

TÍTULO

SALUD MENTAL INFANTIL Y HOSPITAL DE DÍA

TITLE

CHILD MENTAL HEALTH AND DAY HOSPITAL

AUTORES

Martín Romera, A. (1), García de Pablos, C.(1), Díaz Atienza, F.(2)

(1) Psicólogo Clínico. Hospital de Día USMIJ. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

(2) Psiquiatra. Hospital de Día USMIJ. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

RESUMEN

Exponemos tres programas que hemos puesto en funcionamiento en el Hospital de Día de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Granada (USMIJ-HD), centrados en patologías específicas: Trastornos Generalizados del Desarrollo, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos Disociales. Aunque la atención que se dispensa desde nuestro dispositivo incluye el régimen ambulatorio, en hospital de día y en hospitalización completa a la población desde los 0 a los 18 años, los programas que a continuación se detallan son los más consolidados en estos dos primeros años de funcionamiento del Hospital de Día.

Palabras Clave: Hospital de Día, Trastornos Generalizados del Desarrollo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos Disociales, Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

ABSTRAC

We expose three programs that we have put in functioning in the Day hospital of the Unit of Mental Infanto-juvenile Health of Granada (USMIJ-HD), centred in patologías specific: Widespread Disorders of the Development, Disorders of the Food Conduct and Disorders Separate Them. Though the attention that dispensation from our device includes the ambulatory regime(diet), in day hospital and in hospitalization completes the population from the 0 at the age of 18, the programs that later are detailed are most consolidated in these first two years of functioning of the Day hospital.

Key Words: Day Hospital, Eating Disorders, Conduct Disorders, PDD, ADDH.

Introducción

La Reforma Psiquiátrica en Andalucía propuso un modelo de organización donde se prioriza la importancia de la Atención Primaria en un primer nivel de contacto con la población donde se deben resolver el mayor número de problemas de poca complejidad. En segundo lugar se responsabiliza a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de la atención a la población infantil de su territorio considerándola como un programa especial y, por último, un tercer nivel asistencial con Unidades especializadas en Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) con funciones de apoyo al resto de la red, atención a parte de la demanda asistencial, organización y coordinación de programas y participación en los otros dos niveles de atención.

Esta organización de la atención a la salud mental infanto –juvenil en torno a las USMIJ, fundamentalmente y a los ESMD se traduce en una atención basada en el sistema ambulatorio. Este sistema resulta insuficiente para el abordaje de las patologías graves de la infancia y la adolescencia, tanto en su vertiente de crisis aguda como de patologías graves necesitadas de una atención intensiva.

La Unidad de Salud Mental Infantil es el dispositivo asistencial especializado de atención a los problemas de Salud Mental de la población infantil. Entre sus funciones incluye la atención a patologías graves en régimen intensivo y continuado. Algunas de estas patologías exigen hospitalización parcial o completa.

El Hospital de Día (HD)

Es un dispositivo asistencial que forma parte de la USMIJ (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) y tiene como finalidad atender a los pacientes que requieran un tratamiento más intensivo del que se pueda dispensar en régimen ambulatorio y que no requieran hospitalización completa. Atiende a niños y niñas menores de 18 años.

El ingreso en hospital de día no se hace exactamente por patologías, sino por aspectos concretos del proceso terapéutico, aunque algunos de sus programas sí se dedican particularmente a determinados problemas de salud mental; por ejemplo: Trastornos Generalizados¹ del Desarrollo, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos del Comportamiento.

Programas como el de prevención de los trastornos de la personalidad y de atención a las psicosis de inicio en la adolescencia están cada vez más instaurados.

Estos Programas específicos representan la “verticalidad” de la asistencia (posteriormente se expondrán en detalle tres de estos programas); la vertiente horizontal la constituyen los pacientes que precisan de un abordaje aún más intensivo.

La metodología de trabajo se basa en la creación de un Equipo Multidisciplinar. El Equipo total de la USMIJ de Granada lo componen 17 profesionales de los que 9 se dedican de manera más específica a las tareas de HD: 3 facultativos (1 psiquiatra y 2 psicólogos), 2 Diplomadas en enfermería, 1 terapeuta ocupacional y 1 monitor, 1 maestro, 1 auxiliar de enfermería.

Además de las modalidades terapéuticas habituales (psicoterapia individual y grupal, tratamiento farmacológico, etc.), el HD ofrece otras actividades terapéuticas, siempre formando parte del programa terapéutico diseñado para cada paciente:

- Grupos de padres.
- Terapia ocupacional (talleres creativos, de manualidades, de educación para la salud, arte, psicomotricidad relacional, actividades de la vida diaria, salidas terapéuticas).
- Atención pedagógica (apoyo escolar).
- Programas de colaboración institucional con otros dispositivos sanitarios y socio-educativos.

Programa de Atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)

1. Definición

Bajo el término “autismo” o “trastornos profundos o generalizados del desarrollo”, se incluyen, siguiendo la clasificación DSM –IV(APA, 1995) las siguientes categorías: autismo, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, el Trastorno Desintegrativo en la Infancia y los

Trastornos Profundos del Desarrollo No Especificados. Todas estas etiquetas se refieren a trastornos severos que implican graves distorsiones simultáneas que se manifiestan desde la infancia en distintas áreas del desarrollo psicológico: las habilidades cognitivas, sociales y del lenguaje.

El concepto de "espectro autista", desarrollado por Lorna Wing (1979), puede ser muy útil por considerar al autismo como un continuo que se presenta en diversos grados en diferentes cuadros del desarrollo, de los cuales solo una pequeña minoría (no mayor de un 10 por 100) reúne estrictamente las condiciones típicas que definen el autismo de Kanner.

Para comprender bien este concepto hay que tener en cuenta dos ideas importantes: en primer lugar que el autismo, en sentido estricto es sólo un conjunto de síntomas, se define por la conducta y puede asociarse a distintos trastornos neurobiológicos y a niveles intelectuales muy variados y, en segundo lugar, que muchos retrasos y alteraciones del desarrollo se acompañan de síntomas autistas sin ser propiamente cuadros de autismo. Son las alteraciones sintomáticas del espectro autista y la ubicación concreta de la persona en las diferentes dimensiones que configuran el espectro autista las que definen esencialmente las estrategias de tratamiento.

Riviere (1997) desarrolló un inventario profundizando en el concepto de espectro autista: el IDEA (Inventario de Espectro Autista), que consta de 12 dimensiones alteradas ordenadas en cuatro escalas, con cuatro niveles diferentes de afectación en cada una de las dimensiones. Este inventario permite establecer la severidad de los rasgos autistas, ayuda a formular las estrategias de intervención y a evaluar los cambios a medio y largo plazo producidos como efecto de dicha intervención.

2. Prevalencia

Se estima que el autismo afecta de 10 a 15 personas de cada 10.000 (GTR, 1999). Las estimaciones de prevalencia aumentan hasta 57 personas por cada 10.000 cuando se incluyen también los subtipos ligeros y el Síndrome de Asperger (Bolton y Brayne, 2002). En España los trabajos en este área son pocos y muy recientes. El primero se realizó en Navarra por Alberdi (1990) obtuvo una prevalencia de 4,8. Garanto (1994) en Cataluña encuentra una incidencia de 2,49; en Murcia Orte et al (1995) sitúan la ratio en 2,93. En Madrid Belinchón et al. apunta una prevalencia estimada de 8.34 casos con autismo. Todos estos datos señalan una prevalencia por 10.000 casos.

Aunque existe la posibilidad de que el incremento aparente de los últimos años pueda deberse a una mayor precisión diagnóstica y a una modificación de los criterios diagnósticos que tenderían a ser menos precisos, no existen razones para excluir un incremento real en la prevalencia (APA, 2002). Cuatro de cada 5 personas con autismo son varones, y esta razón se mantiene a lo largo del espectro (Rutter, 1996). Por el contrario, las mujeres afectadas presentan una mayor gravedad.

3. Detección Precoz

La existencia de estas ratios de prevalencia marcadamente crecientes reafirman la necesidad de incrementar la detección precoz y el diagnóstico con el fin de que todos ellos puedan beneficiarse de una adecuada intervención temprana.

La detección y el diagnóstico precoces junto a un tratamiento intensivo son los objetivos del Programa de Atención a los TGD desde nuestra Unidad. Para ello se han iniciado coordinaciones con una serie de dispositivos de atención a los niños de entre 0 y 4 años (pediatría, neuropsiquiatría y escuelas infantiles) que por sus peculiaridades pensamos que podrían ser más receptivos a la puesta en marcha del programa.

El diagnóstico precoz de estos trastornos conlleva la posibilidad de actuar en consecuencia, para reducir los efectos negativos que el trastorno tiene tanto sobre el niño como sobre su familia; las medidas que permite tomar incluyen:

- Tratamiento e intervención temprana.
- Proporcionar apoyos y orientación a la familia.

En diversos estudios (Johnson, Siddons, Frith y Morton -1992-; Baron-Cohen, Allen y Gilberg -1992-) se indica la posibilidad de detectar autismo con cierta seguridad a partir de los 18 meses de edad.

Las fases para la realización de este programa serían:

1ª Contactar con los profesionales de pediatría, neuropsiquiatría y servicios educativos, para sensibilizar, informar y formar en el tema del autismo, con el objetivo de poder realizar una primera identificación de niños con probable TGD.

2ª Derivación de los casos identificados en la fase anterior a un subequipo de la USMIJ-HD, encargado de la valoración especializada de esos casos.

3ª Conclusión y devolución de los resultados de la valoración realizada, tanto en la línea de confirmar o no el diagnóstico de TGD; o bien de plantear las dudas respecto al mismo, siendo necesario iniciar un seguimiento de la evolución en estos casos.

4ª Indicación de las medidas terapéuticas (elaboración de un proyecto terapéutico individualizado), incluyendo el apoyo a la familia, pero garantizando la coordinación entre los diferentes profesionales implicados en el caso, de cara a que las distintas intervenciones se complementen entre sí.

4. Evaluación

Se plantea realizar una evaluación que permita valorar, de la forma más objetiva posible, todos aquellos aspectos relevantes para diseñar un plan específico de intervención; a la vez, se propone aprovechar las sesiones dedicadas a la exploración, como período de adaptación de los niños al espacio y profesionales del Hospital de Día.

El primer paso es la reconstrucción de la historia clínica, recogiendo los datos sobre la historia prenatal y preconcepcional, posibles complicaciones perinatales incluyendo datos sobre los padres, antecedentes familiares y las primeras preocupaciones en el entorno familiar en relación a la evolución del niño.

El segundo paso del proceso de evaluación consiste en la realización de un diagnóstico completo (psiquiátrico, neurológico, psicológico, del lenguaje, educativo), requiriendo para ello una observación conductual sistematizada, incluyendo filmaciones en video, lo más natural posible y en distintos contextos, de los aspectos:

1. Afectivo-relacionales
2. Comunicativos
3. Lúdicos
4. De aprendizaje

Respecto a los instrumentos de evaluación que se van a emplear, podrían agruparse en:

- De Screening:

-

El CHAT (Checklist for Autism in Toddlers de Baron-Cohen, 1992 y 1996): los niños que fallan en las conductas de protodeclarativos, coorientación visual y juego de simulación tienen una posibilidad del 83,3% de padecer autismo.

- Diagnósticos (además de la observación el uso de alguno de los instrumentos estandarizados que enumeramos a continuación puede ayudar a establecer diagnósticos diferenciales en casos complejos):

El CARS (Schopler y col., 1980): escala de 15 ítems que se valoran en función de su intensidad de 1 a 4 y permite una clasificación en no autista, moderadamente autista y severamente autista..

El ADI-R (Le Couter y col., 1989): entrevista semiestructurada de uso en investigación.

El ABC de Krug (Autism Behavior Checklist).

El EIVA de Trias (Escala integrada de valoración del autismo infantil).

El Espectro Autista de Rivière (IDEA).

Escalas clínicas específicas para valorar diferentes síntomas conductuales como la escala E.R.C.-A III o Bretonneau III, 1985 (Barthélemy 1986), que agrupa los trastornos psicopatológicos en siete grandes áreas, por medio de sólo 20 ítems.

La evaluación cognitiva en función de la edad cronológica, el nivel cognitivo, el nivel de lenguaje expresivo y comprensivo y patologías asociadas, se realizará mediante escalas de desarrollo (Escala Batelle, Brunet-Lezine, Guía Portage) o mediante test de inteligencia para la población general (McCarthy, WPPSI).

Exploración neurológica (EEG, TAC, RMN, PET, SPETC) y estudios complementarios y de laboratorio (aminoácidos en sangre y orina, análisis cromosómico, exploración de funciones auditivas y visuales).

Evaluación psicoeducativa, según las áreas propuestas en las Competencias Curriculares del Primer Ciclo de Educación Infantil (que incluyen tres ámbitos de evaluación, el de identidad y autonomía, el de medio físico y social y el de comunicación y representación).

5. Intervención

A pesar de que nuestro hospital de día no es específico para estas patologías, procuramos que nuestra organización se adecue al funcionamiento mental del niño autista, que necesita encontrar en el centro un entorno personal y físico acogedor, con una adecuada distribución del espacio y organización del tiempo que le permita tener unos puntos de referencia estables y constantes.

Deben irse creando relaciones vinculares con el niño que sean gratificantes para él. De manera progresiva debemos ir penetrando en la acción del niño, compartiendo focos de interés, acciones y situaciones.

Las intervenciones terapéuticas que van a realizarse en el Hospital de Día, incorporan aportaciones desde las distintas áreas de conocimiento que representan los diferentes profesionales del mismo (psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional, magisterio, trabajo social), a la vez que se incluyen técnicas terapéuticas provenientes de distintos modelos teóricos.

A continuación se enumeran las intervenciones terapéuticas:

- a) Médico-farmacológica: cuando en la evaluación se detecte patología orgánica asociada al autismo, es básico el abordaje específico de la misma. El uso de psicofármacos está indicado para el tratamiento de algunos síntomas asociados al trastorno autista, como la agresividad, la hiperactividad motora, el insomnio, las crisis epilépticas, etc.; en la misma línea se pueden plantear programas experimentales de control de la dieta.
- b) Psicoterapéutica: el trastorno de las relaciones interpersonales es el área prioritaria en el tratamiento del autismo, puesto que para que se dé un desarrollo psicológico positivo, han de existir unas relaciones adecuadas. Las estrategias terapéuticas orientadas a modificar y mejorar las relaciones interpersonales en los autistas son múltiples; no obstante deben adaptarse al grado de afectación de cada niño. En los casos más graves en los que no existe ningún interés por las otras personas, es necesario utilizar elementos intermedarios para la relación que interesen al niño o juegos muy primarios; de esta manera se trata de asociar al adulto con estímulos agradables, hasta que el niño acepte su presencia. Posteriormente se tratará de conseguir que se relacione con sus iguales. En los niños autistas con menos deterioro el objetivo será conseguir que se relacionen de forma más sistemática y persistente, y que vayan asimilando las normas sociales que regulan las interacciones con los otros. Los trastornos de la comunicación, se abordan desde la perspectiva de la pragmática del lenguaje (favoreciendo la expresión espontánea y que se utilice el lenguaje cuando se necesita y no sólo en las situaciones de aprendizaje). Cuando no hay lenguaje oral son útiles los programas de comunicación alternativa y los métodos pictográficos.

Como aportaciones más específicas, se puede señalar que desde las intervenciones basadas en el modelo psicodinámico se tratará de conseguir: el fortalecimiento del Yo, la estructuración cognitiva, la clarificación de áreas de conflicto y la búsqueda de mecanismos de defensa más adaptativos. Desde la terapia de conducta el análisis funcional permite determinar las funciones que cumplen las conductas para cada niño, pudiéndose aplicar para incrementar y afinar conductas, reducir problemas, aumentar habilidades de autoayuda, ocupacionales y educativas, y entrenamiento en habilidades sociales.

Las actividades psicoterapéuticas se realizarán tanto de forma individual como en grupo (utilizando diversas mediaciones como la psicomotricidad, la dramatización, la música o el juego), teniendo en cuenta que en función de la capacidad para persistir en la realización de las mismas, habrá que limitar su duración, alternarlas con momentos de descanso y variarlas con frecuencia.

El planteamiento de Hospital de Día, en cuanto que permite que la jornada de trabajo se prolongue varias horas, favorece que el niño autista experimente las relaciones con una proximidad e intensidad, que le pueda generar deseos de participar e integrarse,

potenciando de esta forma las posibilidades para que se den cambios emocionales y cognitivos.

a) Atención a la familia: la primera tarea será ofrecerles un diagnóstico completo y fiable de los problemas de su hijo; posteriormente se ofrecerá un apoyo psicológico orientado a asesorar sobre como tratar al hijo, favorecer que entiendan mejor sus comportamientos paradójicos y comentar la evolución dentro del Hospital de Día. Esta atención puede ofrecerse bien de forma individualizada, o en grupo de padres.

b) Psicopedagógico y coordinación con los centros escolares: Se trata de favorecer el máximo desarrollo personal para conseguir la mayor calidad de vida posible. No obstante, sí merece tener en cuenta que el objetivo central de la intervención en el alumno con autismo es la mejora de su conocimiento social y la mejora de las habilidades comunicativas sociales, así como lograr una conducta autorregulada adaptada al entorno. Podríamos decir que la intervención ha de recorrer el camino que va desde un grado alto de estructuración (con numerosas claves para favorecer el aprendizaje) a la desestructuración programada - paso a paso, y de acuerdo al nivel de desarrollo- que es más cercana a los entornos naturales sociales (en donde las claves son sutiles, complejas, pasajeras y variadas). Se ha de perseguir en cualquier aprendizaje la funcionalidad del mismo, la espontaneidad en su uso, y la generalización, y todo ello en un ambiente de motivación. Por esto, la educación del alumno con autismo requiere una doble tarea: hay que enseñar la habilidad, pero también hay que enseñar su uso, un uso adecuado, funcional, espontáneo y generalizado.

Por último, el mejor sistema de aprendizaje para el alumno con autismo es el de aprendizaje sin error, en el que en base a las ayudas otorgadas, el niño finaliza con éxito las tareas que se le presentan. A continuación, y poco a poco, hay que lograr el desvanecimiento progresivo de las ayudas hasta los máximos niveles posibles, que estarán en relación al nivel de desarrollo cognitivo.

La coordinación con los centros educativos donde estén escolarizados los niños, resulta imprescindible, máxime cuando en el Hospital de Día también se contempla la figura de un maestro, que tendrá una intervención directa con estos niños.

Cada sesión se inicia con unas actividades estructuradas: saludar a los profesionales – colocar sus abrigo/mochila – despedirse de sus cuidadores – entrar en la sala de grupos – saludar a compañeros, compartiendo algunos acontecimientos (a través de agendas personales); anticipar (con palabras y pictogramas) lo que se va a realizar a lo largo de la mañana, ejercicios de psicomotricidad relacional, juego funcional y simbólico, solitario y compartido, relajación, entrenamiento en hábitos de aseo, control de esfínteres y alimentación; ejercicios de atención, imitación a través de música o juegos de ordenador; uso adecuado de objetos, etc. Todo ello favoreciendo el interés por la comunicación y la interacción con adultos e iguales, a través de modelado, guía física, ayudas verbales, etc.

Programa de Atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

1. Definición.

La Anorexia y Bulimia Nerviosas se definen como Trastornos de la Conducta Alimentaria (T.C.A.), son trastornos psicológicos que afectan a distintas áreas el psiquismo humano y que implican alteraciones en los comportamientos alimentarios que repercuten sobre la salud de quienes los padecen. Su relevancia e importancia actual va ligada a dos hechos: el marcado aumento, durante las dos últimas décadas, de la incidencia de estas patologías y la complicada etiología y patogenia de estos trastornos que hace que aún no se haya obtenido un tratamiento que presente alta efectividad a largo plazo.

Los TCA tienen una gran resonancia social, tanto por su gravedad como por su creciente incidencia, e incluso por la aparición en edades cada vez más tempranas. Esto último debido, a la mayor influencia de los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación, que preconizan un culto a la esbeltez y a las dietas, sin que, por otra parte haya una buena educación sanitaria al respecto.

La patología se expresa con toda su virulencia en las personas más sensibles que absorben con mayor facilidad las exigencias de una cultura y una sociedad enfermas, personas que por su momento evolutivo: niños, adolescentes y jóvenes, o por otras circunstancias, no han desarrollado aún los recursos psíquicos necesarios para afrontar sus problemas de forma saludable.

Estos trastornos aparecen fundamentalmente en jóvenes adolescentes, entre 12 a 25 años. La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, obtenida o inducida por el mismo enfermo. Suele iniciarse entre los 14 y 18 años. Son raras las AN que se inician después de los 25 años y antes de los 14, si bien se están describiendo cuadros en edades premenárquicas, aunque es discutible, que a esas edades se busque la delgadez como ideal de vida (puede que en el mimetismo familiar o ambiental se encuentren las claves de estas edades de inicio).

La Bulimia Nerviosa (BN) es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada en el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida (vómitos inducidos, laxantes). La BN suele iniciarse a partir de los 20 años.

2. Prevalencia.

La AN afecta al 3-4% de la población adolescente, aunque sólo un 0,5% de los casos cumple todos los criterios diagnósticos. Representa el tercer proceso patológico más común en los adolescentes, después del asma y la obesidad. La prevalencia anual para la AN será de 1/100.000 en la población general. Una de cada 150-200 chicas entre 12-18 años presentará AN.

La BN presenta una prevalencia del 1% al 3%. Aparece fundamentalmente en las últimas etapas de la adolescencia o primeras de la edad adulta.

La proporción mujer/varón en ambos tipos suele ser de 8:2.

Los varones manifiestan más preocupación por la forma del cuerpo que por el bajo peso. Una alta adhesión al ejercicio practicado compulsivamente son también aspectos diferenciales en los TCA en los varones; serían más proclives a desarrollar el trastorno denominado por Pope "vigorexia" o por Toro "Trastorno de la Actividad" En adolescentes y adultos, así como prepúberes, la proporción según el sexo sería: adolescentes-adultos, 10 mujeres/1 varón; y en prepúberes, 14 mujeres/ 6 varones.

En los últimos treinta años se ha multiplicado la incidencia de la AN y quintuplicado la de la BN. Quizá entre otras razones, por la mejora producida en los sistemas diagnósticos, por el incremento de la oferta asistencial, por el aumento de diagnósticos erróneos, por la naturaleza de estos trastornos y su influencia patógena por factores socioculturales, presión social sobre el cuerpo como competencia y distinguo en una sociedad de la abundancia.

3. Intervención.

La relevancia y complejidad de los TCA justifica la elaboración de programas específicos en la USMIJ-HD.

Al Hospital de Día los pacientes pueden acudir tanto a realizar determinadas comidas como a realizar el tratamiento psicoterapéutico correspondiente. En muchos casos esta estrategia aparecerá como la más adecuada para favorecer la generalización de las conductas aprendidas y la resolución de dificultades subyacentes o asociadas al trastorno al permitírsele regresar a los pacientes a su ámbito social habitual a diario.

Los objetivos terapéuticos incluyen diversos aspectos:

- Normalizar unas pautas y hábitos alimentarios, eliminando la restricción de alimentos y/o los atracones, que favorezca unas actitudes positivas hacia la alimentación.
- Nutrir a la paciente, mediante una comida equilibrada, estructurada y socializada, incluyendo alimentos "prohibidos", que permitan aumentar el peso de la paciente que lo necesita y descender o estabilizar el peso de las pacientes con sobrepeso.
- Prevenir los comportamientos purgativos y el ejercicio excesivo, ofreciendo una contención y/o medidas de control que no serían factibles en el medio familiar.
- Servir de puente de enlace entre un régimen hospitalario y un régimen ambulatorio.
- Identificar y tratar los procesos patológicos subyacentes, tanto psicológicos, interpersonales y familiares.
- Implicar de forma más directa a pacientes y familiares en el tratamiento.
- Observación y Diagnóstico Diferencial.

4. Evaluación.

Tras la valoración inicial del paciente (Hª Clínica Protocolizada) se le realizará una Historia Clínica específica en la que se recogerá la conducta alimentaria, conductas

purgativas y compensatorias, conductas bulímicas, imagen corporal, sexualidad, impulsividad, acontecimientos vitales en el último año, exploración psicopatológica, exploración somática.

En las sesiones iniciales, con el fin de objetivar más la conducta alimentaria del paciente y/o esclarecer posibles dudas diagnósticas será de suma importancia que este realice un registro alimentario diario.

El Servicio de Nutrición y/o Endocrinología, de acuerdo con el facultativo responsable del caso determinará las medidas dietéticas y nutricionales a emplear en cada caso. Se realizará, entre otros un estudio antropométrico y pruebas hematológicas y bioquímicas.

La evaluación psicométrica, en trastornos de etiología y patogenia tan complejas como los trastornos alimentarios son de vital importancia; entre otros, una adecuada exploración psicopatológica y conductual, un análisis y registro de las distintas áreas conflictivas, un análisis de los acontecimientos vitales estresantes, estudio y valoración del funcionamiento familiar; tanto durante la fase inicial de diagnóstico como durante la fase de tratamiento. Algunos cuestionarios de interés: EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2), de Garner, (1991) SAD (Social Adaptation Disorder) EAT-40 (Eating Attitudes Test), de Garner y Garfinkel (1979), BITE (Inventory Test Edinburg). Henderson and Freeman, 1987. BSQ (Body Shape Questionnaire), de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. L. R. Derogatis, 1988. Escala de Conductas Negativas. Wilson, 1989. Body Image Avoidance Questionnaire. Rosen, J. C., 1992. ABOS. Escala de observación de conducta anoréxica para padres/esposo. Vandereycken.

Siempre que en el sistema sanitario exista la sospecha de encontrarse ante un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) este debe derivarse al ESMD de referencia, sin detenerse en más exploraciones o pruebas que confirmen el diagnóstico, la importancia de este aspecto viene avalada por dos razones fundamentales: 1) el efecto negativo y yatrógeno que en muchos casos puede acarrear un falso diagnóstico en síndromes que se manifiestan mediante trastornos alimentarios (encubriendo otra patología), 2) La intervención precoz, en determinadas ocasiones el tratamiento se demora no tanto por un diagnóstico incorrecto como por la pretensión de resolver el problema desde una vertiente parcial, estrictamente somática o psicológica.

5. Comedor terapéutico.

Los objetivos del comedor terapéutico serían la normalización de la conducta alimentaria en cuanto a cantidad, variedad, duración, hábitos adecuados, socialización, asociándola a variables como la nutrición y la satisfacción de necesidades. Se propicia la separación temporal de la paciente de su ámbito familiar, para romper el círculo vicioso presiones-manipulación-control existentes. La metodología que se sigue favorecería la exposición gradual a los estímulos fóbicos (comida, ganancia de peso). La dieta tratará de ser lo más personalizada posible, progresiva en cuanto al contenido calórico. Existen unas Normas de Comedor que guían y estructuran este espacio terapéutico. Al comedor pueden asistir pacientes con otra patología que sirven de modelo normalizado en cuanto al patrón alimentario.

El tratamiento exige, además de los cuidados de la paciente, prestar atención al mensaje que puede subyacer bajo el trastorno, exige comprender que el trastorno ha podido ser el único modo en que las pacientes se han podido enfrentar a las exigencias ambientales y como tal puede ser una oportunidad de crecimiento y de cambio.

En cada caso, tras la valoración pormenorizada del caso se establecerá un programa de intervención individualizado que podrá incluir terapia individual, intervenciones grupales: psicoeducación, psicoterapia y terapia ocupacional (talleres de educación para la salud, sexualidad, relajación, ejercicio físico controlado, expresión corporal, pintura, etc.), tareas escolares.

Para cada paciente se establecerá un programa de intervención que contenga unos objetivos a corto y medio plazo, así como la cobertura de varias áreas: recuperación y estabilización del peso, restablecimiento psicológico (cambio conductual-cognitivo-emocional) y prevención de recaídas.

Las terapias grupales realizadas son fundamentalmente de dos tipos:

- Centradas en patología alimentaria

Los grupos podrán incluir cualquier paciente con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.

Se abordarán aspectos psicoeducativos, cogniciones-conductas inadecuadas, imagen corporal, prevención de recaídas. Proporcionar, aprovechando las ventajas del grupo, material informativo sobre la naturaleza del trastorno y sus consecuencias, asimismo se proporcionan pautas básicas para el control de los síntomas y los problemas personales subyacentes.

- No centrada en la patología alimentaria sino en aspectos propios del momento evolutivo (preadolescencia-adolescencia), en déficits específicos (habilidades sociales, resolución de conflictos, autoestima, etc.). Los miembros podrán ser heterogéneos en cuanto a patología. Se puede profundizar en las interacciones de los pacientes y en el abordaje de problemas individuales.

El tratamiento de estos trastornos debe englobar también a las familias, individualmente y en grupo, para obtener resultados satisfactorios se deben tratar aspectos como la información exhaustiva sobre el trastorno, etiología y el tratamiento; el funcionamiento familiar, la colaboración en el tratamiento, el manejo de situaciones problemáticas, etc.

Programa de Atención a los Trastornos Disociales (TD)

1. Definición.

El TD aparece clasificado en el DSM-IV-TR bajo el epígrafe “trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” junto con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista desafiante (TND) y otras dos categorías no especificadas. Se consideran dos subtipos de TD en función de la edad de inicio: 10 años o inferior vs. superior a los 10 años.

El TD se caracteriza por un patrón de comportamiento generalizado y persistente en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales que se consideran adecuadas a la edad del individuo y que provoca una interferencia clínicamente significativa. A menudo aparecen asociadas al mismo tasas más elevadas de conducta delictiva, de consumo de sustancias y de conflictividad social, junto a estructuras familiares poco consistentes.

El comportamiento disocial se desarrolla probablemente a través de una interacción compleja de variables personales, familiares y sociales. Por lo que exige la aplicación de un tratamiento amplio que abarque al niño, la familia, a la escuela y a la comunidad. El TD es uno de los problemas infanto-juveniles de más difícil abordaje. Además de las conductas que lo definen con frecuencia de desarrolla en circunstancias poco favorables para la prevención e intervención.

El abordaje del problema desde la Psicología Clínica y la Psiquiatría es sólo uno entre los muchos recomendables, también debe ser estudiado y abordado desde otras ópticas como la sociológica, la educativa y la judicial (Toro, 2002).

El TDAH está asociado con frecuencia al TD, sin embargo, no es un buen predictor del TD posterior, excepto si el primero está asociado con problemas de conducta (Satterfield y Shell, 1997). La hiperactividad viene definida por la presencia de dificultades en el niño de tres áreas: la atención, la impulsividad y la sobreactividad motora. La problemática asociada a la hiperactividad normalmente se concentra en las siguientes áreas: trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje, déficits cognitivos y trastornos emocionales.

2. Prevalencia

En la revisión que llevaron a cabo Wells y Forehand (1985) se encontró que del 33 al 75 por ciento de los casos remitidos a atención clínica lo fueron por comportamientos disociales. Los estudios sobre prevalencia en la población general indican a menudo índices entre el 4 y el 6 por ciento de TD diagnosticados (Earls, 1994). Los niños muestran típicamente estas conductas con más frecuencia que las niñas, afecta entre un 5 y 16 por 100 de la población infantil/adolescente masculina y entre un 1 y 9 de la población infantil/adolescente femenina.

3. Evaluación

Además de las entrevistas clínicas a padres y maestros, algunos cuestionarios de interés en la valoración de estos trastornos son la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH, Farré y Narbona, 1997), el Test de Caras (Thurstone-Yela, 1979), el Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF-20, Cairns y Cammock, 1978) y el "factor libre de distractibilidad" del WISC-R.

4. Intervención

Se han probado una gran variedad de intervenciones sobre los niños y adolescentes con TD. La formación para padres está entre los que más éxito han tenido. El objetivo del tratamiento es enseñar a los padres cómo interactuar más eficazmente con el niño por medio de la adquisición de nuevas habilidades. Patterson y sus colaboradores (1975, 1992) han creado un programa de intervención para familias con niños agresivos basándose en la perspectiva del aprendizaje social. Describe el proceso de coacción, la ineficacia de las habilidades de crianza, la aceleración del castigo, la falta de competencia social y escolar y una baja autoestima como factores explicativos de la aparición del comportamiento disocial.

El programa de Barkley (1987) enfatiza que el tratamiento eficaz está determinado por la aplicación sistemática de las consecuencias que se producen después de las conductas apropiadas e inapropiadas. La "terapia de interacción padres-hijo" (PCTI, Eyberg et al, 1995) produce unas mejorías que se mantenían en el postratamiento a los 12 y 18 meses.

Junto al entrenamiento de padres, las técnicas de modificación de conducta y el apoyo farmacológico, las técnicas cognitivas más usadas y estudiadas han sido el entrenamiento en resolución de problemas (Shure y Spivack, 1982) y el entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum y Goodman, 1971). El niño debe aprender este procedimiento de actuación y aplicarlo a tareas cada vez más complejas y en su entorno natural. Se han propuesto intervenciones encaminadas a modificar el estilo interpretativo de estos niños, es decir, propiciar un cambio en la manera de valorar las intenciones de los demás o los resultados de sus respuestas (Kazdin, 1999).

Un CI elevado, un temperamento no conflictivo, la capacidad de relacionarse con los otros, los hábitos de trabajo en la escuela, una buena relación al menos con un progenitor o algún adulto de referencia, compañeros prosociales y una atmósfera escolar basada en la responsabilidad y la autoexigencia, son factores protectores.

No hay ninguna cura ni tratamiento rápido para el AD/HD. Sin embargo, los síntomas pueden ser controlados a través de una combinación de intervenciones que deben ser diseñadas para ayudar al niño a nivel educativo, psicológico y en muchos casos farmacológicamente. Este sistema, conocido como manejo multi-modal, consiste de cuatro partes básicas: educación sobre y comprensión de AD/HD, manejo de conducta, intervenciones educativas apropiadas, y, con frecuencia, medicamentos. En algunos casos, se recomienda asesoramiento familiar.

El hecho de que la intervención terapéutica en este tipo de poblaciones esté tan dificultada por la complejidad de las familias y por el escaso mantenimiento de los menores en los programas de tratamiento hace pensar que las intervenciones en este tipo de trastornos deberían de plantearse desde la prevención primaria y secundaria.

El programa de tratamiento realizado en el Hospital de Día incluye la intervención grupal con familias y el seguimiento individual y familiar. La inclusión de pacientes disociales en terapia grupal con grupos de pacientes homogéneos en su patología ha ido evolucionando hacia la participación en grupos más heterogéneos. Los pacientes disociales, como otros, tienden a identificarse con aquellos que se sienten afines a ellos, por lo que sus conductas en lugar de modificarse o autorregularse se maximizaban a pesar de la mediación de los profesionales.

El programa de atención a niños con TDAH, asociado o no a trastornos de conducta, se ha establecido como un programa de prevención de comportamientos disociales.

Las intervenciones individuales, familiares y sociales (escuela, comunidad) se completan con una intervención grupal en la que se trabajan aspectos atencionales, la impulsividad y la sobreactividad; a través del entrenamiento en reflexibilidad, la resolución de problemas, las autoinstrucciones, la modificación del estilo interpretativo, las atribuciones de intencionalidad, las conductas prosociales y la aplicación de

contingencias consecuentes a las conductas adecuadas o inadecuadas, desde un enfoque proactivo y no reactivo; lo que implica que la meta principal de las estrategias para el manejo conductual es aumentar la conducta apropiada y disminuir la conducta inadecuada, siendo la mejor manera de aumentar la conducta deseable sorprender al niño comportándose bien.

El objetivo que nos planteamos en el Hospital de Día con estos pacientes es crear un ambiente estructurado y predecible; en el cual las reglas y expectativas sean claras y consistentes, y que las consecuencias se establezcan antes de tiempo y se cumplan inmediatamente; procurando que las demandas sean limitadas y las recompensas numerosas, a la vez que los elogios frecuentes y los resultados negativos mínimos.

Los profesionales a menudo utilizamos gráficas basadas en la economía de fichas y en el costo de respuesta, diseñadas para proporcionar al niño una clara imagen de la conducta esperada. De esta manera, tiene la oportunidad de decidir si va a cumplir con aquellas expectativas o no. A través de las consecuencias proporcionadas, percibe si su conducta es o no apropiada. Estos gráficos contribuyen a aumentar la motivación y permiten desarrollar un sentido interno de auto-control.

Aunque es mejor evitar el castigo, a veces es necesario castigar, pero intentamos hacerlo sin enojo y buscando enseñarles a reemplazar la conducta inadecuada por otra más adaptativa.

Cuando el niño pierde el control, una manera eficaz de manejar el problema es llevarle a un lugar predeterminado por un corto período de tiempo. Es mejor utilizar un lugar que esté un poco alejado de la actividad (Tiempo Fuera), con el fin de darle la oportunidad de recuperar el control de sus emociones.

En el momento actual estamos trabajando con dos grupos de TDAH diferenciados, han sido agrupados en función de su edad y del funcionamiento cognitivo; en breve comenzará un tercer grupo que atenderá a niños más pequeños, interviniendo así a edades más tempranas.

Bibliografía

- Alcantud, F. (2003). Intervención Psicoeducativa con niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo. Pirámide.
- Caballo, V. (2002). Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Pirámide.
- Chinchilla, A. (2003). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Masson.
- Fernández, F. y Turón, V. (1999) Trastornos de la Alimentación. Masson.
- Frith, U. (1991). Autismo. Ariel.
- Jiménez, A. M. (2001) Hospital de Día Psiquiátrico para Niños y Adolescentes.
- Revista de la Asociación Española de Psiquiatría. Vol. XXI, Nº 77, pp. 115-124.
- Martos, J. y Pérez, M. (2002). Autismo. Un enfoque orientado a la formación en logopedia. Nau Llibres.
- Orjales, I. y Polaino, A. (2004). Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. CEPE.
- Pedreira, J.L. (2001). Los Hospitales de Día en la Atención de los Trastornos Mentales de la Adolescencia: Orientación Terapéutica. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2 (1), pp. 68-92.
- Pérez, M et al. (2003). Guía de tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia. Pirámide.
- Protocolo del Grupo de Trabajo USMIJ-HD, SAS. Sevilla; Julio, 2002.
- Calvo, R. (2002). Anorexia y Bulimia. Planeta.
- Riviere, A. (2001). El Tratamiento del Autismo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rojo, L. y Cava, G. (2003). Anorexia nerviosa. Ariel.
- Servera, M. (2002). Intervención en los Trastornos del Comportamiento Infantil. Pirámide.
- Tomás, J. (2003). El espectrum autista. Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo. Laertes.
- Wicks, R. (2001). Psicopatología del Niño y del Adolescente. Prentice Hall.