos de los patrones y técnicas empleadas en los niños con inteligencia normal.

2.3.2 Trastornos Profundos del Desarrollo

En la clasificación DSM III la palabra "psicosis" fué deliberadamente omitida debido a que su relación con la psicosis del adulto no estaba todavía firmemente establecida.

Bajo el término "Trastornos Profundos del Desarrollo de la Infancia" agrupa unos cuadros en los que la alteración principal es una desviación en cuanto al desarrollo normal; sin embargo, se refiere con ellos a lo que ha sido de hecho conocido hasta ahora como psicosis de la infancia.

Se excluyen dentro de esos trastornos aquellas psicosis infantiles que son reconocidas como consecuencia de daño cerebral demostrable e inequívoco así como aquellos síndromes que se consideran trastornos orgánicos cerebrales como el delirio y la amnesia.

El término "Trastorno Profundo del Desarrollo" es apropiadamente descriptivo ya que los niños con estos trastornos muestran unos patrones muy anómalos de crecimiento y maduración en muchas áreas del desarrollo biológico, psicológico y social.

De forma global la personalidad está pobremente integrada, con fallós dramáticos en la propia capacidad adaptativa, en las relaciones humanas y de apego, con existencia de respuestas afectivas bizarras tanto a personas como a cosas y una importante alteración en la percepción y en la conciencia del sí mismo y del otro.

Tal y como son considerados por DSM III los trastornos de esta subclase se caracterizan por una distorsión en el desarrollo de las múltiples funciones psicológicas básicas implicadas en el desarrollo de habilidades sociales y del lenguaje (atención, percepción, evaluación de la realidad y movimientos motores). Estos trastornos afectan a múltiples funciones y presentan anomalías cualitativas graves, que no corresponden a ningún estadio de desarrollo.

Distingue tres subtipos del trastorno: Autismo Infantil; Trastorno Profundo del Desarrollo de

Inicio Infantil (TPD) y Trastorno Profundo del Desarrollo Atípico. Este último subtipo se emplea en aquellos casos que presentando un trastorno del desarrollo de múltiples funciones no pueden ser clasificados en los otros dos subtipos.

Cierto número de síndromes utilizados en sistemas de clasificaciones anteriores sobre psicosis infantiles (Síndrome de Heller, Psicosis simbiótica...) no están incluidas dentro de los Trastornos Profundos del Desarrollo descritos por DSM III.

Nos referiremos con extensión a los dos subtipos que hemos aplicado en nuestra población: Autismo Infantil y Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil.

Autismo Infantil

La sintomatología primordial consiste en una falta de respuesta ante los demás (autismo), deterioro importante en las habilidades de comunicación y respuestas raras o extrañas a diferentes aspectos del medio ambiente, todo ello desarrollado dentro de los primeros 30 meses de vida y en ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, pérdida de la capacidad asociativa e incoherencia como en la esquizofrenia.

El Autismo Infantil puede estar asociado a causas orgánicas conocidas.

La incapacidad para establecer relaciones interpersonales se caracteriza por la existencia de una falta de respuesta y de interés hacia la gente, con el fracaso concomitante de la puesta en marcha de las normales conductas de vinculación.

El deterioro en la comunicación incluye tanto a las habilidades verbales como a las no verbales. El lenguaje puede faltar por completo. Cuando está presente a menudo se caracteriza por su estructura gramatical inmadura, ecolalia diferida o inmediata, inversión pronominal, afasia nominal, dificultad para usar términos abstractos, lenguaje metafórico y entonación anormal.

Las respuestas extrañas o inadecuadas al ambiente pueden tomar diferentes formas. Puede presentarse resistencia e incluso reacciones catastróficas ante pequeños cambios ambientales. A menudo existe una vinculación con objetos inanimados. Los comportamientos rituales pueden

implicar actos motores.

- **Sintomatología asociada.**

El estado de ánimo acostumbra a ser lábil. A menudo existe una infra o una sobrereactividad a los estímulos sensoriales. Puede haber hábitos nerviosos peculiares así como balanceo o movimientos rítmicos del cuerpo.

Actualmente no se acepta la afirmación realizada por Kanner (1943) sobre la existencia de potenciales cognitivos normales en todos los niños autistas, sino por el contrario se reconoce la existencia de un retraso mental frecuentemente asociado a este trastorno. DSM III señala que alrededor del 40% de los niños que sufren este trastorno tienen un CI por debajo de 50, y solamente el 30% tienen un CI de 70 o más. Considera que estos niños muestran una extrema variabilidad en su capacidad intelectual: el rendimiento es peor en aquellas tareas que precisan del pensamiento simbólico o abstracto y de secuencias lógicas. Las tareas que requieren habilidades manipulativas o espacio-visuales o de memoria inmediata son ejecutadas correctamente.

- **Edad de comienzo.**

Por definición la edad de comienzo es siempre antes de los 30 meses. Sin embargo, a veces puede ser difícil establecer retrospectivamente la edad de comienzo, ya que los padres no son capaces de dar una información precisa.

Volkmar y cols (1986) señalan que este criterio sobre la edad de comienzo es problemático en varios sentidos. Aunque la mayoría de los investigadores admiten que el Autismo Infantil es un trastorno de comienzo temprano, la delineación precisa de una edad de comienzo es difícil y se ve influida por distintos factores como las características de los padres y la severidad del cuadro.

- **Curso.**

El trastorno es crónico. Eventualmente, algunos de estos niños son capaces de llevar una vida independiente, con tan sólo una expresión mínima de los signos y síntomas esenciales del trastorno, pero, a menudo, persiste la torpeza e ineptitud en el medio social.

El trastorno es extraordinariamente incapacitante y casi siempre son necesarias medidas de educación especial.

La mayor complicación es el desarrollo de crisis epilépticas secundarias a un trastorno somático subyacente; alrededor de un 25% más de la población afectada presenta crisis convulsivas durante la adolescencia o en la etapa inicial de la vida adulta.

DSM III describe dos formas de presentación: el Autismo Infantil, presencia del síndrome completo y el Autismo Infantil, estado residual.

Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil

Este trastorno se superpone sintomáticamente con el Autismo Infantil pero representa un grado menos severo de alteración adaptativa y un cuadro que emerge como síndrome que requiere abordaje terapéutico cuando el niño presenta más de treinta meses.

Los síntomas esenciales de este trastorno consisten en alteraciones profundas en las relaciones sociales y en múltiples dificultades o rarezas de la conducta, todo ello después de los 30 meses de edad y antes de los 12 años.

La alteración de las relaciones sociales es importante y permanente, con síntomas como falta de respuesta afectiva apropiada, vinculación inadecuada, falta total de sociabilidad y ausencia de relaciones con los compañeros.

Las dificultades conductuales incluyen aparición súbita de una gran ansiedad, afecto limitado o inadecuado, resistencia al cambio ambiental o insistencia en hacer siempre las cosas de la misma forma, dificultades en realizar movimientos motores, anomalías en el habla, hiper o

hiposensibilidad a los estímulos sensoriales y automutilación.

- **Sintomatología asociada.**

Con frecuencia existen ideas absurdas, fantasías y preocupación por pensamientos o intereses mórbidos. Puede haber una preocupación patológica por los objetos o una vinculación excesiva con ellos. Este trastorno es particularmente común entre los niños con un bajo CI.

- **Curso.**

El curso es crónico. El pronóstico a largo plazo es probablemente mejor que en el Autismo Infantil.

El trastorno es extraordinariamente incapacitante y son imprescindibles de forma regular los cuidados educativos especiales.

Como hemos señalado anteriormente La DSM III-R introduce cambios importantes en lo que a la categoría de Trastornos Profundos del Desarrollo se refiere. No solo éstos pasan a ser codificados en otro eje sino que distingue solo dos subtipos: el Trastorno Autista y la categoría residual que pasa a llamarse Trastorno Profundo del Desarrollo no especificado. Considera así la DSM III-R el Trastorno Autista como el más grave y la forma prototípica de la categoría general de los Trastornos Profundos del Desarrollo.

La clara diferenciación con respecto a la edad que realizaba la versión DSM III desaparece, aceptando DSM III-R el comienzo en la infancia o en la niñez.

Resulta así que los criterios diagnósticos del Trastorno Autista en DSM III-R han cambiado considerablemente, sobretudo en lo que respecta a haber ampliado, creemos que innecesariamente, la categoría de forma que muchos niños con una variedad de trastornos distintos al clásico "Autismo de Kanner" pasan a ser diagnosticados como Autismo Infantil. La investigación actual en el campo del Autismo se mueve actualmente hacia la delineación de subtipos del Síndrome Autista. Con esta modificación lo que se realiza es la agrupación de todos los casos en un grupo que resulta poco definido.

La sección de los Trastornos Profundos del Desarrollo de la DSM III había sido criticada por distintos autores (Cohen y cols. 1986; Dahl y cols. 1986). Algunos autores como Volkmar y cols. (1986) señalan que persiste sin clarificar si el Autismo Infantil y el Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil son trastornos distintos o representan distintos grados de severidad a lo largo de un continuo. También señalan estos autores que algunos criterios diagnósticos son difíciles de cuantificar o incluso de ser valorados; estudian entre otros el criterio de la edad de comienzo y señalan que aunque la mayoría de los investigadores admiten que la edad de comienzo del autismo es temprana la delimitación precisa de una edad de comienzo es difícil y está influida por distintos factores.

La DSM III en su nueva revisión introduce cambios que dibujan muy bien ese cuadro grave de los trastornos generalizados del desarrollo, en los que existe un deterioro cualitativo en la interacción social; un deterioro en la comunicación y en la actividad imaginativa; un repertorio muy restringido de las actividades y los intereses así como una sintomatología asociada (anomalías en el desarrollo de las capacidades cognitivas; anomalías posturales y de la respuesta motora; respuestas peculiares a los estímulos sensoriales; conductas anormales en la alimentación, ingesta de líquido y sueño; trastornos del estado de ánimo y conducta autodestructiva).

Creemos sin embargo que dicho dibujo es demasiado amplio ya que las formas de expresión durante los primeros años de la vida son muy reducidas y, de alguna forma, este tipo de clasificaciones favorece que diferentes cuadros etiológicos sean agrupados como una misma enfermedad. Creemos, como ya señalaban Rutter y Schopler (1987) que "no existe ninguna duda sobre que el autismo constituya un síndrome psiquiátrico diferente y válido; de hecho, la evidencia de su validez es mas fuerte que para cualquier otro trastorno psiquiátrico de la infancia; Sin embargo, ésto no significa que no existan puntos cruciales sobre diagnóstico y clasificación sin resolver". Al igual que estos autores creemos en "la existencia indudable de una heterogeneidad dentro del síndrome autista", y en la necesidad de que exista investigación de esta heterogeneidad.

Con respecto al tratamiento de los Trastornos Profundos del Desarrollo podríamos señalar

que todas las modalidades terapéuticas existentes en Psiquiatría Infantil han sido utilizadas en el manejo terapéutico de este tipo de pacientes. Dichas modalidades terapéuticas incluyen varios tipos de psicoterapia (individual, grupal, familiar), tratamientos farmacológicos, terapias físicas (electroshock), tratamientos comportamentales y tratamientos educativos. Dichos tratamientos han sido realizados de forma aislada o complementariamente dentro de programas amplios en instituciones a tiempo parcial o tiempo completo.

Rutter (1984) señala que en el diseño de un plan de tratamiento apropiado cinco objetivos principales deben tenerse en mente:

1. Favorecer el desarrollo normal.
2. Promocionar un aprendizaje mas global de los niños autistas.
3. Disminuir la rigidez y la estereotipia de estos niños.
4. Eliminar conductas no específicas que implican maladaptación.
5. Aliviar el stress familiar.

No se conocen los efectos de estos tratamientos a largo plazo. Dada la complejidad de estos pacientes aquellos abordajes que trabajan globalmente sobre distintas áreas y durante periodos largos de tiempo, que se programan individualmente y con una flexibilidad en función de los requerimientos madurativos y de desarrollo del niño a lo largo de su niñez, serían los mas adecuados.

2.3.3 Otros trastornos

Existen otros trastornos descritos por DSM III que afectan particularmente el área conductual, emocional o somática. Creemos que el hecho de no llegar a producir trastornos tan profundos en el desarrollo nos permite agruparlos en un mismo apartado tanto para la definición de los cuadros como para el trabajo posterior con nuestra población.

Creemos que todos estos trastornos corresponden de alguna manera a aquellos cuadros, que a pesar de la gravedad que pueden suponer, no entrarían dentro del campo de las psicosis infantiles.

Trastorno por Déficit de Atención

Este trastorno se caracteriza por la existencia de una impulsividad y una falta de atención inapropiados para la etapa de desarrollo en que se encuentra el niño.

Hay dos subtipos del trastorno: con y sin hiperactividad; Existe también un subtipo residual para los individuos diagnosticados previamente con este trastorno en los que la hiperactividad desaparece mientras persisten otras manifestaciones del mismo.

Los síntomas básicos se caracterizan por signos de desarrollo inadecuado como falta de atención, impulsividad e hiperactividad en el subtipo de con hiperactividad.

Las dificultades de atención e hiperactividad se hacen patentes en la escuela, ya que los niños no persisten en la realización de su tarea y tienen dificultades para organizar y completar su trabajo.

De forma típica los síntomas de este trastorno pueden variar en cada niño en función de la situación y del momento. Es raro el niño que muestra signos del trastorno en todas las situaciones o en la misma situación durante todo el tiempo.

- **Sintomatología asociada.**

Varía en función de la edad e incluye obstinación, testadurez, negativismo, chabacanería, fanfarronería, aumento de la labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, temperamento explosivo, baja autoestima y falta de respuesta a la disciplina.

Los trastornos específicos del desarrollo son frecuentes.

Puede haber signos neurológicos "menores" no localizados, disfunciones perceptivo-motoras y anomalías E.E.G.. Sin embargo en solo el 5% se trata de un trastorno por déficit de atención asociado con un trastorno neurológico diagnosticable.

- **Edad de comienzo.**

Comienza de forma típica a la edad de tres años, aunque es frecuente que el trastorno no precise atención profesional hasta que el niño va a la escuela.

- **Tratamiento.** Los niños con trastorno por déficit de atención han sido uno de los grupos diagnósticos en los que más se han empleado los tratamientos farmacológicos. Durante los últimos veinticinco años cientos de estudios han mostrado la eficacia a corto plazo de las drogas estimulantes (Sroufe y Stewart, 1973; Barkley, 1976; Solanto, 1984); no podemos sin embargo supervalorar su demostrada actividad sobre el aumento de la capacidad de atención, ya que no se ha encontrado que ésto implicara un aumento en la capacidad de aprendizaje, y, por lo tanto, en el rendimiento escolar (Gittelman y Klein, 1976; Rie y cols, 1976); así como tampoco se ha demostrado que sean efectivas a largo plazo no solo en cuanto al rendimiento escolar, sino también en cuanto a la relación con los pares (Cunningham y cols., 1985) o la evolución hacia conductas antisociales en edades posteriores.

Diferentes abordajes terapéuticos de tipo conductual, psicodinámicos, así como de trabajo de familia se están realizando en una búsqueda de programas de tratamiento más efectivos que el simple manejo farmacológico.

Negativismo

El aprender a resistirse y, si es necesario, el oponerse al deseo de los otros es parte del desarrollo normal, ocurriendo particularmente durante las fases de separación e individuación entre los 18 y 36 meses de edad y durante la adolescencia. Un cierto grado de oposicionismo y comportamiento negativista en los niños es un fenómeno frecuente y normal.

Desde que Levy (1955) señaló este tipo de trastorno, las formas más extremas de comportamiento oposicionista han tenido interés como una entidad psiquiátrica. La teoría de Levy fué elaborada posteriormente por el Group of Advancement of Psychiatry (1966) que substituyó el término de trastorno de la personalidad pasivo-agresivo por el de trastorno de la personalidad

oposicionista para describir a aquellos niños que expresan la agresividad a través de patrones de oposicionismo de una naturaleza generalmente pasiva. Sin embargo, la primera clasificación oficial que incluyó el Trastorno Oposicionista como una entidad diagnóstica fué la DSM III.

Este cuadro se caracteriza por la existencia de un comportamiento de desobediencia, conducta negativista y oposición provocativa a las figuras de autoridad, manifestadas por violación de normas menores, ataques de rabia y comportamiento provocativo.

Los síntomas mas destacados son la persistencia de la actitud de oposición, aún cuando ésta sea destructiva para los intereses o imagen del niño. La facilidad con la que estos individuos se enfrentan a los demás es la cualidad mas típica de su estilo y de sus relaciones.

Utilizan el negativismo, la obstinación, la pérdida de tiempo, la dilación y la resistencia pasiva como elementos contra la autoridad externa.

- Edad de comienzo.

El trastorno se inicia en una etapa temprana, hacia los tres años, aunque también es frecuente que empiece en una etapa tardía de la niñez o la adolescencia.

Este trastorno es uno de los mas criticados dentro de las nuevas categorías de los trastornos psiquiátricos de la infancia. Rutter y Shaffer (1980) plantean si el trastorno por oposicionismo es distinto de la postura oposicionista normal, y , otros autores como Werry (1987) y LaVietes (1985) plantean los solapamientos con otros diagnósticos como el Trastorno de Conducta y el Trastorno por Déficit de Atención.

Trastorno por Angustia de Separación

La sintomatología inicial se manifiesta a través de un cuadro clínico en el que la alteración predominante es una ansiedad excesiva por separación de las principales personas del hogar o del círculo familiar a las que el niño está vinculado.

Ante la separación puede experimentar ansiedad hasta el punto de alcanzar una crisis de angustia. La reacción va mas allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño.

Estos niños presentan con bastante frecuencia somatizaciones del tipo de gastralgias, náusea y vómitos siempre que ocurre o se prevee la separación.

Con la separación a menudo sufren o están preocupados por miedos patológicos relacionados con accidentes y enfermedades que les pueden suceder a sus padres o a ellos mismos. En general los mas jóvenes tienen preocupaciones menos específicas y mas vagas.

Los niños con este trastorno suelen tener miedo a los animales, a monstruos y a situaciones que son percibidos como un peligro potencial para la integridad de la familia o de ellos mismos.

Tienen dificultades para conciliar el sueño.

Cuando no se plantean situaciones de separación no tienen dificultades de relación interpersonal.

- Edad de comienzo.

La edad de comienzo puede ser en la etapa preescolar. La forma extrema del trastorno, que se manifiesta por rechazo escolar, parece empezar habitualmente a la edad de 11 a 12 años.

Episodio Depresivo Mayor

DSM III considera que la sintomatología esencial de los trastornos afectivos es la misma para los niños que para los adultos, por lo que no existe una categoría específica para la utilización en ellos.

La sintomatología esencial está configurada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, y por pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales. Esta alteración es acusada, relativamente persistente y se acompaña de otros síntomas del síndrome depresivo. Estos síntomas incluyen alteración del apetito, cambio en el

peso, alteraciones del sueño, agitación o entecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultades de concentración o pensamiento, ideas de muerte o ideas o intentos de suicidio.

- **Sintomatología asociada.**

Los síntomas asociados mas frecuentes comprenden apariencia depresiva, llanto, sentimiento de angustia, irritabilidad, miedo y tristeza, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias.

El contenido de las ideas delirantes o alucinaciones es claramente consistente con el estado de ánimo predominante.

Aunque los síntomas esenciales son similares en las distintas edades, si hay diferencias en cuanto a los síntomas asociados.

Para niños en edad prepuberal distingue la presentación de angustia por separación. Considera que una historia previa de angustia de separación puede dar lugar a síntomas de ansiedad mas intensos al inicio de un estado depresivo mayor.

En los adolescentes describe que puede aparecer una conducta negativista o francamente antisocial. Son frecuentes el resentimiento, la desgana en cooperar en las cuestiones familiares y retraimiento de las actividades sociales. Son probables las dificultades escolares. Puede darse también abuso de sustancias tóxicas.

Mutismo Selectivo

La sintomatología esencial se manifiesta a través de un rechazo a hablar en casi todas las circunstancias sociales, incluyendo la escuela, a pesar de la capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado.

Estos niños pueden comunicarse mediante signos, a través de afirmaciones o negaciones con la cabeza o, en algunos casos, utilizando monoslabos o expresiones cortas y monótonas.

Los niños con este trastorno generalmente poseen habilidades normales para el lenguaje, aunque algunos sufren un retraso en el desarrollo del lenguaje y anomalías en la articulación de la palabra. El rechazo a hablar no es, sin embargo, debido a un déficit del lenguaje o a otro trastorno mental.

- Sintomatología asociada.

Puede observarse, sobre todo en casa, timidez excesiva, aislamiento social y retraimiento persistente, rechazo escolar, encopresis y enuresis funcional, rasgos compulsivos, negativismo, temperamento inestable, y otras conductas de oposición.

Al igual que ocurría en los Trastornos Profundos del Desarrollo diferentes modalidades terapéuticas pueden emplearse en el tratamiento de los pacientes con estos trastornos. Los síntomas, objeto directo del tratamiento variarán de uno a otro caso.

2.4 El Hospital de Día Infantil del Hospital Central de la Cruz Roja

El Hospital Central de la Cruz Roja es un hospital privado dependiente de una organización no gubernamental y que en el momento de realización de este estudio era un Hospital en concierto con la Seguridad Social, integrado por lo tanto en el sistema público de asistencia médica de la Comunidad Autónoma de Madrid.

El Servicio de Psiquiatría se ubicaba pues, en el marco de un Hospital General. Dentro de la Sección de Psiquiatría Infantil de dicho Servicio se encontraba encuadrado el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil, que se creó en enero de 1982.

Dicho Hospital de Día surgió para hacer frente a aquellas patologías graves de la primera infancia en las que el abordaje terapéutico a nivel individual, grupal y familiar de forma ambulatoria se había mostrado como insuficiente.

El marco del Hospital General en el que se encontraba encuadrado determinaba que fuera a través de la propia consulta de pediatría del mismo de la que se nutriera principalmente este Hospital de Día. Sin embargo la falta de existencia en el entorno social de otros Centros que abordaran específicamente estas patologías de forma precoz y gratuita determinó una heterogeneidad en la procedencia de los pacientes a dicho Hospital de Día.

El Hospital de Día Psiquiátrico Infantil del Hospital Central de la Cruz Roja fue creado para el tratamiento de niños autistas y psicóticos cuyas edades oscilaban entre 2 y 7 años. Sin embargo la demanda a la que se veía sometida la Sección de Psiquiatría infantil llevaron a plantear la utilización del Hospital de Día para tratamiento de otros trastornos menos severos, pero que requerían un abordaje precoz e intensivo. Así se incorporaron trastornos no psicóticos, cuadros conductuales y emocionales severos que evolucionaban favorablemente en períodos mas breves de tiempo.

El Hospital de Día se convirtió de centro univalente que realizaba tratamientos prolongados de psicóticos infantiles en centro polivalente que incorporaba además de los tratamientos prolongados algunos tratamientos breves.

Al estar encuadrado en un Hospital General, tuvo que enfrentar situaciones críticas que por el alto nivel de desestructuración que originaban en el niño pequeño, requerían un abordaje urgente. El Hospital de Día fue acogiendo esta urgente demanda y se convirtió también en centro terapéutico de crisis y prevención.

Debido a la función diagnóstica de la Sección de Psiquiatría Infantil a la que pertenecía el Hospital de Día éste se utilizó también como lugar de observación y diagnóstico para niños severamente alterados en el plano emocional que acudían a la consulta externa.

2.4.1 Características de funcionamiento del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil

Instalaciones

La mayor parte de las actividades del Hospital de Día se realizaban en una sala grande, susceptible de dividirse en dos para actividades grupales y de comida. En dicho local existe una cocina y un servicio.

Se utilizaban también para otras actividades otras dependencias del Servicio de Psiquiatría: sala de psicomotricidad, sala de grupos, aula de tareas colectivas y docentes, así como despachos para estudio médico y psicológico.

Personal

El equipo del Hospital de Día se encontraba constituido por distintos profesionales: Una psiquiatra infantil, una psicólogo infantil, dos pedagogas y una auxiliar de clínica. Además de este equipo como personal estable, participaban en las actividades del Hospital de Día un mínimo de tres profesionales más (médicos, psicólogos o pedagogos) que se encontraban en formación de postgrado durante ciclos de duración anual. Dicho equipo participaba en otras actividades de la Sección de Psiquiatría Infantil y del Servicio de Psiquiatría, como sesiones clínicas, supervisiones y seminarios.

Capacidad asistencial

La capacidad oscilaba entre 12 a 16 niños, divididos en tres grupos atendiendo a su nivel evolutivo.

Horario

La jornada de asistencia de los niños al Hospital de Día transcurre de 10,30 h. a 15 h. de martes a viernes.

La comida que los niños realizan quedaba englobada así dentro del abordaje terapéutico.

Población asistida

Niños de ambos sexos de edades comprendidas entre 18 meses y 8 años. Inicialmente, la asistencia estuvo centrada en niños autistas y psicóticos diagnosticados en la consulta externa. Posteriormente, otros trastornos emocionales graves que requieran tratamientos más breves, así como actuaciones en crisis modificaron las características de la población asistida .

Procedencia de los casos asistidos

Los casos eran derivados a la Sección de Psiquiatría Infantil para diagnóstico o específicamente para recibir tratamiento por diferentes profesionales: pediatras, psiquiatras, médicos generales, psicólogos, etc. Todos los casos asistidos fueron estudiados a través de la consulta externa de la Sección de Psiquiatría Infantil. No se admitían derivaciones de otros centros sin haberse estudiado el caso previamente según el marco teórico de la Sección.

2.4.2 Funcionamiento del Hospital de Día

Inicialmente se realizaba la evaluación del paciente con la realización de una historia clínica y una exploración del mismo. discusión por parte del equipo del diagnóstico y abordaje terapéutico requerido.

La concreción de los recursos terapéuticos con los que cuenta este Hospital de Día son:

- Tratamiento psicoterapéutico grupal
- Tratamiento psicoterapéutico individual

- Abordaje terapéutico familiar
- Trabajo psicopedagógico
- La terapia de ambiente o terapia institucional

a. Tratamiento psicoterapéutico grupal

Dicha modalidad la recibían la totalidad de los niños, ya que se encontraban divididos en tres grupos. Cada grupo tenía una modalidad de trabajo acorde con su nivel de desarrollo.

El objetivo principal a través de este abordaje era el establecimiento de una relación válida con uno de los terapeutas a través de la cual se lograba la progresión en el desarrollo emocional. Si bien se privilegiaba la relación con una persona se pretendía también la generalización a otros terapeutas y a los demás niños, consiguiendo así la incorporación a las tareas grupales.

Se trabajaba activamente sobre la eliminación de las conductas aberrantes, autoestimulatorias, agresivas y autoagresivas y actuando en grupo como marco de contención para disminuir la ansiedad.

El objetivo de dicho trabajo era la creación de las bases necesarias para iniciar el proceso de socialización y aprendizaje, utilizando técnicas psicopedagógicas surgidas del aporte de la educación especial, estimulación precoz y estudios de desarrollo de la primera infancia. Para ello la modalidad de trabajo era acorde al nivel de desarrollo del grupo.

b. Tratamiento psicoterapéutico individual

Este tratamiento permitía el abordaje de algunos aspectos emocionales que no podían ser tratados en el seno del grupo. Esta modalidad se reservaba para algunos niños en circunstancias específicas:

- Cuando por las características de su trastorno resultaba la indicación a prioritar

- Cuando se producían determinados eventos en la vida externa del niño que asistía al Hospital de Día y se observaba un exacerbamiento de su patología.
- Para aquellos niños que establecían un vínculo muy masivo y aún no habían llegado a la diferenciación. En estos casos se planteaba este objetivo como fase previa al abordaje institucional.

c. Abordaje terapéutico de la familia

Todas las madres de los niños que acudían al Hospital de Día recibían esta modalidad de tratamiento, así como algunos de los padres.

El objetivo prioritario en este abordaje era el favorecer la recuperación del rol de la madre, el trabajo sobre el vínculo con su hijo y sobre la interacción familiar. No se abordaba la problemática intrapsíquica de la madre; en el caso de que este abordaje estuviera indicado se derivaba a la Sección de adultos del Servicio de Psiquiatría.

Se consideraba que para que la madre o padre recuperara su rol debía comprender el nivel de desarrollo en el que se encontraba su hijo para que sus demandas e interacción se ajustasen al mismo. También era necesario que pudiera expresar y elaborar toda la conflictiva agresiva con respecto a su hijo, permitiendo así la disminución de la culpabilidad, favoreciendo la relación.

Esta tarea se realizaba en grupo de una sesión semanal de dos horas de duración dirigido por el psiquiatra infantil, o de forma individualizada quincenalmente.

d. Trabajo psicopedagógico

Las tareas psicopedagógicas permitían crear las bases para iniciar el proceso normal de aprendizaje. Se puede señalar una doble función de este tipo de tareas:

- Por sí mismas cumplían un papel en la estructuración del yo a través del desarrollo de sus funciones.

- Permitían manejar la casi nula tolerancia a la frustración que poseen la mayoría de los niños con trastornos graves: El realizar con éxito una tarea pedagógica propuesta aumentaba en el niño la seguridad en sí mismo y la confianza en el terapeuta.

e. Terapia del ambiente

Inherente al funcionamiento de los Hospitales de Día se encuentra el efecto terapéutico del ambiente institucional, la terapia ambiental que implica la utilización de la experiencia de vida global y los abordajes múltiples alrededor de los cuales las actividades y las relaciones se organizan de forma que permiten alcanzar ciertos objetivos terapéuticos.

Hay que señalar que no se partía de un diseño terapéutico único homogeneizado para todos los niños que acudían al Hospital de Día. El estudio clínico y psicológico que previamente se realizaba permitía fijar la línea de base (el nivel de desarrollo intelectual y emocional alcanzado por el niño) según el cual se diseñaba el tratamiento a seguir, las modalidades terapéuticas a emplear y el modo de integración de las mismas.

Así, la mayoría participan en la totalidad de las tareas grupales mientras que otros se integraban inicialmente en aquéllas en que era posible su participación y en la medida de su integración se iba incorporando a más tareas y ampliando el horario. Se podría decir que se diseñaba una situación de aprendizaje con escasa frustración donde la adaptación a la tarea grupal fuera exitosa.

2.4.3 Objetivos

El objetivo primordial del equipo terapéutico de este Hospital de Día Psiquiátrico Infantil a través de dichas modalidades terapéuticas conjugadas era el posibilitar el proceso de desarrollo del niño.

Se considera que en los niños en tratamiento en el Hospital de Día el proceso de desarrollo estaba paralizado o distorsionado por la extrema fragilidad de su yo y el predominio de mecanismos de funcionamiento patológicos, en algunos casos psicóticos. Era pues el objetivo a través del

trabajo de Hospital de Día el fortalecimiento y desarrollo de las funciones del yo, así como romper los mecanismos de defensa más patológicos, favoreciendo otros más evolucionados que posibilitasen la integración y la discriminación yoica.

Se parte de la base que el desarrollo emocional y cognitivo eran interdependientes y, por tanto, el desarrollo de la relación objetal es paralelo y complementario al desarrollo del yo.

Defiende el Centro en cuanto a la justificación de su funcionamiento que las relaciones afectivas no se establecen y evolucionan en el vacío sino que se plasman a través de acciones diferentes según el momento evolutivo. El tratamiento tiene como objetivo el propiciar el establecimiento de una relación objetal con el terapeuta así como la evolución de ese vínculo. Por eso se considera indispensable la utilización de técnicas lúdicas de contacto corporal en un primer momento, con juguetes luego y a través de técnicas psicopedagógicas en una tercera etapa, que potencian el desarrollo y estructuración del yo a la vez que impulsan la evolución de la relación objetal.

Capítulo 3

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos de nuestro estudio son:

1. Describir el tipo de pacientes tratado en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja.
2. Evaluar las modificaciones psicopatológicas de los pacientes tratados en dicho Hospital de Día Psiquiátrico Infantil durante su estancia en el mismo.
3. Evaluar la eficacia terapéutica de este Hospital de Día Psiquiátrico Infantil a corto y largo plazo.
4. Reflexionar sobre los distintos factores que pueden influir en la aparición de los diversos trastornos mentales en la primera infancia.
5. Señalar los posibles indicadores pronósticos y definir los criterios de efectividad clínica de este Hospital de Día.
6. Inferir a partir de los resultados obtenidos las necesidades existentes en la red asistencial de Salud Mental para la primera infancia.

Capítulo 4

MATERIAL Y METODO

4.1 Diseño de investigación

Para alcanzar los objetivos marcados para este trabajo se realizaron dos estudios complementarios, ambos con carácter retrospectivo.

En primer lugar se realizó el "Estudio del periodo de tratamiento en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil". En esta primera parte se estudiaron, a través de historias clínicas, los casos asistidos en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja desde el inicio del tratamiento hasta la finalización del mismo, codificandose los indicadores de las áreas de análisis que se configuraron en este estudio y que nos permitieron por un lado: a) Describir las peculiaridades sintomatológicas de estos pacientes tanto en el momento de acceso al Centro como a la salida del mismo y por otro lado b) conocer las características de los niños en los niveles familiares, institucionales, personales, de diagnóstico y evolutivo para los estudios comparativos.

En segundo lugar se realizó el "Estudio sobre el periodo postalta del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil". Para ello se efectuó una evaluación del estado de los pacientes durante el periodo de los meses de abril a junio de 1989; en ella se valoró la psicopatología y los niveles de funcionamiento en el momento de la entrevista y también los diversos cambios habidos en todo el periodo postalta hasta el momento de la evaluación, lo que creemos nos facilitó una base de datos de una gran validez para poder contestar a los objetivos de búsqueda de factores pronósticos y a los objetivos

de búsqueda de criterios asistenciales para la utilización más correcta del abordaje terapéutico institucional de los Hospitales de Día Infantiles. En esta segunda parte los niños fueron evaluados de forma directa por la doctoranda.

4.2 Estudio del periodo de tratamiento en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil

4.2.1 Material

4.2.1.a. Población del estudio del periodo de tratamiento en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil

El centro que constituyó el objeto de análisis de nuestro estudio es el Hospital de Día Infantil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid.

Desde el 1 de enero de 1982 hasta el 31 de diciembre de 1987 dicho centro admitió un total de 56 niños con edades comprendidas entre los 18 meses y 8 años de los que 38 eran niños y 18 niñas.

Nuestro estudio se centró en la totalidad de las admisiones con los siguientes criterios de inclusión:

1. Participación en las actividades terapéuticas del Centro al menos durante un mes.
2. Tener una historia clínica completa siguiendo la estructura de codificación de variables del Centro.
3. Tener codificada la información de salida del Centro con especificación del estado psicopatológico en ese momento y orientación escolar y terapéutica concreta a la que se derivaba.

Como criterios de exclusión estaban la falta de información, la no integración en las actividades terapéuticas o la información contradictoria en las historias clínicas y por ese motivo fueron excluidos nueve casos.

4.2.1.b. Variables del Estudio del periodo de tratamiento en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil

En un primer lugar se hizo una codificación de los indicadores fundamentales que iban a constituir las variables a estudiar. Un total de 108 variables fueron categorizadas con códigos numéricos. Las variables abarcan las siguientes áreas:

- Datos de filiación:

1. Edad del paciente en el momento del ingreso en el Hospital de Día. Los rangos de edades utilizados se basaron en las orientaciones de Freud, Mahler y Kohut en cuanto a las etapas claves en el desarrollo emocional del niño.

2. Sexo

- Manifestaciones clínicas:

Subdividimos las manifestaciones clínicas de los pacientes en distintas áreas, que corresponden a aspectos imprescindibles para la evaluación de la patología mental de la primera infancia.

1. Área de la conducta

1. Hiperkinesia.

2. Impulsividad.

3. Hipokinesia.

4. Déficit de atención.

5. Realización de movimientos estereotipados o masturbación. Distinguimos la existencia de distintos tipos de movimiento (cara, cabeza y cuello; manierismos de manos y dedos; movimientos de todo el cuerpo; masturbación) así como la existencia de varios tipos de estereotipias.

6. Autoagresiones. Codificamos dos tipos de intensidad, correspondiendo la grave a aquellos casos en que éstas llegaban a ser de tal intensidad que suponían motivo de abordaje terapéutico específico.
7. Oposicionismo.
8. Inhibición o retracción. Entendimos por ésto la existencia de una inhibición que lleva al niño a no relacionarse con el otro, apareciendo reflejado como tal en la historia clínica. Distinguímos dos tipos de intensidad dependiendo de que ésta apareciera solo esporádicamente, lo que codificamos como moderado, o de forma permanente conduciendo a una retracción masiva, lo que codificamos como grave.
9. Existencia de rituales o fenómenos obsesivos.
10. Utilización de objeto autista. Aceptamos las descripciones de objeto autista realizadas por TUSTIN (1977), entendiendo por ésto la utilización por parte del niño de un objeto, generalmente de características bizarras, que lleva siempre consigo y que mueve de forma estereotipada.
11. Peculiaridades en la respuesta visual. Síntoma valorado por el Childhood Autism Rating Scale (CARS) como síntoma autista, supone la respuesta anómala al contacto visual, generalmente rehuyendo el contacto visual con las personas.
12. Peculiaridades en la respuesta auditiva. Síntoma valorado también por el CARS como sintomatología autista supone la falta de respuesta a ciertos estímulos auditivos o la hiperreacción ante ciertos sonidos o ruidos.
13. Respuesta de receptores de proximidad. Síntoma valorado en el CARS como síntoma autista, implica un acercamiento bizarro hacia los objetos, mediante exploración táctil y oral, mediante chupeteo o frote del objeto.

II. Área de la alimentación Se valoraron dos tipos de problemas con respecto a éste área:

1. Alimentación caprichosa. Entendiendo por ésto la ingesta reducida de alimentos por parte del niño , existiendo dos grados de intensidad: Negación a comer cierto tipo de alimentos (lo que se codificó como moderado.código 1) u oposición del niño a comer llegando a ser tan intensa que convertía a este área de la alimentación en área específica de abordaje terapéutico (lo que se codificó como grave.código 2).
2. Voracidad. Entendiendo por ésto una insaciabilidad por parte del niño con respecto a la comida, una hiperfagia con gran ansiedad, lo que codificábamos también en dos grados de intensidad: moderada y grave (códigos 1 y 2 respectivamente).

III.Área del sueño Se evaluaron tres tipos de alteraciones:

1. Insomnio
2. Hipersomnia
3. Dificultad para dormir solo. Entendiendo por ello la necesidad del niño de la presencia constante de una persona con la que tiene establecida una relación para poder conciliar el sueño.

IV.Área del lenguaje

Se evaluaron las alteraciones con respecto a tres aspectos del mismo: el nivel de comprensión; el nivel de expresión y la existencia de alteraciones en la forma o el contenido del mismo, utilizándose las siguientes variables:

A. Con respecto a la comprensión del lenguaje:

1. Ausencia total de comprensión del lenguaje. Se establecía por ello la no existencia de comprensión ni del lenguaje gestual ni del verbal.
2. Retraso en la comprensión del lenguaje. Entendiendo por ello la existencia de un nivel por debajo de lo esperado a su edad.

B. Con respecto a la expresión del lenguaje:

1. Ausencia total de lenguaje expresivo.
2. Retraso en el lenguaje expresivo.
3. Inmadurez o trastorno de la articulación del lenguaje.

C. Con respecto a las alteraciones del contenido y la forma:

1. Ecolalias. Se evaluó como tales tanto las diferidas como las inmediatas.
2. Inversión pronominal.
3. Utilización de neologismos.
4. Lenguaje desorganizado, confusional. Entendiendo por ello tanto una desorganización morfológica como en cuanto al contenido.

V. Área motriz

1. Trastorno en la motricidad gruesa.

Se distinguieron dos grados de intensidad dependiendo de que implicara por una parte una torpeza, rigidez o hipotonía excesiva, lo que codificó como moderado; o por otra una falta de las adquisiciones motrices correspondientes a su edad, llegando a dificultar las posibilidades de movimiento del niño, lo que se codificó como grave.

2. Trastorno en la motricidad fina.

Se distinguieron dos grados de intensidad en relación a que implicara la existencia de cierta incoordinación, hipotonía que no corresponde a su edad, lo que se codificó como moderado, o si implicaba una gran alteración, lo que se codificó como grave.

VI. Área de la afectividad De este área solo se evaluó con respecto a la manifestación de ansiedades, señalándose las siguientes variables:

1. Ausencia de signos de ansiedad normal. Se entendió por ésto la ausencia de la ansiedad de separación normal que existe en los primeros años de la vida. Indica la existencia de una alteración en la vinculación normal a los personajes mas significativos.
 2. Ansiedad de separación excesiva. Se entendió por ello la alteración por exceso del síntoma anterior, que indica la existencia de dificultades emocionales.
 3. Ansiedad generalizada. Entendimos por ello la existencia de una ansiedad, generalmente de tipo persecutoria, con respecto al entorno, lo que llega a bloquear las capacidades del niño.
- Antecedentes psiquiátricos personales.

Evaluamos las siguientes variables:

1. Comienzo de la patología psiquiátrica. Establecimos, al igual que hicieron Rutter y Lockier en su estudio de 1967 sobre la Psicosis Infantil, tres formas de comienzo de la patología: a) En la infancia temprana: entendiendo por ello la no existencia previa de un periodo de desarrollo normal; b) Tras un periodo dudoso de desarrollo normal y c) Tras un periodo de desarrollo normal.
2. Edad del niño en la primera consulta en Servicios de Salud Mental. Nos indica esta edad el momento en el que se toma en cuenta y como necesidad inmediata por parte del medio familiar la incorporación del niño a un tratamiento; implica la percepción de la psicopatología del niño en el medio familiar.
3. Consulta psiquiátrica previa
4. Realización de tratamiento psiquiátrico, no farmacológico, previo al ingreso en el Hospital de Día.
5. Realización de tratamiento psiquiátrico farmacológico previamente a la incorporación del niño al Hospital de Día.

• **Antecedentes biográficos.**

1. **Antecedentes mórbidos personales.** Los tipos de antecedentes en que se codificó esta variable fueron: 1) No existen; 2) Hospitalización perinatal; 3) Intervención quirúrgica; 4) Hospitalización no quirúrgica; 4) Accidentes; 5) Crisis convulsivas; 7) Frecuencia alta de enfermedades; 8) Varias de las anteriores.
2. **Existencia de factor de riesgo emocional en el establecimiento de la relación madre-hijo.** Se evaluó la existencia de este tipo de factores en el embarazo o parto por ser las dificultades de la relación y vinculación del paciente uno de los elementos de desestabilización en el equilibrio y maduración del niño, factores éstos que son aceptados por una amplia parte de la Psiquiatría Infantil actual.
3. **Existencia de factor de riesgo orgánico en el establecimiento de la relación madre-hijo.**
4. **Antecedentes de hipoestimulación**

• **Estructura familiar**

1. **Edad del padre cuando el niño ingresa en el Hospital de Día.**
2. **Edad de la madre cuando el niño ingresa en el Hospital de Día.**
3. **Número de hermanos cuando el niño ingresa en el Hospital de Día.**
4. **Lugar que ocupa entre los hermanos**
5. **Profesión del cabeza de familia**
6. **Nivel socioeconómico**
7. **Tipo de familia.** Empleamos seis categorías, correspondiendo a las utilizadas habitualmente en el Servicio de Psiquiatría en el que se encontraba englobado este Hospital de Día. Dichas categorías eran:
 - a) **Familia nuclear:** Implicaba el funcionamiento del núcleo familiar con ambas figuras parentales, independientemente del número de hermanos.
 - b) **Familia seminuclear:**

Empleamos este término para aquellas familias en las que por ruptura del núcleo parental (separaciones) o madre soltera, solo una de las figuras parentales se encontraba dentro del medio familiar. c) Familia incompleta: Se empleaba este término en aquellas familias en que había fallecido uno de los progenitores. d) Familia amplia: Término que empleamos en aquellas familias en las que otro miembro familiar aparte de hermanos o padres, formaba parte del núcleo familiar, existiendo una relación importante con el paciente, con el que convivía. e) No vive con sus dos padres naturales: Empleamos este término en los casos de adopción. f) Familia seminuclear y amplia: Dicho término lo utilizamos en aquellos casos en existía una separación de los padres, conviviendo el niño con una de las figuras parentales así como con otros elementos familiares (generalmente abuelos).

- Antecedentes psiquiátricos familiares

1. Antecedentes psiquiátricos del padre
2. Antecedentes psiquiátricos de la madre
3. Antecedentes psiquiátricos de los hermanos

- Diagnóstico

1. Motivo de consulta. Adoptamos la codificación que se utilizó en el año 1982 en el Centro; Esta seguía utilizándose en el momento de realización del estudio. Los pacientes se agruparon según las siguientes características: a) Problemas madurativos del desarrollo: Corresponde a aquellos casos que consultaron por el retraso que presentaban en una o varias áreas del desarrollo. b) Trastorno de conducta: Corresponde a aquellos que acuden por las alteraciones propiamente comportamentales. c) Trastornos psíquicos y emocionales. d) Dificultades escolares: Correspondería a aquellos que los problemas aparecidos a nivel escolar les llevaron a consultar. e) Somatizaciones:

Correspondería a aquellos que consultaron por algún trastorno físico que se consideró tenía que ver con factores psicológicos. Incluimos aquí los trastornos de alimentación.

2. Eje I DSM III : 1º, 2º y 3º diagnóstico. a) Autismo infantil (299.00) b) Trastorno profundo del desarrollo de inicio infantil (299.90) c) Trastorno por déficit de atención (314.01;314.00) d) Trastorno por angustia de separación (309.21) e) Negativismo (313.81) f) Retraso mental (317.00; 318.00; 318.10; 318.20; 319.00) g) Depresión (296.20) h) Codificación V de factores no atribuibles a trastornos mentales y que merecen atención o tratamiento i) Mutismo selectivo (313.23)
 3. Eje III DSM III. Eje en que se recogen los estados o trastornos orgánicos, siendo ello un código abierto en el que se señalaba en la historia la posibilidad de existencia de disfunciones o anomalías somatoviscerales concretas.
 4. Eje IV DSM III. Eje en el que se evalúa la intensidad total del stress que se considera responsable del desarrollo o exacerbación del trastorno actual. Tiene la siguiente escala: ninguno; mínimo; leve; moderado; intenso; extremo y catastrófico.
- Exploraciones complementarias: Evaluación psicométrica.

En la Historia Clínica del Hospital de Día se añadía una exploración psicométrica, de la que se utilizó para este trabajo:

1. Cociente de Desarrollo (CD) o Cociente Intelectual (CI). Medición que nos permite comparar el resultado del test psicométrico obtenido por el niño en relación a una población representativa de la norma.
2. Test empleado para la determinación del CD o CI: a) test de Brunet-Lezine, b) test de Bayley, c) test de Terman, d) test WPPSI y e) test WISC. Con los test a) y b) se medía C.D. y con los tests c), d) y e) se obtenían valores de C.I. En aquellos casos en los que no fué posible realizar la evaluación con los tests señalados debido a las características clínicas del paciente, se les catalogó como "no testables".

• Datos asistenciales

1. Procedencia de la derivación del paciente al Hospital de Día Psiquiátrico Infantil. Utilizamos la codificación empleada por el Centro desde 1982. Se recoge de esta forma la vía de acceso que se utilizó con el paciente dentro de la Red de Asistencia Sanitaria y Salud Mental.
2. Tiempo de asistencia al Hospital de Día Psiquiátrico Infantil. Tiempo que se recogió en meses y se agrupó con respecto a los periodos de: Menor de 10 meses de tratamiento; Entre 10 y 20 meses de tratamiento; y Mas de 20 meses de tratamiento. Se agrupó en periodos de tiempo de 10 meses por ser éste el periodo de funcionamiento del Hospital de Día durante un curso.
3. Tipo de centro escolar al que se remite tras su alta del Hospital de Día al niño. Los tipos de centro en los que se codificó esta variable fueron:
 - a) Colegio normal: Implica la incorporación a la escolarización normal, aunque hay que señalar que en algunos casos se realiza en cursos inferiores a los correspondientes por la edad cronológica.
 - b) Colegio normal con integración: Implica la incorporación a la escolarización normal, pero con el apoyo ofrecido a través del sistema de integración. Corresponderían a aquellos casos que necesitan una ayuda especial para cumplir con los objetivos escolares correspondientes a su edad ; ayuda que reciben de forma individualizada a través de los profesores de integración.
 - c) Colegio para niños límite: Se entiende por ello la incorporación a una escolarización en la que existe un nivel de exigencia menor ya que están especializados para trabajar con niños con una capacidad intelectual límite.
 - d) Colegio para niños deficientes: Supone la incorporación a Centros de Educación Especial, especializados en el trabajo con deficientes mentales.

e) Centro terapéutico emocional: Empleamos dicha denominación para aquellos centros especializados en el trabajo con trastornos conductuales, autismo... en los que existe un abordaje muy específico no solo sobre las tareas de aprendizaje escolar sino también sobre las áreas conflictivas comportamentales.

4.2.2 Método

En esta parte del estudio, sobre el periodo de tratamiento en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil, se trabajó con los datos existentes en la historia clínica de cada uno de los pacientes. La codificación se realizó a través de una evaluación minuciosa, uniforme y homogénea de las características escritas en cada uno de los epígrafes de la historia clínica.

Los datos de esta parte del estudio correspondían a dos momentos evolutivos distintos. El primer momento al inicio del tratamiento en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil, que constituía el momento de mayor recogida de datos, y el segundo momento al alta del Hospital de Día, en el que se repetía la evaluación de la sintomatología clínica así como la exploración del nivel cognitivo; con lo que se conseguía una secuencia temporal en la recogida de los datos psicopatológicos concretos que nos iba a permitir la evaluación de la eficacia del Hospital de Día.

4.3 Estudio del Periodo postalta del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil

4.3.1 Material

4.3.1.a. Población del Estudio del periodo postalta del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil

La población durante esta parte del estudio fue la población que se había utilizado en el estudio del periodo de tratamiento, con los siguientes criterios de inclusión:

1. Haber transcurrido por lo menos un periodo de un año entre el momento en que el niño había sido dado de alta en el Hospital de Día y el momento en que la doctoranda realizó la evaluación personal de los niños.
2. Que el padre, madre o tutor consintiera en colaborar con la doctoranda en la tarea de evaluación personal de cada niño.
3. Que el niño tuviera una actitud colaboradora durante la evaluación.

En esta parte de nuestro estudio nos encontramos que ocho de los pacientes pertenecientes a la población del estudio del periodo de tratamiento en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil no cumplían el requisito de haber transcurrido al menos un año desde el momento del alta, encontrándose además que tres seguían en tratamiento en dicha unidad en el momento de efectuar este estudio. Con respecto a una pequeña proporción de pacientes de la misma población nos encontramos que o bien se habían cambiado de ciudad, lo que ocurrió en dos de ellos, o bien la familia se negó a la consulta, lo que ocurrió en tres casos. La población a estudio se vió reducida así a 31 casos para este estudio del periodo postalta.

4.3.1.b. Variables

- Clínica: Para el estudio de la sintomatología en el periodo postalta del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil seguimos la misma agrupación de áreas realizadas en los momentos del ingreso y del alta del tratamiento en el Hospital de Día, centrándonos solo en algunas variables dentro de cada área de las valoradas en el estudio del periodo de tratamiento.

1. Área de la conducta

1. Autoagresiones
2. Oposicionismo
3. Retracción y aislamiento del entorno. Se codificó con respecto a dos grados: esporádico y permanente.

4. Hiperkinesia

II. Area de la alimentación

1. Alimentación caprichosa

III. Area del sueño

1. Dificultad para dormir solo

IV. Area del lenguaje

1. Retraso en el lenguaje expresivo
2. Ecolalias
3. Lenguaje con características funcionales de comunicación
4. Reiteración del lenguaje ante situaciones de ansiedad.
5. Trastorno en la articulación del lenguaje

V. Area de la motricidad

1. Trastorno en la motricidad gruesa
 2. Trastorno en la motricidad fina
- Exploraciones complementarias. Creemos, como señala Denkla (1986) que los test de funcionamiento intelectual tienen un importante papel en la descripción de las poblaciones de los estudios de investigación y deben señalarse claramente en la presentación de los mismos; por este motivo se utilizó en la evaluación de los niños en el estudio del periodo postalta del Hospital de Dña el test de Goodenough por su validez en la valoración de la edad mental y por su fácil administración lo que nos permitió realizarlo en todos los casos.
 - Funcionamiento y nivel de integración familiar y social.

1. Actitud de la familia con respecto al niño. Se evaluó la integración a nivel familiar de forma semejante a lo que constatamos posteriormente habfan realizado algunos autores como McGee y cols (1991) en sus estudios de seguimiento de niños preescolares mediante la valoración de la existencia o no de quejas por parte de la familia sobre la dificultad de manejo del niño. Se codificó solo si las quejas por parte de la familia eran referidas a una sola área o a todas las áreas.
2. Capacidad adaptativa del niño. Entendiendo por ésto "la efectividad y el grado en que los sujetos alcanzan los niveles medios de independencia personal y responsabilidad social esperado para su edad y grupo cultural" (Grossman, 1983). Se valoraron las distintas partes que constituyen el área de independencia personal del "Cuadro para la evaluación del progreso en el desarrollo social y personal (P.A.C)", éstas son: Autonomía en el área de la alimentación; Autonomía en el vestir; Autonomía en el aseo personal y Autonomía en la capacidad de movimiento. Se categorizó cada una de estas variables con respecto a tres grados dependiendo de que el nivel de autonomía fuera adecuado a la edad del niño, estuviera por debajo o estuviera muy por debajo de su edad.
3. Nivel de socialización. Hemos incluido las siguientes variables: 1. Dificultad para iniciar la relación con otros niños. 2. Manifestación de inseguridad en la relación con los otros. 3. Ser solitario, vivir generalmente en su mundo. Entendiendo por ello la existencia de cierto aislamiento por no tener participación activa en la relación. No implicó la existencia de una retracción de tipo autista, aunque pudiera haberla, ya que podía existir un estar pendiente del otro para reaccionar cuando éste iniciara la interacción.

- Funcionamiento y nivel de integración escolar

1. Tipo de centro escolar al que acude el niño en el momento de la evaluación postalta

2. Cambio de colegio durante el periodo postalta y motivo del mismo.
 3. Nivel de integración en el funcionamiento de la clase
 4. Nivel de autonomía del niño en las tareas escolares individuales
- Abordajes terapéuticos complementarios realizados en el periodo postalta. Se evaluó tanto el abordaje terapéutico que se realizaba en el momento de la evaluación por la doctoranda como cualquier abordaje que se hubiera realizado a lo largo del periodo postalta del Hospital de Día.

4.3.2 Método

En el estudio del periodo postalta de los pacientes del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil se emplearon tres fuentes de información: La evaluación del propio niño que había recibido el tratamiento en el Hospital de Día; la de los padres y la de los profesores. En un primer momento se entrevistaba a los padres, en presencia del niño. Dichas entrevistas fueron realizadas todas ellas por la doctoranda explicándoles la índole del estudio y solicitando su colaboración. En dicha entrevista se seguía un inventario escrito, solicitando a los padres al final la descripción del niño. Posteriormente se realizó una evaluación psiquiátrica semiestructurada del niño, ajustándose a su nivel de desarrollo. Finalmente, y después de esta entrevista se realizó un contacto telefónico, también semiestructurado, con el posterior envío por correo de un inventario, con los profesores de los niños sujetos de este estudio. Esta información nos permitió un elemento de contraste con respecto a lo recogido en la entrevista con los padres, obteniendo así una información de carácter más objetivo en lo relativo al nivel de adquisiciones del niño y su nivel de integración social y escolar. Con los datos procedentes de estas tres fuentes de información se realizó una única codificación de los datos por la doctoranda de tal manera que se consiguió una homogeneidad total de los datos transcritos y, por lo tanto una complementación de los mismos con una medida simple y única que no tiene la categoría de cuestionario sino la categoría de observación científica técnica por personal experimentado, recogida por el método semiestructurado y agrupando datos

procedentes de distintas fuentes.

4.4 Análisis de los datos

La codificación de las variables del estudio, señaladas en los apartados anteriores de este capítulo, se hicieron numéricas para tablas y manejo operativo de los datos en un sistema informático y todas las variables se transformaron en códigos numéricos bien ordinales o no, bien en categorías o tipificación para la posibilidad de clasificación y manipulación estadística de las mismas. Esta codificación se realizó por la doctoranda en unos formatos preparados al efecto.

El análisis de los datos se realizó en primer lugar a través de descripciones de frecuencia de síntomas y frecuencia de categorías en cada uno de las variables recogidas. Parte de los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y porcentuales. En las variables cuantitativas de edad se utilizó la media y, como parámetro de dispersión se usó la desviación típica. Los porcentajes se expresaron gráficamente en diagramas sectoriales.

Tras la realización de esta primera parte descriptiva y para el estudio comparativo de los grupos diagnósticos se aplicó el test de Kruskal-Wallis, test no paramétrico que calcula un análisis de la varianza por rangos, utilizado para decidir si k-muestras de una muestra aleatoria simple provienen de una misma población o no. Aceptamos un nivel de significación menor de 0.05 para rechazar la hipótesis nula.

Para la evaluación de la mejoría sintomatológica con el tratamiento aplicamos el test de Wilcoxon. El test de los rangos signados de Wilcoxon es utilizado para el estudio de muestras pareadas de forma que se aplica cuando se intenta valorar si ha habido algún cambio significativo entre dos mediciones llevadas a cabo en un mismo caso. La hipótesis nula es que no hay cambio y la alternativa que si lo hay. En nuestro estudio se aceptó un nivel de significación menor de 0.05 para rechazar la hipótesis nula.

Para la realización del estudio estadístico se ha aplicado el Biomedical Package for Statistics de Dickson publicado por la Universidad de California en 1985.

Capítulo 5

RESULTADOS

5.1 Estudio descriptivo de la población asistida en el Hospital de Día

Un total de 56 niños fueron atendidos en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid entre el 1 de enero de 1982 y el 31 de diciembre de 1987 siendo la frecuencia de admisión al centro la que aparece en la tabla 5.1 donde se clasifican por edades y por año de entrada al tratamiento.

Del total de los 56 niños asistidos en el Hospital de Día motivo de nuestro estudio, al aplicar los criterios de inclusión hubo que eliminar nueve de ellos lo que representa aproximadamente un 16%, estableciéndose pues una recogida de datos del 84%. Dichos 47 casos constituyeron nuestra población a estudio.

AÑO	EDAD AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO				TOTAL
	<24 m.	25-42 m.	43-60 m.	> 60 m.	
1982	0	2	8	5	15
1983	0	2	4	2	8
1984	1	2	3	3	9
1985	0	2	6	1	9
1986	0	1	3	1	5
1987	1	1	1	1	4
TOTAL	2	13	25	16	56

Tabla 5.1: DESCRIPCION DE LA POBLACION, Datos en números absolutos

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXOS

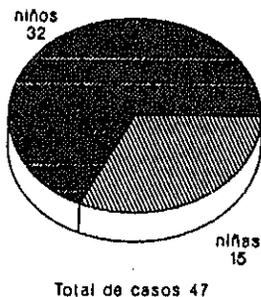


Figura 5.1: Distribución de la población por sexos

En la exposición de los hallazgos del estudio descriptivo de la población a estudio que recibió tratamiento en este Hospital de Día Infantil seguiremos el siguiente orden: En primer lugar los aspectos sociodemográficos y familiares, luego se presentan los datos asistenciales, así como los antecedentes biográficos y psiquiátricos, y por último las entidades nosológicas así como clínica tanto de forma global como por entidades concretas.

5.1.1 Datos sociodemográficos y familiares

Sexo

Estudiamos la variable sexo, encontrando, como vemos en la figura 5.1 que 32 de los casos eran niños (68%) y 15 niñas (32%).

Edad al comienzo del tratamiento

La edad de los pacientes en el momento en que ingresaban en el Hospital de Día tenía una media de 52,8 meses (4 años y 4 meses), siendo la desviación standar 18,4 meses (1,5 años). La

EDAD AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO

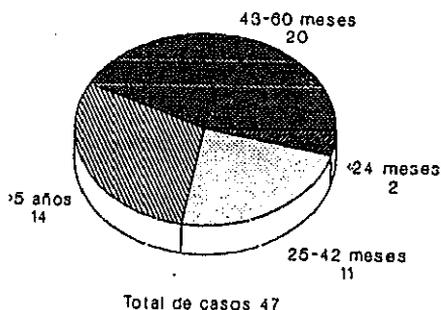


Figura 5.2: Edad del niño al ingreso en el Hospital de Día

edad máxima de comienzo del tratamiento fue de 92 meses (7 años y 8 meses) y la mínima de 20 meses.

Sólo dos de los casos entraron al tratamiento antes de los 2 años (4%), mientras que 20 de los casos lo hicieron entre 3,5 y 5 años (43%), 14 casos eran mayores de 5 años al comenzar el tratamiento (30%). (Fig. 5.2)

Nivel socioeconómico

La distribución de los niveles socioeconómicos de los padres o familiares con las que convive el niño que hemos encontrado la vemos en la figura 5.3, existiendo un predominio del nivel bajo. Bajo y medio-bajo suponían el 53% frente al 26% de medio-alto y alto; el resto lo conformaba el grupo de clase media.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO

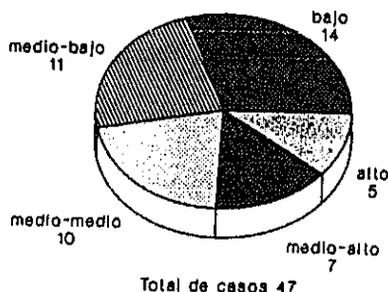


Figura 5.3: Distribución de la población según el nivel socioeconómico.

EDAD AL INGR.	PROFESION									
	0	A	B	C	D	E	F	G	H	I
< 24 m.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
25-42 m.	1	1	1	0	3	1	0	2	2	0
43-60 m.	2	2	0	1	3	1	6	3	2	0
> 60 m.	1	2	0	2	1	0	2	3	2	1
TOTAL	5	6	1	3	7	2	8	8	6	1

Tabla 5.2: PROFESION DEL CABEZA DE FAMILIA 0 = Falta información A = Profesión liberal B = Empresario autónomo C = Funcionario D = Empleado E = Directivo F = Técnico grado medio G = Obrero H = Obrero cualificado I = otros. Datos en números absolutos

Edad de los padres

En cuanto a la edad de los padres en el momento en que los hijos comenzaron el tratamiento, encontramos que en los 40 casos en que se tuvo acceso al conocimiento de este dato 29 de ellos (72.5%) tenían una edad superior a los 30 años, al igual que ocurría con las madres, ya que 26 superaban esa edad (65%).

Profesión del cabeza de familia.

NUMERO DE HERMANOS

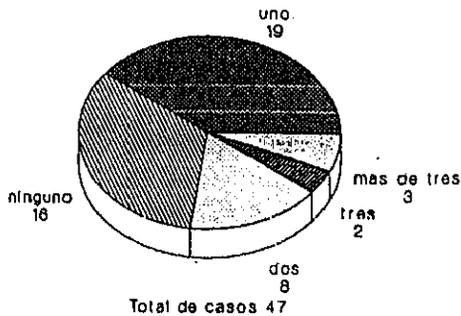


Figura 5.4: Distribución de la población según el número de hermanos

Al estudiar la profesión del cabeza de familia se encontró, como se observa en la tabla 5.2 que la distribución de las profesiones mas frecuentes era: Estudios profesionales o técnicos de grado medio 8 casos (19%); Obreros 8 (19%); Empleados 7 casos (17%); Profesiones liberales y Obrero cualificado 6 casos en cada uno de ellos (14%).

Número de hermanos

En cuanto al número de hermanos de los pacientes se encontró que 16 de los casos son hijos únicos (34%), y 19 de ellos tienen un hermano (40%). El número de casos disminuía para la existencia de dos hermanos, 8 de los pacientes (17%) y para mas de dos hermanos, 4 casos (9%). Los 31 casos que tienen hermanos en su mayor frecuencia ocupaban el segundo lugar de la fratria.

Estructura familiar

Con respecto a la estructura familiar se encontró, como vemos en la figura 5.5 que lo mas frecuente eran las estructuras nucleares, que la encontramos en 39 de los casos (83%); en 3 casos

ESTRUCTURA FAMILIAR

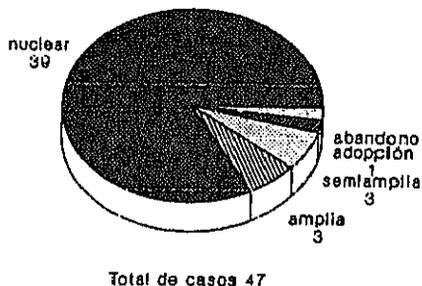


Figura 5.5: Distribución de la población en función de la estructura familiar

respectivamente encontramos las estructuras de "amplia" y "seminuclear y amplia" (6%); y en un solo caso no vivir con los padres naturales. El caso cuya estructura familiar no se conocía correspondía a un caso de abandono.

5.1.2 Datos asistenciales

Motivo de consulta

Estudiamos el motivo de consulta que había para acudir al Hospital de Día Psiquiátrico Infantil encontrando, como vemos en la figura 5.6, que destacan dos tipos: Trastornos psíquicos y emocionales, con el 49% y Problemas madurativos del desarrollo, con el 36%. Aquellos cuyos motivos de consulta fueron Trastornos de conducta y Somatizaciones son bastante menos frecuentes, 11% y 4% respectivamente.

MOTIVO DE CONSULTA

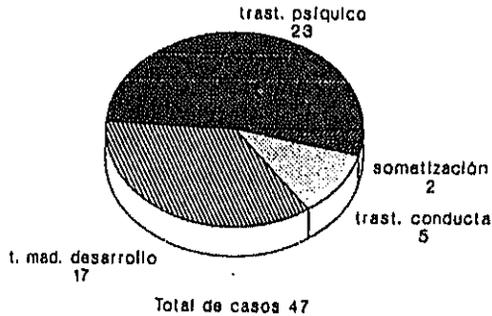


Figura 5.6: Distribución de la población en función del motivo de consulta

Fuente de la derivación

Con respecto a la fuente de derivación del caso al Servicio de Psiquiatría Infantil, donde se encuentra adscrito este Hospital de Día se encontró, como vemos en la figura 5.7, que la consulta interhospitalaria ocupaba el primer lugar siendo el remitente de 22 casos (47%); Le seguían en frecuencia los psiquiatras que enviaron 11 casos (23%); La frecuencia disminuía para otros profesionales con 7 casos (15%) y la propia familia en 4 casos (8%). El resto fue remitido de forma aislada por cada una de las restantes formas de derivación.

Tipo de centro escolar al que se remite al alta

Al estudiar el tipo de centro escolar al que es capaz de incorporarse el niño en el momento del alta del Hospital de Día encontramos, como vemos en la figura 5.8 que un 41 % fueron remitidos a colegio normal (recibiendo apoyo a través del sistema de integración un 23 %); frente a un

FUENTE DE LA DERIVACION

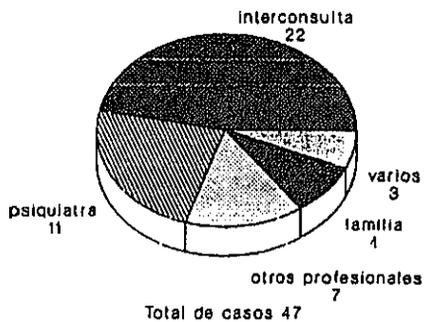


Figura 5.7: Distribución de la población en función de la fuente de la derivación

TIPO DE CENTRO QUE SE REMITE AL ALTA

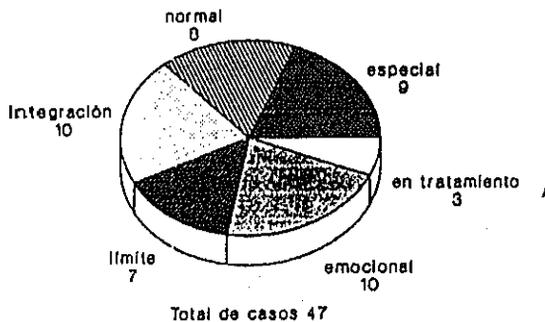


Figura 5.8: Distribución de la población en función del centro escolar al alta

CENTRO DE REMISION AL ALTA							
TIEMPO	NORMAL	INTEGRACION	LIMITE	EMOCIONAL	ESPECIAL	EN TTO	TOTAL
NO	0	0	0	0	0	3	3
1-10 m.	7	5	3	1	3	0	19
11-20 m.	1	5	3	4	1	0	14
> 20 m.	0	0	1	6	4	0	11
TOTAL	8	10	7	11	8	3	47

Tabla 5.3: TIEMPO DE TRATAMIENTO. CENTRO DE REMISION AL ALTA. Test de Kruskal-Wallis = 26.16. $\alpha = 0.0001$. g.l.=5. (Datos en números absolutos)

TIEMPO DE ASISTENCIA AL HdD

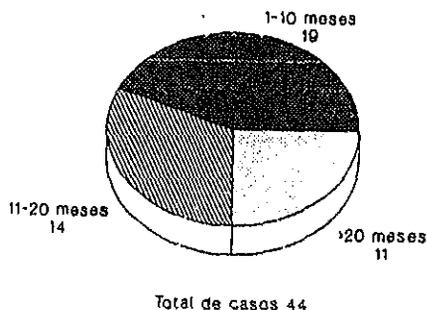


Figura 5.9: Distribución de la población en función del tiempo de tratamiento

20 % que fueron remitidos a un centro de educación especial y un alto porcentaje que fueron remitidos a centros terapéuticos emocionales.

Tiempo de tratamiento en el Hospital de Día .

Con respecto al tiempo de tratamiento en el Hospital de Día se encontró, como vemos al figura 5.9 que 19 niños (43%) permanecieron en el centro un periodo de tiempo entre 1 y 10 meses de tratamiento; 14 niños permanecieron entre 11-20 meses (32%).

Al estudiar estadísticamente mediante la aplicación del test de Kruskal-Wallis los grupos

clasificados según el tipo de centro escolar al que son remitidos al alta en función del tiempo de tratamiento se encontró que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Tabla 5.3). La posterior realización de un test de comparaciones múltiples (ver Apéndice C) señaló la existencia de diferencias de grupo entre aquellos que acudían después del alta del Hospital de Día a un colegio normal y los que acudían tanto a un centro terapéutico emocional como a un colegio especial.

Encontramos que son aquellos que acudían a un colegio normal los que casi en su totalidad (7 de 8 casos) habían requerido menor tiempo de tratamiento en el Hospital de Día diferenciándose, como grupo, como ya hemos dicho, de aquéllos que acudían a un centro terapéutico emocional los cuales casi en su totalidad (10 de los 11 casos) permanecían periodos superiores a los 10 meses, correspondiendo la mayoría de ellos incluso periodos superiores a los 20 meses. Se diferenciaron también como grupo los que acudían a un colegio normal de los que lo hacían a un colegio especial, que como grupo encontramos se dispersaron más entre los polos mínimo y máximo de tiempo de tratamiento.

5.1.3 Antecedentes biográficos y psiquiátricos

Antecedentes mórbidos personales

Al estudiar los antecedentes mórbidos personales se encontró, como vemos en la figura 5.10 que solo en 14 casos (30%) no existían ese tipo de antecedentes. Entre los que existían factores mórbidos lo más frecuente es que éstos fueran múltiples (19 casos; 40%), mientras que los que presentaron solo hospitalización perinatal fueron 7 casos (15%) y, aún fué menor la proporción del resto de los antecedentes (hospitalización no quirúrgica; intervención quirúrgica y frecuencia alta de enfermedades).

ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

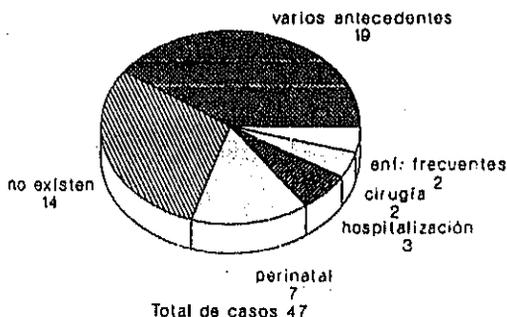


Figura 5.10: Distribución de la población en función de los antecedentes morbidos personales

Factores de riesgo orgánicos.

Con respecto a la existencia de factores de riesgo en el embarazo o parto para el establecimiento del vínculo se encontró que solo en 10 casos (21%) existieron factores de riesgo de tipo orgánico en el embarazo o parto.

Factores de riesgo emocional.

Con respecto a la existencia de factores de riesgo emocional durante el embarazo o el parto se encontró que en 10 casos (21%) existían este tipo de factores.

Antecedentes de hipoestimulación

Dicho tipo de antecedentes existía en 16 de los casos (34%). (Fig. 5.11)

ANTECEDENTES DE HIPOESTIMULACION

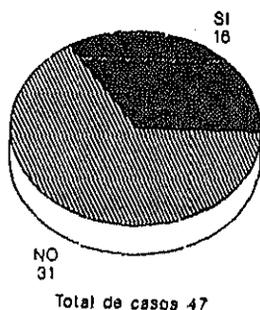


Figura 5.11: Antecedentes de hipostimulación

Aspecto dismórfico

Se encontró que los pacientes tenían un aspecto dismórfico en 10 casos (21%), siendo de intensidad grave en la mayor parte de ellos (15%).

Comienzo de la patología psiquiátrica.

Se evaluó el momento de comienzo de la patología psiquiátrica en los niños, encontrándose, como vemos en la figura 5.12 que en 19 de los casos (40%) la patología comenzó claramente en la infancia temprana, pudiendo considerarse que no había existido un periodo de desarrollo normal, sin alteraciones psíquicas. Solo en un número reducido de casos (10 casos, 21%) se encontró que el cuadro psíquico comenzara tras un periodo de desarrollo normal ya que en el resto de los casos (38%) se encontró que el cuadro clínico había comenzado tras un periodo dudoso de desarrollo normal.

COMIENZO DE LA PATOLOGÍA

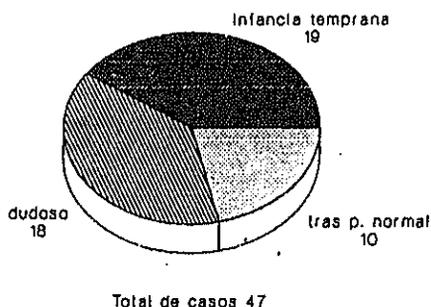


Figura 5.12: Distribución de la población en función del comienzo de la patología

Edad en la primera consulta con Servicios de Salud Mental.

Encontramos que la edad media de los niños tratados en el Hospital de Día en el primer contacto de éstos con los servicios de Salud Mental, cualesquiera que éstos fueran, era de 3 años 1 mes, siendo 16 meses la desviación standar. La menor edad en este primer contacto fué 1 año 4 meses y la mayor 6 años 5 meses.

Si tenemos en cuenta los tres grupos de edad en que hemos creído adecuado estudiar la población, como se comentó en el capítulo de Material y Método, tenemos, como vemos en la figura 5.13, que hay una misma proporción de casos que realizan su primera consulta entre los tres años y medio y los cinco años y los dos años y los tres años y medios (36%); mientras que 12 casos (26%) lo hacen antes de los 2 años y solo encontramos un caso que ha consultado por primera vez con mas de 5 años.

La comparación de estos resultados con las edades en el comienzo del tratamiento en el Hospital de Día mostró la existencia de un tiempo importante de deambulación por distintos servicios de Salud Mental. El grupo mas numeroso de niños , 20 casos, entraban al Hospital de

EDAD EN LA PRIMERA CONSULTA

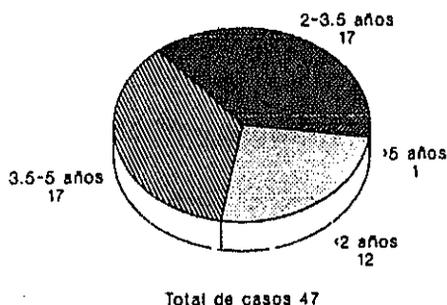


Figura 5.13: Distribución de la población en función de la edad en la primera consulta

Día entre los 3 años y medio y los 5 años (43%), seguido en número, 14 casos (30%) por los mayores de 5 años. Antes de los 2 años solo entraron 2 casos. La edad media de los niños en el momento de su ingreso al Hospital de Día se ve aumentada a 4 años 4 meses con respecto a la edad media de primera consulta, que fué de 3 años 1 mes. Podemos por tanto deducir que existe un tiempo medio de consultas en distintos servicios de la red asistencial en Salud Mental de 15 meses antes de empezar el tratamiento en el Hospital de Día.

Existencia de consulta psiquiátrica previa en otro centro.

Resulta inquietante que la mayoría de los niños (28 casos; 60%) habían consultado en otro centro previamente a su ingreso en el Hospital de Día; sobre todo teniendo en cuenta los hallazgos mencionados en el apartado anterior. (Fig. 5.14)

CONSULTA PSIQUIATRICA PREVIA

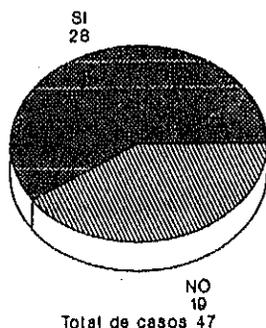


Figura 5.14: Consulta psiquiátrica previa en otro centro

Realización previa de abordaje terapéutico psiquiátrico.

Al estudiar la existencia previa de algún tipo de abordaje terapéutico psiquiátrico encontramos que, por un lado, previo al ingreso en el Hospital de Día solo 18 casos (38%) habían realizado algún tipo de abordaje terapéutico no farmacológico, abordajes ya señalados en el capítulo de Material y Método. Por otro lado, encontramos que 12 casos (25%) habían recibido tratamiento psiquiátrico farmacológico. Podemos señalar en este momento que los fármacos que hemos encontrado se empleaban más frecuentemente en dichos casos fueron los destinados a disminuir la hiperactividad.

Encontramos, por lo tanto, y en relación con el apartado anterior, que la existencia de consulta psiquiátrica previa no implicaba el haber recibido algún tipo de abordaje terapéutico previamente al ingreso en el Hospital de Día.

Antecedentes psiquiátricos en la familia.

Encontramos con poca frecuencia la existencia de trastornos psiquiátricos en algún familiar: Solo 6 casos (13%) tenían padres con antecedentes psiquiátricos y en 4 casos (8%) eran las madres. También fué escasa la patología psiquiátrica en los hermanos (6%), aunque aquí debe tenerse en cuenta que el periodo de morbilidad valorado es pequeño.

5.1.4 Entidades nosológicas y clínica global de la población infantil en estudio

Entidades nosológicas de la población tratada en el Hospital de Día

Como ya hemos señalado en los capítulos de Introducción y Material y Método, utilizamos para el encuadre diagnóstico de nuestra población a estudio la Clasificación Estadística y Diagnóstica de la Sociedad Americana de Psiquiatría en su versión DSM III.

Con respecto a los diagnósticos encontrados en nuestra población éstos fueron, como vemos en la figura 5.15, en orden de frecuencia: 16 casos de Autismo Infantil (34%); 10 casos de Retraso Mental (21%); 8 casos de Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil (TPD) (17%); 4 casos de Negativismo (9%); 3 casos de Trastorno por Angustia de Separación (6%); 3 casos de Trastorno por Déficit de Atención (6%); 1 caso de Depresión (2%). Dos casos tuvieron que ser catalogados como pertenecientes al código V por no cumplir los requisitos para ser incluidos en alguna de las categorías diagnósticas, pero beneficiarse del tratamiento.

DIAGNOSTICO DSM III

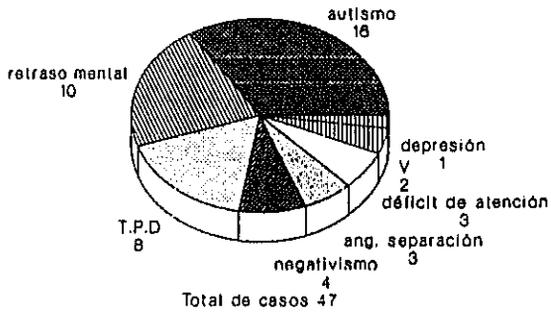


Figura 5.15: Distribución de la población en función del diagnóstico DSM III

Sintomatología global de la población tratada en el Hospital de Día

Exponemos a continuación los resultados encontrados en lo relativo al estudio de la sintomatología que presentaba nuestra población en el momento del ingreso en el Hospital de Día.

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso
HIPERKINESIA	
Global	30 %
Moderada	19%
Grave	11%
IMPULSIVIDAD	
Global	28%
Moderada	17%
Grave	11%
HIPOKINESIA	
Global	30%
Moderada	15%
Grave	15%
MOV.ESTEREOTIPADOS.MASTURB.	38%
AUTOAGRESIONES	
Global	19%
Moderada	13%
Grave	6%
DEFICIT DE ATENCION	
Global	68%
Moderada	21%
Grave	47%
OPOSICIONISMO	
Global	55%
Moderada	8%
Grave	47%
RITUALES, FENOM. OBSESIVOS	15%
UTILIZ.OBJETO AUTISTA	4%
PECULIARIDADES RESP. VISUAL	25%
RESP. RECEPTORES PROXIMIDAD	11%
INHIBICION,RETRACCION	
Global	55%
Moderada	19%
Grave	36%
REACC. EMOCION.INMOTIVADAS	23%

Encontramos en nuestra población a estudio una variada sintomatología conductual, destacando por su frecuencia el déficit de atención, el oposicionismo y la inhibición-retracción

2. Area de la alimentación

AREA DE ALIMENTACION	Al ingreso
ALIMENT. CAPRICHOSA	
Global	45 %
Moderada	13%
Grave	32%
VORACIDAD	
Global	8%
Moderada	6%
Grave	2%

Dentro de los dos tipos de alteraciones evaluadas en este área encontramos una frecuencia elevada de aparición de la alimentación caprichosa.

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso
INSOMNIO	11%
HIPERSOMNIA	6%
DIFICULTAD DORMIR SOLO	39%

La alteración dentro de este área mas frecuentemente encontrada fué la dificultad del niño para dormir solo.

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso
AUSENCIA DE COMPRENSION	15%
RETRASO EN COMPRENSION	74%
AUSENCIA DE EXPRESION	30%
RETRASO EN EXPRESION	81%
TRASTORNO DE ARTICULACION	52%
ECOLALIAS	28%
INVERSION PRONOMINAL	21%
NEOLOGISMOS	4%
LENGUAJE DESORGANIZADO	15%

Encontramos en nuestra población a estudio una alta frecuencia de retraso del lenguaje, tanto a nivel de la comprensión como de la expresión del mismo; lo que nos señala la alta frecuencia con que en los trastornos mentales de la primera infancia encontramos detención o entretardamiento del proceso de desarrollo, repercutiendo en el nivel de adquisiciones propias de la edad. En más de la mitad de los niños tratados en el Hospital de Día encontramos problemas en cuanto a la articulación del lenguaje. Encontramos con poca frecuencia patología mayor del lenguaje, siendo las ecolalias y la inversión pronominal las que más frecuentemente encontramos en nuestra población.

5. Area motriz

AREA MOTRIZ	Al ingreso
T. MOTRICIDAD GRUESA	
Global	55 %
Moderada	17%
Grave	38%
T. MOTRICIDAD FINA	
Global	68%
Moderada	30%
Grave	38%

Encontramos una alta frecuencia de trastornos tanto en la motricidad fina como en la gruesa.

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso
AUSENCIA ANS. NORMAL	38%
ANS. SEPARACION EXCESIVA	43%
ANSIEDAD GENERALIZADA	32%

En la mayoría de los niños de nuestra población a estudio encontramos trastornos dentro del área de la afectividad que se manifiestan a través de dos trastornos opuestos: la existencia de una ansiedad generalizada hacia el entorno, manifestada en los casos mas leves solo a través de una excesiva ansiedad de separación ante los seres a los que están vinculados, o, por el contrario una falta de vinculación con el entorno, que se manifiesta a través de una ausencia de signos de ansiedad normal.

5.1.5 Descripción sintomatológica de las entidades diagnósticas tratadas en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil

A diferencia del apartado anterior en el que hemos realizado una descripción sintomatológica global de la población que ha recibido tratamiento en este Hospital de Día, señalaremos en este apartado las características sintomatológicas que como grupos nosológicos concretos nos han mostrado nuestros pacientes. Diferenciaremos los distintos diagnósticos agrupados bajo el término de "otros" en la presente descripción.

Autismo infantil (n=16)

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso
HIPERKINESIA	
Global	31%
Moderada	12%
Grave	19%
IMPULSIVIDAD	
Global	31%
Moderada	19%
Grave	12%
HIPOKINESIA	
Global	37%
Moderada	12%
Grave	25%
MOV. ESTEREOTIPADOS. MASTURB.	62%
AUTOAGRESIONES	
Global	44%
Moderada	31%
Grave	13%
DEFICIT DE ATENCION	
Global	87%
Moderada	6%
Grave	81%
OPOSICIONISMO	
Global	69%
Moderada	6%
Grave	63%
RITUALES, FENOM. OBSESIVOS	31%
UTILIZ. OBJETO AUTISTA	12%
PECULIARIDADES RESP. VISUAL	37%
RESP. RECEPTORES PROXIMIDAD	19%
INHIBICION, RETRACCION	
Global	69%
Moderada	19%
Grave	50%
REACC. EMOCION. INMOTIVADAS	31%

Encontramos, al igual que nos ocurrió con respecto a la sintomatología global de nuestra población a estudio, una alta frecuencia de déficit de atención, oposicionismo e inhibición-retracción. Dentro de aquellos síntomas conductuales que aparecen con frecuencia elevada en este grupo nosológico en comparación con la poca frecuencia que lo hacen dentro de

población global a estudio podemos señalar las autoagresiones, los movimientos estereotipados, las peculiaridades de la respuesta visual, así como la respuesta de receptores de proximidad.

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso
ALIMENTACION CAPRICIOSA	
Global	62%
Moderada	12%
Grave	50%
VORACIDAD	
Global	12%
Moderada	6%
Grave	6%

Podemos señalar la alta frecuencia con que encontramos dentro del grupo de autismo la existencia de una alimentación caprichosa, siendo grave en intensidad la mayoría de ellos.

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso
INSOMNIO	6%
HIPERSOMNIA	12%
DIFIC.DORMIR SOLO	37%

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso
AUSENCIA TOTAL COMPRENSION DEL L.	31%
RETRASO EN LA COMPRENSION DEL L.	75%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	44%
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	81%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	31%
ECOLALIAS	50%
INVERSION PRONOMINAL	44%
NEOLOGISMOS	6%
LENG. DESORGANIZADO	31%

Podemos señalar que el autismo es la entidad nosológica en la que con mayor frecuencia encontramos la existencia de ausencia de lenguaje, tanto a nivel de la comprensión como de la expresión del mismo. Podemos resaltar también la alta frecuencia de patología mayor del lenguaje que presenta nuestro grupo de autismo, sobre todo teniendo en cuenta el hecho de que a excepción de un solo caso, todos aquellos que tienen lenguaje expresivo presentan alteraciones en la forma y contenido del mismo.

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso
T. MOTRICIDAD GRUESA	
Global	69%
Moderada	6%
Grave	63%
T. MOTRICIDAD FINA	
Global	81%
Moderada	12%
Grave	69%

Creemos importante señalar la alta frecuencia de presentación de trastornos graves en la motricidad, tanto fina como gruesa, en nuestro grupo de autismos.

6. Area de la afectividad



AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso
AUSENCIA ANS.NORMAL	56%
ANS. SEPARACION EXCESIVA	25%
ANS. GENERALIZADA	44%

En la totalidad de los niños autistas de nuestra población a estudio encontramos afectación de este área.

No encontramos ningún síntoma que por sí mismo pudiera considerarse patognomónico del autismo. Lo que sí parece diferenciar al grupo autista es la existencia de múltiples alteraciones en las distintas áreas.

La casi totalidad de los casos de Autismo (81%) tenían como segundo diagnóstico en el Eje I DSM III Retraso Mental.

Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil (n=8)

1. Área de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso
HIPERKINESIA	
Global	37.5%
Moderada	25%
Grave	12.5%
IMPULSIVIDAD	
Global	37.5%
Moderada	25%
Grave	12.5%
HIPOKINESIA	
Global	12.5%
Moderada	12.5%
Grave	0
MOV.ESTEREOTIPADOS.MASTURB.	75%
AUTOAGRESIONES	
Global	12.5%
Moderada	0
Grave	12.5%
DEFICIT DE ATENCION	
Global	62.5%
Moderada	25%
Grave	37.5%
OPOSICIONISMO	
Global	37.5%
Moderada	0
Grave	37.5%
RITUALES, FENOM. OBSESIVOS	25%
UTILIZ.OBJETO AUTISTA	0
PECULIARIDADES RESP. VISUAL	62.5%
RESP. RECEPTORES PROXIMIDAD	12.5%
INHIBICION,RETRACCION	
Global	50%
Moderada	12.5%
Grave	37.5%
REACC. EMOCION.INMOTIVADAS	25%

Al igual que nos ocurrió con el autismo encontramos en esta entidad nosológica no solo alta frecuencia de déficit de atención e inhibición-retracción, que característicamente presentaba toda la población atendida en el Hospital de Día, sino que presenta una alta frecuencia de síntomas como los movimientos estereotipados y las peculiaridades en la respuesta visual.

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso
ALIMENTACION CAPRICHOSA	
Global	12.5%
Moderada	0
Grave	12.5%
VORACIDAD	
Global	25%
Moderada	25%
Grave	0

Encontramos con poca frecuencia trastornos en este área, siendo el único grupo nosológico que presenta mas frecuentemente la alteración de voracidad que la de alimentación caprichosa.

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso
INSOMNIO	12.5%
HIPERSOMNIA	0
DIFIC.DORMIR SOLO	25%

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso
AUSENCIA TOTAL COMPRENSION DEL L.	0
RETRASO EN LA COMPRENSION DEL L.	87.5%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	25%
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	87.5%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	75%
ECOLALIAS	62.5%
INVERSION PRONOMINAL	25%
NEOLOGISMOS	12.5%
LENG. DESORGANIZADO	25%

Podemos señalar la alta frecuencia de los TPD en lo que encontramos trastorno en este área, no solo en relación a la ausencia y el retraso del lenguaje (tanto en la comprensión como en la expresión) sino también en lo relativo a la aparición, como ocurría en el autismo, de patología mayor del lenguaje.

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso
T. MOTRICIDAD GRUESA	
Global	62.5%
Moderada	37.5%
Grave	25%
T. MOTRICIDAD FINA	
Global	75%
Moderada	75%
Grave	0

Encontramos frecuentemente alteraciones en el área motriz.

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso
AUSENCIA ANS.NORMAL	37.5%
ANS. SEPARACION EXCESIVA	50%
ANS. GENERALIZADA	37.5%

Con respecto a la sintomatología que encontramos en esta entidad nosológica podemos señalar, como hemos mencionado en el caso del Autismo, que no encontramos una clínica patognomónica de este cuadro, sino una clínica florida, no solo en lo que respecta a las características conductuales, sino también en cuanto a la existencia de trastornos en el lenguaje, la motricidad y la afectividad.

En un 62.5% de los casos fué necesaria la utilización de un segundo diagnóstico dentro del eje I de DSM III, siendo éstos: RM (37.5%), Mutismo Selectivo (12.5%) y Trastorno por Déficit

de Atención (12.5%).

Retraso mental (n=10)

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso
HIPERKINESIA	
Global	40%
Moderada	40%
Grave	0
IMPULSIVIDAD	
Global	10%
Moderada	0%
Grave	10%
HIPOKINESIA	
Global	40%
Moderada	20%
Grave	20%
MOV.ESTEREOTIPADOS.MASTURB.	20%
AUTOAGRESIONES	
Global	0
Moderada	0
Grave	0
DEFICIT DE ATENCION	
Global	80%
Moderada	40%
Grave	40%
OPOSICIONISMO	
Global	20%
Moderada	10%
Grave	10%
RITUALES, FENOM. OBSESIVOS	0
UTILIZ.OBJETO AUTISTA	0
PECULIARIDADES RESP. VISUAL	10%
RESP. RECEPTORES PROXIMIDAD	10%
INHIBICION,RETRACCION	
Global	50%
Moderada	20%
Grave	30%
REACC. EMOCION.INMOTIVADAS	30%

Encontramos una alta frecuencia de déficit de atención, inhibición-retracción, así como de hipokinesia e hiperkinesia en los niños con Retraso Mental.

2. Área de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso
ALIMENTACION CAPRICHOSA	
Global	20%
Moderada	20%
Grave	0
VORACIDAD	
Global	0
Moderada	0
Grave	0

Encontramos con poca frecuencia trastornos en el área de la alimentación.

3. Área del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso
INSOMNIO	10%
HIPERSOMNIA	0
DIFIC.DORMIR SOLO	30%

4. Área del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso
AUSENCIA TOTAL COMPRENSION DEL L.	10%
RETRASO EN LA COMPRENSION DEL L.	100%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	30%
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	100%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	70%

Encontramos la existencia de retraso del lenguaje en todos los niños pertenecientes a esta entidad nosológica. Hemos de señalar también el hecho de que en la totalidad de los

casos que tenían lenguaje expresivo existía también trastorno en la articulación. Característicamente no existía patología mayor del lenguaje.

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso
T. MOTRICIDAD GRUESA	
Global	60%
Moderada	30 %
Grave	30%
T. MOTRICIDAD FINA	
Global	70%
Moderada	30%
Grave	40%

Encontramos frecuentemente trastorno en la motricidad, tanto gruesa como fina, en los pacientes con Retraso Mental.

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso
AUSENCIA ANS. NORMAL	40%
ANS. SEPARACION EXCESIVA	40%
ANS. GENERALIZADA	10%

Sintomatológicamente no encontramos un cuadro uniforme a excepción del retraso propio de esta entidad diagnóstica que se manifiesta no solo a nivel de las adquisiciones en el área del lenguaje, sino también en el área motriz. Dependiendo de cada caso individual existían síntomas en las diferentes áreas, pero sin llegar a reunir criterios que permitieran la utilización de otro diagnóstico dentro de la clasificación DSM III, a excepción de un caso en el que se utilizó doble diagnóstico en el eje I, siendo éste Trastorno por Déficit de Atención.

Negativismo (n=4)

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso
IMPULSIVIDAD	
Global	25%
Moderada	25%
Grave	0
HIPOKINESIA	
Global	50%
Moderada	50%
Grave	0
AUTOAGRESIONES	
Global	25%
Moderada	25%
Grave	0
DEFICIT DE ATENCION	
Global	25%
Moderada	25%
Grave	0
OPOSICIONISMO	
Global	100%
Moderada	25%
Grave	75%
INHIBICION,RETRACCION	
Global	75%
Moderada	50%
Grave	25%
REACC. EMOCION.INMOTIVADAS	25%

En cuanto a la sintomatología conductual en todos los casos existía oposicionismo. Llama la atención la alta frecuencia de hipokinesia y de inhibición-retracción.

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso
ALIMENTACION CAPRICIOSA	
Global	50%
Moderada	50%
Grave	0

3. Area del sueño

AREA DEL SUENO	Al ingreso
INSOMNIO	0
HIPERSOMNIA	0
DIFIC.DORMIR SOLO	50%

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso
AUSENCIA TOTAL COMPRESION DEL L.	0
RETRASO EN LA COMPRESION DEL L.	75%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	25%
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	100%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	100%
ECOLALIAS	0
INVERSION PRONOMINAL	25%
NEOLOGISMOS	0
LENG. DESORGANIZADO	0

Podemos señalar la alta frecuencia de retraso en el nivel del lenguaje que encontramos en los niños con Negativismo.

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso
T. MOTRICIDAD GRUESA	
Global	50%
Moderada	25 %
Grave	25%
T. MOTRICIDAD FINA	
Global	75%
Moderada	50%
Grave	25%

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso
AUSENCIA ANS.NORMAL	25%
ANS. SEPARACION EXCESIVA	75%
ANS. GENERALIZADA	25%

En cuanto a su sintomatología, como era de suponer por las características de este trastorno, todos ellos presentaron oposicionismo, que sólo en uno de ellos no era de intensidad grave. También es señalable el hecho del retraso a nivel del lenguaje, así como la alta frecuencia de trastornos en la motricidad, sobre todo en la motricidad fina, y en la afectividad.

Trastorno por Angustia de Separación (n=3)

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso
OPOSICIONISMO	
Global	100%
Moderada	33%
Grave	67%
INHIBICION,RETRACCION	
Global	33%
Moderada	0
Grave	33%

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso
ALIMENTACION CAPRICIOSA	
Global	100%
Moderada	0
Grave	100%

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso
INSOMNIO	33%
HIPERSOMNIA	0
DIFIC.DORMIR SOLO	67%

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso
AUSENCIA TOTAL COMPRENSION DEL L.	0
RETRASO EN LA COMPRENSION DEL L.	0
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	0
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	33%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	33%

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso
T. MOTRICIDAD GRUESA	
Global	33%
Moderada	0
Grave	33%
T. MOTRICIDAD FINA	
Global	33%
Moderada	0
Grave	33%

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso
AUSENCIA ANS.NORMAL	0
ANS. SEPARACION EXCESIVA	100%
ANS. GENERALIZADA	100%

A pesar de ser pequeño el número de casos con el diagnóstico de Trastorno por Angustia de Separación (3 casos), podemos señalar distintos aspectos, ya que se presentaban como cuadros muy uniformes.

En cuanto a la sintomatología, cabría señalar la existencia en todos los casos de tres elementos que se nos dibujan como característicos en este trastorno:

Existencia de "ansiedad de separación excesiva" consecuencia de la "ansiedad generalizada" vivida ante el entorno. Las posibles manifestaciones de estas ansiedades corresponderían a las recogidas por DSM III como requisitos para el diagnóstico.

Existencia de oposicionismo, que era grave en dos de los tres casos, y que creemos surgía como forma de controlar el ambiente para evitar la ansiedad que producía la separación.

Existencia de alimentación caprichosa, que era grave en los tres casos, y que entendemos constituía una forma más de control del entorno para calmar su ansiedad.

Trastorno por Déficit de Atención (n=3)

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso
HIPERKINESIA	
Global	67%
Moderada	33%
Grave	33%
IMPULSIVIDAD	
Global	67%
Moderada	33%
Grave	33%
DEFICIT DE ATENCION	
Global	100%
Moderada	67%
Grave	33%
OPOSICIONISMO	
Global	67%
Moderada	0
Grave	67%
INHIBICION,RETRACCION	
Global	33%
Moderada	33%
Grave	0

2. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso
INSOMNIO	0
HIPERSOMNIA	0
DIFIC.DORMIR SOLO	33%

3. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso
AUSENCIA TOTAL COMPRENSION DEL L.	0
RETRASO EN LA COMPRENSION DEL L.	67%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	0
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	67%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	67%

4. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso
T. MOTRICIDAD FINA	
Global	33%
Moderada	33%
Grave	0

5. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso
AUSENCIA ANS.NORMAL	0
ANS. SEPARACION EXCESIVA	33%
ANS. GENERALIZADA	0

Sintomatológicamente se nos presenta como un cuadro de características conductuales precisas (déficit de atención, oposicionismo, impulsividad e hiperkinesia) que en dos de los pacientes se acompañan de retraso en la expresión del lenguaje y trastornos articulatorios. En dos de los pacientes se utilizó diagnóstico doble en el eje I de DSM III, siendo éste Negativismo.

Código V DSM III (n=2)

Los dos casos catalogados como pertenecientes al código V correspondían a casos que no cumplían los requisitos de ninguna categoría diagnóstica de DSM III, pero que se veían beneficiados con el tratamiento.

Uno de los casos reunía los criterios de Negativismo, a excepción de la edad, lo que no nos permitió emplear ese diagnóstico. Según la nueva versión DSM III-R si hubiéramos podido emplearlo.

Ambos casos presentaron un trastorno de la alimentación del tipo de alimentación caprichosa de intensidad grave y dificultad para dormir solo; y uno de ellos insomnio y oposicionismo grave.

Depresión (n=1)

Aunque tenemos un solo caso que cumpliera los requisitos de DSM III para depresión consideramos importante analizarlo como el resto de los pacientes.

La clínica que presentó en el momento del ingreso en el Hospital de Día fue una inhibición retracción masiva. Presentaba también trastorno de la alimentación grave e hipersomnía.

Existía una ausencia de lenguaje tanto a nivel de la comprensión como de la expresión así como trastorno de intensidad grave a nivel de la motricidad fina y gruesa.

Existía una hipokinesia y un déficit de atención de intensidad grave. No existían signos de ansiedad normal.

5.2 Estudio de las entidades diagnósticas tratadas en el Hospital de Día en relación al resto de las variables analizadas

Describimos a continuación los resultados obtenidos en los estudios de la variable clasificadora de grupos diagnósticos y su relación con aquellas variables que consideramos mas importantes.

5.2.1 Sexo

Con respecto a la relación entre el sexo y los distintos diagnósticos podemos señalar que a excepción de la depresión que era un único caso de un niño y los trastornos por angustia de separación que eran todas niñas, ambos sexos se presentaron en todos los diagnósticos.

5.2.2 Edad al comienzo del tratamiento en el Hospital de Día

Encontramos, como vemos en la tabla 5.4 que no existían diferencias significativas entre los grupos diagnósticos en relación a la edad que tenían los niños al comienzo del tratamiento en el Hospital de Día.

DIAGNOSTICO	EDAD AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO				TOTAL
	<24 m.	25-42 m.	43-60 m.	>5 a.	
AUTISMO	1	4	6	5	16
TPD	0	0	5	3	8
RETRASO MENTAL	0	2	1	4	10
OTROS	1	5	5	2	13
TOTAL	2	11	20	14	47

Tabla 5.4: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON LA EDAD AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO. Test de Kruskal-Wallis = 5.68. $\alpha = 0.1282$. g.l.=3. Datos en números absolutos

DIAGNOSTICO	NIVEL SOCIO-ECONOMICO					TOTAL
	Bajo	Medio-bajo	Medio-medio	Medio-alto	Alto	
AUTISMO	3	3	0	2	2	16
TPD	3	1	2	2	0	8
RM	5	3	1	0	1	10
OTROS	3	4	1	3	2	13
TOTAL	14	11	10	7	5	47

Tabla 5.5: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION AL NIVEL SOCIO- ECONOMICO. Test de Kruskal-Wallis = 3.89. $\alpha = 0.2731$. g.l.=3. Datos en números absolutos

5.2.3 Nivel socioeconómico

Al estudiar los grupos diagnósticos en función de los niveles socioeconómicos (ver tabla 5.5), encontramos que no existían diferencias significativas entre ellos.

5.2.4 Procedencia de la derivación

Encontramos (ver tabla 5.6), al estudiar los grupos nosológicos en relación a la procedencia de la derivación que estadísticamente existen diferencias entre ellos. Tras la realización de un

DIAGNOSTICO	PROCEDENCIA DE LA DERIVACION							TOTAL
	Familia	Amigo	Médico-Ped.	Psic.	Colegio	Interconsulta	Otros	
AUTISMO	0	0	1	8	0	5	2	16
TPD	0	0	0	2	0	4	2	8
RETRASO MENTAL	0	0	0	0	0	7	3	10
OTROS	4	1	0	1	1	0	0	13
TOTAL	4	1	1	11	1	22	7	47

Tabla 5.6: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION A LA PROCEDENCIA DE LA DERIVACION. Test de Kruskal-Wallis = 11.15. $\alpha = 0.0109$. g.l.=3. Datos en números absolutos

DIAGNOSTICO	TIEMPO DE ASISTENCIA				
	N	1-10m.	11-20m.	>20m.	TOTAL
AUTISMO	2	2	6	6	16
TPD	0	2	4	2	8
RETRASO MENTAL	1	5	1	3	10
OTROS	0	10	3	0	13
TOTAL	3	19	14	11	47

Tabla 5.7: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON EL TIEMPO DE ASISTENCIA AL HOSPITAL DE DIA. Test de Kruskal-Wallis = 12.55. $\alpha = 0.0057$, g.l.=3. Datos en números absolutos

test de comparaciones múltiples encontramos que existían diferencias entre el grupo de RM y el grupos de "otros" (Ver Apéndice C).

El mayor número de los RM era remitido por la interconsulta (7 casos de 10); sin embargo los "otros" aunque procedían en número alto de la interconsulta (6 casos de los 13) también provenían de otras fuentes de derivación, siendo la demanda de la propia familia una fuente frecuente (4 casos). Creemos importante señalar también el hecho de que la mitad de los casos de Autismo eran remitidos por psiquiatras, y que correspondían aproximadamente al 75% de los pacientes que éstos habían derivado.

5.2.5 Tiempo de asistencia al Hospital de Día

(tabla 5.7) Al estudiar los grupos nosológicos en relación al tiempo de asistencia al Hospital de Día encontramos diferencias entre los ellos; tras la realización de un test de comparaciones múltiples encontramos que el grupo de "otros" difería con los grupos de Autismo y TPD (Ver Apéndice C).

La mayoría de los "otros" (10 casos de 13) permanecieron en el Centro durante un periodo entre 1 a 10 meses a diferencia de los autismos y TPD que lo hicieron por periodos superiores a los 10 meses.

5.2.6 Comienzo de la patología

Al estudiar los grupos diagnósticos en función del comienzo de la patología (tabla 5.8),

DIAGNOSTICO	COMIENZO DE LA PATOLOGIA			TOTAL
	Temprana	Dudoso	Tras p.normal	
AUTISMO	14	2	0	16
TPD	0	6	2	8
RETRASO MENTAL	3	7	0	10
OTROS	2	3	8	13
TOTAL	19	18	10	47

Tabla 5.8: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION AL COMIENZO DE LA PATOLOGIA Test de Kruskal-Wallis = 24.47, $\alpha = 0.0000$, g.l.=3. Datos en números absolutos

DIAGN.	ASPECTO DISMORFICO			TOTAL
	NO	MODERADO	GRAVE	
AUTISMO	8	2	6	16
TPD	7	1	0	8
R. MENTAL	10	0	0	10
OTROS	12	0	1	13
TOTAL	37	3	7	47

Tabla 5.9: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION AL ASPECTO DISMORFICO. Test de Kruskal-Wallis = 14.05, $\alpha = 0.0028$, g.l.=3. Datos en números absolutos

encontramos la existencia de diferencia entre ellos. La realización posterior de un test de comparaciones múltiples nos señaló la existencia de diferencias entre el grupo de Autismo y los grupos de TPD y "otros" (Ver Apéndice C).

El grupo de Autismo es el que se nos presentó con mayor frecuencia con un comienzo claro en la infancia temprana (14 de sus 16 casos). No podemos señalar lo mismo con respecto al grupo de "otros" que en su mayor parte (8 de 13) comenzaron el cuadro tras un periodo de desarrollo normal, mientras que los TPD tenían un comienzo en el 75% de sus casos tras un periodo dudoso de desarrollo normal.

5.2.7 Aspecto dismórfico

Al estudiar la existencia de aspecto dismórfico con respecto a los grupos diagnósticos encontramos (ver tabla 5.9) que estadísticamente existían diferencias entre ellos; tras la aplicación del test de comparaciones múltiples encontramos la existencia de diferencias entre el grupo de Autismo y los demás grupos (ver Apéndice C), grupo diagnóstico éste en el que es llamativamente

DIAGN.	ANTECEDENTES DE HIPOESTIMULACION		SE	TOTAL
	O	NO		
AUTISMO	0	10	6	16
TPD	0	4	4	8
RETRASO MENTAL	0	5	5	10
OTROS	1	11	1	13
TOTAL	1	30	16	47

Tabla 5.10: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION A LA EXISTENCIA DE HIPOESTIMULACION. Test de Kruskal-Wallis = 7.68, $\alpha = 0,0532$, g.l.=3. Datos en números absolutos

DIAGN.	INTENSIDAD DEL STRESS PSICOSOCIAL							TOTAL
	A	B	G	D	E	F	G	
AUTISMO	4	0	3	4	1	2	2	16
TPD	1	1	1	2	2	1	0	8
RETRASO MENTAL	1	0	3	1	3	2	0	10
OTROS	1	2	3	3	3	0	1	13
TOTAL	7	3	10	10	9	5	3	47

Tabla 5.11: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION AL EJE IV DSM III. A = Ninguno, B = Mínimo, G = Leve, D = Moderado, E = Intenso, F = Extremo, G = Catastrófico. Test de Kruskal-Wallis = 0.51, $\alpha = 0,9166$, g.l.=3. Datos en números absolutos

superior el número de sus casos (8 de 16) que presentaban aspecto dismórfico.

5.2.8 Antecedentes de hipoestimulación

(tabla 5.10) Al estudiar los grupos nosológicos en relación a la existencia de antecedentes de hipoestimulación encontramos que no existía diferencias entre los grupos. Sin embargo, podemos señalar la baja frecuencia de antecedentes de hipoestimulación en el grupo de "otros".

5.2.9 Eje IV DSM III

Al estudiar los grupos nosológicos en relación a la intensidad del stress psicosocial (tabla 5.11) encontramos que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

5.2.10 Motivo de consulta

Al estudiar los grupos diagnósticos en relación al motivo de consulta encontramos, como

DIAGNOSTICO	MOTIVO DE CONSULTA				TOTAL
	Madurativos desarrollo	T.Conducta	Psiq. y Emocional	Somatización	
AUTISMO	6	0	10	0	16
TPD	2	0	6	0	8
RETRASO MENTAL	6	1	3	0	10
OTROS	3	4	4	2	13
TOTAL	17	5	23	2	47

Tabla 5.12: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON EL MOTIVO DE CONSULTA. Test de Kruskal-Wallis = 4.78. $\alpha = 0.1884$, g.l.=3. Datos en números absolutos

DIAGNOSTICO	EDAD DE PRIMERA CONSULTA				TOTAL
	<24m.	25-42m.	43-60m.	>6a.	
AUTISMO	8	3	5	0	16
TPD	0	4	4	0	8
RETRASO MENTAL	2	3	5	0	10
OTROS	2	7	3	1	13
TOTAL	12	17	17	1	47

Tabla 5.13: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON LA EDAD AL PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL. Test de Kruskal-Wallis = 4.34. $\alpha = 0.2267$, g.l.=3. Datos en números absolutos

vemos en la tabla 5.12 que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Por lo tanto podemos señalar el hecho de que tanto los autismos como los TPD consultaron casi en la misma proporción por trastornos psíquicos y emocionales (correspondiendo a este motivo el mayor porcentaje de sus casos). Los RM consultaron con mayor frecuencia por problemas madurativos del desarrollo, y los agrupados bajo el término "otros" son los que no parecen haber presentado un motivo de consulta definido.

5.2.11 Edad en el primer contacto con Servicios de Salud Mental

Al estudiar en relación a la edad en el primer contacto con servicios de Salud Mental encontramos (tabla 5.13), que no existían diferencias entre los grupos nosológicos. Podemos señalar, sin embargo, que los autismos parecen ser los que consultaron con menor edad: la mitad de sus casos lo habían hecho antes de los 2 años; aunque llama la atención que 5 de sus casos tuvieran una consulta bastante tardía ya que lo hicieron por encima de los tres años y medio. Los

DIAGNOSTICO	CONSULTA PREVIA		TOTAL
	NO	SI	
AUTISMO	2	14	16
TPD	2	6	8
RETRASO MENTAL	5	5	10
OTROS	10	3	13
TOTAL	19	28	47

Tabla 5.14: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION A CONSULTA PSIQUIATRICA PREVIA. Test de Kruskal-Wallis = 14.55. $\alpha = 0.0022$. g.l.=3. Datos en números absolutos

TPD consultaron en su totalidad entre los 2 y 5 años. Los RM consultaron de forma progresiva con la edad, con lo cual a mayor edad del niño se observan mas consultas. El grupo de "otros" consultaron mas frecuentemente entre los dos y los tres años y medio, aunque existían casos que consultaron en otros de los grupos de edad catalogados.

5.2.12 Existencia de consulta previa

(tabla 5.14). Al estudiar los grupos nosológicos en relación a la existencia de consulta psiquiátrica previa encontramos que existían diferencias entre los grupos; la posterior realización de un test de comparaciones múltiples nos señaló la existencia de diferencias entre el grupo de "otros" con Autismo y TPD (ver Apéndice C). La gran mayoría del grupo de "otros" habían consultado por primera vez en el propio centro (10 casos de 13), al contrario de lo que ocurría con los Autismos y con los TPD en los que respectivamente 14 casos de los 16 y 6 casos de los 8 habían consultado previamente en otro centro.

5.2.13 Realización previa de tratamiento psiquiátrico

Como ya hemos señalado en otro apartado de este capítulo encontramos que la existencia de una consulta previa no implicaba la realización de algún tipo de tratamiento específico, encontrando en las distintas entidades nosológicas casos que habían recibido tratamiento farmacológico psiquiátrico previamente al ingreso en el Hospital de Dfa, siendo los Autismos los que habían recibido mas frecuentemente (10 de los 18 casos) tratamientos de tipo no farmacológico

previamente.

5.2.14 Nivel intelectual en el momento de ingreso y alta del Hospital de Día

Con respecto al nivel intelectual de los pacientes al ingreso y alta del Hospital de Día debemos señalar que no se encontraba determinado el mismo en todos los casos.

Aunque existe un alto porcentaje de casos en que no se realizó esta determinación en el momento del ingreso en el Hospital de Día creemos que es importante señalar el hecho de que todos los casos de Autismo en que se determinó el nivel intelectual presentaban CI inferiores a 70.

Los test más empleados en las evaluaciones de ingreso fueron Terman (49%) y Brunet-Lezine (40%). Dado que la edad mental nos determina el tipo de prueba psicológica que podemos emplear para valorar el nivel cognitivo, un 40% de nuestra población tendría una edad mental inferior a los dos años en el momento del ingreso en el Hospital de Día.

Con respecto al nivel intelectual en el momento del alta del Hospital de Día podemos señalar que aunque solo existía determinación del nivel intelectual en el 51% de los niños en el momento del alta en todos los casos de Autismo realizado, a excepción de un caso, persistían C.I por debajo de 70; la totalidad de los TPD en que se realizó presentaban niveles inferiores a la capacidad límite; y todos los del grupo de "otros" presentaron niveles superiores a 70.

5.2.15 Tipo de centro escolar al que se remite al alta

Al estudiar el tipo de centro escolar al que es capaz de incorporarse el niño en el momento del alta del Hospital de Día encontramos (tabla 5.15) que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. A través del test de comparaciones múltiples (ver Apéndice C) encontramos que existían diferencias entre el grupo de "otros" y los de Autismo y RM. Es llamativo el hecho de que la mayor parte del grupo de "otros" (8 de los 13 casos) acceden a escolarización

DIAGN.	TIPO DE CENTRO AL QUE SE REMITE AL ALTA						
	NORMAL	INTEGRACION	LIMITE	EMOCIONAL	ESPECIAL	EN TTO	TOTAL
AUTISMO	0	0	3	7	4	2	16
TPD	0	4	1	3	0	0	8
R.M.	0	3	1	0	5	1	10
OTROS	8	3	2	0	0	0	13
TOTAL	8	10	7	10	9	3	47

Tabla 5.15: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON EL CENTRO DE DERIVACION AL ALTA.
 Test de Kruskal-Wallis = 25.33. $\alpha = 0.0000$. g.l.=3. Datos en números absolutos

normal; no existiendo casos que accedan a colegios de educación especial o a centros terapéuticos emocionales. Sin embargo, es en el grupo de autismo en el que encontramos que la mayor parte de ellos son remitidos a centros terapéuticos emocionales y también a colegios especiales. En el grupo de RM encontramos que aunque llegaban a acceder a colegios de integración o límites, la mayor parte son derivados a colegios especiales.

5.3 Estudio de la eficacia terapéutica del Hospital de Día sobre las manifestaciones clínicas

En un primer momento realizamos la evaluación de la eficacia terapéutica del Centro en cuanto a la mejoría sintomatológica de los pacientes, aplicando para el estudio estadístico de dicha mejoría, como ya hemos señalado en el capítulo de Material y Método, el test de Wilcoxon. Posteriormente, ya en el análisis de las características clínicas dentro de los diferentes cuadros diagnósticos, describiremos la mejoría de los síntomas dentro de cada entidad diagnóstica determinada. Dada la riqueza que supone la descripción sintomatológica consideramos conveniente para el análisis de las características clínicas de los pacientes no agrupar bajo el término de "otros" las diferentes entidades diagnósticas de Depresión, Negativismo, Trastorno por Déficit de Atención, Trastorno por Angustia de Separación y Código V.

5.3.1 Eficacia terapéutica en cuanto a la sintomatología no diferenciada por entidades nosológicas

Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso	Al alta	α	Sig. Estad.
HIPERKINESIA			0.0002	SI
Global	30 %	11%		
Moderada	19%	9%		
Grave	11%	2%		
IMPULSIVIDAD			0.0002	SI
Global	28%	9%		
Moderada	17%	7%		
Grave	11%	2%		
HIPOKINESIA			0.0002	SI
Global	30%	9%		
Moderada	15%	4.5%		
Grave	15%	4.5%		
MOV. ESTEREOTIPADOS.MASTURB.	38%	27%	0.0367	SI
AUTOAGRESIONES			0.0409	SI
Global	19%	14%		
Moderada	13%	14%		
Grave	6%	0		
DEFICIT DE ATENCION			0.0000	SI
Global	68%	30%		
Moderada	21%	23%		
Grave	47%	7%		
OPOSICIONISMO			0.0010	SI
Global	55%	43%		
Moderada	8%	36%		
Grave	47%	7%		
RITUALES, FENOM. OBSESIVOS	15%	9%	0.0703	NO /
UTILIZ.OBJETO AUTISTA	4%	0	0.0625	NO
PECULIARIDADES RESP. VISUAL	25%	7%	0.0005	SI
RESP. RECEPTORES PROXIMIDAD	11%	7%	0.0625	NO
INHIBICION,RETRACCION			0.0001	SI
Global	55%	36%		
Moderada	19%	34%		
Grave	36%	2%		
REACC. EMOCION.INMOTIVADAS	23%	16%	0.2863	NO

Encontramos, como podemos ver en la tabla resumen del área conductual, la existencia de una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento en el Hospital de Dfa en la mayoría de los síntomas evaluados en este área. Hemos de señalar la gran eficacia del Centro sobre síntomas como el déficit de atención, el oposicionismo y la inhibición retracción que presentaban mas de la mitad de los pacientes en tratamiento; así como sobre síntomas como la hiperkinesia, impulsividad e hipokinesia que aunque los presentaban los pacientes con menor frecuencia, al igual que los síntomas anteriormente mencionados dificultan enormemente las adquisiciones propias de estas edades, repercutiendo en el nivel de desarrollo de los niños.

Area de alimentación

AREA DE ALIMENTACION	Al ingreso	Al alta	α	Sig. Estad.
ALIMENT. CAPRICHOSA			0.0001	SI
Global	45 %	12%		
Moderada	13%	10%		
Grave	32%	2%		
VORACIDAD			0.8125	NO
Global	8%	9%		
Moderada	6%	7%		
Grave	2%	2%		

Dentro del área de alimentación encontramos una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento en el Hospital de Dfa en lo que a la alimentación caprichosa se refiere.

Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso	Al alta	α	Sig. Estad.
INSOMNIO	11%	7%	0.1250	NO
HIPERSOMNIA	6%	2%	0.0625	NO
DIFICULTAD DORMIR SOLO	39%	14%	0.0026	SI

Encontramos una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento recibido en el

Hospital de Día en la dificultad para dormir solo.

Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso	Al alta	α	Sig. Estad.
AUSENCIA DE COMPRENSION	15%	2%	0.0039	SI
RETRASO EN COMPRENSION	74%	54%	0.0005	SI
AUSENCIA DE EXPRESION	30%	7%	0.0002	SI
RETRASO EN EXPRESION	81%	66%	0.0039	SI
TRASTORNO DE ARTICULACION	52%	43%	0.8813	NO
ECOLALIAS	28%	18%	0.4898	NO
INVERSION PRONOMINAL	21%	14%	0.3438	NO
NEOLOGISMOS	4%	0%	0.0787	NO
LENGUAJE DESORGANIZADO	15%	11%	0.1075	NO

Encontramos, como podemos ver en la tabla resumen sobre las alteraciones en el área del lenguaje, una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento en el Hospital de Día de los niveles del lenguaje tanto a nivel de la comprensión como de la expresión del mismo. No encontramos sin embargo una eficacia del Centro en lo relativo a los trastornos articulatorios ni a los trastornos que tienen que ver con patología mayor del lenguaje.

Area motriz

AREA MOTRIZ	Al ingreso	Al alta	α	Sig. Estad.
T. MOTRICIDAD GRUESA			0.0002	SI
Global	55 %	48%		
Moderada	17%	39%		
Grave	38%	9%		
T. MOTRICIDAD FINA			0.0000	SI
Global	68%	52%		
Moderada	30%	45%		
Grave	38%	7%		

Encontramos una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento en el Hospital de

Día en el área motriz, tanto en la motricidad gruesa como en la motricidad fina.

Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso	Al alta	α	Sig. Estad.
AUSENCIA ANS. NORMAL	38%	25%	0.0039	SI
ANS. SEPARACION EXCESIVA	43%	2%	0.0000	SI
ANSIEDAD GENERALIZADA	32%	7%	0.0001	SI

Encontramos una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento en el Hospital de Día sobre las manifestaciones de la ansiedad.

5.3.2 Eficacia terapéutica en cuanto a la sintomatología diferenciada por entidades nosológicas

Una vez estudiada la eficacia terapéutica de forma global, pasamos a detallar los resultados con respecto a la mejoría sintomatológica por entidades diagnósticas concretas. Dado que el número de casos por diagnóstico impedía la obtención de resultados mediante la aplicación del test de Wilcoxon realizaremos en esta sección una descripción porcentual de sintomatologías al ingreso y alta del Hospital de Día.

Autismo Infantil (n=16)

Con respecto a la respuesta sintomatológica al tratamiento en el Hospital de Día de esta entidad nosológica podemos señalar en relación a las diferentes áreas evaluadas los siguientes resultados:

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso	Al alta
HIPERKINESIA		
Global	31%	7%
Moderada	12%	7%
Grave	19%	0
IMPULSIVIDAD		
Global	31%	7%
Moderada	19%	7%
Grave	12%	0
HIPOKINESIA		
Global	37%	14%
Moderada	12%	7%
Grave	25%	7%
MOV. ESTEREOTIPADOS. MASTURB.	62%	50%
AUTOAGRESIONES		
Global	44%	28%
Moderada	31%	28%
Grave	13%	0
DEFICIT DE ATENCION		
Global	87%	36%
Moderada	6%	28%
Grave	81%	7%
OPOSICIONISMO		
Global	69%	50%
Moderada	6%	36%
Grave	63%	14%
RITUALES, FENOM. OBSESIVOS	31%	28%
UTILIZ. OBJETO AUTISTA	12%	0
PECULIARIDADES RESP. VISUAL	37%	14%
RESP. RECEPTORES PROXIMIDAD	19%	7%
INHIBICION, RETRACCION		
Global	69%	43%
Moderada	19%	36%
Grave	50%	7%
REACC. EMOCION. INMOTIVADAS	31%	21%

De forma global podemos señalar la mejoría encontrada en este área, aunque podemos adelantar que como grupo nosológico es el que presenta mayor persistencia de sintomatología conductual en el momento del alta del Hospital de Día.

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso	Al alta
ALIMENTACION CAPRICHOSA		
Global	62%	28%
Moderada	12%	21%
Grave	50%	7%
VORACIDAD		
Global	12%	7%
Moderada	6%	7%
Grave	6%	7%

Podemos destacar, como vemos en la tabla, la mejoría que encontramos en lo relativo a la existencia de alimentación caprichosa, que presentándola mas de la mitad de los pacientes mejora, sobre todo en cuanto a la intensidad.

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso	Al alta
INSOMNIO	6%	14%
HIPERSOMNIA	12%	7%
DIFIC.DORMIR SOLO	37%	14%

Encontramos mejoría, como vemos en la tabla, en lo relativo a las dificultades en dormir solo e hipersomnía.

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA TOTAL COMPRESION DEL L.	31%	0
RETRASO EN LA COMPRESION DEL L.	75%	71%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	44%	14%
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	81%	77%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	31%	50%
ECOLALIAS	50%	28%
INVERSION PRONOMINAL	44%	21%
NEOLOGISMOS	6%	0
LENG. DESORGANIZADO	31%	28%

Encontramos, como vemos en la tabla, que persistía en el momento del alta del Hospital de Día en mas de la mitad de los niños con este diagnóstico el retraso tanto en lo relativo a la comprensión como a la expresión del lenguaje. Sin embargo, es importante valorar el hecho de que surgió comprensión del lenguaje en todos aquellos que no la tenfan así como el lenguaje expresivo en la casi totalidad de los que no hablaban. Creemos importante señalar la mejoría que ha tenido lugar con el tratamiento en el Hospital de Día en lo que respecta a la patología mayor del lenguaje teniendo en cuenta que en cinco de los casos de autismo surgió el lenguaje expresivo durante el período de tratamiento.

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso	Al alta
T. MOTRICIDAD GRUESA		
Global	69%	71%
Moderada	6%	57%
Grave	63%	14%
T. MOTRICIDAD FINA		
Global	81%	71%
Moderada	12%	64%
Grave	69%	7%

Encontramos, como podemos ver en la tabla, la mejoría con el tratamiento en el Hospital de Día en lo que a la intensidad de los trastornos en este área se refiere.

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA ANS.NORMAL	56%	50%
ANS. SEPARACION EXCESIVA	25%	7%
ANS. GENERALIZADA	44%	14%

Encontramos una importante disminución de la frecuencia en el momento del alta del Hospital de Día tanto en la ansiedad generalizada como en la ansiedad de separación excesiva.

Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil (n=8)

Con respecto a la respuesta sintomatológica al tratamiento en el Hospital de Día de esta entidad nosológica encontramos los siguientes resultados en relación a las diferentes áreas evaluadas:

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso	Al alta
HIPERKINESIA		
Global	37.5%	12.5%
Moderada	25%	0
Grave	12.5%	12.5%
IMPULSIVIDAD		
Global	37.5%	12.5%
Moderada	25%	0
Grave	12.5%	12.5%
HIPOKINESIA		
Global	12.5%	12.5%
Moderada	12.5%	12.5%
Grave	0	0
MOV.ESTEREOTIPADOS.MASTURB. AUTOAGRESIONES	75%	37.5%
Global	12.5%	25%
Moderada	0	25%
Grave	12.5%	0
DEFICIT DE ATENCION		
Global	62.5%	37.5%
Moderada	25%	25%
Grave	37.5%	12.5%
OPOSICIONISMO		
Global	37.5%	50%
Moderada	0	50%
Grave	37.5%	0
RITUALES, FENOM. OBSESIVOS	25%	0
UTILIZ.OBJETO AUTISTA	0	0
PECULIARIDADES RESP. VISUAL	62.5%	12.5%
RESP. RECEPTORES PROXIMIDAD	12.5%	12.5%
INHIBICION,RETRACCION		
Global	50%	50%
Moderada	12.5%	50%
Grave	37.5%	0
REACC. EMOCION.INMOTIVADAS	25%	25%

Encontramos, como podemos ver en la tabla resumen del área de la conducta, que al igual que ocurría en el autismo, existe un alto porcentaje de sintomatología conductual presente en el momento del alta del Hospital de Día. Existía sin embargo una disminución de la frecuencia en la mayoría de los síntomas evaluados, con respecto a los existentes en el momento del ingreso en el centro.

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso	Al alta
ALIMENTACION CAPRICHOSA		
Global	12.5%	0
Moderada	0	0
Grave	12.5%	0
VORACIDAD		
Global	25%	25%
Moderada	25%	12.5%
Grave	0	12.5%

Encontramos una mejoría completa en lo que se refiere al caso que presentaba alimentación caprichosa; Sin embargo no encontramos el mismo resultado en los que respecta a la existencia de voracidad.

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso	Al alta
INSOMNIO	12.5%	0
HIPERSOMNIA	0	0
DIFIC.DORMIR SOLO	25%	25%

Encontramos mejoría con el tratamiento en el Hospital de Día del caso que presentaba insomnio, pero no de los dos casos que presentaban dificultad para dormir solo.

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA TOTAL COMPRENSION DEL L.	0	0
RETRASO EN LA COMPRENSION DEL L.	87.5%	75%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	25%	0
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	87.5%	75%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	75%	25%
ECOLALIAS	62.5%	50%
INVERSION PRONOMINAL	25%	25%
NEOLOGISMOS	12.5%	0
LENG. DESORGANIZADO	25%	12.5%

Encontramos una alta persistencia del retraso tanto a nivel de la comprensión como de la expresión del lenguaje que presentaban al comienzo del tratamiento en el Hospital de Día, aunque existe mejoría en lo relativo a los trastornos articulatorios.

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso	Al alta
T. MOTRICIDAD GRUESA		
Global	62.5%	50%
Moderada	37.5%	50%
Grave	25%	0
T. MOTRICIDAD FINA		
Global	75%	50%
Moderada	75%	50%
Grave	0	0

Encontramos cierta mejoría con el tratamiento en el Hospital de Día tanto en relación a la motricidad gruesa como fina, aunque en la mitad de los pacientes con el diagnóstico de TPD persisten trastornos en estas áreas en el momento del alta.

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA ANS.NORMAL	37.5%	25%
ANS. SEPARACION EXCESIVA	50%	0
ANS. GENERALIZADA	37.5%	12.5%

Encontramos una gran mejoría con el tratamiento en el Hospital de Día en lo que al área de las ansiedades se refiere, sobre todo en lo relativo a la desaparición de la ansiedad de separación excesiva.

Retraso Mental (n=10)

Con respecto a la respuesta sintomatológica al tratamiento en el Hospital de Día de esta entidad nosológica encontramos los siguientes resultados en relación a las diferentes áreas evaluadas:

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso	Al alta
HIPERKINESIA		
Global	40%	22%
Moderada	40%	22%
Grave	0	0
IMPULSIVIDAD		
Global	10%	0%
Moderada	0%	0
Grave	10%	0%
HIPOKINESIA		
Global	40%	11%
Moderada	20%	0%
Grave	20%	11%
MOV. ESTEREOTIPADOS.MASTURB.	20%	22%
DEFICIT DE ATENCION		
Global	80%	44%
Moderada	40%	33%
Grave	40%	11%
OPOSICIONISMO		
Global	20%	22%
Moderada	10%	22%
Grave	10%	0
PECULIARIDADES RESP. VISUAL	10%	0
RESP. RECEPTORES PROXIMIDAD	10%	11%
INHIBICION,RETRACCION		
Global	50%	33%
Moderada	20%	33%
Grave	30%	0
REACC. EMOCION.INMOTIVADAS	30%	11%

Encontramos, como vemos en la tabla, una mejora en lo que respecta al área de la conducta con el tratamiento en el Hospital de Día, sobretodo en lo relativo a la hipokinesia, al déficit de atención y a la inhibición retracción.

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso	Al alta
ALIMENTACION CAPRICHIOSA		
Global	20%	0
Moderada	20%	0
Grave	0	0
VORACIDAD		
Global	0	11%
Moderada	0	11%
Grave	0	0

Encontramos con el tratamiento en el Hospital de Día una desaparición de la alimentación caprichosa como síntoma.

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso	Al alta
INSOMNIO	10%	11%
HIPERSOMNIA	0	0
DIFIC.DORMIR SOLO	30%	22%

No encontramos una mejoría de los trastornos en el área del sueño con el tratamiento en el Hospital de Día, a excepción de 1 de los 3 casos con dificultades en dormir solo que mejora.

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA TOTAL COMPRENSION DEL L.	10%	11%
RETRASO EN LA COMPRENSION DEL L.	100%	67%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	30%	11%
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	100%	89%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	70%	67%

En el momento del alta del Hospital de Día encontramos que persiste retraso tanto en la comprensión como en la expresión del lenguaje en la mayoría de los pacientes.

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso	Al alta
T. MOTRICIDAD GRUESA		
Global	60%	44%
Moderada	30 %	22%
Grave	30%	22%
T. MOTRICIDAD FINA		
Global	70%	66%
Moderada	30%	44%
Grave	40%	22%

Tras el tratamiento en el Hospital de Día encontramos que persisten con frecuencia los trastornos en el área motriz.

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA ANS.NORMAL	40%	11%
ANS. SEPARACION EXCESIVA	40%	0
ANS. GENERALIZADA	10%	0

Encontramos, como podemos ver en la tabla, una importante mejoría de las alteraciones en este área con el tratamiento en el Hospital de Día.

De forma global podemos señalar el hecho de que en el momento del alta del Hospital de Día nos encontramos ante la persistencia de las deficiencias cognitivas habiendo mejorado la sintomatología emocional que fue la que había llevado a estos niños con Retraso mental a recibir tratamiento en este Centro.

Negativismo (n=4)

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso	Al alta
IMPULSIVIDAD		
Global	25%	0
Moderada	25%	0
Grave	0	0
HIPOKINESIA		
Global	50%	0
Moderada	50%	0
Grave	0	0
AUTOAGRESIONES		
Global	25%	0
Moderada	25%	0
Grave	0	0
DEFICIT DE ATENCION		
Global	25%	0
Moderada	25%	0
Grave	0	0
OPOSICIONISMO		
Global	100%	50%
Moderada	25%	50%
Grave	75%	0
INHIBICION,RETRACCION		
Global	75%	50%
Moderada	50%	50%
Grave	25%	0
REACC. EMOCION.INMOTIVADAS	25%	25%

Encontramos una mejoría total de la sintomatología conductual con el tratamiento en el Hospital de Día a excepción del oposicionismo y la inhibición retracción que, aunque mejora en lo relativo a la intensidad, persiste en el momento del alta en la mitad de los pacientes con este diagnóstico de Negativismo. No podemos olvidar, sin embargo, que era ese oposicionismo el que definía el cuadro nosológico que presentaban y la causa fundamental que había originado la necesidad de abordaje terapéutico.

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso	Al alta
ALIMENTACION CAPRICHOSA		
Global	50%	0
Moderada	50%	0
Grave	0	0

Encontramos la existencia de una mejoría de la alimentación caprichosa con el tratamiento.

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso	Al alta
INSOMNIO	0	0
HIPERSOMNIA	0	0
DIFIC.DORMIR SOLO	50%	0

Encontramos en el momento del alta del Hospital de Día una mejoría de la dificultad para dormir solo, que era el único síntoma de este área del sueño que presentaban los casos de negativismo de nuestra población.

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA TOTAL COMPRESION DEL L.	0	0
RETRASO EN LA COMPRESION DEL L.	75%	25%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	25%	0
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	100%	50%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	100%	50%
ECOLALIAS	0	0
INVERSION PRONOMINAL	25%	25%
NEOLOGISMOS	0	0
LENG. DESORGANIZADO	0	0

Encontramos, como podemos ver en la tabla, la desaparición del retraso en la comprensión y la expresión del lenguaje con el tratamiento en el Hospital de Día en la mitad de los niños con este diagnóstico.

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso	Al alta
T. MOTRICIDAD GRUESA		
Global	50%	25%
Moderada	25%	25%
Grave	25%	0
T. MOTRICIDAD FINA		
Global	75%	25%
Moderada	50%	25%
Grave	25%	0

Encontramos una mejoría con el tratamiento en el Hospital de Día tanto en la motricidad gruesa como en la fina.

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA ANS.NORMAL	25%	0
ANS. SEPARACION EXCESIVA	75%	0
ANS. GENERALIZADA	25%	0

Encontramos una mejoría total en lo que respecta al área de la afectividad en el momento del alta del Hospital de Día.

Trastorno por angustia de separación (n=3)

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso	Al alta
OPOSICIONISMO		
Global	100%	33%
Moderada	33%	33%
Grave	67%	0
INHIBICION,RETRACCION		
Global	33%	33%
Moderada	0	33%
Grave	33%	0

2. Area de la alimentación

AREA DE LA ALIMENTACION	Al ingreso	Al alta
ALIMENTACION CAPRICHOSA		
Global	100%	33%
Moderada	0	33%
Grave	100%	0

3. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso	Al alta
INSOMNIO	33%	0
HIPERSOMNIA	0	0
DIFIC.DORMIR SOLO	67%	0

4. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA TOTAL COMPRESION DEL L.	0	0
RETRASO EN LA COMPRESION DEL L.	0	0
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	0	0
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	33%	0
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	33%	0

5. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso	Al alta
T. MOTRICIDAD GRUESA		
Global	33%	33%
Moderada	0	33%
Grave	33%	0
T. MOTRICIDAD FINA		
Global	33%	33%
Moderada	0	33%
Grave	33%	0

6. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA ANS.NORMAL	0	0
ANS. SEPARACION EXCESIVA	100%	0
ANS. GENERALIZADA	100%	0

Sintomatológicamente desaparecen las ansiedades de separación excesiva y generalizada, y, aunque en un caso persiste un caso moderado de oposicionismo y en uno también un grado moderado de trastorno de alimentación, podemos considerar que existe una importante remisión de sintomatología del Trastorno por Angustia de Separación con el tratamiento en el Hospital de Día. Con respecto a los otros síntomas, podemos señalar que en todos hay una mejoría, desapareciendo la mayoría de ellos como clínica al alta, aunque persiste en menor grado la inhibición retracción y el trastorno motriz.

Trastorno por déficit de atención (n=3)

1. Area de la conducta

AREA DE LA CONDUCTA	Al ingreso	Al alta
HIPERKINESIA		
Global	67%	33%
Moderada	33%	33%
Grave	33%	0
IMPULSIVIDAD		
Global	67%	67%
Moderada	33%	67%
Grave	33%	0
DEFICIT DE ATENCION		
Global	100%	33%
Moderada	67%	33%
Grave	33%	0
OPOSICIONISMO		
Global	67%	33%
Moderada	0	33%
Grave	67%	0
INHIBICION,RETRACCION		
Global	33%	0
Moderada	33%	0
Grave	0	0

2. Area del sueño

AREA DEL SUEÑO	Al ingreso	Al alta
INSOMNIO	0	0
HIPERSOMNIA	0	0
DIFIC.DORMIR SOLO	33%	0

3. Area del lenguaje

AREA DEL LENGUAJE	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA TOTAL COMPRESION DEL L.	0	0
RETRASO EN LA COMPRESION DEL L.	67%	33%
AUSENCIA DE EXPRESION DEL L.	0	0
RETRASO EN LA EXPRESION DEL L.	67%	33%
INMADUREZ O TRAST. ARTICULACION	67%	33%

4. Area de la motricidad

AREA DE LA MOTRICIDAD	Al ingreso	Al alta
T. MOTRICIDAD FINA		
Global	33%	33%
Moderada	33%	33%
Grave	0	0

5. Area de la afectividad

AREA DE LA AFECTIVIDAD	Al ingreso	Al alta
AUSENCIA ANS.NORMAL	0	0
ANS. SEPARACION EXCESIVA	33%	0
ANS. GENERALIZADA	0	0

Con respecto a la mejoría de la sintomatología del Trastorno por déficit de Atención con el tratamiento en el Hospital de Día podemos señalar el hecho de que el déficit de atención que es el que caracterizaba el cuadro persiste solo en uno de los casos, siendo la intensidad de grado moderado en el momento del alta. Aunque algunos de los casos presentan en el momento del alta algún tipo de síntoma podemos considerar que existe una muy buena respuesta de este cuadro al tratamiento.

Código V DSM III (n=2)

En cuanto a la sintomatología en el momento del alta ésta había desaparecido en su totalidad en ambos casos.

Depresión (n=1)

La evolución del cuadro fué muy buena, teniendo sobre todo en cuenta la gravedad del mismo a la entrada al hospital de día. Desaparece la mayoría de la sintomatología persistiendo cierto retraso en el lenguaje expresivo, trastorno en la motricidad gruesa de grado moderado y la ausencia de signos de ansiedad normal. Hay que señalar la existencia al alta de un oposicionismo grave.

5.4 Estudio de la situación clínico-familiar-social post alta del Hospital de Día

En este segundo estudio, por las circunstancias ya ampliamente reseñadas en el capítulo de Material y Método la población se redujo a 31. Con estos casos se realizaron las evaluaciones de la situación clínica en el momento de la entrevista así como de su funcionamiento y niveles de integración, realizando la siguiente subdivisión por áreas:

5.4.1 Estudio de la situación clínica y el nivel intelectual

Situación clínica

Dentro de los datos sobre la sintomatología actual encontramos los siguientes resultados en cuanto a la presentación de sintomatología en las distintas áreas:

1. Área de la conducta

Con respecto al área de la conducta encontramos la existencia de inquietud, hiperkinesia en el 35.5% de los casos, correspondiendo en orden de frecuencia a los diagnósticos RM, otros y Autismo. Encontramos que existe un 6.5% de autoagresiones, correspondiendo los casos a autismo. Con respecto a la existencia de oposicionismo podemos señalar que existía en un 29%, pero no con intensidad grave y permanente, sino dependiendo del entorno en el que se encuentra; no lo encontramos en RM, correspondiendo el mayor porcentaje de casos a otros.

Con respecto a la existencia de inhibición-retracción ésta existía en el 16% de los casos, correspondiendo en el 13% a una retracción que aparecía solo esporádicamente. Únicamente encontramos la existencia de una importante retracción, retracción que aparecía claramente durante el trabajo individual con el niño, la observación durante la entrevista con los padres y la propia descripción de padres y profesores en el 3% de los casos.

2. Área de alimentación

Dentro de los trastornos en el área de alimentación encontramos un aumento en la frecuencia de la alimentación caprichosa (32%) con respecto a la frecuencia en el momento del alta, aunque solo aparece en intensidad moderada. Encontramos en todos los diagnósticos casos con ese trastorno.

3. Area del sueño.

Con respecto a las dificultades para dormir solo encontramos un 16% de los pacientes con este síntoma, correspondiendo los casos a diagnósticos de autismo, otros, y en menor frecuencia RM.

4. Area del lenguaje. En lo relativo al nivel del lenguaje expresivo encontramos que en un 70% de los casos existía retraso, aunque también hay que señalar que en todos los diagnósticos, a excepción del de RM, existían casos que habían alcanzado un buen nivel de lenguaje expresivo. Solo en un 7% de los casos encontrábamos que dicho nivel llegaba a implicar un nivel muy inferior a lo correspondiente a su edad por no presentar nada de lenguaje expresivo. Dichos casos correspondían a autismo y RM.

Encontramos un 42% de trastorno en la articulación, correspondiendo a los diagnósticos de autismo, RM y otros.

Con respecto a la existencia de patología mayor del lenguaje podemos señalar que encontramos ecolalias en el 10%, correspondiendo a casos de autismo. Con respecto a la existencia de lenguaje desorganizado podemos señalar que como tal no lo encontramos, pero si existía en un 12.5% de los pacientes una reiteración del lenguaje ante situaciones de ansiedad, correspondiendo todos esos casos a autismo.

5. Area de la motricidad.

En lo relativo a la motricidad gruesa encontramos que existía trastorno en el 39% de ellos, siendo grave el 6.5%. En todos los diagnósticos encontramos casos con ese trastorno, pero solo en casos de RM y autismos con una intensidad grave.

Nivel intelectual

Dadas las características de las pruebas que suelen realizarse en los estudios de seguimiento, en nuestro estudio realizamos el test de Goodenough ya que su fácil administración nos permitía utilizarlo en todos los casos.

En un 32% encontramos CI inferior a 70; en un 18% CI entre 71 y 89; en un 29% CI mayor de 90. En un 21% resultaban inevaluables por este tipo de prueba dada la inexistencia de una capacidad mínima de representación de la figura humana.

Con respecto a los diagnósticos podemos señalar que aquellos que alcanzaron niveles superiores a 90 correspondían el 75% a otros, el 12.5% a autismo y el 12.5% a TPD.

Los CI entre 71 y 89 correspondían en el 40% a autismo, un mismo porcentaje a RM y un 20% a TPD.

La distribución de los CI por debajo de 70 correspondía en orden de frecuencia a RM (44%), autismo (33%) y a otros y TPD (11% respectivamente).

Los inevaluables correspondían en el 83% a autismo y en el 17% a RM.

5.4.2 Evaluación de los abordajes terapéuticos complementarios realizados durante el periodo postalta

Con respecto a los tratamientos complementarios realizados durante el periodo postalta encontramos que un 61% habían realizado algún tipo de abordaje terapéutico complementario desde el momento del alta del Hospital de Día Infantil, aunque es importante señalar el hecho de que la proporción de los abordajes complementarios disminuía con el tiempo como muestra el hecho de que en el momento en que realizamos esta evaluación del momento postalta solo un 45% seguía realizando tratamiento. Fueron los tratamientos específicos sobre el lenguaje (26%) o sobre trabajo psicopedagógico (16%) los que se habían realizado más frecuentemente, y seguían siendo esos dos tipos de tratamiento los que se seguían manteniendo más frecuentemente en el

DIAGNOSTICO	Adecuado a su edad	Por debajo de su edad	Muy inadecuado a su edad	TOTAL
AUTISMO	3	7	1	11
TPD	2	1	0	3
RM	3	3	1	7
OTROS	9	1	0	10
TOTAL	17	12	2	31

Tabla 5.16: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON LA AUTONOMIA EN LA ALIMENTACION. Test de Kruskal-Wallis = 6.60. $\alpha = 0.0857$. g.l.=3. Datos en números absolutos

momento del seguimiento. En relación a los diagnósticos son en orden de frecuencia los TPD, RM y autismos los que recibían mas frecuentemente abordajes complementarios.

5.4.3 Funcionamiento familiar y social.

Nivel de autonomía

Con respecto al nivel de autonomía en las distintas áreas estudiadas encontramos los siguientes resultados:

1. Nivel de autonomía en la alimentación

Al estudiar el nivel de autonomía en el área de alimentación (tabla 5.16), vimos que en un 55% de los casos existía un nivel de autonomía en este área adecuado a su edad, correspondiendo el mayor porcentaje de ellos a "otros". Estadísticamente no encontramos la existencia de diferencias entre los grupos diagnósticos.

2. Nivel de autonomía en el aseo personal

Evaluamos el nivel de autonomía en el aseo personal (tabla 5.17), encontrando que en un alto porcentaje (64.5%) existe un nivel adecuado a su edad. Estadísticamente no encontramos la existencia de diferencias entre los grupos.

3. Nivel de autonomía en el vestir

DIAGNOSTICO	Adecuado a su edad	Por debajo de su edad	Muy inadecuado a su edad	TOTAL
AUTISMO	4	6	1	11
TPD	3	0	0	3
RM	3	3	1	7
OTROS	10	0	0	10
TOTAL	20	9	2	31

Tabla 5.17: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON LA AUTONOMIA EN EL ASEO PERSONAL. Test de Kruskal-Wallis = 6.57, $\alpha = 0.0869$, g.l.=3. Datos en números absolutos

DIAGNOSTICO	Adecuado a su edad	Por debajo de su edad	Muy inadecuado a su edad	TOTAL
AUTISMO	3	7	1	11
TPD	2	1	0	3
RM	3	3	1	7
OTROS	9	1	0	10
TOTAL	17	12	2	31

Tabla 5.18: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON LA AUTONOMIA EN EL VESTIR. Test de Kruskal-Wallis = 6.60, $\alpha = 0.0857$, g.l.=3. Datos en Números absolutos

Evaluamos el nivel de autonomía en el vestir (tabla 5.18), encontrando en un 55% un nivel adecuado a su edad. Estadísticamente no encontramos diferencias entre los grupos

4. Nivel de autonomía en el movimiento y desplazamiento

Evaluamos la capacidad de movimiento y desplazamiento de forma autónoma (tabla 5.19), encontrando que en un 61% el nivel es adecuado a su edad. No encontramos diferencias entre los grupos.

DIAGNOSTICO	Adecuado a su edad	Por debajo de su edad	Muy inadecuado a su edad	TOTAL
AUTISMO	3	6	2	11
TPD	2	1	0	3
RM	4	2	1	7
OTROS	10	0	0	10
TOTAL	19	9	3	31

Tabla 5.19: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON LA AUTONOMIA EN EL MOVIMIENTO. Test de Kruskal-Wallis = 6.82, $\alpha = 0.0778$, g.l.=3. Datos en números absolutos

DIAGNOSTICO	No	Ciertas	Muchas	TOTAL
AUTISMO	9	2	0	11
TPD	2	0	1	3
RM	7	0	0	7
OTROS	6	3	1	10
TOTAL	24	5	2	31

Tabla 5.20: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON LOS PROBLEMAS EN EL MANEJO DEL NIÑO POR PARTE DE LA FAMILIA. Test de Kruskal- Wallis = 3.11. $\alpha = 0.3753$. g.l.=3. Datos en números absolutos

Aunque no encontramos que existan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, queremos señalar que con respecto a los diagnósticos y de forma global para las distintas áreas de autonomía vemos que todos los diagnosticados como "otros" alcanzan en casi la totalidad de las áreas niveles de autonomía totalmente adecuados a su edad. Corresponde al grupo de los TPD el segundo grupo de diagnóstico que alcanza mejores niveles de autonomía. Los grupos de autismo y RM son los que menor nivel de autonomía consiguen como grupo.

Integración familiar

Evaluamos la actitud de la familia hacia el niño a través de las quejas sobre el manejo del mismo (tabla 5.20). A pesar de la conflictividad que puede suponer la existencia de trastornos de este tipo, parece existir un ajuste familiar en cuanto a las expectativas puestas en estos niños, encontrando que en 24 de los 31 la familia no se quejaba de problemas en el manejo del mismo. Sólo en 5 casos la familia se quejaba de que existía conflicto en ciertas áreas, siendo 2 el número de casos que se quejaban de la existencia de un gran conflicto con respecto al manejo del niño.

Llama la atención que sean los diagnosticados como "otros" los casos en los que mas frecuentemente existen quejas de la familia sobre su manejo, seguido en frecuencia por los TPD y los autismos. En la totalidad de los casos de RM no existen quejas por parte de la familia.

Al estudiar estadísticamente los grupos diagnósticos en función de la actitud de la familia, encontramos que no existen diferencias entre los mismos.

DIAGN.	TIPO DE CENTRO AL QUE ACUDE ACTUALMENTE						TOTAL
	NORMAL	INTEGRACION	LIMITE	EMOCIONAL	ESPECIAL	NO ESCOL	
AUTISMO	0	2	1	1	6	1	11
TPD	2	0	0	0	1	0	3
R.M.	1	2	2	0	2	0	7
OTROS	5	4	1	0	0	0	10
TOTAL	8	8	4	1	9	1	31

Tabla 5.21: DIAGNOSTICO DSM III EN RELACION CON EL CENTRO AL QUE ACUDE EN EL MOMENTO DE LA REEVALUACION. Test de Kruskal-Wallis = 4.91. $\alpha = 0.1788$. g.l.=3. Datos en números absolutos

Nivel de funcionamiento social

Con respecto al nivel de integración social con los pares encontramos que solo en un 26% no existía dificultad para iniciar la relación con otros niños. En un 74% si existían grandes dificultades.

Hay que señalar que en todos los diagnósticos encontramos este tipo de dificultad, llegando a suponer el 100% de los casos de autismo y TPD. lo que apoyaría la defensa realizada por algunos autores (Rumsey y cols., 1985; Fein y cols., 1986; Stone y Lemanek, 1990) de que los déficits sociales de los niños autistas no son simplemente un reflejo de los comportamientos sociales en relación al nivel de desarrollo, sino que es un área concreta de dificultad.

En un 32% encontramos que el funcionamiento social del niño está muy influido por la existencia de inseguridad.

En un 48% de los casos el niño es descrito por padres y profesores como solitario, que vive generalmente en su mundo (sin implicar esto un retracción tipo autista con el entorno).

5.4.4 Nivel de integración y funcionamiento escolar

Tipo de centro escolar al que asiste

Evaluamos la distribución en los distintos centros educativos en el momento de reevaluación tras un periodo de alta del Hospital de Día (figura 5.16), encontrando que 16 casos

COLEGIO AL QUE ASISTE ACTUALMENTE

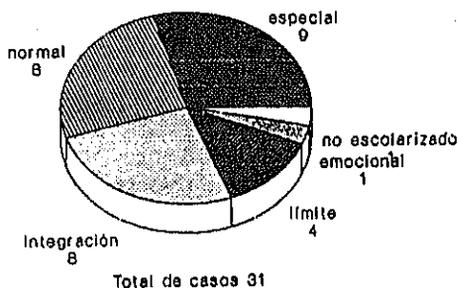


Figura 5.16: Centro al que acude en el momento de la reevaluación

acuden a centros de escolarización normal, recibiendo 8 de ellos apoyo a través del sistema de integración. No podemos dejar de señalar, sin embargo que también un alto número de niños (9 casos) se encontraban escolarizados en colegios de educación especial.

Con respecto a los diagnósticos encontramos (tabla 5.21) que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Podemos señalar, sin embargo que el mayor porcentaje de los niños que acuden a colegio normal fueron diagnosticados al comienzo del tratamiento dentro de la categoría de "otros"; el resto de los niños corresponde en orden de frecuencia a TPD y a RM.

La mitad de los niños que acuden a colegio normal con integración corresponde a "otros", y una cuarta parte respectivamente a autismo y a RM.

La mitad de los niños que acuden a colegio para niños límite fueron diagnosticados como RM, y una cuarta parte respectivamente como "otros" y como autismo. A colegio de educación especial acuden casos de todos los diagnósticos a excepción de "otros", siendo mayor el porcentaje de los autismos.

El caso que acudía a centro terapéutico emocional corresponde a un Autismo, al igual que el caso que se encontraba sin escolarizar.

Un 45% de los casos había cambiado el tipo de escolarización, siendo el 19% de los cambios por mejora escolar. En segundo lugar de frecuencia (6.5%) le siguen el cambio de domicilio y el empeoramiento de su nivel escolar. El factor económico y otras causas aparecen como causa de cambio escolar de forma aislada (3.2% cada uno). Los del grupo de "otros" son los que en menor número han cambiado el tipo de escolarización desde el momento del alta.

Funcionamiento Escolar

El nivel de integración en el funcionamiento escolar parece ser mejor que el funcionamiento social con los pares. En un 63% de los casos encontramos que existe un funcionamiento integrado dentro de la dinámica de la clase, frente al 37% de los casos en que existe un aislamiento frecuente con respecto a la marcha general de la misma.

Sin embargo el nivel de autonomía dentro de las tareas escolares individuales es pobre como muestra el hecho de que en el 84% de los casos el profesor señala la necesidad de una atención especial por parte del maestro para que pueda realizar las tareas. En un 16% no requieren una supervisión por parte del profesor para conseguir el rendimiento individual.

Con respecto a los diagnósticos podemos señalar que Autismo y RM son los que más fácilmente se aíslan de la marcha general de la clase, aunque en "otros" también encontramos algún caso.

Con respecto a la necesidad de supervisión individual Autismo y RM siguen siendo los que con mayor frecuencia necesitan este tipo de ayuda, aunque la casi totalidad de TPD y varios de "otros" también la requieren.

Capítulo 6

DISCUSION

6.1 Discusión metodológica

Antes de entrar en la discusión de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, creemos importante volver a retomar algunas cuestiones, que ya hemos mencionado tanto en el capítulo de Introducción como en el de Objetivos y el de Material y Método, y que plantean nuestra forma de adentrarnos en el objetivo global de nuestro estudio: El estudio de la eficacia del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil.

En primer lugar, se trata el nuestro de un estudio que presenta un trabajo práctico concreto y real en un medio hospitalario, concertado con la Seguridad Social en el momento que se realizó el estudio, que reafirma la posibilidad y la necesidad de dar respuestas a una demanda asistencial concreta de patologías graves; en nuestro caso de trastornos psíquicos de la primera infancia.

En segundo lugar, queremos estudiar a partir de los resultados de nuestro trabajo lo que consideramos es en la actualidad una de las formas más completas de abordaje terapéutico: El Hospital de Día. Nuestros resultados tienen comparativamente una línea común con muchos trabajos de la literatura y confirmamos, al igual que éstos, que los pacientes, tras un periodo de tratamiento, mejoran su psicopatología y son capaces de integrarse en los medios escolares a los que nunca hubieran tenido acceso de no recibir tratamiento. Sin embargo, también señalamos la existencia de ciertas áreas que van a seguir requiriendo abordajes terapéuticos.

Es importante tener en cuenta las afirmaciones de Richman y cols. (1983) al señalar que la pobreza de investigación en Psiquiatría Infantil puede ser debida en parte a problemas metodológicos específicos de la infancia. Sostienen al igual que otros autores (Jensen y cols., 1988) que un aspecto de esta complejidad es la necesidad de tener en cuenta a los padres (o a los profesores) en el proceso del tratamiento. Offord y cols. (1989) al igual que Beitchman y cols (1990) encontraron que la prevalencia y los correlatos de los trastornos eran distintos en muchos aspectos en función del informante; confirmaron esto Martini y cols. (1990) al encontrar una falta de correlación entre los resultados obtenidos sobre la detección de depresión en preescolares a través de padres y profesores y a través de una prueba de autoevaluación.

A la hora de la evaluación Richman y cols. (1983) hablan de la posible utilización del niño como su propio control, evitando la necesidad de tener un grupo control, sobre todo en aquellos casos en el que el número de sujetos del estudio es pequeño. Por esto consideran que puede ser una estrategia útil, si el número de niños que participan en el estudio es pequeño, la realización de comparaciones de grupo dentro de un mismo grupo de tratamiento.

Por nuestra parte tenemos la convicción de que los múltiples problemas metodológicos existentes no deben frenar la investigación en este área. Defendemos también la necesidad de reflexionar siempre sobre el trabajo clínico realizado, y de ahí deriva nuestro objetivo.

Nuestro objeto de estudio es el Hospital de Día Infantil de la Cruz Roja y su trabajo asistencial durante sus primeros seis años de funcionamiento. Al igual que realizaron en su estudio Rogers y Lewis (1989) en el nuestro los pacientes se convierten en sus propios controles y la comparación entre grupos diagnósticos una forma de trabajo de los datos.

Señalamos previamente que dado que nuestro estudio no ha sido realizado con objetivos epidemiológicos de estudio de incidencia de patología no pretendemos sacar conclusiones extrapolables a una población general. Tampoco nos proponemos realizar una evaluación comparativa con otros Centros u otras modalidades terapéuticas. Vamos a limitarnos a estudiar la eficacia del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil como elemento terapéutico. Defendemos, sin embargo,

que los resultados de esta investigación nos permitirán profundizar con respecto a la patología mental de la primera infancia: sus manifestaciones clínicas; su forma de llegada a los medios asistenciales, así como otra serie de características, entre ellas la evolución y las capacidades de integración de los niños que presentan este tipo de trastornos.

Dada la heterogeneidad de los niños que suelen atenderse en los diversos Hospitales de Día, así como las diferencias en cuanto al marco teórico, las formas de tratamiento empleadas y los objetivos que persiguen, precisamos que nuestro estudio se va a referir a un Hospital de Día concreto: el Hospital de Día Infantil del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Insistimos en que las características de funcionamiento que describimos sobre él no son extrapolables directamente a otro Hospital de Día. Sin embargo la actividad terapéutica es la realizada en los Hospitales de Día, y, en último término es la eficacia de los Hospitales de Día Psiquiátricos Infantiles en los trastornos mentales de la primera infancia lo que queremos estudiar a través del presente trabajo. Creemos que investigaciones como ésta son necesarias para la reflexión sobre la patología psiquiátrica infantil y su tratamiento; y, por ello, a pesar de todas las dificultades en los distintos órdenes comentadas, nos decidimos a la realización del presente trabajo.

6.1.1 Características de la población.

Antes de adentrarnos en la discusión propiamente dicha queremos recordar aquí las características de la población que ha recibido el tratamiento del Hospital de Día Infantil cuya eficacia estamos evaluando. Dicha población se distingue, a nuestra forma de ver, por su heterogeneidad. Ocho entidades diagnósticas de la Clasificación Diagnóstica y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM III) de la Sociedad Americana de Psiquiatría son necesarios para clasificar esta población de 47 pacientes.

Creemos, con Riddle (1989), que gran parte de la investigación tradicional en Psiquiatría Infantil se ha focalizado en aspectos concretos de algún trastorno específico; ya que habitualmente los investigadores han querido estudiar grupos homogéneos de niños. Sin embargo, y en contraste

con este deseo de investigación por la homogeneidad, la realidad clínica en la mayoría de los servicios, como ocurre el el Hospital de Día objeto de nuestro estudio, la población es heterogénea.

Quizá es también característico de nuestra población de estudio la gravedad de los trastornos. Un 34% corresponden a Autismo Infantil; un 21% a Retraso Mental; un 17% a Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil.

Comparando con las descripciones de la población estudiada por distintos autores (Woollacot, 1978; Frommer, 1967; Stewart, 1988; Rogers y Lewis, 1989) la nuestra resulta mas semejante a la descrita por Manzano y Palacios-Espasa (1984) en su estudio del Hospital de Día de Clairival (Ginebra), creado para el tratamiento de la psicosis infantil precoz (13 autismos, 5 psicosis desorganizadoras, 3 psicosis simbióticas). Incluso en este caso nuestra población presentaría algunos casos mas leves, en cuanto no se tratan de cuadros psicóticos, y que los encontramos clasificados bajo los términos de "otros" y Retraso Mental.

Al igual que dicho Centro, el Hospital de Día Infantil de la Cruz Roja fué creado para el tratamiento del autismo y psicosis infantiles. Sin embargo a lo largo de los años de funcionamiento surgió la necesidad de incluir, por la demanda existente, el tratamiento de casos menos graves y que requerían un abordaje terapéutico mas breve.

Al igual que en el estudio de Frommer (1967) en nuestra población existe un grupo que característicamente presenta retraso mental. En su estudio dichos niños presentaban daño cerebral demostrado y sintomatología conductual que había sido la causa de su ingreso en el Hospital de Día. En nuestros casos de retraso mental sólo hemos encontrado la existencia de patología orgánica que justifica la existencia de retraso en el 20% de ellos. Sin embargo, encontramos en el 50% de nuestros retrasos mentales la existencia de antecedentes de hipoestimulación. Al igual que ocurría en dicho estudio, nuestros casos de Retraso Mental presentaban concomitantemente unas características comportamentales que debían abordarse terapéuticamente.

Aunque nuestra población, dadas sus características, nos dificulta su estudio en algunos momentos, ésa es la población que fué atendida por el Hospital de Día del Hospital Central de la

Cruz Roja entre enero de 1982 y diciembre de 1987; y esa heterogeneidad es la que ha tenido que enfrentar el Centro en cuanto al abordaje terapéutico.

6.2 Discusión de los objetivos generales del estudio

Tomaremos como estructura para este capítulo de discusión los puntos planteados como objetivos del estudio.

6.2.1 Tipo de pacientes tratados en un Hospital de Día Infantil

En contra de lo que han mantenido algunos autores (Tyrer y Remington, 1979; Dick, 1985) sobre el hecho de que los trastornos psiquiátricos graves no puedan ser tratados en los Hospitales de Día, estamos de acuerdo con Creed (1989) en que con exclusión de los pacientes con comportamientos muy agresivos, la severidad de los enfermos tratados en instituciones a tiempo completo y en régimen de día es la misma.

En nuestro Hospital de Día los Trastornos Profundos del Desarrollo en sus formas de Autismo y Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil han sido el capítulo mas importante de trabajo. Ello es debido probablemente al hecho de que el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja fué creado en 1982 para el tratamiento de niños autistas y psicóticos, aunque ya no es posible afirmar que dicho centro lo sea hoy en día para el tratamiento exclusivo de un grupo patológico determinado. Se observa que en su trabajo asistencial el Centro, poco a poco, se ha modificado hacia una visión mas amplia de la psicopatología infantil. Especialmente en los últimos años se han reconocido nuevas entidades nosológicas en Psiquiatría Infantil, lo que ha creado la necesidad de que estos pacientes sean tomados en consideración y evaluados por especialistas precozmente así como que puedan recibir abordaje terapéutico temprano. Por nuestra parte, hemos reunido bajo la categoría de "otros" a este tipo de pacientes que hoy aunque son clasificables en un trastorno mental determinado según diversos manuales diagnósticos se corresponden con un grupo de pacientes que consideramos con características semejantes y que, de forma estadísticamente

significativa, evolucionan como grupo favorablemente con el tratamiento en el Hospital de Día.

La Psiquiatría Infantil, en cuanto campo donde el paciente en estudio se encuentra característicamente en desarrollo, nos obliga a valorar la sintomatología siempre en función de la edad. Además, dado que la capacidad intelectual puede verse frenada en su desarrollo por la aparición de patología mental, existe una gran interrelación entre el enfermo mental en los primeros años de la vida y el retraso mental. Una muestra de ello es el hecho de que la casi totalidad de nuestros casos de Autismo, así como el 37.5% de los Trastornos Profundos del Desarrollo de Inicio Infantil presentaban como segundo diagnóstico en el Eje I de la Clasificación DSM III el de Retraso Mental.

En 1989 Le Couteur señalaba que el Autism Diagnostic Interview era un instrumento válido en la diferenciación del grupo autista del grupo no autista con retraso mental leve y moderado ya que diferenciaba la desviación del desarrollo normal del retraso en el desarrollo normal; pero planteaba que la diferencia no sería tan clara en grupos con retraso mental grave.

En nuestra población encontramos, además, un grupo numeroso, que supone el 21% de nuestra población que presenta Retraso Mental como diagnóstico principal. Creemos como Werry y Wollersheim (1989) que el retraso mental ha sido un área que tristemente ha sido ignorada por la mayoría de los psiquiatras infantiles, siendo ellos los que dentro de los médicos tienen mayores medios terapéuticos para su tratamiento, sobre todo en aquellos casos, como los correspondientes a nuestra población, que presentaban concomitantemente sintomatología psiquiátrica.

A nuestro modo de ver, uno de los problemas que existen en Psiquiatría Infantil es la definición de las diferentes entidades diagnósticas. Las formas de expresión clínica en la primera infancia son muy limitadas por lo que hemos de ser muy cuidadosos en cuanto a la valoración de los síntomas y su significado dentro del cuadro concreto de cada niño. Por ello, algunas de las clasificaciones actuales resultan peligrosas en cuanto que recogen como la misma entidad, dada la similitud sintomatológica, enfermedades que creemos son diferentes en cuanto a su etiología, evolución, abordaje terapéutico y pronóstico. Este agrupamiento de enfermedades diferentes,

dificulta enormemente cualquier tipo de investigación.

Concretamente, en el caso del Autismo Infantil estamos de acuerdo con Rutter y Schopler (1978), Sauvage (1984) y Volkmar (1989) en la existencia de una heterogeneidad dentro de esta entidad nosológica. Esto nos decidió, como ya hemos señalado en la Introducción a no utilizar los criterios diagnósticos de la revisión de la DSM III en nuestro estudio debido al tipo de modificaciones que ha introducido en los Trastornos Profundos del Desarrollo, a los que pertenecen algo más de la mitad de la población asistida en este Hospital de Dfa. Según dicha revisión de la DSM III los dos grupos diagnósticos de Autismo y Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil con los que hemos trabajado en nuestro estudio quedarían reducidos a un solo grupo de Trastorno Autista, con lo cual creemos ampliamos todavía más el espectro de trastornos diferentes bajo la misma entidad. A lo largo de nuestro trabajo, y al igual que les ocurrió a Rogers y Lewis (1989), hemos encontrado diferencias importantes entre estos dos grupos de pacientes tanto en lo relacionado a sus características sintomatológicas como a su forma de comienzo y a su evolución tras el tratamiento. Es por ello que decidimos continuar trabajando con la clasificación DSM III. Autores como Hertzig y cols (1990) señalan que los criterios DSM III-R han ampliado de tal forma el concepto del trastorno autista que niños con alteraciones en la sociabilidad que no llegan a tener una falta de respuesta hacia los demás propias de los trastornos profundos del desarrollo son considerados como tales. Es por ello que concedemos la máxima importancia a los puntos planteados por Child Psychiatry Work Group (1989) en su trabajo para la cuarta edición de DSM en lo relativo a la incorporación de subtipos de los Trastornos Profundos del Desarrollo así como la revisión de los criterios diagnósticos del autismo.

Seguimos a Sauvage (1984) en defender que los diagnósticos precoces nos permitirán responder a las cuestiones sobre diagnóstico diferencial e interrelación entre los trastornos psíquicos así como que los métodos de exploración funcionales contribuirán a individualizar las distintas entidades patológicas y precisar las indicaciones terapéuticas.

También para nosotros son muy importantes todos los estudios que se realizan en la actualidad

con el fin de diferenciar las entidades nosológicas en la patología psiquiátrica de la Primera Infancia. Por este motivo, aunque nuestro estudio no es un estudio de población ni de clasificación, dimos importancia en señalar las características que como grupos nosológicos concretos nos mostraban nuestros pacientes, y éste ha sido el objetivo de detenernos en la descripción de las entidades diagnósticas de los pacientes tratados en este Hospital de Día realizada en el capítulo de resultados.

6.2.2 Modificaciones psicopatológicas de los pacientes tratados en un Hospital de Día

A la hora de evaluar la efectividad de un tratamiento consideramos importante tener en cuenta que un paciente no es un conjunto de síntomas sino que éstos constituyen la expresión externa de una entidad determinada. Sin embargo, no estamos de acuerdo con algunos autores que cuestionan la evaluación de la efectividad de un tratamiento en función de la desaparición o persistencia de unos síntomas concretos (Rogers y Lewis, 1989), ya que consideramos que es importante el estudio de las modificaciones de la sintomatología con el tratamiento no solo por cuanto nos permiten evaluar el tratamiento recibido, sino porque nos muestran características del funcionamiento del centro que pueden ayudarnos a la selección de los casos a tratamiento ante una búsqueda de la obtención de máximos resultados.

Con respecto a la modificación de la sintomatología clínica como tal, independientemente de la entidad diagnóstica de que se trate, podemos realizar los siguientes comentarios:

1. Respecto al área de la conducta hemos encontrado la existencia de mejoría estadísticamente significativa tras la estancia y tratamiento en el Hospital de Día en la mayoría de los síntomas que se han valorado dentro de este área.

Algunas de estas características comportamentales (hiperkinesia, impulsividad, déficit de atención) son las que habían ocasionado la salida de estos niños de los centros escolares a los que acudían previamente, como también señala Stewart (1988). Aunque hay, podríamos

decir una recaída en estos síntomas pues en nuestro segundo estudio de evaluación postalta hemos encontrado un cierto aumento de la frecuencia de los mismos; por lo que no es muy arriesgado señalar que son síntomas muy lábiles y por su influencia en el rendimiento escolar exigirán una constante supervisión. También se aprecia que son las situaciones escolares mas protegidas en cuanto a número de niños por aula las que permiten el manejo de este tipo de problemática y ésto se explica por el mayor tiempo y dedicación que estos alumnos exigen del profesor.

En cuanto al síntoma de inhibición-retracción podemos decir que, a diferencia de los anteriores síntomas de este área, además de encontrar que existía una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento, en el momento del estudio postalta encontramos que apenas aparecía este síntoma. Esto confirma el beneficio que tuvo el tratamiento del Hospital de Día en cuanto a sacar a estos niños del aislamiento en que vivían y que esta efectividad se prolonga en el tiempo. Se diría que se consiguió un primer paso en salir de la retracción y sobre ésto habrá que seguir trabajando en los nuevos medios en los que se integren posteriormente.

2. Respecto al área de alimentación no encontramos en la literatura estudios en los que se haga mención a los trastornos dentro de este área y su respuesta al abordaje terapéutico en el Hospital de Día. Encontramos que la alimentación es un área frecuente de conflicto en la primera infancia, sobre todo en cuanto al significado comportamental de la alimentación caprichosa, ya que la voracidad la interpretamos mas en relación con niveles de ansiedad en los pacientes.

De ahí que consideremos de máxima importancia la inclusión del comedor en los Centros de estas características, ya que ello nos permite abordar este área de conflicto tan frecuente en la primera infancia.

También señalamos que al igual que ocurre con respecto al manejo global del paciente por el equipo terapéutico, el trabajo directo sobre este síntoma se convierte en un modelo

de actitudes para los padres, por lo que se debe en ocasiones hacer participar de la tarea de alimentación del niño en el Hospital de Dña. Con ello no solo aprenden nuevas pautas de conducta, sino que además se les ayuda a comprender el significado de este síntoma. Como resultado de ello se dió la mejoría estadísticamente significativa que encontramos con respecto a este síntoma en nuestro estudio.

Advertimos según nuestra experiencia que, en aquellos casos en los que existen grandes dificultades en la familia para el manejo de este tipo de sintomatología, ésta reaparecerá con el tiempo y muestra de ello es el hecho del aumento de la presencia de la alimentación caprichosa en el estudio postalta; sin embargo, también es cierto que la efectividad terapéutica se hace evidente por la intensidad moderada con que reaparece el síntoma.

Pocos estudios han sido realizados sobre la relación existente entre los problemas en la conducta alimentaria y el subsecuente desarrollo de trastornos de la alimentación. Estamos de acuerdo con los resultados de Marchi y Cohen (1990) quienes encuentran que los niños que presentan problemas en este área en los primeros años de la vida tienen un mayor riesgo de presentar problemas paralelos en la infancia tardía y la adolescencia, ellos además plantean la existencia de factores de rebelión y problemas entre los padres e hijos en algunos trastornos de la alimentación.

Por ello es importante el abordaje terapéutico de los trastornos en este área no solo por lo que su tratamiento implica en cuanto a la modificación de la dinámica familiar sobre todo en lo que a la alimentación caprichosa se refiere, sino por las repercusiones y formas de evolución de los trastornos de este área en el futuro de la persona.

3. Respecto al área del sueño hemos encontrado que existe mejoría estadísticamente significativa solo en cuanto a la dificultad para dormir solo.

Tenemos que señalar que no existía un tratamiento concreto y específico sobre los síntomas de este área en el Hospital de Dña. Creemos que alteraciones del tipo de insomnio e hipersomnia van paralelas a características constitucionales de casos determinados; Sin

embargo, es posible que la dificultad para dormir solo surge por las ansiedades excesivas de separación, motivo por el cual la mejoría de estas últimas trae parejo la mejoría en la dificultad para dormir solo.

4. Respecto al área del lenguaje, a través de la literatura encontramos referencias sobre el lenguaje no solo como elemento de evaluación de los casos sino también como área abordada específicamente a través del trabajo en los Hospitales de Día (Beitchman 1981; Klein, 1983; Rogers y Lewis, 1989).

Consideramos como Rogers y Lewis (1989) que los abordajes terapéuticos deben ir encaminados al tratamiento de las deficiencias específicas de los distintos cuadros, permitiendo cambios profundos que promuevan desarrollo. La mejoría, estadísticamente significativa, que el hospital de Día Infantil consigue con respecto al retraso en la comprensión y expresión del lenguaje consideramos que es señal inequívoca de la eficacia del centro en potenciar el desarrollo de estos niños, en la mayoría de los cuales su trastorno psíquico había detenido o enlentecido su proceso de desarrollo afectando al área de lenguaje de forma fundamental.

Al igual que Gualtieri (1983) y Cohen (1989) encontramos una alta prevalencia de trastornos del lenguaje en la población tratada en el Hospital de Día Infantil. Hay que tener en cuenta con respecto a este hecho que se trata de niños con patología grave y que, aunque existe una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento, en lo relativo a la comprensión y expresión del lenguaje persistirá un retraso madurativo de varios años con respecto a su edad cronológica en la mayoría de los niños tratados en el Hospital de Día; muestra de ello es la persistencia de este síntoma de retraso madurativo en el lenguaje tanto en el momento del alta como en el momento de evaluación postalta.

Numerosos autores han señalado la alta frecuencia de síntomas psiquiátricos en niños con trastornos del lenguaje (Cantwell y Baker, 1980; Stevenson y Richman, 1978). Beitchman y cols (1990) encontraron que los niños con este tipo de trastorno tenían mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, y consideraban el trastorno del lenguaje como un

posible marcador que tenía que ver con una inmadurez mas general del desarrollo o con alguna disfunción cognitiva o emocional. Pocos estudios, sin embargo, han trabajado específicamente los trastornos del lenguaje existentes en los trastornos psiquiátricos (Chess y Rosenberg, 1974; Gualtieri y cols. 1983).

Dada la alta frecuencia de trastornos de lenguaje insospechados en este tipo de población damos importancia a la realización de evaluaciones sistemáticas del nivel de lenguaje y sus trastornos en todas las poblaciones psiquiátricas de niños. Defendemos como Gualtieri (1983) que ningún diagnóstico psiquiátrico en un niño con un trastorno grave es correcto si no se cuenta con una evaluación de su nivel de desarrollo, y que la evaluación del lenguaje es un aspecto esencial de éste.

Aconsejamos por todo ello que debe existir un abordaje terapéutico específico sobre este área, y siempre tener en cuenta el nivel de lenguaje del niño a la hora de plantear los abordajes terapéuticos y ésto hasta tal punto que consideramos que si no se evalúan los trastornos del lenguaje que pueden estar presentes los planes de tratamiento pueden no considerar de forma completa las necesidades sociales, emocionales y cognitivas y, por lo tanto, no ser todo lo efectivos que debieran. Los trastornos en el desarrollo del lenguaje parecen ser centrales en el desarrollo de la personalidad humana. La comprensión y la corrección de las deficiencias del lenguaje pueden mejorar el comportamiento y ayudar al niño a resolver al menos algunos de sus dilemas emocionales.

Con respecto a la patología mayor del lenguaje (ecolalias, neologismos, inversión pronominal, lenguaje desorganizado), cuya frecuencia de aparición afortunadamente es baja, no encontramos que existan cambios estadísticamente significativos con el tratamiento en el Hospital de Día. En el momento de evaluación del periodo postalta encontramos poca patología mayor del lenguaje, aunque habría que señalar la persistencia de reiteración del lenguaje ante situaciones de ansiedad, reiteración que sin llegar a implicar la gravedad del trastorno de pensamiento que supone el lenguaje desorganizado, que se encuentra al in-

greso en el Hospital de Día, nos señala la tendencia a que persista ese tipo de síntoma ante situaciones difíciles de tolerar por el niño, convirtiéndose en un indicador de ellas.

5. Respecto al área de la motricidad consideramos:

1. Por un lado la motricidad gruesa: Distintos aspectos de la motricidad gruesa se trabajan en este Hospital de Día, y creemos, deben trabajarse en todos los Hospitales de Día a través del diseño de programas determinados. Aunque encontramos una mejoría estadísticamente significativa con el tratamiento no podemos olvidar, sin embargo, que las alteraciones muy graves en este área derivan, a veces, de trastornos orgánicos sobre los que, a pesar incluso de abordajes fisioterapéuticos, es muy difícil el logro de un desarrollo normal. La existencia de límites reales es algo que debe siempre tener en cuenta un centro terapéutico para evitar la inadecuada utilización de sus medios.

2. Y por otro la motricidad fina: Existe una mejoría estadísticamente significativa en este área. Sobre este tipo de trastorno se trabaja con mucha intensidad en el Hospital de Día a través del material pedagógico y lúdico. Muchas veces los resultados en este área se ven frenados por características comportamentales y al mejorar éstas, se puede trabajar mas intensamente este área, obteniéndose mejores resultados. Al igual que ocurre con la motricidad gruesa, existen niños con problemas concretos de motricidad fina y el centro debe saber reconocer sus propios límites ante este tipo de trastornos.

6. Respecto al área de la afectividad, y en base a nuestros resultados podemos decir que el tratamiento en un Hospital de Día es muy efectivo en cambiar la vivencia terrorífica del entorno que tienen muchos de estos niños, y que se muestra por una ansiedad generalizada en los casos mas graves, o por una ansiedad de separación excesiva. Creemos, como Buffet-Arinal y Mazet (1982), que es la experiencia aportada a estos niños a través del ambiente terapéutico en un momento vital del desarrollo del mismo la que modifica dicha vivencia, permitiendo corregir el nivel de funcionamiento y de relación alterados que presentaban. El Hospital de Día ofrece ese hábitat, lo que permite mejorar considerablemente

las perturbaciones afectivas.

6.2.3 Eficacia terapéutica del Hospital de Día a corto y largo plazo

Dado que consideramos que hemos de evaluar a los pacientes no solo en el momento del alta sino también tras haber transcurrido un periodo de tiempo desde dicho momento para tener un mejor conocimiento de la eficacia de esta técnica terapéutica hemos realizado esta doble valoración.

Zimet y Farley (1985) plantean que pocos programas de tratamiento en régimen de día permiten la realización de evaluaciones e investigación. Afirmamos por nuestra parte que el Hospital de Día que hemos estudiado sí nos ha permitido evaluar su eficacia terapéutica. Aunque los citados autores se pronuncian sobre la dificultad de hacer generalizaciones de un centro a otro dada la variedad de tratamientos existentes en régimen de día, sin embargo pensamos que estamos en condiciones dados nuestros hallazgos de poder hacer una defensa de la eficacia de los Hospitales de Día.

Plantearemos la discusión de esta eficacia terapéutica a través de distintos elementos que nos sirven como medida de eficacia aplicándolas inicialmente de forma global para toda la población, y por diagnósticos posteriormente.

6.2.3.1. Evaluación de la eficacia terapéutica sobre la población global.

Eficacia terapéutica en función del Centro escolar

Al igual que han hecho otros autores a lo largo de la literatura (La Vietes, 1965; Gold, 1970; Blom, 1973; Halpern, 1978; Stewart, 1988) tomamos como una de las medidas de la eficacia del tratamiento el tipo de centro escolar en el que se encuentra integrado el niño después del alta del hospital de Día.

Como se señaló en el capítulo de Resultados en el momento del alta un 41% (18 niños)

era remitido a colegio normal (recibiendo apoyo a través del sistema de integración un 23% (10 niños)) y en el momento del estudio del periodo postalta un 52% (16 niños) asistían a este tipo de centro escolar (siendo 26% (8 niños) el porcentaje de los que recibían apoyo a través del sistema de integración). Dichos resultados nos señalan la eficacia no solo a corto sino a largo plazo del tratamiento recibido en el Hospital de Día Infantil.

Aunque dichos resultados serían peores que los obtenidos en los Hospitales de Día estudiados por La Vietes (1965), Gold y Reisman (1970) y Halpern (1978) que señalaban una frecuencia entre el 75- 80% de niños que acudían a los colegios habituales de la comunidad, o que el estudiado por Blom (1973) que encontró un 90% de asistencia a colegio normal o por Grizenko y Sayegh (1990), que señalan la asistencia en un 87% a colegios normales. Creemos sin embargo, como Stewart (1988) que los datos sobre las características de estas poblaciones son escasos y poco claros en los textos de estos autores y por tanto, no podemos sacar conclusiones sobre eficacia comparativa con sus programas.

Existió un 20% de los pacientes que al alta fueron remitidos a Centros de Educación Especial y dicho porcentaje se vio aumentado al 29% en el momento de la evaluación del periodo postalta. Para nosotros este resultado señala la posibilidad de existencia de un déficit cognitivo no bien valorado en el momento del alta o que se reagudiza con el tiempo a pesar de la evolución positiva en lo que a sintomatología en otras áreas hemos encontrado.

Por otra parte existió una disminución del porcentaje de casos que se encuentran en Centros que se ocupan terapéuticamente de los aspectos emocionales en el momento del estudio del periodo postalta del Hospital de Día. Dicho hallazgo corresponde al hecho de que a veces en el momento del alta persiste sintomatología psiquiátrica que se considera que continúa/requiriendo abordaje terapéutico específico. Con el tiempo, y a medida que van desapareciendo esos elementos el paciente se va incorporando a otro tipo de centro.

A pesar del buen resultado encontrado en cuanto a la capacidad de integración en centros escolares en los niños que recibieron tratamiento en el Hospital de Día no podemos dejar de

señalar que nuestros resultados también nos muestran que el nivel de autonomía en las tareas es pobre. Esta variable no evaluada por muchos autores que trabajan en este campo, creemos que es interesante que sea considerada ya que revela cómo es la integración en los centros escolares y aunque hemos encontrado que ésta aparentemente es buena una evaluación más profunda muestra que el nivel de integración escolar resulta insuficiente, lo que influye evidentemente en el nivel de adquisiciones escolares.

Eficacia terapéutica en función del nivel de integración familiar

Rutter señalaba en 1984 el alivio del distress familiar como uno de los objetivos principales a tener en cuenta en cualquier diseño de tratamiento para niños autistas. Llama la atención el hecho de la baja frecuencia de quejas por parte de la familia sobre el manejo del paciente que encontramos en nuestra población, y consideramos que este hecho deriva de las propias características de funcionamiento de los Hospitales de Día en donde el paciente ha permanecido todo el tiempo en el medio familiar y además el Hospital de Día ha realizado una labor terapéutica con la familia. Apoyamos a Frommer (1969) en que a pesar del resultado limitado obtenido en el tratamiento de ciertos grupos de niños, la familia recibe un apoyo importante aceptando mejor al paciente. Aunque no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diagnósticos podemos señalar la existencia de una tendencia del grupo de "otros" a ser los que plantean problemas en la familia.

Eficacia terapéutica en función del nivel de funcionamiento social

Hemos encontrado que más de la mitad de los pacientes tratados en el Hospital de Día consiguieron alcanzar niveles de autonomía adecuados a su edad. Sin embargo, nos llama la atención la alta frecuencia de "dificultades en la relación con los pares" que encontramos en nuestros pacientes, en comparación con los resultados señalados por otros autores (Blom, 1973). La buena integración a nivel social es uno de los objetivos más difíciles a conseguir y, en la

mayoría de los casos, aunque el Hospital de Día favorece un desarrollo madurativo los niños requerirán abordajes terapéuticos posteriores que aborden específicamente las áreas de conflicto que dificultan la relación social.

6.2.3.2. Evaluación de la eficacia terapéutica sobre los grupos diagnósticos concretos.

Como ya hemos señalado es el tipo de centro en el que puede estar escolarizado un niño el dato que como muchos autores consideramos mas completo en cuanto a la evaluación funcional global del pequeño. El estudio estadístico a través del test de Kruskal-Wallis nos señaló la existencia de diferencia estadísticamente significativa ente los grupos diagnósticos con respecto al tipo de centro escolar al que se incorporaban en el momento del alta. Consideramos que dicho hallazgo nos señala la importancia de estudiar a estos pacientes en función de los distintos diagnósticos y no como un todo "cajón de sastre". Por ello, y aunque nuestro estudio no se trata de un estudio de nosología psiquiátrica infantil pensamos que es conveniente hacer algunos alcances en este sentido con los resultados de nuestro trabajo porque además hemos encontrado una tendencia por parte de nuestros pacientes como grupos diagnósticos no solo con respecto a la forma de presentación clínica sino con respecto a la respuesta al tratamiento en el Hospital de Día infantil.

Trabajaremos conjuntamente dentro de cada diagnóstico los resultados a corto y largo plazo del alta hospitalaria, dado que nos parece la forma mas clara de exposición.

Autismo Infantil

Es en este cuadro clínico en el que encontramos la peor evolución, no solo en cuanto a la persistencia de sintomatología sino en cuanto al tipo de escolarización al que son capaces de acceder ya que en el momento del alta algo mas del 50% son remitidos a centros terapéuticos emocionales.

En el momento de evaluación tras el periodo postalta es señalable el alto porcentaje de casos que encontramos en Centros de Educación Especial (54.5%), que nos muestra la alta frecuencia de déficit cognitivo en la evolución de esta entidad. Sin embargo es también señalable el hecho

de que un 18% llega a acceder a escolarización normal a través del sistema de integración.

Podemos señalar en este momento los bajos niveles intelectuales que encontramos en este grupo diagnóstico en las distintas etapas de nuestro estudio; lo que estaría en oposición a las descripciones de Kanner y otros investigadores que señalan que el Autismo se asocia a un funcionamiento intelectual cercano a lo normal. Además aunque algunos autores como Lockier y Rutter (1970), Freeman y cols (1985), Lord y Schopler (1989) defienden la buena estabilidad y predictibilidad de los cocientes de desarrollo y de inteligencia en los autistas preescolares, nosotros encontramos conque la evaluación intelectual de los niños autistas, especialmente los más jóvenes, los que no tienen lenguaje o tienen unos patrones muy limitados de comunicación es muy difícil ya que muchos de los test disponibles clasifican a estos niños como no testables.

Existen pocos estudios en la literatura que nos permitan comparaciones de efectividad de tratamiento en este grupo diagnóstico. No coincidimos con los resultados que señalan Rogers y Lewis (1989) de que la respuesta general es más marcada en el grupo Autista que en el del Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil y que ellos explican por la existencia de un mayor déficit y una mayor intensidad sintomatológica y por lo tanto una mejor respuesta al abordaje terapéutico.

A pesar de la llamativa mejoría sintomatológica encontramos que es el cuadro de peor pronóstico, no solo con respecto a la persistencia de sintomatología en el momento del alta del Hospital de Día, sino también con respecto al nivel de integración escolar y a la integración social.

Un elemento importante a recordar en este momento y coincidiendo con Buffet-Arinal y Mazet (1982) es la actuación terapéutica en un momento vital de desarrollo del niño. Sauvage y cols (1984) señalan que a pesar de existir en la mayoría de los casos signos autistas muy llamativos en los primeros meses de vida, éstos no son interpretados como tales más que posteriormente. Aunque hemos encontrado en nuestro estudio que estadísticamente se diferenciaba el grupo de Autismo por su comienzo temprano de la sintomatología, ésto no parece implicar un comienzo

mas temprano del tratamiento, comenzando un 69% de ellos el tratamiento por encima de los tres años y medio. Es posible, entonces, que en el mal pronóstico del cuadro influya, no solo el grave trastorno psíquico que el niño presenta sino lo tardío del abordaje terapéutico que por parte de la familia se produce.

Es importante también señalar que resulta significativamente mas largo el tiempo de tratamiento requerido por este cuadro (en el 75% un periodo superior a los 11 meses, siendo el 43% superior a los 20 meses) lo que lo diferencia claramente de los demás grupos nosológicos.

A pesar de todo, no creemos que el bajo rendimiento del Hospital de Día como elemento terapéutico en esta entidad justifique la no inclusión de este tipo de patología en los Hospitales de Día, sino que se debe fomentar la realización de nuevos estudios que permitan conocer factores que influyen en el escaso efecto positivo sobre esta entidad que tienen los Hospitales de Día.

Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil

Con respecto a la evolución de este cuadro, podemos señalar que a pesar de la persistencia de sintomatología en el momento del alta del Hospital de Día existe una buena evolución como nos muestra el hecho de que en el momento del alta un 50% puede acceder a una escolarización normal con apoyo a través de integración; y en el momento de la evaluación del periodo postalta un 67% se encontraba en esta situación.

A diferencia de los hallazgos descritos por Rogers y Lewis (1989) tanto a nivel de sintomatología presente como de integración escolar, se nos muestra como un cuadro con mejor pronóstico que el Autismo Infantil, motivo por el cual creemos que debe evitarse agruparlos bajo el mismo término. No podemos olvidar sin embargo, que encontramos en estos niños grandes dificultades en la relación con sus pares que requerirán, al igual que otras áreas, apoyos terapéuticos posteriores.

Retraso Mental

Aunque Frommer (1969) señala la buena evolución de sus casos de Retraso Mental, obteniéndose resultados sorprendentes en función de los handicaps iniciales, en nuestro estudio encontramos el déficit cognitivo como elemento limitante de la eficacia terapéutica, habiéndose mejorado la sintomatología emocional por la que había llegado al Hospital de Día (un 50% en el momento del alta son remitidos a Centros de Educación Especial). En el momento de evaluación tras un periodo de alta encontramos un movimiento de los pacientes hacia escolarizaciones más normales (solo un 29% permanece en colegios para niños deficientes). Sin embargo, hemos de reconocer que el funcionamiento escolar en los mismos no es bueno, teniendo en cuenta la frecuente necesidad de supervisión individual para la obtención de un buen rendimiento académico, sobre todo teniendo en cuenta que los niveles de exigencia académica pueden estar por encima de sus capacidades intelectuales. En contraste encontramos proporcionalmente un mejor nivel de adaptación social que escolar, en lo que a capacidad de autonomía y relación con los pares se refiere.

Con respecto al tiempo de permanencia en el Centro éstos pacientes parecen distribuirse entre los dos polos máximo y mínimo de asistencia, siendo un 50% los que reciben tratamiento un periodo inferior a los 10 meses. Estos resultados son distintos de los señalados por Frommer (1969) cuyos Retrasos Mentales permanecían un tiempo medio de tres meses. Esta discrepancia de resultados nos hace reflexionar sobre el hecho de que se requieren más estudios en esta materia para no utilizar este recurso terapéutico de forma inadecuada.

Negativismo

En cuanto al pronóstico del cuadro, éste es muy bueno tras el tratamiento en el Hospital de Día tanto con respecto al tipo de centro escolar al que son capaces de integrarse como con respecto a la sintomatología, que mejora rápidamente lo suficiente como para permitir una integración escolar.

Con respecto al importante debate existente actualmente sobre la validez del Negativismo como entidad diagnóstica, estamos de acuerdo con aquellos, como Rey y cols (1988), que defienden que el Negativismo debe ocupar un puesto en la clasificación de trastornos psiquiátricos, aunque reconocemos la necesidad de nuevas investigaciones que determinen su interrelación con otros trastornos como los de conducta, así como su pronóstico y tratamiento.

Trastorno por angustia de separación

Encontramos una buena respuesta al tratamiento recibido en el Hospital de Día, mejorando no solo la sintomatología propiamente descrita para esta entidad por DSM III, sino la también señalada por nosotros como característica del cuadro, de oposicionismo y trastorno de la alimentación mejoran llamativamente. Encontramos que acceden a escolarización normal, en uno de los casos con apoyo a través del sistema de integración, con periodos de tratamiento breves.

Trastorno por déficit de atención

Encontramos una buena evolución tanto con respecto a la remisión de la sintomatología como con respecto al tipo de centro a que es derivado al alta (colegio normal y colegio para niños límite), sobre todo si tenemos en cuenta los focales resultados sobre este trastorno que han encontrado otras formas de tratamiento utilizadas aisladamente como los fármacos, las técnicas propiamente conductuales o trabajo de síntomas con padres (Taylor, 1985). Por lo tanto, parece necesario un abordaje terapéutico racional y completo, que englobe varias vías de tratamiento, y no utilizar únicamente vía psicofarmacológica, cuyo efecto es muy concreto sobre la desatención, pero resulta insuficiente en cuanto a la mejoría del desarrollo a largo plazo de estos pacientes. Tampoco podemos olvidar que distintos autores han señalado las alteraciones crónicas que presentan los niños con este tipo de trastorno (Campbell y cols., 1984; Beitchman, 1987; Fisher y cols., 1990; McGee y cols. 1991). Es importante el tratamiento a través de centros de las características de los Hospitales de Día de estos pacientes que, además requieren poco tiempo de tratamiento,

como muestra el hecho de que a nuestro centro acudieron periodos de 10 meses como máximo.

Código V de DSM III

Existe una muy buena evolución de estos pacientes, sobre todo si tenemos en cuenta que el tiempo de tratamiento en ellos fué de tres meses. Consideramos importante la disponibilidad de los Hospitales de Día para el tratamiento de cuadros como éstos, que claramente hubieran evolucionado a algún trastorno grave si no se hubieran abordado tan precozmente.

Depresión

Aunque solo un caso con este diagnóstico fué tratado en nuestro Hospital de Día, creemos muy importante plantear la alta eficacia de este medio terapéutico en cuadros de esta gravedad, siempre que, siguiendo la señalización de Buffet-Arinal y Mazet (1982), se actúe terapéuticamente en un momento vital del desarrollo del niño. Presentaba este caso un correlato especial, en cuanto se trataba de un caso de abandono que fué inmediatamente derivado por los pediatras al Hospital de Día Infantil para su tratamiento. Se trata éste de un claro ejemplo de "actuación en crisis", y aunque es el único caso de estas características tratado por el Centro podemos defender la utilización de este tipo de recurso terapéutico en ellas.

6.2.4 Reflexión sobre los distintos factores que pueden influir en la aparición de los diversos trastornos mentales en la primera infancia.

Como ya hemos señalado anteriormente no se trata el nuestro de un estudio nosológico, sin embargo, creemos que resulta necesario dedicar una parte de nuestro trabajo a estudiar las características sociofamiliares, de antecedentes personales de las entidades diagnósticas que constituyen nuestra población. Dicho estudio nos podrá señalar puntos importantes para investigaciones posteriores.

6.2.4.1. Indicadores sociofamiliares

(edad de los padres; profesión y actividad de los padres; número de hermanos; tipo de estructura familiar). Aunque Rutter (1967) encontró un significativo exceso de niños pertenecientes a clases profesionales, así como un exceso de primer hijo de familia de dos hijos en su estudio sobre la psicosis infantil, nosotros no hemos encontrado que la edad de los padres, la profesión, el número de hermanos o el tipo de estructura familiar influyan en la aparición de uno u otro tipo de patología. Si coincidimos con Rutter (1967) en no haber encontrado una alta frecuencia de rupturas familiares en aquellos casos que presentaban psicosis, lo que no coincide con lo señalado por otros autores (Hodges, 84; Jensen, 1990) que plantean que la existencia de historias de divorcios conllevan mayor psicopatología en los niños. Tampoco hemos encontrado que la existencia de antecedentes de hipoestimulación o la intensidad del stress psicosocial sean factores que favorezcan la aparición de uno u otro cuadro diagnóstico. Por todo ello, estamos de acuerdo con lo señalado por Ferguson y cols (1990) sobre el hecho de que los factores sociales y familiares son poco determinantes en cuanto a crear problemas específicos, pero que sí tienen una importancia fuerte en cuanto a la vulnerabilidad generalizada del niño a presentar una amplia gama de problemas en la infancia.

6.2.4.2. Antecedentes personales

Es en el área de los antecedentes personales en la que encontramos distintos elementos que diferencian a los grupos diagnósticos entre sí.

- Aspecto dismórfico. Diferenciaba estadísticamente a los autistas de los demás grupos diagnósticos.
- Existencia de antecedentes mórbidos en los pacientes. A pesar de no encontrar una relación estadísticamente significativa creemos que sí existen unas tendencias que debemos señalar: para todos los diagnósticos encontramos una alta frecuencia de antecedentes mórbidos

personales (mas del 50% en todos ellos). Al igual que Steinhausem y cols (1983) señalaban que las enfermedades físicas crónicas implicaban niveles mayores de psicopatología nosotros defendemos que la existencia de hospitalizaciones perinatales, así como la existencia de diferentes tipos de intervenciones médicas son un factor de riesgo para la aparición de patología mental; estos factores, que por sí solos no determinan un tipo de patología determinada, sí pueden favorecer en un niño con determinadas características la aparición de patología psíquica.

- Existencia de factores de riesgo orgánicos o emocionales en el embarazo o en el parto. Encontramos un porcentaje relativamente bajo (21%) apareciendo con mas frecuencia éstos en el caso de los autismos. Así como Bryson (1988) apoya los resultados de otros trabajos en los que se señalaba la existencia de una mayor frecuencia de complicaciones obstétricas en las historias de los niños autistas, señalando que una cuarta parte de los autistas presentaban este antecedente, nosotros lo encontramos en el 50% de los autismos. Consideramos sin embargo, como ellos, que estos hechos apoyan la visión actual de que el síndrome autista es la manifestación de un número distinto de etiologías. Futuros estudios dentro de la Psiquiatría Infantil tendrán que profundizar sobre estos hechos, que creemos nos aportarán elementos para la comprensión del autismo y su etiología o etiologías.
- Antecedentes de hipostimulación. Aunque no hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre los cuadros diagnósticos y la existencia de antecedentes de hipostimulación no podemos olvidar la influencia de las características del medio externo en cada paciente concreto. Estamos de acuerdo con autores como Egeland y cols (1990) que encontraron que el ambiente familiar, específicamente el grado de estimulación y la organización, son elementos importantes en la continuidad o cambio de características comportamentales de la primera infancia a años posteriores. En la mitad de los RM así como en la de TPD encontramos dicho antecedente de hipostimulación. Creemos que la influencia del medio socio familiar ha sido estudiada en el RM, pero creemos que tiene que ser estudiada también

no solo en lo relativo a la aparición de estancamiento a nivel cognitivo, sino también en la aparición de patología psíquica determinada ya que en un porcentaje también relativamente alto de autismos encontramos la existencia de este tipo de antecedentes.

- Forma de comienzo de la patología. No queremos terminar este apartado sin plantear los hallazgos que hemos encontrado en lo relativo a las distintas formas de comienzo que encontramos en las distintas entidades diagnósticas. Tenemos que recordar aquí que la diferenciación más clara que establecen los criterios DSM III para el diagnóstico de Autismo y TPD es, además de la gravedad de los síntomas, la fecha de comienzo del cuadro (siempre antes de los primeros treinta meses de vida para el diagnóstico de autismo). No es de extrañar entonces los resultados aquí encontrados por nosotros, según los cuales el Autismo Infantil se diferencia, de forma estadísticamente significativa, de este grupo diagnóstico, y del grupo de "otros" por su comienzo en la infancia temprana. Queremos también plantear aquí el hecho de que en el 75% de nuestros Trastornos Profundos del Desarrollo de Inicio Infantil encontremos antecedentes en la historia clínica que señalan la existencia de dificultades en el desarrollo emocional, aunque éstos no iban acompañados de la aparición de ningún cuadro sintomatológico específico. Creemos que muchos de los Trastornos Profundos del Desarrollo de Inicio Infantil aparecen en niños con una predisposición y que como respuesta a una serie de factores irrumpen como cuadros psíquicos en un momento de su desarrollo. Al igual que Rogers y Lewis (1989) mantenemos en nuestro estudio la diferenciación que realiza DSM III en lo relativo a las entidades Autismo y Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil. Aunque encontramos un comienzo anterior de la sintomatología en los autismos como grupo; reconocemos, como Volkmar (1986) y Denckla (1986) lo problemático que resulta la determinación del comienzo del cuadro y la precaución que debiera tomarse en no utilizar el criterio de la edad de comienzo ni como criterio de inclusión ni de exclusión.

Con respecto a los RM, no llegamos a encontrar un comienzo de la patología tras un periodo de desarrollo normal y, aunque en la mayoría de ellos no se encuentra a través de la historia mas que la sospecha de un desarrollo anómalo, ésto apoya el hecho de que exista en estos niños un déficit cognitivo innato que se irá mostrando a lo largo de la vida; muestra de ello sería también nuestro hallazgo de que como grupo consultan de forma progresiva con la edad.

Lógicamente, es en los clasificados como "otros" en los que encontramos el mayor porcentaje de desarrollo normal previo. La mayoría de estos cuadros aparecen en niños con un desarrollo normal pero que en algun momento de las etapas de desarrollo quiebran apareciendo sintomatología, frecuentemente muy favorecido por factores externos. No es de extrañar tampoco la existencia de un pequeño porcentaje con desarrollo normal dudoso o desarrollo anormal, que quizás sin necesidad de factores desencadenantes importantes quiebran en alguno de los difíciles momentos evolutivos del niño durante su primera infancia.

Apoyamos al número cada vez mas creciente de autores que señalan la importancia del reconocimiento de ciertos hechos comportamentales en la primera infancia como signos de trastornos futuros que no evolucionarán de forma positiva con el propio proceso de desarrollo del niño, sino que nos están señalando una población de riesgo que requiere una intervención terapéutica precoz (Egeland y cols, 1990; Campbell y cols, 1984; Fischer, 1984; Esser y cols. 1990)

6.2.5 Indicadores pronósticos y criterios de efectividad clínica

Estudio de indicadores pronósticos

Con respecto al objetivo de proponer criterios pronósticos, al igual que otros investigadores, en nuestro estudio hemos buscado este tipo de factores y nos referiremos en esta discusión especialmente a aquellos factores que hemos encontrado mas debatidos en la literatura: Edad

al comienzo del tratamiento; Nivel de inteligencia; Estructura familiar; Tiempo de tratamiento; Estadío de desarrollo del niño al comienzo del abordaje terapéutico.

- Edad al comienzo del tratamiento

Con respecto a la edad al comienzo del tratamiento no podemos afirmar a través de nuestro estudio como hacen Blom (1973), Prentice-Dunn (1981) y Cohen (1987) que en los mas pequeños el pronóstico sea mejor, ya que nos encontramos con el hecho de que no podemos clasificar a los pacientes en función de la edad a que comienzan el tratamiento, sino que debemos considerar siempre el trastorno psíquico que presentan.

Nuestros resultados si apoyan las afirmaciones realizadas por autores como Blotcky y cols (1984) sobre el hecho de que la admisión en un medio a tiempo total en edad temprana era indicativo de un cuadro clínico mas florido, una situación de apoyo familiar o comunitaria peor y una mayor severidad de la psicopatología, o por Pfeiffer y Strzeleki (1990) quienes encontraron que la edad de admisión al tratamiento era una de las variables con menor valor predictivo de las que examinaron.

En nuestro estudio encontramos, en primer lugar, que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos diagnósticos cuando estudiamos el momento de comienzo de los mismos. No encontramos que ese comienzo mas temprano se refleje en un contacto también mas temprano con los Servicios de Salud Mental; y, subsecuentemente una entrada mas temprana al tratamiento.

Aunque nuestra experiencia nos señala la necesidad de un abordaje precoz de los trastornos mentales, sin embargo, no podemos olvidar el diferente pronóstico de las distintas entidades diagnósticas y los comienzos mas precoces de los trastornos mas graves, cuyo ejemplo mas claro es el Autismo Infantil.

Creemos que existen mejores evoluciones en función de entradas precoces al tratamiento, sin embargo, también creemos que las afirmaciones sobre las mejores evoluciones en función

de la edad al comienzo del tratamiento tienen que realizarse siempre señalando también el trastorno psíquico que presentaban. No podemos olvidar señalizaciones como las realizadas por Short y Schopler (1988) planteando que los niños con mayores alteraciones cognitivas y síntomas mas severos eran reconocidos por los padres mas rápidamente que los problemas de niños con niveles intelectuales mayores, independientemente del momento de comienzo del trastorno.

Serán los estudios comparativos de pacientes que presentan los mismos trastornos psíquicos los que podrán confirmar esa realidad que conocemos por la experiencia clínica de la importancia del abordaje terapéutico precoz para mejorar el pronóstico de los trastornos mentales.

- Estructura familiar y nivel de participación de los padres

Ha sido muy discutido por distintos autores la importancia del medio familiar y su estructura así como la participación de la misma en el proceso terapéutico en relación con la evolución posterior del niño.

Creemos importante recordar las características familiares de nuestros pacientes (la mayor parte de ellos presentan una estructura nuclear y existe una baja frecuencia antecedentes psiquiátricos en la familia) ya que muchos de los estudios realizados sobre la influencia de las características familiares en los resultados del tratamiento en Hospitales de Día están realizados en poblaciones con ambientes familiares muy caóticos.

Creemos que los hallazgos señalados por Prentice-Dunn (1981) sobre la existencia de mejores resultados en aquellos casos que no vivían con sus padres naturales responde a características determinadas de la población con la que trabaja. La Vietes (1965) y Godfarb (1966), ya planteaban la importancia de factores psicopatológicos en las familias en aquellos casos que no mejoraban con el tratamiento, y Richman (1983) la disarmonía familiar como factor predictivo negativo mientras que Blotcky (1984) indicaba que un buen pronóstico se correlacionaba con un funcionamiento familiar sano.

Aunque en ciertos casos exista un importante factor externo que muchas veces no se vaya a modificar con el tratamiento en el Hospital de Día, siendo un factor negativo a largo plazo, defendemos la importancia de la permanencia de nuestros pacientes en el medio familiar y su asistencia a un centro con las características de los Hospitales de Día donde no solo recibe tratamiento el niño sino que existe también un trabajo terapéutico con la familia.

Existen controversias en lo relativo al grado de participación y cooperación de los padres durante el tratamiento ya que mientras autores como Blom (1973) no llegan a encontrar que el grado de participación y cooperación de los padres diferencie entre si los grupos con buena o mala evolución otros como Cohen (1987), aunque encuentra mejores resultados en los casos cuyos padres estaban motivados, no encuentran que la participación de los padres influya en la evolución de la comprensión del lenguaje o en la disminución de las conductas de retracción.

Dadas las características de su funcionamiento el Hospital de Día tiene una función educativa en los padres con respecto a la interacción con el niño como encontraron en su estudio Strayhorn y Weidman (1991), y el trabajo sobre el niño puede facilitar además nuevas dinámicas familiares que favorezcan el desarrollo del mismo. Aunque aquellas familias muy patológicas, invariablemente van a disminuir la efectividad del tratamiento en el Hospital de Día, afirmamos como Cohen (1987) que a pesar de la falta de colaboración de los padres los niños pueden beneficiarse del tratamiento.

A plantear quedaría la realización de ciertos estudios, específicos para cada Hospital de Día, siguiendo la línea del realizado por Stewart (1988) que le permitía plantear, los criterios de admisión de su Centro dados sus hallazgos de que para unas mismas características familiares de su población la existencia de ciertos factores (historia de maltrato y abuso, o drogodependencia en los padres) implicaba unos malos resultados. Dado que dicho tipo de resultados no son extrapolables de un Hospital de Día a otro cada Centro debe estudiar en función de sus propias características de funcionamiento y las de su población aquellos

factores familiares que puedan llegar a constituir un criterio de admisión.

• Tiempo de tratamiento

Aunque en la literatura encontramos múltiples y contradictorias referencias al tiempo de tratamiento como factor predictivo, algunos defendiendo su valor (Cohen, 1987) y otros negándolo (Blom, 1973) nosotros encontramos que el tiempo de tratamiento no podemos utilizarlo como factor predictivo en sí mismo.

Nuestro estudio nos muestra la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos diagnósticos en función del tiempo de tratamiento. Podemos afirmar por lo tanto que el tiempo de tratamiento parece estar más en función del trastorno que presenta el niño, por lo que, aquéllos que permanecen mas tiempo corresponden a los casos más graves. Los casos mas leves, y por lo tanto con mejor pronóstico, reciben tratamientos breves.

Tambien parece apoyar esta afirmación el hecho de que encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre nuestros pacientes clasificados con respecto al tipo de centro al que acudían al alta, cuando los estudiamos en relación al tiempo de tratamiento recibido. Este hecho nos señala que son aquellos que acceden a colegio normal al alta los que como grupo requieren menor tiempo de tratamiento, frente a los tiempos mas prolongados que requieren los que acceden a centros terapéuticos emocionales. También es de mencionar lo dispersos entre los polos mínimo y máximo de tratamiento de los niños que son derivados a centros de educación especial.

El Centro debe estudiar este resultado como una señal para el planteamiento de un tiempo máximo de tratamiento en los casos mas graves. Aunque sería el estudio comparativo con otras formas de abordaje lo que nos pudiera dar la respuesta sobre la efectividad de los tratamientos en los casos mas difíciles, creemos como plantean Rogers y Lewis (1989) que en la mayoría de los casos los objetivos principales son conseguidos durante las primeras etapas del tratamiento y el Centro debe conocer cuándo se encuentra ante unos elementos

cuyas modificaciones con el tratamiento ya van a ser muy pocas y que pueden ser abordados en otros tipos de centros.

- Nivel evolutivo del niño

Con respecto al estadio de desarrollo del niño al comienzo del tratamiento, distintos autores como Cohen (1987) señalan el funcionamiento en un nivel de desarrollo mayor al comienzo del tratamiento como factor predictivo positivo ; sin embargo, Prentice-Dunn (1981) encuentra mas cambios comportamentales en los que poseen niveles intelectuales mas bajos.

Coincidimos con lo autores como Cohen, ya que la existencia de un nivel de desarrollo mayor implica que nos encontramos ante un trastorno psíquico de menor gravedad en cuanto ha producido una menor detención del proceso de desarrollo. Creemos sin embargo, que al igual que hemos señalado en lo relativo al tiempo de tratamiento, no podemos utilizar el nivel evolutivo del niño como factor predictivo en sí mismo, sin tener en cuenta el trastorno psíquico que presenta.

- Diagnóstico

Defendemos que uno de los elementos que se convierte en un importante factor pronóstico y no debe olvidar nunca el Centro que quiere evaluar realmente su eficacia terapéutica es el propio trastorno psíquico que presenta el niño. Pfeiffer y Strzelecki (1990) en su estudio de revisión bibliográfica sobre los resultados del tratamiento psiquiátrico a tiempo completo encontraron que la gran mayoría de los estudios corroboraban que los niños y adolescentes con trastornos psicóticos y trastornos de conducta agresivo no socializado respondían menos favorablemente al tratamiento

A través de nuestro estudio encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diagnósticos cuando los estudiamos en relación al tipo de centro al que son remitidos al alta, variable que ya hemos señalado en diferentes momentos de este

trabajo consideramos como el elemento mas completo de valoración global de los pacientes. Corresponde al grupo de "otros" la mejor evolución tras el tratamiento en Hospital de Día: la casi totalidad de ellos acuden a colegios normales (una minoría de los cuales requieren apoyo a través del sistema de integración). Dentro de este grupo de "otros" quedarían englobados los niños agrupados bajo el término de "preescolares difíciles de manejar" que han utilizado distintos autores (Campbell y Ewing, 1990) y aquellos niños estudiados por hiperactividad, desatención y problemas de disciplina que son evidentes en la edad preescolar o incluso antes y que se ha encontrado siguen presentando ese tipo de problemas de comportamiento externalizados en edades posteriores (Fisher y cols., 1984). Podemos afirmar la gran efectividad terapéutica en este tipo de pacientes teniendo en cuenta no solo los breves periodos de tratamiento requerido sino también por la labor preventiva en cuanto a la posible evolución en edades posteriores a trastornos mas graves. Defendemos la importante función de este tipo de centros en el tratamiento de trastornos del comportamiento de la primera infancia que no evolucionan favorablemente por el propio proceso de desarrollo sino que originan problemas en edades posteriores como también apoyan distintos autores (Campbell y cols., 1984, 1986 y 1989; Loeber, 1982; Egeland y cols., 1990).

El Autismo Infantil se nos presenta como el grupo con peor evolución terapéutica, ya que la mayor parte de ellos son remitidos a Centros Terapéuticos Emocionales, lo que implica la persistencia de sintomatología psíquica que continúa requiriendo abordaje específico en el momento del alta; así como a Colegios de Educación Especial, lo que implica la existencia de un déficit cognitivo importante. No podemos olvidar que algunos casos presentan una evolución algo mejor, ya que son capaces de acceder a colegios para niños límite.

En el grupo de Retraso Mental encontramos una evolución positiva en cuanto a la mejora de los trastornos comportamentales que les llevaba a recibir tratamiento en el Hospital de Día, pero nos encontramos claramente un déficit cognitivo que es el causante de las derivaciones

al alta: la mayor parte de ellos acuden a Centros de Educación Especial, aunque algunos presentan una mejor evolución ya que son capaces de acceder a escolarización normal a través del sistema de integración.

Dada la importancia de las entidades nosológicas concretas en cuanto al pronóstico coincidimos con Denkla (1989) en sus afirmaciones sobre que los progresos en la investigación van a depender de la existencia de definiciones claras y explícitas que incluyan criterios de exclusión e inclusión en lo relativo a la clasificación de los trastornos psíquicos.

Definición de criterios de efectividad clínica

Con respecto a la definición de criterios de efectividad clínica su importancia radica en vistas a la evaluación de recursos. A través de nuestro estudio hemos querido plantear aquellos factores que pueden ayudarnos de forma objetiva, completa y, relativamente sencilla a conocer la efectividad de los abordajes terapéuticos.

Con respecto a la búsqueda de criterios globales de efectividad clínica creemos que el tipo de centro en el que se encuentra escolarizado el niño reúne no solo elementos de evaluación de carácter cognitivos sino también comportamentales. Por éso es el tipo de centro al que el niño acude al alta y en el que se encuentra escolarizado en el momento de evaluación del periodo postalta los criterios de efectividad clínica que consideramos mas completos y, al igual que han hecho otros autores (La Vietes, 1965; Frommer, 1967; Richer; Gold, 1970; Halpern, 1978; Stewart, 1988) utilizamos éste criterio en la evaluación de la eficacia del tratamiento.

Teniendo en cuenta que, dada la patología que presentaban en el momento del ingreso éstos niños no podían asistir a centros habituales, los resultados son alentadores, tanto en el momento del alta como en el momento del seguimiento.

Aunque otros autores han evaluado efectividad con respecto a factores distintos del tipo de escolarización al que son capaces de integrarse (Gabel, 1988; Cohen 1987; Richman, 1983; Woollacot, 1978), coincidimos con Cohen (1988) en la importancia que da a la utilización de

medidas múltiples para la evaluación de resultados ya que si se emplea un solo criterio se puede perder la referencia de otros cambios. Nosotros consideramos que la utilización del tipo de centro escolar al que es capaz de acceder y en el que es capaz de permanecer tras el tratamiento engloba varios elementos de evaluación.

6.2.6 Necesidades existentes en la red asistencial de Salud Mental para la primera infancia.

A través de nuestro estudio hemos encontrado factores diversos en los que influye el funcionamiento de la red asistencial existente actualmente en Salud Mental. Es importante poder reflexionar también sobre estos elementos ya que el Hospital de Día, objeto de nuestro estudio se encuentra englobado dentro de esa red.

Con respecto a los pasos previos a la llegada de los niños al Hospital de Día encontramos dos elementos importantes a señalar en esta discusión: la necesidad de una detección precoz de los casos y la derivación de éstos, una vez detectados, de forma rápida al medio terapéutico más adecuado.

Con respecto a la detección precoz de los casos, ya hemos señalado repetidas veces a través de este trabajo la importancia de ésta. A través de nuestro estudio hemos podido constatar lo que la experiencia clínica venía señalándonos: existe un tiempo entre el comienzo de la aparición de los síntomas del trastorno psíquico en el niño y la toma de conciencia por parte de la familia de la existencia de un trastorno. De alguna forma, deben existir profesionales de distintos campos (enseñanza, medicina..) sensibles a la patología mental de la primera infancia y capaces de señalar los comienzos más precoces de la misma. De hecho encontramos como fuente de la derivación a los pediatras, psiquiatras y otros profesionales dentro del área de Salud Mental, siendo nuestros resultados semejantes a los encontrados por Kaeser y Cooper (1971) y Chung y cols.(1990) según los cuales los especialistas en psiquiatría derivan principalmente trastornos psicóticos; los pediatras y médicos generales trastornos somáticos y madurativos y la familia problemas comportamentales. Dulcan y cols (1990), al igual que otros autores (Costello, 1986;

Haggerty, 1988; Garralda y Bailey, 1986) han estudiado la función del pediatra en la detección de los trastornos psíquicos y su función como guardianes de las puertas de entrada hacia los servicios de Salud Mental. Debe existir una sensibilización en los pediatras quienes conocen bien los distintos aspectos de la evolución del niño y pueden detectar la detención y alteración de los distintos pasos evolutivos. El psiquiatra infantil debe trabajar conjuntamente con el pediatra en esta labor ya que como han mostrado ciertos estudios como el realizado por Sauvage y cols.(1989) la existencia de un Servicio de consulta psiquiátrica en un Hospital infantil permite un diagnóstico precoz así como una derivación a los medios mas adecuados.

Una vez que comienza la solicitud de asistencia sobre un niño determinado, nuestro estudio también nos ha señalado que existe un periodo de deambulaci3n por distintos elementos de la red asistencial, que en nuestra poblaci3n llega a implicar un retraso de 15 meses como media entre la primera consulta y la entrada al tratamiento. Podemos afirmar que este hallazgo seala la escasa interrelaci3n entre los distintos eslabones de la red asistencial y la necesidad de que exista un mejor conocimiento de las caracterfsticas asistenciales de cada centro a fin de actuar de la forma mas eficaz en cada caso. No podemos olvidar tampoco en este momento el hecho planteado extensamente en la literatura de que solo una minoría de los trastornos psiquiátricos llegan a ser tratados por servicios especializados

Con respecto al momento de alta del Hospital de Dfa este paso debe ser visto como el paso a otro tipo de asistencia dentro de la cadena asistencial. La patologfa mental de la primera infancia es una patologfa grave y, al igual que ocurre en todos los niveles de la Psiquiatrfa el alta respecto a una forma de tratamiento no implica la desaparici3n de la enfermedad, sino que dicho abordaje terapéutico ha cumplido sus objetivos.

Dada la edad escolar en que se encuentran los niños en este Hospital de Dfa, es fundamental la derivaci3n de cada caso al centro mas adecuado; de ahf la importancia de interrelaci3n con los centros escolares existentes en nuestro medio y el conocimiento sobre las caracterfsticas de funcionamiento que reúne cada uno, así como la existencia de una sensibilizaci3n por parte de

los profesionales de la enseñanza a la patología mental de la primera infancia. Evitaremos así los retrasos en los planes de alta que autores como Dalton (1987) han descrito que tenían lugar en sus Centros por la dificultad de encontrar el centro adecuado al que derivar al niño al alta.

No podemos sin embargo, delegar a los centros educativos aquellas tareas propias de los profesionales en Salud Mental. La red asistencial debe seguir recibiendo a aquellos niños que tras el alta de un tratamiento intensivo como es el de los Hospitales de Día, requiera abordajes terapéuticos sobre ciertas áreas específicas.

Solo el buen funcionamiento de la red asistencial en Salud Mental puede permitir la eficacia de los tratamientos que en ella se reciben. Creemos, como señalaban Hersov y Bentovim (1985) que el paso por instituciones como los Hospitales de Día suponen en el fondo, a pesar de los buenos resultados individuales obtenidos, la entrega de un pasaporte para la necesidad en el futuro de nuevos apoyos o intervenciones terapéuticas. Prueba de ello es que al realizar el estudio del periodo postalta encontramos que el grupo de "otros", al que corresponde el mejor pronóstico de nuestra población, a pesar de presentar una buena integración a nivel escolar encontramos que tienen frecuentemente dificultades en la relación con los pares, hecho que puede tener connotaciones futuras en la integración social.

Nuestro estudio nos muestra no solo la necesidad de que exista una interrelación dentro de la red asistencial en Salud Mental, sino una interrelación y un trabajo conjunto con aquellos profesionales que mas directamente se encuentran relacionados con la primera infancia: los pediatras y los maestros. Sólo así la eficacia de un medio terapéutico concreto podrá mantenerse en el tiempo.

Capítulo 7

Conclusiones

1. Respecto al tipo de pacientes tratados:

- El Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja no solo acoge a pacientes con trastornos graves: Autismo Infantil 34% y TPD 17% sino que también recibe a pacientes con trastornos conductuales y emocionales menos severos.
- La diferencia de la gravedad de los trastornos atendidos en el Hospital de Día de la Cruz Roja se refleja en los tiempos de estancia medios requeridos, correspondiendo a periodos superiores a 20 meses para los trastornos mas graves y a inferiores a los 10 meses para los mas leves.

2. El Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja es efectivo en la mejoría sintomatológica de los pacientes.

- Los síntomas conductuales de hiperkinesia, impulsividad, hipokinesia, movimientos estereotipados, autoagresiones, déficit de atención, oposicionismo, peculiaridades en la respuesta visual e inhibición retracción responden significativamente al tratamiento en el Hospital de Día.
- La alimentación caprichosa responde significativamente al tratamiento mientras que la voracidad no lo hace.

- El lenguaje mejora significativamente con el tratamiento en el Hospital de Día tanto a nivel de la comprensión como de la expresión, no haciéndolo la patología mayor del lenguaje ni los trastornos propiamente articulatorios.
- La dificultad para dormir solo y los trastornos de la motricidad gruesa y fina mejoran de forma estadísticamente significativa con el tratamiento.
- La ansiedad de separación excesiva, la ansiedad generalizada y la ausencia de ansiedad normal mejoran significativamente con el tratamiento recibido en el Hospital de Día.

3. Respecto a la eficacia terapéutica a corto y largo plazo:

- El Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja es eficaz como elemento terapéutico a corto y largo plazo. Esta efectividad en cuanto al tratamiento global del niño se manifiesta sobre todo al evaluar la capacidad de integración de los niños en los distintos tipos de centros escolares.
- Hay tanto a corto como a largo plazo dificultades en ciertas áreas que van a requerir posteriores abordajes terapéuticos. En casi la totalidad de los casos persisten las dificultades en el funcionamiento social con los pares y en la capacidad de trabajo individual.
- El grupo de "otros" presenta la mejor evolución tras el tratamiento en el Hospital de Día, frente al Autismo Infantil que presenta la peor evolución terapéutica.

4. Respecto a los factores que puedan influir en la aparición de trastornos mentales en la primera infancia:

- No encontramos factores sociofamiliares que caractericen a uno de los grupos nosológicos infantiles estudiados, sin embargo hay una tendencia a una mayor frecuencia de antecedentes mórbidos, por lo que son precisos más estudios que amplíen el número de casos para obtener conocimientos más exactos al respecto.

- El comienzo de la patología y el aspecto dismórfico diferencian estadísticamente a los autismos de las demás entidades diagnósticas.

5. Respecto a los indicadores pronósticos y criterios de efectividad:

- La edad al comienzo del tratamiento en el Hospital de Día y el tiempo de tratamiento no pueden considerarse indicadores pronósticos en sí mismos ya que no pueden estudiarse independientemente del tipo de trastorno que presenta el niño.
- Al ingreso en el Hospital de Día deben señalarse unos tiempos límites de tratamiento para cada entidad diagnóstica y así evitar el uso inadecuado de este recurso terapéutico.
- El centro escolar en el que se encuentra incorporado el niño constituye el criterio de evaluación más completo con el que contamos cuando estudiamos el tratamiento recibido en niños en estas edades.

6. Respecto al funcionamiento de la red asistencial:

- Existe un tiempo de 15 meses como media entre la primera consulta realizada dentro de la red asistencial de Salud Mental y la entrada al tratamiento en el Hospital de Día. Este hallazgo nos señala la necesidad de una correcta interrelación entre los distintos elementos de la red asistencial.
- Los pediatras y maestros tienen una tarea fundamental en la detección y derivación a tratamiento de los trastornos de la primera infancia y deben participar en la red de Salud Mental Infantil.

7. Las clasificaciones en Psiquiatría Infantil son importantes y es necesario que éstas tiendan a diferenciar los distintos cuadros nosológicos y no a agruparlos para una mejor definición de técnicas de tratamiento específico y del pronóstico evolutivo de las mismas.

Capítulo 8

Bibliografía

ADRIEN J.L. "L'examen psychologique des enfants autistiques". *Neuropsychiatrie de L'enfance*, 1988, 36, 1:9-18.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*. 1980. 3rd. Ed. Washington D.C.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)*. 1987. 3rd. Ed. Washington D.C.

ANDERSON D.R., LONG A., LEATHERS E., DENNY B. y HILLIARD D. "Documentation of change in problem behaviors among anxious and hostile-aggressive children enrolled in a therapeutic pre-school program". *Child Psych. Hum. Developm.* 1981, 11: 232- 240.

ANDERSON L. T. "Haloperidol in the treatment of infantil autism: effects on learning and behavioral symptoms". *Am. J. Psychiatry.* 1984, 141: 1195-1202.

ANSERMET F. y SORRENTINO M.G. "Ambigüité du soin et devenir du psychotique dans l'institution". *Neuropsych. L'Enf. Adolesc.* 1988, 36: 374-378.

ANTON SAIZ C. "Estudio de las psicosis infanto-juveniles a partir del cuestionario E-2 de Rimland". *Folfa Neuropsiquiátrica*, 1987, Vol. XXII, 2.

AUBIN J.P. "Reunions avec des psychotiques dans un hôpital de jour". *L'information Psychiatrique.* 1981, 57, 2) 195-207.

AUGUST G. J. "Brief report: effect of fenfluramine on behavioral, cognitive and affective disturbances in autistic children". *J. Autism. Dev. Disord.* 1985, 15: 97-107.

BAER D.M y WOLF M.M. "Recent examples of behavior modification in preschool settings". En: *Behavior modification in Clinical Psychology*, Ed C.Neuringer and Michael. New York. 1970.

BAIRD T. y AUGUST G. "Familial heterogeneity in infantile autism". *J. Autism Developm. Disord.*, 1985, 15, 3: 315-321.

BARKLEY R.A. "Predicting the reponse of hyperkinetic children to stimulant drugs: a review". *J. Abnorm. Child Psychol.* 1976, 4: 327-348.

BARTAK L. "A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. I: the children". *Brit. J. Psychiatry.* 1975, 126: 127-145. BARTAK L. y RUTTER M. "Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children". *J. Autism. Childh. Schizo.* 1976, 6: 109-120.

BEITCHMAN J.H., MURRAY C. y MINTY G. "A survey of referral problems to a psychiatric preschool program: patient characteristics and therapeutic considerations". *Can. J. Psychiatry* 1981, 26, 5: 323-328.

BEITCHMAN J.H., WEKERLE C. y HOOD J. "Diagnostic continuity from preschool to middle childhood". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1987, 26, 5: 694-699.

BEITCHMAN J.H., KRUIDENIER B. y CLEGG M. "The children's self-report rating scale: screening accuracy and predictive power reconsidered". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1987, 26, 1: 49-52.

BEITCHMAN J.H., HOOD J. y INGLIS A. "Psychiatric risk in children with speech and language disorders". *J. Abnom. Child Psychol.*, 1990, 18, 3: 283-296.

BELL-DOLAN D.J., LAST C.G. y STRAUSS C.C. "Symptoms of anxiety disorders in normal children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 5: 759-765.

BENDER L. "Childhood schizophrenia: Clinical study of one hundred schizophrenic children".

Am. J. Orthopsychiatry. 1947, 17:40-56.

BENDER L. "Childhood schizophrenia". Psychiatry. Quart. 1953, 27: 663.

BERGER F., AMOROSA H. y SCHEIMANN G. "Psychiatrische auffälligkeiten bei sprachauffälligen kindern mit und ohne minimale zerebrale dysfunktion". Z. Kinder Jugendpsychiatr, 1990, 18, 2: 71-77.

BERNARD J.L. "Multidisciplinary evaluation of preschool children and its demography in a Military Psychiatric Clinic". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1987, 26(3): 313-316.

BETTSCHART E. et al. "Prémieres expériences dans un hôpital de jour pour enfants". Rev. Suisse Praxis de médecine. 1976, 65,47: 1461-1465.

BETTSCHART W. "Quelques réflexions sur la prise en charge des parents a l'hôpital de jour pour enfants". Acta Paedopsychiatry. 1977, 43: 23-31.

BIDDER R.T., GRAY O.P. y PATES R.S. "Brief intervention therapy for behaviorally disturbed pre-school children". Child Care health Develop. 1981,7:21-30.

BIEDERMAN J. "A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls". J. Psych. Res., 1986, 20(4): 263-274.

BIEDERMAN J. KEENAN K. y FARAONE S.V. "Parent-based diagnosis of attention deficit disorder predicts a diagnosis based on teacher report". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990, 29, 5: 698-701.

BIRD H.R., GOULD M.S., RUBIO-STIPEC M., STAGHEZZA B.M. y CANINO G. "Screening for childhood psychopathology in the community using the Child Behavior Checklist". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1991, 30, 1: 116-123.

BLEANDONU G.y DESPINOY M. "Hopitaux de jour et psychiatrie dans la communaute". Ed. Payot. 1974.

BLEUER E. "Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias". International Universities Press, New York, 1952.

BLOM G. E. "A psychoeducational treatment program: Its characteristics and results". In: Report of activities of the Day Care Center of the University of Colorado Medical Center to the Commonwealth Foundation. Ed. Blom G.E. y Farley G.K. Denver. Univ. of Colorado Medical center Press. 1973.

BORNSTEIN P. y QUEVILLON R.P. "The effects of a self- instructional package with over-active pre-school boys". J. Appl. Behav. Anal. 1976, 9:179-188.

BOWEN R.C. et al. "The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: results from the Ontario Child Health Study". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990, 29, 5: 753-758.

BOWMAN E.P et al. "Day patient versus in-patient care: factors determining selection of acutely ill patients for hospital treatment". Brit. J. Psychiatry. 1983, 142: 584-587.

BRADLEY C. y BOWEN M. "Behavior characteristics of schizophrenic children". Psychiatr. Quart. 1941, 15: 296.

BRADLEY S.J., KOLERS N. y COHEN N. "Behavioral an developmental gains made in a therapeutic preschool and an integrated day care program: a pilot study". Can. J. Psychiatry 1988, 33, 6: 482-487.

BREGMAN J.D. y VOLKMAR F.R. "Autistic social dysfunction and Down syndrome". J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiatry 1988, 27, 4: 440-441.

BRESLAU N., KLEIN N. y ALLEN L. "Very low birthweight: Behavioral sequelae at nine years of age". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1988, 27, 5: 605-612.

BROFENBRENNER U. "Is early intervention effective:facts and principles of early intervention: a summary". In Early Experience: Myth and Evidence. Ed.A M. Clarke. 1976, 247-258.

BRYSON E.S., SMITH I.M. y EASTWOOD D. "Obstetrical suboptimality in autistic children". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1988, 27, 4: 418-422.

BUFFET-ARINAL Y. y MAZET P. "Psychopathologie du premier age. L'experience d'hospitalisation

dans une unité de soins psychiatriques pour jeune enfant". *Neuropsychiatry. Enf. Adolesc.* 1982, 30: 219-223.

CALDWELL B. "A decade of early intervention programs: what have we learned?" *Am. J. Orthopsychiatry*. 1974, 44: 491-496.

CAMPBELL M. "Fenfluramine treatment of autism". *J. Child Psychol. Psychiatry*. 1988, 29: 1-10.

CAMPBELL M. y SPENCER E. "Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: a review of the past five years". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1988, 27, 3: 269-279.

CAMPBELL S.B. y EWING L.J. "Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms". *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1990, 31, 6: 871-889.

CANTOR et al. "Childhood schizophrenia: Present but not accounted for". *Am. J. Psychiatry*. 1982, 139:758-762.

CANTWELL D.P. y BAKER L. "Psychiatric and behavioral characteristics of children with communication disorders". *J. Pediat. Psychol* 1980, 5: 161-178.

CANTWELL D.P. y BAKER L. "Speech and language: Development and disorders". En: *Child and Adolescent Psychiatry, Modern Approaches*, por Rutter y Hersov. Oxford: Blackwell Scientific, 1985.

CANTWELL D.P. y BAKER L. "Classification of child and adolescent psychopathology". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1988, 27, 5: 521-533.

CANTWELL D.P. y BAKER L. "Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1989, 28, 5: 691-700.

CARNEY M. et al. "Psychiatric day hospital and community". *Lancet* 1970, June: 1218-1220.

CHESS S. y ROSENBERG M. "Clinical differentiation among children with initial language complaints". *J. Aut. Childh. Schizo.* 1974, 4: 99-109.

- CHESS S. "Child and adolescent psychiatry come of age: a fifty year perspective". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1988, 27, 1: 1-7.
- CIALDELLA Ph. y MAMELLE N. "An epidemiological study of infantile autism in a French department (Rhône): A research note". *J. Child Psychol. Psychiatry*. 1989, 30, 1: 165-175.
- COHEN D.J., PAUL R. y VOLKMAR F. "Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: toward DSM-IV". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1986, 25, 2: 213-220.
- COHEN D.J., VOLKMAR F.R. y PAUL R. "Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: history and current status nosology". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1986, 25, 2: 158-61.
- COHEN N.J., BRADLEY S. y KOLERS N. "Outcome evaluation of a Therapeutic Day Treatment Program for delayed and disturbed preschoolers". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1987, 26, 5: 687-693.
- COHEN N.J., KOLERS N. y BRADLEY S. "Predictors of the outcome of treatment in a therapeutic preschool". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1987, 26, 6: 829-833.
- COHEN N.J., DAVINE M. y MELOCHE-KELLY M. "Prevalence of unsuspected language disorders in a child psychiatric population". *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1989, 28, 1: 107-111.
- COHEN P., VELEZ N., KOHN M., SCHWAB-STONE M. y JOINSON J. "Child psychiatric diagnosis by computer algorithm: theoretical issues and empirical tests". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1987, 25, 5: 631-638.
- CORBET J.A. "Mental Retardation Psychiatric aspects". In: *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches*. Ed. Rutter M. y Hersov L. Oxford: Blackwell. 1985, 661-678.
- COSTELLO E.J., COSTELLO A.J., EDELBROCK C., DULCAN M.K., BRENT D. y JANISZEWSKI S. "Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors". *Arch. Gen. Psychiatry* 1988, 45: 1107-1116.

- DENCKLA M.B. "New diagnostic criteria for autism and related behavioral disorders. Guidelines for research protocols". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1986, 25: 221-224.
- DETRE T. "The future of psychiatry". *Am. J. Psychiatry*. 1987, 144: 621-625.
- DESANCTIS S. "On some varieties of dementia praecox". Reprinted in *Modern Perspectives in international Child Psychiatry*. J. G. Howells, editor, p.590, Brunner/Mazel. New York, 1971.
- DEVLIN M. "Criteria for a day treatment type of setting". en *Criteria for the differential use of treatment setting for children with emotional disorders*. Child Welfare League of America, 1962.
- DICK P. "Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison". *Brit. J. Psychiatry*. 1985, 147: 246-250.
- DOAN R. J. y PETTI T.A. "Clinical and demographic characteristics of child and adolescent partial hospital patients". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1989, 28, 1: 66-69.
- DULCAN M.K, COSTELLO E.J., COSTELLO A.J., EDELBROCK C. BRENT D. y JANISZEWSKI S. "The pediatrician as gatekeeper to mental health care for children: Do parents' concerns open the gate?". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29,3: 453-458.
- EARLES F. "Prevalence of behavior problems in three-year-old children". *Arch. Gen. Psychiatry*. 1980, 37: 1153-1157.
- EARLES F. "Application of DSM III in an epidemiological study of preschool children". *Am. J. Psychiatry*. 1982, 139: 2: 242-3.
- EGELAND B., KALKOSKE M., GOTTESMAN N. y ERICKSON M.F. "Preschool behavior problems: Stability and factors accounting for change". *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1990, 31, 6: 891-909.
- EISENBERG L., LANDSDOWNW E.J., WILNER D.M. y IMBER S.D. "The use of teacher ratings in mental health study: a method for measuring the effectiveness of a therapeutic nursery program". *Am. J. Publ. Hlth*, 1962, 52: 18-28.

- EISENBERG L. "Mindlessness and brainlessness in psychiatry". *Br. J. Psychiatry*, 1986, 148: 497-508.
- ERHARDT D. y BAKER B.L. "The effects of behavioral parent training on families with young hiperactive children". *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 1990, 21, 2: 121-132.
- ESSER G., SCHMIDT H. y WOERNER W. "Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children: Results of a longitudinal study". *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1990, 31, 2: 243-263.
- FEIGELSON E.B. "Overview of Psychiatric Hospitalization" En Kaplan H., Freedman A.Y Sadock B. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 3rd Edition. Williams and Wilkins, 1980, 2359-2361.
- FEIN D. PENNINGTON B., MARKOWITZ P., BRAVERMAN M. y WATERHOUSE L. "Toward a neuropsychological model of infantile autism: Are the social deficits primary?". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1986, 25, 2: 198-212.
- FERRARI M. y MATTHEWS W. "Self-recognition deficits in autism: Syndrome-specific or general developmental delay?". *J. Autism Develop. Dis.*, 1983, 13(3): 317-324.
- FERRARI P. "L'intégration scolaire des jeunes enfants psychotiques en Hôpital de Jour". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1987, 35, 7: 297-302.
- FERRARI P. et al. "Intérêts et spécificité de l'Hôpital de jour pour les enfants psychotiques". *Neuropsych. L'Enf. Adolesc.* 1988, 36, 8-9: 313-316.
- FINEGAN J. y QUARRINGTON B. "Pre-peri-and neonatal factors and infantil autism". *J. Child Psychol. Psychiatry*. 1979, 20:119-128.
- FISHER W. "Markers for improvement in children with pervasive developmental disorders". *J. Ment. Def. Res.* 1988, 32: 357- 369.
- FISHER M., BARKLEY R.A., EDELBROCK C.S. y SMALLISH L. "The adolescent outcome of hiperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional and neuropsychological".

logical status". *J. Consult. Clin. Psychol.* 1990, 58, 5: 580-588.

FLEMING J.E. y OFFORD D.R. "Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 4: 571-580.

FOLSTEIN S. y RUTTER M. "Infantil autism; a genetic study of 21 twin pairs". *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1977, 18: 297- 321.

FOMBONNE E., TALAN I. y LUCAS G. "Etude d'une cohorte de 385 enfants admis a l'Hôpital de Jour de la Fondation de Rothschild". *Neuropsych. L'enf. Adolesc.* 1988, 36(8-9): 299-323.

FORNESS S.R., SINCLAIR E. y RUSSEL A.T. "Serving children with emotional or behavior disorders: Implications for educational policy". *Am. J. Orthopsychiatry*. 1984, 54, 1.

FOX R. et al. "Psychiatric day hospitals". *Lancet* 1960, 2: 377-379.

FREEMAN B.J., RITVO E.R. y SCHROTH M.A. "Behavior assessment of the syndrome of Autism: Behavior Observation System". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1984, 23, 5: 588-594.

FREUD A. "Normality and Pathology in Childhood". New York, International Universities Press, 1965.

FROMMER E.A. "A day hospital for disturbed children under five". *Lancet* 1967, 2: 377-379.

GABEL S. "Day treatment outcome with severely disturbed children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1988, 27, 4: 479-482.

GAETNER R. "Approche thérapeutique d'enfants autistes apragmatiques". *Neuropsych. L'enf. Adolesc.* 1988, 36(8-9): 335-342.

GARRALDA M.E. y BAILEY D. "Children with psychiatric disorders in primary care". *J. Child Psychol. and Psychiatry* 1986, 27: 611- 624.

GATH D. "Whither psychiatric day patients? A study of day patients in Birgmingham". *Brit. J. Psychiatry*. 1973,1:94-98.

GAUTRAY J. P. "Presence of immunoassayable beta endorphin on human amniotic fluid:

elevation in cases of fetal distress". Am. J. Obstetrics and Gynecology. 1977, 129: 211-212.

GERRALDA M.E. y BAILEY D. "Psychiatric disorders in general paediatric referrals". Arch. Dis. Child 1989, 64, 12: 1727-1733.

GILLBERG C. y SCHAUMANN H. "Infantile autism and puberty". J. Autism Develop. Disord., 1981, 11(4): 365-371.

GILLBERG C. y GILLBERG I.C. "Infantile autism: A total population study of reduced optimality in the pre-,peri, and neonatal period". J. Autism Develop. Dis., 1983, 13(2): 153-165.

GILLBERG C. y STEFFENBURG S. "Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population- based study of 46 cases followed through puberty". J. Autism Develop. Dis., 1987, 17(2): 273-287.

GILLBERG C., EHLERS S., SCAUMANN H., JAKOBSSON G. et al. "Autism under age 3 years: A clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy". J. Child Psychol. Psychiat, 1990, 31, 6: 921-934.

GITTELMAN K.R y KLEIN D.F. "Methylphenidate effects in learning disabilities. Psychometric changes". Arch. Gen. Psychiatry 1976, 33: 655-664.

GOLD J.y REISMANN J. "An outcome study of a day treatment unit school in a community mental health center". Am. J. Orthopsychiatry. 1970, 40: 286-287.

GOLDFARB W. "Receptor preferences in schizophrenic children". Arch. Neurol. Psychiatry. 1956, 76: 643-653.

GOLDFARB W. "Treatment of childhood schizophrenics". Arch. Gen. Psychiatry, 1966, 14: 119-128.

GOLDFARB W. "Growth and change of Schizophrenic children: A longitudinal study". John Wiley and sons, New York, 1974.

GOLDFARB W. "Pervasive Developmental Disorders of childhood" En Kaplan H.,Freedman

A.Y Sadock B. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 3rd Edition. Williams and Wilkins, 1980, 2527-2537.

GOODENOUGH F.L. "Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana". Buenos Aires. Paidós, 1964.

GOODMAN J.F., CECIL H.S. y BARKER W.F. "Early intervention with retarded children: some encouraging results". *Develpm. Med. Child Neurol.* 1968, 26: 47-55.

GOODMAN R. "Infantile autism: A syndrome of multiple primary deficits?". *J. Autism Dev. Disord.* 1989, 19, 3: 409-424.

GREEN S.M., LOEBER R. y LAHEY B.B. "Stability of mothers' recall of the age of onset of their child's attention and hyperactivity problems". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1991, 30, 1: 135-137.

GRIZENKO N. y SAYEGH L. "Evaluation of the effectiveness of psychodynamically oriented day treatment program for children with behaviour problems: A pilot study". *Can. J. Psychiatry* 1990, 35, 6: 519-525.

GROUP OF THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY "Psychopathological disorders in Childhood: theoretical considerations and a proposed clasification". New York:G.A.P., 1966.

GROUP OF THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY. "Psychopathological disorders in Childhood: Theoretical considerations and a proposed clasification". New York. Aronson, 1974.

GUALTIERI C.T., KORIATH U., VAN BOURGONDIEN M. y SALEEBY N. "Language disorders in children referred for psychiatric services". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1983, 22: 165-171.

GUDEMAN J.E. et al. "Four-year assessment of a day hospital inn program as an alternative to inpatient hospitalization". *Am. J. Psychiatry.* 1985, 142, 11: 1330-1333.

GUY W., GROSS M., HOGARTY G.E. y DENNIS H. "A controlled evaluation of day hospital effectiveness". *Arch. Gen. Psychiatry* 1969, 201: 329.

- HAGGERTY R.J. "Behavioral pediatrics: A time for research". *Pediatrics* 1988, 81: 179-185.
- HALPERN W.I. "Day treatment as an aid to mainstreaming troubled children". *Community Mental Health J.* 1978, 14:319- 326.
- HARPER G. "Focal inpatient treatment planning". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1989, 28, 1: 31-37.
- HARRIS S. HANDLEMAN J.S. y PALMER C. "Parents and grandparents view the autistic child". *J. Autism Develop. Dis.*, 1985, 15, 2: 127-137.
- HELLER T. "Ueber dementia infantilis". 2. Erforsch, Behand. Jugend. Schwachsinn, a. Wiss Grundl 2, 1908.
- HELLER T. "About dementia infantilis". Reprinted in *Modern perspectives in International Child Psychiatry*, J. C. Howells, editor, p. 610. Brunner/Mazel. New York, 1971.
- HERSOV L. y BENTOVIM A. "In-patient and day-hospitals units". En *Child and Adolescent Psychiatry: modern approaches*. Ed. Rutter y Hersov, 1985.
- HERTZIG M. SNOW M.E. y SHERMAN M. "Affect and cognition in autism". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1989, 28, 2: 195-199.
- HERTZIG M., SNOW M.E., NEW E. y SHAPIRO T. "DSM-III y DSM-III-R diagnosis of autism and pervasive developmental disorder in nursery school children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 1: 123-126.
- HERZ M.I., ENDICOTT J., SPITZER R.L. y MESNIKOFF A. "Day versus inpatient hospitalization: a controlled study". *Am. J. Psychiatry.* 1971, 127: 107.
- HERZ M.I., ENDICOTT J. y SPITZER R.L. "Brief hospitalization of patients with families: Initial results". *Am. J. Psychiatry* 1975, 132: 413.
- HERZ M.I., ENDICOTT J. y SPITZER R.L. "Brief versus standard hospitalization: the families". *Am. J. Psychiatry* 1976, 133: 795.
- HERZ M.I., ENDICOTT J. y SPITZER R.L. "Brief hospitalization: a two year follow-up".

Am. J. Psychiatry 1977, 132: 502.

HERZ M.I. "Short-term hospitalization and the medical model". *Hosp. Commun. Psychiatry* 1979, 39: 117.

HERZ M.I. "Partial Hospitalization, Brief Hospitalization and aftercare" En Kaplan H., Freedman A.Y Sadock B. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 3rd Edition. Williams and Wilkins, 1980, 2368-2381.

HOOKS M.Y. MAYES L.C. y VOLKMAR F.R. "Psychiatric disorders among preschool children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1988, 27, 5: 623-627.

HOULT J. "Community care for the mentally ill". *Br. J. Psychiatr.* 1986, 137-144.

HOWELLS, J.G. y Guirguis, W.R. "Childhood schizophrenia 20 years later". *Arch. Gen. Psychiatr.* 1984, 41: 123-128.

HUTT S. J. "A behavioral and electroencephalographic study of autistic children". *J. Psychiatry. Res.* 1965, 3:181- 197.

JACOBSON J.W. y ACKERMAN L.J. "Differences in adaptive functioning among people with autism or mental retardation". *J. Autism Dev. Dis.* 1990, 20, 2: 205- 219.

JACOBVITZ D. SROUFE A., STEWART M. y LEFFERT N. "Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympathomimetic drugs: A comprehensive review". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29,5: 677- 688.

JEMERIN J.M. y PHILIPS I. "Changes in inpatient child psychiatry: consequences and recommendations". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1988, 27(4): 397-403.

JENSEN P.S., TRAYLOR J., XENAKIS S.N. y DAVIS H. "Child psychopathology rating scales and interrater agreement: I. Parents' gender and psychiatric symptoms". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1988, 27, 4: 422-450.

JENSEN P.S., XENAKIS S.N., DAVIS H. y DEGROOT J. "Child psychopathology rating scales and interrater agreement: II. Child and family characteristics". *J. Am. Acad. Child*

Adolesc. Psychiatry 1988, 27, 4: 451-461.

JENSEN P.S., BLOEDAU L., DEGROOT J., USSERY T. y DAVIS H. "Children at risk: I. Risk factors and child symptomatology". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990, 29, 1: 51-59.

JENSEN P.S., BLOEDAU L. y DAVIS H. "Children at risk: II. Risk factors and clinic utilization". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990, 29, 5: 804-812.

KAESER A.C. y COOPER B. "The psychiatric out-patient, the general practitioner and the out-patient clinic; an operational study: a review". Psychol. Medicine 1971, 1: 312-325.

KANNER L. "Autistic disturbances of affective contact". Nerv. Child. 1943, 2: 217-250.

KAPLAN H., FREEDMAN A. y SADOCK B. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 3rd Edition. Williams and Wilkins, 1980.

KASHANI J.H. RAY J.S. y CARLSON G.A. "Depression and depressive-like states in preschool-age children in a child development unit". Am. J. Psychiatry 1984, 141: 1397-1402.

KASHANI J.H. y CARLSON G.A. "Major depressive disorder in a preschooler". J. Am. Child Psychiatry. 1985, 24, 4: 490-494.

KASHANI J.H. y CARLSON G.A. "Seriously depressed preschoolers". Am. J. Psychiatry. 1987, 144, 3: 348-350.

KLEIN M. "The importance of symbol formation in the development of the ego". In: Contributions to psycho-analysis. London: Hogarth Press, 1930.

KLEIN F., BOURCHARLAT R., CARTIER-BRESSON M., GRAVELEAU M. y RIBAS D. "Place de la psychanalyse dans un hopital de jour pour petits enfants psychotiques". Sem. Hop. Paris. 1983, 47,59: 3315-3326.

KLINE R.B., MALTZ A., LACHAR D., SPECTOR S. y FISCHHOFF J. "Differentiation of infantile autistic, child-onset pervasive developmental disorder, and mentally retarded children, with the personality inventory for children". J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiatry., 1987, 26,

6. 839-853

KOLVIN I. "Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification". *Br. J. Psychiatr.* 1971, 118:381.

KOURAHY R.F. GARBER J. y TORNUSCIOLO B.A. "Improving first appointment attendance rates in child psychiatry outpatient clinics". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 4: 657-660.

KRAEMER H.C. "Coping strategies in psychiatric clinical research". *J. Consult. Clinic. Psychol.* 1981, 49: 309-319.

KRISS E.B. "Prevention of rehospitalization through relapse control in a day hospital". En *Mental Patients in transition*. Ed. Greenblatt. 1961.

KRISS E.B. "Role of the day hospital in rehabilitation of mental patients". *Clin. Med.* 1963, 70. 1091-1096.

KRUESI M.J., LEHANE M. C., HIBBS E.D. y MAJOR J. "Normal controls and biological reference values in child psychiatry: Defining normal". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1990, 29, 3. 449-452.

KURITA H., MIYAKE Y. y KATSUNO K. "Reliability and validity of the Childhood Autism Rating Scale- Tokio Version (CARS-TV)". *J. Autism Dev. Disord.* 1989, 19, 3: 389-396.

LACHAL C., GENESTE J. y COUDERT A.J. "Réflexions sur le fonctionnement des hôpitaux de jour". *Neuropsych. L'enf. Adolesc.* 1988, 36 (8-9): 323-327.

LAMONT M.A. y DENNIS N.R. "Aetiology of mild mental retardation". *Arch. Dis. Child.* 1988, 63: 1032-1038.

LAZARI y DARLINGTON R. "Lasting effects of early education: a report from the consortium for longitudinal studies". *Monogr. Soc. Res. Child Developm.* 1982, 46, Serial No.195.

LA VIETES R.L. "Day treatment center and school seven years experience". *Am. J. Orthopsychiatry* 1965, 35: 160-169.

- LA VIETES R.L. "Oppositional Disorder" In *Textbook of Psychiatry*, 4ed. Kaplan H.I. y andock B.J. Baltimore: William y Wilkins, 1985.
- LECOURT M.P. "L'enfant soigné dans sa fratie". *Psychiatry. Enfant*. 1971. 1: 84-124.
- LE COUTEUR A., RUTTER M., LORD C., RIOS P., ROBERTSON S., HOLDGRAFER M. McLENNAN J. "Autism diagnostic interview: A standardized investigator-based instrument". *J. Autism Dev. Disord.* 1989, 19, 3: 363-367.
- LEMAIRE J.C. y BASQUIN M. "L'aspect thérapeutique du dispositif des groupes en Hôpital le Jour". *Neuropsych. L'enf. Adolesc.* 1988, 36(8-9): 328-331.
- LERNER J.A., THOMAS S.I., TRUPIN E.W. y DOUGLAS E. "Preschool behavior can predict future psychiatric disorders". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1985, 24: 42-48.
- LEVY D.M. "Oppositional syndromes and oppositional behaviors" In *Psychopathology of Childhood*. Ed. P. Hoch y Zubin J. New York: Grune and Stratton. 1955.
- LIVINGSTON R.L., DYKMAN R.A. y ACKERMAN P.T. "The frequency and significance of additional self-reported psychiatric diagnoses in children with Attention Deficit Disorder". *J. Abnorm. Child Psychol.* 1990, 18, 5: 465-478.
- LORD C. RUTTER M., GOODE S., HEEMSBERGEN J., JORDAN H., MAWHOOD L. y SCHOPLER E. "Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior". *J. Autism Dev. Disord.* 1989, 19, 2: 185-212.
- LORD C. y SCHOPLER E. "The role of age at assesment, developmental level, and test in the stability of intelligence scores in young autistic children". *J. Autism Dev. Disord.* 1989, 19, 4: 483-499.
- MAHLER M. "On childhood psychosis and schizophrenia: autistic and simbiotic infantile psychosis". *Psychoanal. Study Child.* 1952, 1: 286-305.
- MAHLER M. y GOSLINER B.J. "On simbiotic child psychosis: genetic, dynamic and restitutive aspects". *Psychoanal. Study Child.* 1955, 10: 195.

- MAHLER M. et al. "The psychological birth of the infant". New York: Basic Books. 1965.
- MALMQUIST C.P. "Major depression in childhood: why don't we know more?". *Am. J. Orthopsych.* 1983, 53(2): 262-268.
- MANZANO J. y PALACIO F. "Estudio sobre la psicosis infantil". Ed. Cient-médica 1987.
- MARCHI M. y COHEN P. "Early childhood eating behaviors and adolescent disorders". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 1: 112-117.
- MARKOWITZ P. "Autism in a child with congenital cytomegalovirus infection". *J. Autism Develop. Dis.*, 1983, 13, 3: 249-253.
- MARMOR J. "Systems thinking in psychiatry: some theoretical and clinical implications". *Am. J. Psychiatry*. 1983, 146: 833-838.
- MARTINI D.R. STRAYHORN J.M. y PUIG-ANTICH J. "A symptom self-report measure for preschool children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 4: 594-600.
- McGEE R., PARTRIDGE F., WILLIAMS S. y SILVA P.A. "A twelve-year follow-up of preschool hyperactive children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1991, 30, 2: 224-232.
- McGRATH G. y TANTAM D. "Long-stay patients in a psychiatric day hospital". *Brit. J. Psychiatry*. 1987, 150:836-840.
- MELTZOFF J. y BLUMENTHAL R.L. "The day treatment center. Principles application and evaluation". Charles C. Thomas Springfield. Ill, 1966.
- MENNINGER et al. "The vital balance: The life process in Mental Health and Illness". New York: The Viking Press, 1963.
- MESIBOV G. B., SCHOPLER E., SCHAFFER B. y MICHAL N. "Use of the childhood autism rating scale with autistic adolescents and adults". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1989, 28, 4: 538-541.
- MINTON J. "Cognitive assessment of siblings of autistic children". *J. Am. Acad. Child Psychiatry*. 1982, 21: 256-61

MISES R. FORTINEAU J., JEAMMET P., MAZET P., PLANTADE A., QUEMADA N. y LANG J.L. "Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: Présentation générale et mode d'utilisation". C.T.N.E.R.H.I., 1990.

MISES R. "Observation d'un enfant autiste suivi en Hôpital de jour". Neuropsych. L'enf. Adolesc. 1986, 34(7): 297-306.

MITCHELL W.S., ROTHWELL B. y BURTENSHAW W. "Mothers and they disturbed preschool children: an intervention study". Child Care Hlth. Develpm. 1975, 1: 389-396.

MORANDE G. "Psiquiatría de enlace en el Hospital Infantil. la tarea del clínico como consultor". Jornadas sobre infancia y adolescencia. AEPP/A. Madrid, Marzo 1983.

MORANDE G. y PERAL M. "El paradigma autista. Una hipótesis de trabajo y una aproximación terapéutica". Estudios de psicología 1983, 13: 79-84.

MORANDE G. "El niño autista. Su rehabilitación." Congreso Ibero-Americano de rehabilitación. Madrid, junio 1984.

MORANDE G., PERAL M. y DIAZ C. "La familia como elemento válido en el tratamiento del autismo infantil". Ponencia, II Simposium Nacional de Autismo. Castellón. Edit. El Cau. 1985: 83-105.

MORGAN S.B. "The autistic child and family functioning: a developmental family systems perspective". J. Aut. Develop. Dis. 1988, 18(2): 263-280.

MORGAN S.B., CUTRER S., COPLIN J.W. y RODRIGUE J.R. "Do autistic children differ from retarded and normal children in Piagetian sensorimotor functioning?" J. Child Psychol. Psychiat 1989, 30, 6: 857-864.

MORRICE J.K.W. "A day hospital's function in the mental health service". Brit. J. Psychiatry 1973, 122: 307-314.

MOSCOWITZ I.S. "The effectiveness of day hospital treatment: a review". J. Commun. Psychol. 1980, 8: 155-164.

NAKOV A. "Une structure de prise en charge de très jeunes enfants a temps partiel: quelques raisons pour être optimiste". *Neuropsych. L'enf. Adolesc.* 1988, 36(8-9): 304-312.

NURCOMBE B. "Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1989, 28, 1: 26-30.

OFFORD D.R. BOYLE M. y RACINE Y. "Ontario Child Health Study: Correlates of Disorder". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1989, 28, 6: 856-860.

ORNITZ E. y RITVO E. R. "Perceptual inconstancy in early infantile autism". *Arch. Gen. Psychiatry.* 1968, 18: 76-98.

OZONOFF S., PENNINGTON B.F. y ROGERS S.J. "Are there emotion perception deficits in young autistic children?". *J. Child Psychol. Psychiatry* 1990, 31, 3: 343-361.

PARKS S. "The assessment of autistic children: A selective review of available instruments". *J. Autism Develop. Dis.*, 1983, 13(3): 255-267.

PARRY-JONES W.L.L. "Annotation: The history of child and adolescent psychiatry: Its present day relevance". *J. Child Psychol. Psychiatry.* 1989, 30, 1: 3-11.

PAUL R. "A longitudinal study of patients with severe developmental disorders of language learning". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1983, 22: 525-534.

PERAL M. "Hacia una clasificación de los trastornos emocionales severos de la Primera Infancia". *Jornadas Internacionales de Avances en Psicología y Psiquiatría Infantil*. Madrid, marzo 1986.

PERAL M., García-Bernardo E, Alcamí M y Gijón P. "Trastornos borderline en la infancia. Una aproximación psicogenética y clínica". *Jornadas Internacionales de Avances en Psicología y Psiquiatría Infantil*. Madrid, marzo 1986.

PERAL M. y DIAZ C. "Hospital de Día Infantil" *XI Jornadas de Psiquiatría Social*. Río de Janeiro, 1986.

PERAL M., DIAZ C., DIAZ G., GARCIA M. y RAMIREZ C. "El Hospital de Día Infantil del

Hospital Central de la Cruz Roja". Jornadas estatales de Hospitales de Día y centros de Día, Barcelona, 1988.

PERRY A. y FACTOR D.C. "Psychometric validity and clinical usefulness of the Vineland Adaptive Behavior Scales and the AAMD Adaptive Behavior Scale for an autistic sample". *J. Autism Dev. Disord.* 1989, 19, 1: 41-55.

PETTI T.A. y VELA R.M. "Borderline disorders of childhood: An overview". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 3: 327-337.

PETTY L. "Autistic children who become schizophrenic". *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1984, 41: 129-135.

PFEIFFER S.I. and STRZELECKI B.A. "Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1990, 29, 6: 847-853.

PIVEN J.M., GAYLE J., CHASE G.A., FINK B. et al. "A family history study of neuropsychiatric disorders in the adult siblings of autistic individuals". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 2: 177-183.

PLATT D.P. "Caution and conservatism in the use of a psychiatric day hospital: evidence from a research project that failed". *Psychiatry. Research* 1980, 3: 123-132.

POMEROY J.C. SPRAFKIN J. y GADOW K.D. "Minor physical anomalies as a biologic marker for behavior disorders". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1988, 27, 4: 466-473.

POTTER H.W. "Schizophrenia in children". *Am. J. Psychiatry.* 1933, 12: 1253.

PRENTICE-DUNN S., WILSON D.R. y LYMAN R.D. "Client factors related to outcome in a residential and day treatment program for children". *J. Clin. Child Psychol.* 1981, 10: 188-191.

RAE-GRANT N. "Primary prevention: implications for the child psychiatrist". *Can. J. Psychiatry.* 1988, 33(6): 433-442.

RAE-GRANT N., THOMAS H., OFFORD D. y BOYLE M.H. "Risk, protective factors, and

the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1989, 28, 2: 262-268.

RANK B. "Adaptation of the psychoanalytic technique for the treatment of young children with atypical development". *Am. J. Orthopsychiatry* 1949, 19: 130.

READER L. "Pre-school intervention programmes". *Child Care Hlth. Developm.* 1984, 10: 237-251.

REEVES C.J., WERRY J.S., ELKIND G.S. y ZAMETKIN A. "Attention Deficit, Conduct, Oppositional, and Anxiety disorders in children: II. Clinical Characteristics". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1987, 26, 2: 144-155.

REISS a.L. y FREUND L. "Fragile X syndrome, DSM-III-R, and autism". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 6: 885- 891.

RESCORLA L.A. "Preschool psychiatric disorders: diagnostic clasification and symptom patterns". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1986, 25, 2: 162-9.

REY J.M., BASHIR M.R., SCHWARZ M., RICHARDS I.N., PLAPP J.M. y STEWART G.W. "Oppositional disorder: Fact or fiction?". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1988, 27, 2: 157-162.

RICHER S. "Evolution de 25 enfants perturbés traités en soins intensifs de jour". *La Psychiatrie.L'Enfant* 1977, VolXX: 433-470.

RICKEL A.V., SMITH R.L. y SHARP K.C. "Description and evaluation of a preventive mental health program for preschoolers". *J. Abnorm. Child Psychol.* 1979, 7: 101-112.

RICHMAN M. "Behavior problems in pre-school children: family and social factors". *Brit. J. Psychiatry*. 1977, 131: 523-527.

RICHMAN M., GRAHAM P. y STEVENSON J. "Long-term effects of treatment in a pre-school day center". *Brit. J. Psychiatry* 1983, 142: 71-77.

RIDDLE M. A. "Research on a children's psychiatric inpatient service". *J. Am. Acad. Child*

Adolesc. Psychiatry. 1989, 28, 1: 42-46.

RIE H.E. et al. "Effects of methylphenidate on underachieving children". J. Consult. Clin. Psychol. 1976, 44: 250-260.

RIMLAND B. "Diagnostic checklist form E2: a replay to Parks". J. Autism and Dev. Dis. 1984, 17: 457-468.

RITVO E. R. y PROVENCE S. "Form perception and imitation in some autistic children: diagnostic findings and the contextual interpretation". Psychoanal. Study Child. 1953, 8: 155-161.

RITVO E.R. "Evaluation of treatment for autistic children and their parents". J. Am. Acad. Child Psychiatry. 1983, 22, 549-558.

ROGERS S. y LEWIS H. "An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1989, 28(2):207-214.

ROGERS S. y DiLALLA D.L. "Age of symptom onset in young children with pervasive developmental disorders". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990, 29, 6: 863-872.

RUBIN S.S. "Expressive language deficits in preschool children and faulty development of the self". Am. J. Orthopsychiatry. 1982, 52(1): 58-64.

RUBINSTEIN R.A. y BROWN R.T. "An evaluation of the validity of the diagnostic category of attention deficit disorder". Am. J. Orthopsychiatry 1984, 54(3): 398-414.

RUBIO-STIPEC M., BIRD H., CANINO G. y GOULD M. "The internal consistency and concurrent validity of a Spanish translation of the Child Behavior Checklist". J. Abnorm. Child Psychol., 1990, 18, 4: 393-406.

RUNCO M.A. y SCHREIBMAN L. "Brief report: socially validating behavioral objectives in the treatment of autistic children". J. Autism Develop. Dis., 1987, 17(1): 141-147.

RUTTER M. y LOCKYER L. "A five to fifteen-year follow-up study of infantile psychosis. I: description of sample". Brit. J. Psychiatry. 1967, 113: 1169-1182.

- RUTTER M. "Prevention of children's psychosocial disorders: myth and substance". *Pediatrics*. 70: 833-894.
- RUTTER M. "Childhood schizophrenia reconsidered". *J. Autism. Child Schizo.* 1972, 2:315.
- RUTTER M. "Cognitive deficits in the pathogenesis of autism". *J. Child Psychol. Psychiatry*. 1983, 24: 513-531.
- RUTTER M. "Infantile autism and other pervasive developmental disorders". In M.Rutter and Hersov L.(Eds.), *Child adolescent Psychiatry: modern approaches*. Oxford:Blackwell Scientific. 1985: 545-564.
- RUTTER M. y SHAFER D. "DSM III: A step forward or back in terms of the classification of child psychiatric disorders?". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1980, 19: 371-394.
- RUTTER M. y SCHOPLER E. "Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues". *J. Autism Dev. Disord*, 1987, 17, 2: 159-186.
- RUTTER M. "Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1989, 28, 5:633-653.
- SADOU L. P. "Un centre pour enfants psychotiques". *L'information Psychiatrique*. 1979, 55(4): 389-391.
- SAHLEY T y PANKSEPP J. "Brain opioids and autism: an updated analysis of possible linkages". *J. Autism Dev. Disord*, 1987, 17, 2: 201-216.
- SANDBERG D.E., MEYER-BAHLBURG H.F.L. y YAGER T.J. "The Child Behavior Checklist nonclinical standardization samples: Should they be utilized as norms?". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1991, 30, 1: 124-134.
- SAUVAGE D. "Autisme du nourrisson et du jeune enfant (0-3 ans): Signes précoces et diagnostique". *Rapport de Psychiatrie*. Masson 1984.
- SAUVAGE D., HAMEURY L., PERROT A. et al. "Psychiatrie de consultation-liaison à l'hôpital pédiatrique: définitions, nomenclature, perspectives". *Arch. Fr. Pédiatr.* 1989, 46, 8:

559- 565.

SCHACHAR R. and WACHSMUTH R. "Oppositional disorder in children: A validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children". J. Child Psychol. Psychiatry 1990, 31, 7: 1089-1102.

SCHOPLER E. "Early infantile autism and receptor processes". Arch. Gen. Psychiatry. 1965, 13: 327-333.

SCHOPLER E., REICHLER R.J., DeVELLIS R.F. y DALY K. "Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)". J. Autism Dev. Disord. 1980, 10, 1: 91-103.

SCHOPLER E. y HENNIKE J.M. "Past and present trends in residential treatment". J. Autism Dev. Disord, 1990, 20, 3: 291-297.

SCOTT D.W. "Asperger's syndrome and non-verbal communication: a pilot study". Psych. Medic. 1985, 15, 683-687.

SEIFER R., NURCOMBE B., SCIOLI A. y GRAPENTINE L. "Is major depressive disorder in childhood a distinct diagnostic entity?". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1989, 28, 6: 935-941.

SHAFFER D., GOULD M.S., BRASIC J., AMBROSINI P., FISHER P., BIRD H. y ALUWAHLIA S. "A children's global assessment scale (CGAS)". Arch. Gen. Psychiatry. 1983, 40: 1228-31.

SHAFFER D., CAMPBELL M., CANTWELL D., BRADLEY S., CARLSON G., COHEN D., DENCKLA M. et al. "Child and adolescent psychiatric disorders in DSM-IV: Issues facing the work group". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1989, 28, 6: 830-835.

SHAFFER D., GOULD M., RUTTER M. y STURGE C. "Reliability and validity of a psychosocial axis in patients with child psychiatric disorder". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1991, 30, 1: 109-115.

SHAPIRO T., SHERMAN M., CALAMARI G. y KOCH D. "Attachment in autism and other

- developmental disorders". *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry* 1987, 26, 4: 480-4.
- SHORT A.B. y SCHOPLER E. "Factors relating to age of onset of autism". *J. Aut. Develop. Dis.* 1988, 18(2): 207-216.
- SIEGEL B., VUKICEVIC J., ELLIOTT G. R. y KRAEMER H.C. "The use of signal detection theory to assess DSM-III-R criteria for autistic disorder". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989, 28, 4: 542-548.
- SIEGEL S. y CASTELLAN N.J. *Nonparametric statistics for the behavioral Sciences*. 2nd ed. McGraw Hill International Editions. 1989.
- SIGMAN M. y UNGERER J. A. "Sensorimotor skills and language comprehension in autistic children". *J. Abnorm. Child Psychol.* 1981, 9: 149-165.
- SIGMAN M. y MUNDY P. "Social attachments in autistic children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1989, 28, 1: 74-81.
- SMALLPEICE V. "Children as day patients". *Lancet* 1958, Dec: 1366- 1367.
- SMITH S.y CROSSE E. "Review of 1000 patients treated at a psychiatric day hospital". *Int. J. Soc. Psychiatry*. 1957, 2: 292. -
- SNOW M.E., HERTZIG M.E. y SHAPIRO T. "Rate of development in young autistic children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1987, 26, 6: 834-835.
- SOLANTO M.V. "Neuropharmacological basis of stimulant drug action in deficit disorder with hyperactivity: a review and syntesis". *Psychol. Bull* 1984, 95: 387-409.
- SOLOMON P., GORDON B. y DAVIS J. "Differentiting psychiatric readmissions from non-readmissions. *Am. J. Orthopsych.* 1984, 54(3): 426-435.
- SPITZER R.L., DAVIES M. y BARKLEY R.A. "The DSM-III-R field trial of disruptive behavior disorders". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1990, 29, 5: 690-697.
- SPITZER R.L. y SIEGEL B. "The DSM-III-R field trial of pervasive developmental disorders". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 6: 855-862.

SROUFE L.A. y STEWART M.A. "Treating problem children with stimulant drugs". *N. Engl. J. Med.* 1973, 289: 407-413.

STEIN I. y TESTM. A. "Alternative to mental hospital treatment: 1. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation" *Arch.Gen.Psychiatry.* 1980, 37: 392-397.

STEINHAUER P.D. "The preventive utilization of foster care". *Can. J. Psychiatry.* 1988, 33: 459-467.

STEVENSON J. y RICHMANN N. "Behavior, language and development in three years old children" *J. Aut. Child. Schizo.* 1978, 8: 299- 313.

STONE W.L. y LEMANEK K.L. "Parental report of social behaviors in autistic preschoolers". *J. Autism Dev. Disord.* 1990, 20,4: 513- 521.

STRAYHORN J.M. y WEIDMAN C.S. "A parent practices scale and its relation to parent and child mental health". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1988, 27, 5: 613-618.

STRAYHORN J.M. y WEIDMAN C.S. "Follow-up one year after parent- child interaction training: Effects on behavior of preschool children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1991, 30, 1: 138-143.

SWAN W.W y WOOD M.M. "Making decisions about treatment" In *Developmental Therapy.* Ed M.M. Wood. Baltimore. 1976.

SZATMARI P., BARTOLUCCI G., BREMMER R., BOND S. y RICH S. "A follow-up study of high-functioning autistic children". *J. Autism Dev. Disord.* 1989, 19, 2: 213- 225.

SZATMARI P. TUFF L., FYNLAYSON M.A. y BARTOLUCCI G. "Asperger's Syndrome and Autism: Neurocognitive aspects". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1990, 29, 1: 130-136.

TAUSSIG H. "Bradley day hospital for children". *Věme Congress de l'Union Européene des pedo-psychiatres.*

TAYLOR R. "Syndromes of overactivity and attention deficit". In: *Child and Adolescent Psychiatric: Modern Approaches.* Ed. por Rutter M. y Hersov L. Oxford: Blackwell Scientific.

1985: 424-443.

THOMSEN P.H. "The prognosis in early adulthood of child psychiatric patients: A case register study in Denmark. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990, 81, 1: 89-93.

TJOSSEM T.J. *Intervention strategies for high risk infants and young children.* Baltimore. 1976.

TRAMONTANA M.G., HOOPER S.R., CURLEY A.D., y NARDOLILLO E.M. "Determinants of academic achievement in children with psychiatric disorders". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 2: 265-268.

TSAI L.Y., TSAI M.C. y AUGUST G.J. "Brief report: Implication of EEG diagnoses in the subclassification of infantile autism". *J. Autism Develop. Dis.*, 1985, 15(3): 339-344.

TUSTIN F. "Autismo y psicosis infantiles". Ed. Paidós. 1977.

TYRER P.J. y REMINGTON M. "Controlled comparison of day hospital and outpatient treatment for neurotic disorders". *Lancet* 1979, 1: 714-716.

VAN BOURGONDIEEN M.E. and SCHOPLER E. "Critical issues in the residential care of people with autism". *J. Autism Dev. Disord*, 1990, 20, 3: 391-399.

VARLEY C.K. y HOLM V.A. "A two-year follow-up of autistic children treated with fenfluramina". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 1: 137-140.

VAUGHAN W.T. "The disordered development of day care in psychiatry". *Health Trends* 1983, 15: 91-94.

VAUGHAN W.T. y DAVIS F.E. "Day hospital programming in a psychiatric hospital for children". *Am. J. Orthopsychiatry* 33: 542-544.

VAUGHAN P.J. "Developments in psychiatric day care". *Brit. J. Psychiatry.* 1985, 147: 1-4.

VELEZ C. N., JOHNSON J. y COHEN P. "A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989, 28, 6: 861-864.

VERHULST F.C., KOOT H.M. y BERDEN G.F. "Four-year follow-up of an epidemiological

sample". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990, 29, 3:440- 448.

VITALE J. y STEINBACH M. "The prevention of relapse of chronic mental patients". Int. J. Soc. Psychiatry 1965, 10: 85-95.

VOLKMAR F.R., COHEN D.J. y PAUL R. "An evaluation of DSM III criteria for infantile autism". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1986, 25, 2: 190-7.

VOLKMAR F.R. et al. "DSM-III and DSM-III-R diagnosis of Autism". Am. J. Psychiatry 1988, 145: 1404-1408.

VOLKMAR F.R., COHEN D.J., BREGMAN J.D., HOOKS M.Y. y STEVENSON J.M. "An examination of social typologies in autism". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1989, 28, 1: 82-86.

VOLKMAR F. R. y NELSON D.S. "Seizure disorders in Autism". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990, 29, 1: 127-129.

WASHBURN S. "A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization". J. Constl. Clin. Psychol. 1976, 44: 665.

WENAR C., RUTTENBERG B.A., KALISH-WEIS B. y WOLF E.G. "The development of normal and autistic children: a comparative study". J. Autis. Dev. Dis. 1986, 16(3): 317-333.

WERRY J. REEVES J.C. y ELKIND G.S. "Attention deficit, Conduct, Oppositional and Anxiety disorders in children: I. A review of research on differentiating Characteristics". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1987, 26, 2: 133-143.

WERRY J. y WOLLERSHEIM J. "Behavior therapy with children and adolescents: a twenty-year overview". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1989, 28, 1: 1-18.

WILDER J. et al. "A two year follow-up evaluation of acute psychiatric patients treated in a day hospital". Am. J. Psychiatry. 1966, 122: 1095.

WILKINSON G. "Day care for patients with psychiatric disorders". Brit. Med. J. 1984, 288: 1710-1711.

WING L. "Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation". *J. Autism. Dev. Disord.* 1981, 11: 31-44.

WOLFF S. y CHICK J. "Schizoid personality in childhood: A controlled follow up study". *Psychol. Medicine* 1980, 10: 85- 100.

WOLKIND S.y RUTTER M."Children who have been "in care",an epidemiological study". *J. Psychol. Psychiatry.* 1973, 14: 97-105.

WOOLLACOT S., GRAHAM P. y STEVENSON J. "A controlled evaluation of the therapeutic effectiveness of a psychiatric day center for pre-school children". *Brit. J. Psychiatry* 1978, 132: 349-355.

WOOLLACOT et al. "Long-term effects of treatment in a pre- school day center". *Brit. J. Psychiatry* 1983, 142: 71-77.

WOOLSTON J.L. "Transactional risk model for short and intermediate term psychiatric inpatient treatment of children". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1989, 28, 1: 38-41.

WULFF S. "The symbolic and object play of children with autism: a review". *J. Autism Developm. Dis.* 1985, 15 (2): 139-147.

YOUNG J.G. et al. "Research on the clinical interview". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*, 1987, 26, 5: 613-620.

ZEANAH C.H. et al. "Implications of research on infant development for psychodynamic theory and practice". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1989, 28, 5: 657-668.

ZIMET S.G. et al. "Behavior and personality changes in emotionally disturbed children in a psychoeducational day treatment center". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1980, 19: 240- 256.

ZIMET S.G. y FARLEY G.K. "Day treatment for children in the U.S.". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1985, 24: 732- 738.

ZIMET S.G. y FARLEY G.K. "How do emotionally disturbed children report their competen-

cies and self-worth?". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1987, 26, 1: 33-38.

ZWERLING I,y WILDER J.F. "An evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients". Isr. Ann. Psychiatry. 1964: 162.

Apéndice A

Variables utilizadas en el estudio

- Mes de entrada al tratamiento en el Hospital de Día Infantil

TIPO: Entera CLASES: 1 a 12

- Año de entrada al tratamiento en el Hospital de Día Infantil

TIPO: Entera CLASES: 1982 a 1987

- Sexo TIPO: Categórica CLASES:

1. niño

2. niña

- Mes de nacimiento TIPO: Entera CLASES: 1 a 12

- Año de nacimiento TIPO: Entera

- Día de nacimiento TIPO: Entera CLASES: 1 a 31

- Edad al comienzo del tratamiento en el Hospital de Día Infantil, expresado en meses TIPO: Contínua

- Fuente de la derivación del caso al Servicio de Psiquiatría Infantil de la Cruz Roja TIPO: Categórica CLASES:

1. Familia
 2. Amigo-vecino
 3. Médico de cabecera, Pediatra general
 4. Psiquiatra de ambulatorio u otro Hospital
 5. Asistente social
 6. Colegio, Centro Educativo
 7. Interconsulta hospitalaria (Pediatra u otros servicios)
 8. Otro profesional (equipo multiprofesional, centro diagnóstico, psicólogo...)
 9. No información
- Motivo de consulta TIPO: Categórica CLASES:
 1. Problemas madurativos del desarrollo
 2. Trastorno de conducta
 3. Trastornos psíquicos y emocionales
 4. Dificultades escolares
 5. Somatizaciones
 6. Otros
 7. Falta de información
 - Existencia de alimentación caprichosa, opositora, restringida. TIPO: Categórica CLASES:
 1. No existe
 2. Moderada
 3. Grave
 - Existencia de voracidad TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe

2. Moderada

3. Grave

• Existencia de insomnio TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Existencia de hipersomnia TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Existencia de dificultad para dormir solo TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Ausencia de lenguaje expresivo TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Existencia de retraso en el desarrollo del lenguaje expresivo TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Existencia de inmadurez o trastorno en la articulación del lenguaje TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Existencia de ecolalias (diferidas, inmediatas) TIPO: Categórica CLASES:

1. No existen

2. Existen

3. No valorable

• Existencia de inversión pronominal TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe

2. Existe

3. No valorable

• Existencia de neologismos TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe

2. Existe

3. No valorable

• Existencia de lenguaje desorganizado, confusional (desorganizado morfológicamente o en cuanto a contenido) TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe

2. Existe

3. No valorable

• Ausencia total de comprensión del lenguaje TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

- Existencia de retraso en el nivel de comprensión del lenguaje

TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe
2. Existe

- Existencia de trastorno en la motricidad gruesa TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe
2. Moderado: torpeza, rigidez o hipotonía excesiva
3. Grave

- Existencia de trastorno en la motricidad fina TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe
2. Moderado
3. Grave

- Existencia de hiperkinesia TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe
2. Moderada
3. Grave

- Existencia de impulsividad TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe
2. Moderada
3. Grave

- Existencia de hipokinesia TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe
 2. Moderada
 3. Grave
- Existencia de movimientos estereotipados repetitivos o masturbación TIPO: Categórica CLASES:
 1. No existen
 2. Cara, cabeza y movimientos del cuello
 3. Manierismos de manos y dedos
 4. De todo el cuerpo
 5. Masturbación
 6. Varios tipos
 - Existencia de autoagresiones TIPO: Categórica CLASES:
 1. No existen
 2. Moderadas
 3. Graves (motivo de abordaje terapéutico)
 - Existencia de déficit de atención TIPO: Categórica CLASES:
 1. No existe
 2. Moderado
 3. Grave
 - Existencia de oposicionismo TIPO: Categórica CLASES:
 1. No existe

2. Moderado

3. Grave

- Ausencia de signos de ansiedad normal TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

- Existencia de ansiedad de separación excesiva TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

- Existencia de ansiedad generalizada TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

- Existencia de rituales, fenómenos obsesivos TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

- Utilización de objeto autista TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

- Existencia de peculiaridades en la respuesta visual TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

- Existencia de peculiaridades en la respuesta auditiva TIPO: Dicotómica CLASES:
 1. No existe
 2. Existe
- Existencia de respuesta de receptores de proximidad (exploración táctil y oral, chupeteo, frote de objetos...) TIPO: Dicotómica CLASES:
 1. No existe
 2. Existe
- Existencia de inhibición retracción TIPO: Categórica CLASES:
 1. No existe
 2. Moderada (*esporádica, ante determinadas situaciones*)
 3. Grave (*masiva, permanente*)
- Existencia de reacciones emocionales inmotivadas TIPO: Categórica CLASES:
 1. No existen
 2. Llanto inmotivado
 3. Risa inmotivada
 4. Ataque de ira inmotivado
 5. Varios de los anteriores
- Cociente de desarrollo o Cociente Intelectual TIPO: Contfnuma
- Test empleado TIPO: Categórica CLASES:
 1. No testable
 2. Brunet-Lezine/Bayley

3. Terman

4. WIPPSI

5. WISC

• Existencia de aspecto dismórfico TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe

2. Moderado

3. Grave

• Antecedentes mórbidos personales TIPO: Categórica CLASES:

1. No existen

2. Hospitalización perinatal

3. Intervención quirúrgica

4. Hospitalización no quirúrgica

5. Accidentes

6. Crisis convulsivas

7. Frecuencia alta de enfermedades

8. Varias de las anteriores

• Antecedentes de hipoestimulación TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existen

2. Existen

• Edad en el primer contacto con Servicios de Salud Mental (expresado en meses) TIPO:

Continúa

- **Antecedentes asistenciales psiquiátricos de consulta TIPO: Dicotómica CLASES:**
 1. No existen
 2. Existen

- **Tratamiento farmacológico psiquiátrico previo al ingreso en el Hospital de Día Infantil TIPO: Dicotómica CLASES:**
 1. No existe
 2. Existe

- **Tratamiento psiquiátrico no farmacológico previo al ingreso en el Hospital de Día TIPO: Dicotómica CLASES:**
 1. No existe
 2. Existe

- **Comienzo de la patología TIPO: Categórica CLASES:**
 1. Comienzo en infancia temprana (no existe periodo de desarrollo normal)
 2. Comienzo tras un periodo dudoso de desarrollo normal
 3. Comienzo tras un periodo de desarrollo normal

- **Nivel socio-económico TIPO: Categórica CLASES:**
 1. Bajo
 2. Medio-bajo
 3. Medio-medio
 4. Medio-alto
 5. Alto

- **Edad de la madre TIPO:** Contínua
- **Profesión de la madre TIPO:** Categórica **CLASES:**
 1. Labores domésticas
 2. Profesión liberal
 3. Empresario autónomo
 4. Funcionario
 5. Empleado
 6. Empleado o funcionario directivo
 7. Profesional o técnico de grado medio
 8. Obrero
 9. Otros (estudiante...)
- **Actividad de la madre TIPO:** Categórica **CLASES:**
 1. Trabaja
 2. Ama de casa
 3. Paro 1
 4. Paro 2
 5. Jubilado
- **Antecedentes psiquiátricos de la madre TIPO:** Categórica **CLASES:**
 1. Falta de información o información no utilizable
 2. No existen
 3. Leves

4. Moderados o graves

- **Estudios de la madre TIPO: Categórica CLASES:**

1. Falta de información o información no utilizable
2. Primarios
3. Secundarios
4. Superiores

- **Embarazo o parto con factores de riesgo orgánicos**

TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No
2. Sí

- **Embarazo o parto con factores de riesgo emocionales TIPO: Dicotómica CLASES:**

1. No
2. Sí

- **Edad del padre TIPO: Contínua**

- **Profesión del padre TIPO: Categórica CLASES:**

1. Falta de información o información no utilizable
2. Profesión liberal
3. Empresario autónomo
4. Funcionario
5. Empleado
6. Empleado o funcionario directivo

7. Estudio profesional o técnico de grado medio
 8. Obrero
 9. Obrero cualificado
 10. Otros
- Antecedentes psiquiátricos del padre TIPO: Categórica CLASES:
 1. Falta de información o información no utilizable
 2. No existen
 3. Leves
 4. Moderados o graves
 - Actividad del padre TIPO: Categórica CLASES:
 1. Trabaja
 2. Paro 1
 3. Paro 2
 4. Jubilado
 - Número de hermanos (sin incluir el paciente) TIPO: Entera
 - Lugar que ocupa entre los hermanos TIPO: Entera
 - Patología psiquiátrica de los hermanos TIPO: Dicotómica CLASES:
 1. No existe
 2. Existe
 - Tipo de familia TIPO: Categórica CLASES:
 1. Nuclear (ambos padres)

2. Seminuclear (falta alguno de los padres por separación)
 3. Incompleta (defunción de alguno de los padres)
 4. Amplia (abuelos u otros familiares en el medio familiar)
 5. No vive con sus dos padres naturales
 6. Seminuclear y amplia
- Eje I DSM III. 1 Diagnóstico TIPO: Categórica CLASES:
 1. Autismo Infantil
 2. Trastorno Profundo del Desarrollo de Inicio Infantil
 3. Retraso Mental
 4. Trastorno por Déficit de Atención
 5. Trastorno por Angustia de Separación
 6. Negativismo
 7. Depresión
 8. Código V
 - Eje I DSM III. 2 Diagnóstico TIPO: Categórica CLASES:
 1. Retraso Mental
 2. Trastorno por Déficit de Atención
 3. Negativismo
 4. Mutismo Selectivo
 - Eje I DSM III. 3 Diagnóstico TIPO: Categórica

- Eje II DSM III. Trastornos Específicos del Desarrollo
- Eje III DSM III
- Eje IV DSM III. Intensidad del stress psicosocial TIPO: Categórica CLASES:
 1. Ninguno
 2. Mfimo
 3. Leve
 4. Moderado
 5. Intenso
 6. Extremo
 7. Catastrfico
- Tiempo de asistencia al Hospital de Dfa Infantil (en meses, sin incluir los meses de verano)
TIPO: Continua
- Mes del alta del Hospital de Dfa Infantil TIPO: Entera
- Afo del alta del Hospital de Dfa TIPO: Entera
- Tipo de centro escolar al que es remitido el nio al alta del
Hospital de Dfa Infantil TIPO: Categrica CLASES:
 1. Colegio normal
 2. Colegio normal con integracin
 3. Colegio para nios lmite
 4. Centro teraputico emocional
 5. Colegio de educacin especial

6. En tratamiento en el Hospital de Día
- Tipo de centro escolar al que asiste el niño en el momento de realización del estudio del periodo postalta del Hospital de Día Infantil TIPO: Categórica CLASES:
 1. Colegio normal
 2. Colegio normal con integración
 3. Colegio para niños límite
 4. Centro terapéutico emocional
 5. Colegio de educación especial
 6. No se encuentra escolarizado
 - Asistencia anterior a otro tipo de centro escolar durante el periodo de alta del Hospital de Día TIPO: Dicotómica CLASES:
 1. No
 2. Sí
 - Motivo del cambio del centro escolar TIPO: Categórica CLASES:
 1. Cercanía al domicilio
 2. Económico
 3. Mejora escolar
 4. Bajar el nivel escolar
 5. Otros
 - Tratamiento complementario realizado en algún momento tras el alta del Hospital de Día Infantil TIPO: Categórica CLASES:

1. Psicoterapia individual

2. Psicoterapia de grupo

3. Rehabilitación del lenguaje

4. Fisioterapia

5. Apoyo psicopedagógico

6. Psicomotricidad

7. Varios de los anteriores

8. Ninguno

- Tratamiento complementario que realizaba en el momento del estudio del periodo postalta del Hospital de Día TIPO: Categórica CLASES:

1. Psicoterapia individual

2. Psicoterapia de grupo

3. Rehabilitación del lenguaje

4. Fisioterapia

5. Apoyo psicopedagógico

6. Psicomotricidad

7. Varios de los anteriores

8. Ninguno

- Nivel de autonomía en la alimentación TIPO: Categórica CLASES:

1. Adecuado a su edad

2. Por debajo de su edad

3. Totalmente inadecuado a su edad

- Nivel de autonomía en el aseo personal TIPO: Categórica CLASES:
 1. Adecuado a su edad
 2. Por debajo de su edad
 3. Totalmente inadecuado a su edad
- Nivel de autonomía en el vestir TIPO: Categórica CLASES:
 1. Adecuado a su edad
 2. Por debajo de su edad
 3. Totalmente inadecuado a su edad
- Capacidad de movimiento TIPO: Categórica CLASES:
 1. Adecuado a su edad
 2. Por debajo de su edad
 3. Totalmente inadecuado a su edad
- La familia se queja de dificultad en el manejo del niño TIPO: Categórica CLASES:
 1. No
 2. Ciertas dificultades (en ciertas áreas persiste conflicto)
 3. Muchas dificultades
- Retracción, aislamiento del entorno TIPO: Categórica CLASES:
 1. No
 2. Esporádica
 3. Grave, permanente
- Trastorno de alimentación (alimentación caprichosa) TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe
2. Moderado
3. Grave

• Dificultad para dormir solo TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe
2. Existe

• Lenguaje con características funcionales de comunicación TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe
2. Existe

• Nivel de lenguaje expresivo TIPO: Categórica CLASES:

1. Adecuado a su edad
2. Por debajo de su edad
3. Totalmente inadecuado a su edad

• Reiteración del lenguaje ante situaciones de ansiedad

(dificultando la comunicación) TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe
2. Existe

• Presenta dificultades de articulación TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe
2. Existe

• Trastorno en la motricidad gruesa TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe

2. Moderado

3. Grave

• Inquietud TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Autoagresiones TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Dificultades para fijar la atención TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Oposicionismo TIPO: Categórica CLASES:

1. No existe

2. Dependiendo del entorno en el que se encuentre

3. En cualquier ambiente

• Capacidad de colaborar o cooperar en juegos TIPO: Dicotómica CLASES:

1. No existe

2. Existe

• Se relaciona con: TIPO: Categórica CLASES:

1. niños de su edad
 2. niños mas pequeños
 3. no se relaciona con otros niños
- **Dificultad para iniciar relaciones con otros niños TIPO: Dicotómica CLASES:**
 1. No existe
 2. Existe
 - **Nivel que alcanza con respecto a los compañeros del curso TIPO: Categórica CLASES:**
 1. Alcanza el nivel medio
 2. Se encuentra por debajo del nivel medio
 3. Se encuentra por encima del nivel medio
 - **Facilmente se aísla de la marcha general de la clase, no coopera TIPO: Dicotómica CLASES:**
 1. No
 2. Si
 - **Necesita atención especial para realizar tareas por dificultad para trabajar solo sin supervisión TIPO: Dicotómica CLASES:**
 1. No
 2. Si
 - **Se bloquea llamativamente en la participación en clase con respecto al profesor o compañeros TIPO: Dicotómica CLASES:**
 1. No
 2. Si

Apéndice B

Encuesta

ENCUESTA A PADRES

DATOS

Nombre y apellidos del niño _____
Fecha de nacimiento _____
Número de hermanos _____
Lugar que ocupa entre los hermanos _____

Padre:

Nombre _____
Fecha de nacimiento _____
Nivel de estudios: primarios ___
 secundarios ___
 superiores ___
Profesión _____

Madre:

Nombre _____
Fecha de nacimiento _____
Nivel de estudios: primarios ___
 secundarios ___
 superiores ___
Profesión _____
Edad cuando nació el niño _____

Colegio:

Nombre del colegio al que asiste _____
Curso que realiza _____
Ha ido anteriormente a otro colegio? Sí ___ No ___
Nombre del colegio anterior _____
Ha cambiado de colegio más de una vez? Sí ___ No ___
Por qué motivo se cambió?: cercanía domicilio___
 económico___
 por mejora escolar___
 bajar de nivel escolar___
 otros _____

Tras su alta del Hospital de Día, ha realizado:

psicoterapia individual___

psicoterapia de grupo____
 rehabilitación del lenguaje____
 fisioterapia____
 apoyo pedagógico (profesor particular)____
 psicomotricidad____

Lo realiza actualmente? Sí ___ No ___

Sí No

- Usa tenedor sin dificultad_____
- Es capaz de servirse una bebida_____
- Usa cuchillo para cortar sin gran dificultad_____
- Come con cuchillo y tenedor sin gran dificultad_____
- Usa cuchillo para pelar fruta o cortar pan_____
- Es muy caprichoso con las comidas _____
- (hay comidas que nunca quiere comer)
- Se cuida de sí mismo en la mesa(se sirve...)_____

- Controla esfínteres durante el día_____
- Controla esfínteres durante el día y la noche_____
- Dice cuándo está mojado_____
- Se las arregla en el retrete pero con algún que otro accidente_____
- Pide ir al retrete o va el sólo_____
- Se cuida solo en el retrete, se limpia el mismo_____
- Se lava las manos con jabón correctamente_____
- Se lava la cara más o menos bien_____
- Se cepilla los dientes_____
- Se arregla el pelo con regularidad_____
- Se baña adecuadamente todo el cuerpo sin supervisión_____
- Se prepara el baño (da el agua y reúne todo lo necesario, jabón, toalla...)_____
- Se corta regularmente las uñas sin ayuda _____

- Ayuda cuando le visten_____
- Se quita y pone prendas sencillas de vestir_____
- Se desabrocha botones accesibles_____
- Se desnuda por las noches con poca supervisión_____
- Se viste por las mañanas con poca supervisión_____
- Se pone las prendas de vestir más usuales_____
- Se ata los cordones de los zapatos_____
- Escoge adecuadamente su ropa de acuerdo con tiempo_____

- Va por las casas vecinas y sitios cercanos _____
- Requiere pequeña supervisión cuando juega fuera de casa y puede estar ausente durante una hora o más_____
- Sale con otros sin necesitar mucha supervisión_____
- Va por la vecindad sin vigilancia, sin cruzar calles_____

Sí No

- Va por la vecindad sin vigilancia y cruza calles_____
- Utiliza los transportes públicos en viajes cortos_____

- Se acerca a otros niños pero no pide jugar _____
- Juega en compañía de otros, pero aún no colabora _____
- Espera su turno, puede participar a veces _____
- Canta, baila siguiendo la música _____
- Juega sencillos juegos de mesa _____
- Juega sencillos juegos de pelota con otros _____
- Juega cooperativamente juegos de equipo _____
- Suele jugar solo _____
- Tiene amigos _____
- Va a jugar a casa de otros niños _____
- Prefiere los juegos con balón _____
- Prefiere los juegos con muñecos _____
- Con muñecos representa cosas de la vida cotidiana _____
- Es capaz de inventarse historias _____
- Le gusta relacionarse con otros niños _____
- Prefiere la relación con los adultos _____
- En general no gusta y es rechazado por la mayoría _____
- Los demás le prestan poca o ninguna atención _____
- En general es bastante popular y gusta _____
- Va a buscar y trae lo que se le pide _____
- Ayuda en labores domésticas (recoger la mesa...) _____
- Sale para recorridos sencillos fuera de casa _____
- Va a tiendas esperando el adulto fuera _____
- Va a una tienda y compra cosas determinadas _____
- Asume responsabilidades pequeñas _____
- Es tímido, inhibido _____
- Es capaz de iniciar relaciones con otros niños _____
- Es miedoso _____
- Tiene miedo a cosas raras _____
- Es inquieto _____
- Es capaz de ver un programa de T.V. completo _____
- Es agresivo, pega a los demás _____
- Se pega a sí mismo _____
- Es arisco, rudo _____
- Tiene movimientos peculiares (estereotipias) _____
- Tiene rabietas frecuentemente _____
- Es opositorista _____
- Es solitario, vive generalmente en su mundo _____
- Se hace notar, busca atención _____
- Es cariñoso _____
- Puede dar una patada a una pelota sin caerse _____
- Sube escaleras juntando los pies en cada peldaño _____
- Sube escaleras correctamente, sin agarrarse _____
- Anda en bicicleta, triciclo o equivalente _____
- Es capaz de correr _____
- Es torpe, patoso _____
- Es lento _____
- Se cansa fácilmente _____
- Duerme bien _____
- Dificultad para dormir solo _____

- Tiene lenguaje expresivo _____
- Utiliza palabras sueltas _____
- Tiene jerga incipiente _____
- Dice frases de dos palabras (voy papá, en coche..)
- Dice frases de tres o más palabras _____
- Usa frases complicadas que contienen porque, pero..
- Narra experiencias de forma coherente _____
- Utiliza bien los pronombres _____
- Comprende preguntas sencillas y da respuestas buenas _____
- Puede definir palabras sencillas _____
- Le gustan los cuentos _____
- Solo se fija en los dibujos _____
- Es capaz de leer cuentos _____
- Habla sin parar aunque no se le comprenda _____
- Ecolalias _____
- Se inventa palabras _____
- Utiliza el lenguaje para comunicarse _____
- Utiliza el lenguaje para sí mismo, sin fin comunicativo _____
- Puede mantener una conversación _____
- Entiende órdenes simples _____
- Entiende órdenes complejas _____
- Recuerda y comunica mensajes sencillos _____
- Presenta dificultades de articulación _____

DESCRIPCION POR LOS PADRES

ENCUESTA A PROFESORES

DATOS

Nombre y apellidos del niño _____

Edad _____

Nombre del colegio _____

Clasificaría al colegio como:

- Colegio normal _____
- Colegio normal con integración _____
- Colegio normal con aula especial _____
- Colegio de educación especial _____

Colegio para niños autistas ___

Colegio para niños límite ___

Curso que realiza ___

Con respecto al nivel de los compañeros de curso:

Alcanza el nivel medio ___

Se encuentra por debajo del nivel medio ___

Se encuentra por encima del nivel medio ___

Si No

- Es tímido, inhibido _____
- Es capaz de iniciar relaciones con otros niños _____
- Se acerca a otros niños pero no pide jugar _____
- Juega o trabaja con otros pero aún no colabora _____
- Espera su turno, puede participar _____
- Juega sencillos juegos de pelota con otros _____
- Juega cooperativamente juegos de equipo _____
- Suele jugar solo _____
- Le gusta relacionarse con otros niños _____
- En general gusta y es aceptado por la mayoría _____
- Los demás le prestan poca o ninguna atención _____
- En general no gusta y es rechazado por la mayoría _____
- Tiene amigos _____
- Con frecuencia manifiesta agresividad física _____
- Es cariñoso _____
- Tiene rabietas frecuentemente _____

- Es inquieto _____
- Fácilmente se aísla de la marcha general de la clase _____
- Se distrae fácilmente, dificultándose su rendimiento _____
- En general coopera con gusto _____
- Rehusa frecuentemente cooperar _____
- Le cuesta intervenir delante de toda la clase _____
- Necesita atención especial para realizar las tareas _____
- Trabaja bien solo o con poca supervisión _____

Si No

- Obedece instrucciones sencillas _____
- Entiende órdenes que contengan: en, dentro, detrás... _____
- Narra experiencias de forma coherente _____
- Puede entender direcciones: arriba a la izquierda... _____
- Puede discriminar colores clasificándolos _____
- Diferencia entre corto, largo, grande, pequeño _____
- Discrimina y nombra 4 o mas colores _____
- Se refiere correctamente a mañana y tarde _____
- Reconoce su propia derecha e izquierda _____
- Comprende la diferencia entre día y semana _____

bien mal regular

- Calificaría su motricidad gruesa como _____
- Calificaría su motricidad fina como _____
- Coge el lápiz _____

- | | | | |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|
| - Colorea, rellena _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Calificaría su grafismo como _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Escribe letras _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Escribe palabras _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Escribe frases _____ | _____ | _____ | _____ |
-
- | | | Si | No |
|---|-------|-------|-------|
| - Tiene lenguaje expresivo _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Utiliza palabras sueltas _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Dice frases de dos palabras _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Dice frases de tres o mas palabras _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Usa frases complicadas que contienen porque, pero _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Narra experiencias de forma coherente _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Utiliza bien los pronombres _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Comprende preguntas sencillas y da respuestas buenas _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Entiende contenidos abstractos _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Presenta dificultades de articulación _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Presenta ecolalias (repite reiteradamente palabras sin fin comunicativo) _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Utiliza el lenguaje sin fin comunicativo _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Su lenguaje es incoherente, absurdo _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Lee vocales _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Lee palabras _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Lee comprendiendo _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Es capaz de leer libros _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Puede contar mecánicamente 10 objetos _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Puede ordenar objetos por su tamaño _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Puede contar mecánicamente 30 o mas objetos _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Sabe hacer sumas sencillas sin llevar _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Sabe sumar llevando _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | Si | No |
| - Sabe restar _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Sabe restar llevando _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Conoce las tablas de multiplicar _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Sabe dividir _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Realiza problemas sencillos _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Presenta autoagresiones (se pega o muerde) _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Presenta estereotipias (movimientos peculiares que repite habitualmente en situaciones de ansiedad) _____ | _____ | _____ | _____ |
| - Se retrae frecuentemente aislándose del entorno _____ | _____ | _____ | _____ |

COMENTARIOS

Apéndice C

Resultados del test de comparaciones múltiples.

La hipótesis nula se rechaza si ZSTAT es mayor que el valor crítico ZC, siendo $1-PHI(ZC) = ALPHA/(K(K-1))$, PHI es la función de distribución normal acumulativa standar, ALPHA es el nivel de significancia esperado, y K el número de grupos comparado.

La variable clasificadora es diagnóstico DSM III. Con cuatro grupos los valores críticos de Z son 2.39 para ALPHA .10 (*) y 2.64 para ALPHA .05 (**).

Fuente de la derivación

COMPARACIONES	ZSTAT	DIF	SE
Otros-autismo	0.84	-3.97	4.72
otros-TPD	1.91	-11.30	5.93
Otros-RM	3.07**	-16.35	5.32
Autismo-TPD	1.28	-7.33	5.73
Autismo-RM	2.43*	-12.39	5.10
TPD-RM	0.81	-5.06	6.23

Aspecto dismórfico

COMPARACIONES	ZSTAT	DIF	SE
Otros-autismo	2.77**	-9.59	3.46
otros-TPD	0.43	1.85	4.34
Otros-RM	0.47	1.85	3.90
Autismo-TPD	2.72**	11.44	4.20
Autismo-RM	3.06**	11.44	3.73
TPD-RM	0.00	0.00	4.56

Antecedentes asistenciales psiquiátricos de consulta.

COMPARACIONES	ZSTAT	DIF	SE
Otros-autismo	3.50**	-14.82	4.24
otros-TPD	2.71**	-14.41	5.32
Otros-RM	1.30	-6.19	4.77
Autismo-TPD	0.08	0.41	5.14
Autismo-RM	1.89	8.63	4.57
TPD-RM	1.47	8.21	5.59

Comienzo de la patología.

COMPARACIONES	ZSTAT	DIF	SE
Otros-autismo	4.56**	21.29	4.67
otros-TPD	0.29	1.68	5.87
Otros-RM	2.08	10.94	5.26
Autismo-TPD	3.46**	-19.61	5.67
Autismo-RM	2.05	-10.35	5.04
TPD-RM	1.50	9.26	6.17

Tiempo de asistencia al Hospital de Día.

COMPARACIONES	ZSTAT	DIF	SE
Otros-autismo	3.23**	-16.14	5.00
otros-TPD	2.72**	-17.05	6.28
Otros-RM	1.68	-9.47	5.64
Autismo-TPD	0.15	-0.91	6.07
Autismo-RM	1.24	6.68	5.40
TPD-RM	1.15	7.59	6.60

Tipo de centro al que se remite al alta.

COMPARACIONES	ZSTAT	DIF	SE
Otros-autismo	4.71**	-23.22	4.93
otros-TPD	1.97	-12.21	6.19
Otros-RM	3.78**	-21.00	5.55
Autismo-TPD	1.84	11.00	5.98
Autismo-RM	0.42	2.22	5.32
TPD-RM	1.35	-8.79	6.50

Centro al alta. Tiempo de tratamiento.

La variable clasificadora es centro al alta. para 6 grupos, los valores críticos de Z son 2.71 para ALPHA .10 (*) y 2.94 para ALPHA .05 (**)

COMPARACIONES	ZSTAT	DIF	SE
Normal- integración	1.95	-12.65	6.49
Normal-límite	2.32	-16.46	7.08
Normal-emocional	3.89**	-25.25	6.49
Normal-especial	3.32**	-22.08	6.65
Normal-tto	0.84	7.75	9.27
Integración-límite	0.57	-3.81	6.74
Integración-emocional	2.06	-12.60	6.12
Integración-especial	1.50	-9.43	6.29
Integración-tto	2.26	20.40	9.01
Límite-emocional	1.30	-8.79	6.74
Límite-especial	0.81	-5.62	6.90
Límite-tto	2.56	24.21	9.44
Emocional-especial	0.50	3.17	6.29
Emocional-tto	3.66**	33.00	9.01
Especial-tto	3.27	29.83	9.12