

# ANÁLISIS CUALITATIVO DE 193 CASOS TRATADOS EN LA UNIDAD TERAPÉUTICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN 1980

Dr. Guido Macías-Valadez T \*  
Psic. Ma. Angélica Verduzco A I \*\*

## Introducción

En el año de 1980 funcionó en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" un programa llamado Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA), en el que se atendieron 400 casos. De éstos, se diagnosticaron 366, de los cuales, 287 se trataron con diversas modalidades terapéuticas, entre otras: educación especial, maternal terapéutica, psicopedagógica, unidad vespertina y terapia individual. Se siguió la filosofía básica del programa, o sea, que funcionó como un equipo multidisciplinario y en un "bloque de tiempo". \*\*\*

Uno de los objetivos del programa era hacer el análisis cualitativo de los resultados individuales de cada uno de los casos vistos en 1980, para elaborar un análisis acerca del tipo de la población que se estudió y se trató en el programa. Los datos cuantitativos han sido objeto de una publicación aparte (8). En este artículo nos proponemos analizar los resultados de cada uno de los 193 casos que se registraron en hojas de registro que se idearon al principio de la investigación.

## Metodología

En el año de 1980 se solicitó la colaboración de los miembros del equipo multidisciplinario que participa en el programa de la Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes, para que llenaran una forma individual de registro para cada paciente atendido, en la cual reportaran, entre otros, los siguientes datos: nombre, sexo, fecha de nacimiento, escolaridad, diagnóstico, evaluaciones complementarias, tipo de terapia empleada, número de sesiones planeadas, número de sesiones realizadas, evolución, etc. Las hojas eran cuadradas para facilitar que se llenaran por meses, y abarcaban un semestre de tratamiento.

\* Jefe de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Jefe del Proyecto "Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes", del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

\*\* Investigadora del Departamento de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

\*\*\* Un marco de referencia (terapéutico o preventivo) en un tiempo establecido, repetitivo y de preferencia dentro de un mismo espacio.

Cada terapeuta tenía que llenar el registro y entregarlo semestralmente. En el año de 1981 se recolectaron todas las hojas de 1980 y su procesamiento se inició en 1982. El estudio de cada hoja se complementó con una lista progresiva que incluía el nombre, número de hoja, diagnóstico y tratamiento de cada caso atendido, cotejándose, además, con el total de casos que se atendieron y se trataron. Estos se registraron en hojas mensuales, con el total de consultas y casos atendidos, que han sido objeto de una publicación a la cual remitimos al lector (8).

Para seleccionar las hojas de registro se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad al inicio de la terapia, sexo, diagnóstico, grupo terapéutico, número de sesiones planeadas, número de sesiones realizadas y evolución. El criterio de selección que se empleó fue que las hojas que no incluyeran por lo menos 6 de las 7 variables antes mencionadas, fueran descartadas por incompletas. El sexo fue la única variable que apareció en todos los casos ya que, aunque no estaba marcado, se podía inferir por el nombre. Se seleccionaron 193 hojas y se descartaron 94 del total de los 287 casos tratados en 1980, dejando fuera aquellos que sólo habían sido diagnosticados, y que hacen un total de 366 casos atendidos en ese año.

## Resultados

Sexo y edad: Al distribuir a la población por sexo, se encontró una proporción de 63% de casos del sexo masculino y de 37% del femenino (cuadro 1). La distribución de la población por edades muestra el claro predominio de las categorías de edad de 8 y 9 años (gráfica 1), que en nuestro medio corresponden al 2o. y 3er. año de primaria. En las gráficas 2 y 3 se ilustra la diferente distribución de las edades según el sexo, encontrándose un mayor predominio de 8 años entre los varones, con una diferencia de 9 casos, en relación con los otros periodos de edad más frecuentes (6, 7 y 9 años). Destaca también la ausencia de adolescentes de 15 años, de ambos sexos, lo cual podría explicarse por la dificultad que existe para que los adolescentes sean atendidos por especialistas; además, los 15 años corresponden al periodo de edad en que se presentan los problemas de identidad, rebeldía y oposicionismo, según lo descrito por Bloss (2), por lo que es posible que estos problemas interfirieran en la búsqueda de ayuda en el área de la salud mental.

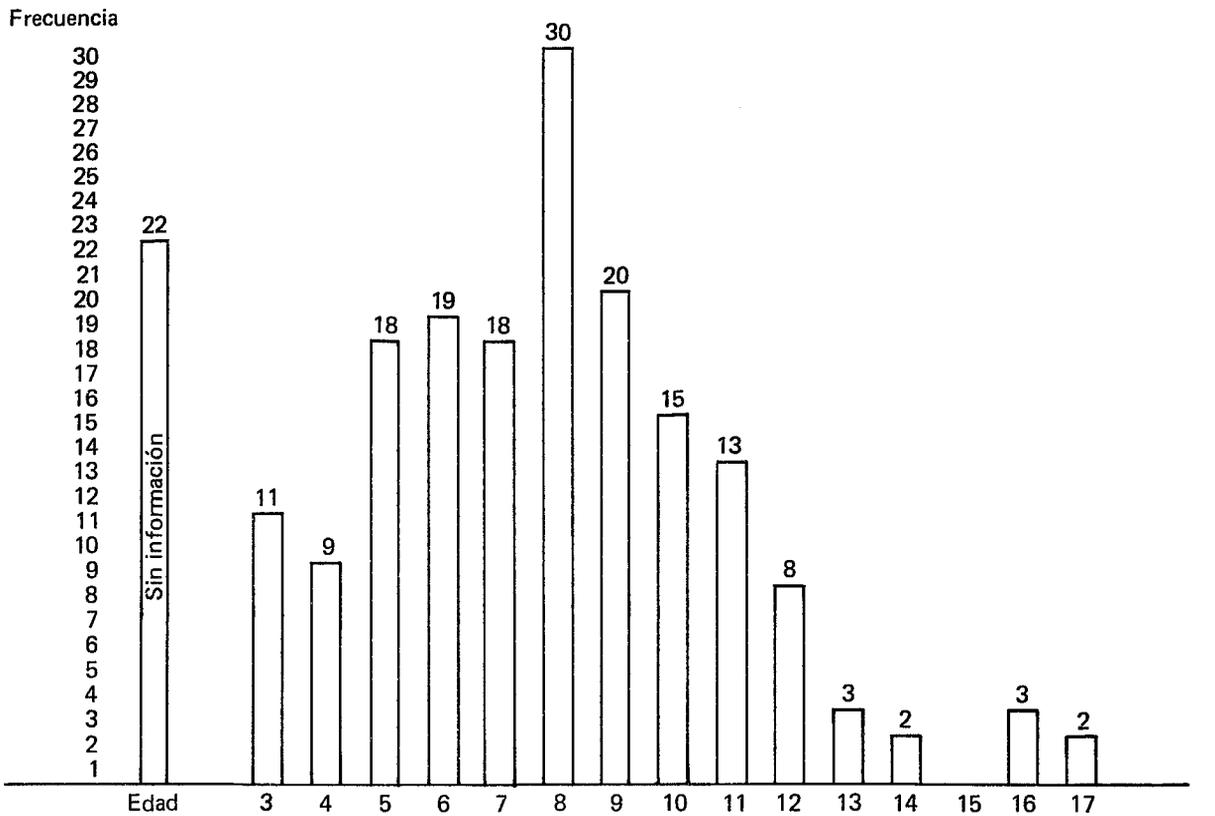
**Cuadro 1**

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO**

N: 193	Sexo	No. de Casos	Porcentaje
	Masculino	122	63
	Femenino	71	37

**Gráfica 1**

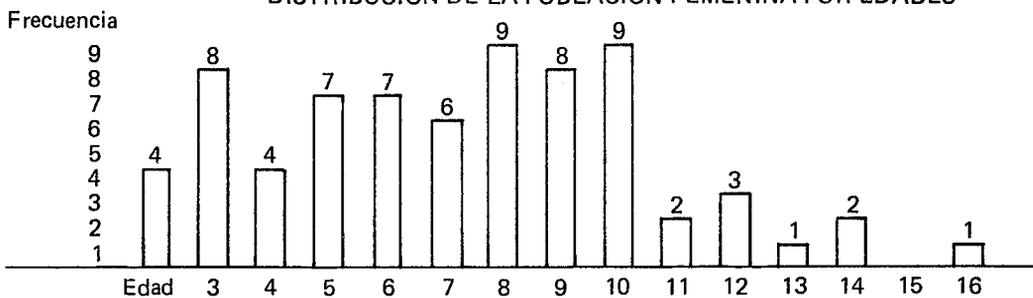
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDADES**



N: 193

**Gráfica 2**

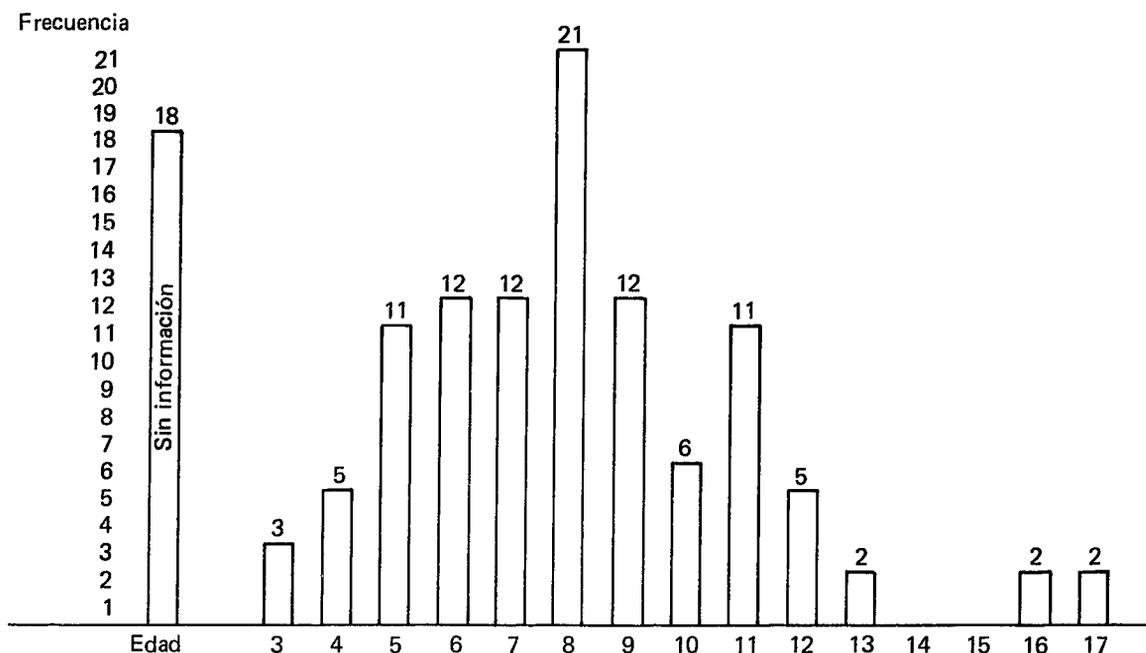
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION FEMENINA POR EDADES**



N: 67

Gráfica 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION MASCULINA POR EDADES



N: 122

**Diagnóstico:** En relación al diagnóstico, cabe aclarar que en 1980 se estableció el programa en el hospital y se informó al servicio de consulta externa acerca del tipo de pacientes que serían atendidos: niños y adolescentes con problemas emocionales, de aprendizaje y de conducta. En la consulta externa, los niños y los adolescentes se diagnosticaron por medio de una historia clínica y estudios complementarios antes de ser canalizados al programa UTNA, en donde se les hizo una evaluación diagnóstica en grupo de niños, para determinar el tipo de terapia que debían recibir y si correspondían o no al servicio. A través de la evolución, y de la persistencia de los síntomas, con la ayuda del expediente y, en algunos casos, con una forma de concentración de datos clínicos, un psiquiatra establecía el diagnóstico definitivo, codificado de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8) de la Organización Mundial de la Salud, que todavía se utilizaba en el hospital en esa época. Los resultados (cuadro 2) nos muestran la frecuencia tan elevada con que se hizo el diagnóstico de reacción hiperquinética (40%) [el cuadro nosológico típico es un niño con hiperquinesia, trastorno de la atención e impulsividad (4) que correspondería a lo que en la nueva clasificación del DSM III se cataloga como trastorno de déficit de atención con hiperactividad (1) ], a diferencia de los niños estudiados en los centros de salud, en donde con mayor frecuencia se diagnosticaron trastornos en el área del aprendizaje (7).

La perturbación específica del aprendizaje se refiere a aquellos casos que presentaron trastornos de atención y trastornos de aprendizaje pero que no tenían hiperactividad. Destaca también la elevada frecuencia con que se presentaron trastornos del lenguaje (9%), a pesar del rango de edad tan amplio de la población (de 3 a 17 años). En cuanto a la distribución del diagnóstico por edades (cuadro 3), se puede observar que la mayor amplitud en el rango de edad corresponde, como era de esperarse, a otros síntomas especiales de amplia categoría diagnóstica. En cambio, se puede observar que los rangos de edad están limitados de los 6 a los 10 años, para trastornos de aprendizaje, y de los 3 a los 12 años, para reacción hiperquinética y trastornos de lenguaje, lo cual concuerda con la experiencia clínica de que estos trastornos se presentan en la época de la primaria. Hacia los 3 años la reacción hiperquinética se presenta como un problema que requiere intervención de los especialistas pero su frecuencia disminuye hacia el inicio de la adolescencia.

**Evolución:** En el año de 1980 se distribuyeron en grupos los diversos casos, de acuerdo a su edad, problemática y tipo de tratamiento, quedando establecidos los siguientes bloques de tiempo o modalidades terapéuticas:

1. Educación especial: Niños de 7 a 11 años con problemas de aprendizaje, distribuidos en dos grupos de 8 a 10 niños cada uno.
2. Maternal Terapéutico: Niños de 3 a 6 años con

**Cuadro 2****DIAGNOSTICO MAS FRECUENTE EN LA POBLACION TOTAL**

N: 193 Diagnóstico*	No. de Casos	Porcentaje
Reacción hiperquinética	77	40
Perturbación específica de aprendizaje	18	9
Perturbación de la palabra	17	9
Reacción hiperansiosa	14	7
Otros síntomas especiales	11	6
Retardo mental fronterizo	10	5
Retardo mental leve	9	4.5
Reacción de adaptación en la adolescencia	8	4
Síndromes cerebrales orgánicos con epilepsia	5	3
Retardo mental moderado	5	3
Retardo mental severo	2	1
Retardo mental profundo	1	.5
Otros	16	8
<b>TOTAL</b>	<b>193</b>	<b>100</b>

\* Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Cuadro 3****DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS POR EDAD**

N: 137 Diagnóstico	Número de casos	Porcentaje	Rango de edad	Media de edad
Reacción hiperquinética	77	40	3 - 12	7.5 años
Perturbación específica del aprendizaje	18	9	6 - 10	8 años
Perturbación de la palabra	17	9	3 - 12	7.5 años
Reacción hiperansiosa	14	7	5 - 12	8.5 años
Otros síntomas especiales	11	6	4 - 17	10.5 años

(CIE-8)

problemas diversos (carencias afectivas, reacción hiperquinética, perturbación de la palabra, etc.), distribuidos en tres grupos: uno de ambientación para integración terapéutica, con niños de 3 a 4 años; otro para niños de 4 a 5 años, y uno más, de 5 a 6 años. Estos dos últimos, con técnicas de educación perceptual.

3. Psicopedagógico: Niños de 7 a 12 años con problemas de aprendizaje, cuya determinante principal es un problema emocional o de conducta, a quienes se trató con técnicas de socialización y labor de juego.

4. Vespertino: Para preadolescentes y adolescentes con problemas diversos, distribuidos en grupos de socialización y psicoterapia, con actividades recreativas complementarias.

5. Individual: Incluye farmacoterapia, psicoterapia y terapia del lenguaje.

En este reporte no se mencionan los grupos de padres ni el grupo diagnóstico, sin embargo, los resultados cuantitativos de estas actividades (en número de consultas) han sido objeto de una publicación anterior (8), a la cual remitimos al lector.

En el cuadro 4 se ilustra la distribución de la población de acuerdo a las modalidades terapéuticas. Se puede observar un número similar de pacientes que oscila entre el 21 y el 25% para cada modalidad de grupo, destacando sólo el 4% para terapia individual, lo cual coincide con la filosofía del programa. En cuanto al número de consultas realizadas en relación con las programadas, se puede observar un 33% de consultas no realizadas que se atribuye directamente a la ausencia de los niños, ya que no se registró en esa hoja la cancelación de sesiones por problemas del servicio o de los terapeutas. La asistencia de niños y adolescentes al programa fue de 67% a pesar de la distancia, de la incompatibilidad en el horario escolar, etc. En el cuadro 5 se ilustra la evolución promedio de los casos estudiados. El estancamiento se refiere al niño al principio del tratamiento o a que no evolucionó a pesar de la terapia. Los progresos "leves, moderados y notables" se planearon para observar las pautas de conducta registradas numéricamente por áreas del desarrollo (social, afectivo, perceptual, etc.). Cada terapeuta hacía semanalmente su evaluación y al final del mes la

**Cuadro 4**

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN MODALIDADES TERAPEUTICAS**

Modalidad	Número de personas atendidas	Porcentaje	Número total de consultas realizadas	Promedio de consultas por persona
Educación especial	49	25	1,181	24
Maternal terapéutica	52	26	892	17
Psicopedagógico	47	24	638	14
Vespertino	42	21	551	13
Individual	8	4	77	10

*No. de consultas programadas:* 4,991  
*No. de consultas realizadas:* 3,339  
*Porcentaje de consultas no realizadas:* 33%  
*Promedio de consultas programadas por persona:* 26  
*Promedio de consultas realizadas por persona:* 17

**Cuadro 5**

**EVOLUCION DEL TRATAMIENTO**

N: 193 Evolución	Porcentaje
1. Estancamiento	32
2. Progreso	55
3. Alta	5
4. Sin información	8

pasaba a la hoja individual del paciente. Sin embargo, pronto se abandonó esta práctica debido al gran número de casos, a que les quitaba mucho tiempo a los terapeutas y a que no se contaba con investigadores que realizaran la labor de anotación y observación. Desde 1980 se registraron las hojas con las observaciones de los terapeutas, quienes libremente anotaban el progreso del paciente hasta darlo de alta. El porcentaje de altas (5%) que se obtuvo en la muestra es inferior al 14% que se obtuvo en 1980 en el estudio del total de los 287 casos tratados (8), lo que puede deberse a que algunos de los casos fueron dados de alta con progreso notable, o bien a que las altas no fueron transcritas en la hoja individual del paciente cuando se les entregaron a los terapeutas. Para evitar esto, desde 1981 la trabajadora social lleva un registro independiente, en el que anota cada caso dado de alta y lo cita para seguimiento

semestral.

Diagnóstico y sexo: En los cuadros 6 y 7 se observa que aparte de la reacción hiperquinética, la frecuencia en los diagnósticos varió de uno a otro sexo. Llama la atención el hecho de que mientras que en las niñas la frecuencia con que aparece el diagnóstico de retardo mental leve ocupó el segundo lugar (11%), en el niño éste fue de sólo 1%; en cambio, los diagnósticos de perturbación de la palabra y perturbación del aprendizaje aparecen en un 10% de la población masculina y en un 7% de la femenina. Aunque las diferencias no son significativas, los resultados coinciden con la mayor frecuencia en que aparecen los trastornos del aprendizaje y del lenguaje en varones, y parecen apuntar hacia una mayor proporción de retardo mental leve en las mujeres.

**Cuadro 6**

**DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS EN LA POBLACION FEMENINA**

N: 71		
	Diagnóstico	No. de Casos
		Porcentaje
	Reacción hiperquinética	28
	Retardo mental leve	8
	Reacción hiperansiosa	6
	Perturbación de la palabra	5
	Perturbación específica del aprendizaje	5
	Síndromes cerebrales orgánicos con epilepsia	3
	Retardo mental fronterizo	3
	Otros síntomas especiales	2
	Reacción de adaptación en la niñez	2
	Reacción de adaptación en la adolescencia	2
	Retardo mental moderado	2
	Enuresis	1
	Retardo mental profundo	1
	Reacción de retraimiento	1
	Otras reacciones	1
	Sin información	1
	<b>TOTAL</b>	<b>71</b>
		<b>100</b>

(CIE-8)

**Cuadro 7**

**DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS EN LA POBLACION MASCULINA**

N: 122	No. de Casos	Porcentaje
Diagnóstico		
Reacción hiperquinética	49	40
Perturbación específica del aprendizaje	13	10
Perturbación de la palabra	12	10
Otros síntomas especiales	9	7
Reacción hiperansiosa	8	6
Retardo mental fronterizo	7	5
Reacción de adaptación en la adolescencia	6	5
Retardo mental moderado	3	2
Reacción de adaptación en la infancia	2	2
Síndromes cerebrales orgánicos con epilepsia	2	2
Síndromes cerebrales orgánicos con perturbación del metabolismo del crecimiento o de la nutrición	2	2
Retardo mental severo	2	2
Reacción de retraimiento	2	2
Reacción agresiva no socializada	1	1
Síndromes cerebrales orgánicos con infección intracraneal	1	1
Retardo mental leve	1	1
Tic	1	1
Sin información	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

(CIE-8)

**Cuadro 8**

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO Y DIAGNOSTICO**

No. de Casos	Diagnóstico	Masc. %	Fem. %	Proporción
77	Reacción hiperquinética	64	36	1.8 - 1
18	Perturbación específica del aprendizaje	72	28	2.6 - 1
17	Perturbación de la palabra	71	29	2.4 - 1
14	Reacción hiperansiosa	57	43	1.3 - 1
11	Otros síntomas especiales	82	18	4.6 - 1
29	Todos los tipos de retardo mental*	48	52	1 - 1.08

\* Se refiere a la suma de todos los diagnósticos de retardo mental que se encontraron.

(CIE-8)

**Cuadro 9**

**EVOLUCION DE LOS CASOS SEGUN EL DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO	EVOLUCION					
	1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%
Reacción hiperquinética	35	26	29	4	—	6
Perturbación específica del aprendizaje	—	33	33	17	6	11
Perturbación de la palabra	47	17	6	12	—	18
Reacción hiperansiosa	14	7	29	21	21	7
Otros síntomas especiales	36	18	9	—	18	18

1. Estancamiento.
2. Progreso leve.
3. Progreso moderado.
4. Progreso notable.
5. Alta.
6. Sin información.

(CIE-8)

**Cuadro 10**

EVOLUCION DE LOS CASOS DURANTE 1981	
N: 68	
Evolución	Porcentaje
Estancamiento	4
Progreso*	24
Alta	25
Deserción	35
Canalización	12

\* Se incluye progreso leve, moderado y severo.

Tomando en cuenta las categorías diagnósticas más frecuentemente reportadas, se elaboró el cuadro 8, en el que se observa, además, la proporción de casos de sexo masculino en relación con los del sexo femenino. Se destaca la mayor frecuencia con que aparecen casos del sexo masculino en proporciones variables de cerca de 3 a 1 para trastornos del aprendizaje y de la palabra, a cerca de 1 a 1 para reacción hiperansiosa. En la única categoría en donde hubo ligero predominio del sexo femenino (52%) fue en el retardo mental (incluyendo todos los tipos). Es importante mencionar que la proporción encontrada en este estudio en la reacción hiperquinética fue de 1.8 a 1 en favor del sexo masculino, lo cual contrasta con las cifras mencionadas por otros autores y en otros países (3, 9, 10), que son de 4 a 1 y hasta de 10 a 1 (3).

**Diagnóstico y evolución:** El cuadro 9 se refiere a la evolución de los casos según el diagnóstico, observándose un mayor porcentaje con estancamiento (es decir con evolución deficiente) en los niños con trastornos de la palabra; no así en los problemas de aprendizaje y

reacción hiperansiosa, en los que hay pocos estancamientos a cambio de un 50% de casos distribuidos en progreso moderado y notable. En los niños con reacción hiperansiosa destaca un 21% de altas contra pocos progresos notables en aquéllos con reacción hiperquinética y perturbación de la palabra, en los que en ese año no hubo altas, lo cual podría sugerir que esos casos presentan mayor lentitud en su evolución hacia el alta. La cita de casos sin información relativamente elevada se debe a que se omitió registrar con detalle la evolución del caso aunque el resto de la hoja estuviera completa.

**Seguimiento y altas:** El presente reporte se refiere a la población estudiada en 1980, sin embargo, hemos creído conveniente agregar la evolución de 68 casos de esta población, seguidos durante 1981. En el cuadro 10 se observa que después de un año de terapia, el índice de altas subió al 25% (17 casos), y el de deserción, al 35% de los casos; en cambio, sólo se estancó el 4% de los casos. Esto parece indicar una tendencia hacia la remisión de la sintomatología y la deserción o la canalización de la mayor parte de los casos (72%) atendidos en el programa. Ahora bien, si agregamos los

17 casos dados de alta en 1981 a los 10 casos dados de alta en 1980, obtenemos un número que representa el 14% del total de los 193 casos analizados, cifra cercana al 18% de altas obtenido en el análisis cuantitativo de los 287 casos de 1980 (8).

En la evolución de los casos a largo plazo, las cifras muestran una tendencia general de los mismos a dejar el programa (por haber sido dados de alta, por deserción o por canalización) en un 72%. Consideramos que el 28% restante (es decir, menos de uno o de cada 3 casos) no se ha resuelto al cabo de un periodo máximo de 2 años, lo que puede interpretarse como una tendencia general del programa a tratar casos que no evolucionan a la cronicidad, y a aceptar nuevos casos sin que tengan que pasar por una espera prolongada, ya que como dato complementario podemos agregar que en 1981 se atendieron en el programa 413 nuevos casos.

**Seguimiento y deserciones:** Por lo que se refiere a las deserciones en la muestra de 193 casos analizados en 1980, éstas ascendieron a 31 casos (16%); y de los 68 casos analizados en 1981, desertaron 24 (12% de 193). El tipo de deserciones es cualitativamente diferente, ya que mientras en el 1er. año la deserción puede deberse al abandono del tratamiento, en el 2o. año puede indicar que el paciente se retiró después de haber mejorado, pero antes de que el terapeuta juzgara que estaba listo para ser dado de alta. De hecho, los miembros del equipo tienen la impresión subjetiva de que debido a la distancia, a los problemas económicos, a su resistencia a tratamiento a largo plazo, etc., las madres dejan de llevar a los niños en cuanto mejoran lo suficiente como para solucionar sus problemas escolares o conductuales graves. Por lo tanto, se pueden plantear 2 índices de deserción: incipiente, del 16%; y tardío, del 12%, y aunque la suma de ambos asciende al 28%, esta cifra podría atenuarse por medio de un estudio minucioso de la evolución de cada caso y del grado de evolución alcanzado. Para ello se está trabajando en un análisis de la muestra de 1981, que permita cruzar las variables de "deserción, alta y canalización" contra el número de sesiones que requirió cada caso, a fin de poder comprobar el tiempo que necesitó el niño para evolucionar a cada uno de los parámetros. Con este objeto habría que hacer 4 grupos: deserciones, altas, canalizaciones y casos que aún siguen tratándose en 1982, analizando en cada uno el número de sesiones que necesitó. Esto nos podría dar la medida evolutiva para cada tipo de evolución (deserción, continuación, canalización o alta) en número de sesiones realizadas (tiempo terapéutico) y en número de sesiones planeadas (tiempo cronológico).

### **Conclusión y comentarios**

Se estudiaron 193 casos (67.2% del total atendido en 1980). A pesar de que se utilizó la CIE-8 para clasificarlos y de que algunas hojas tenían la información incompleta, los resultados pueden considerarse como representativos de la población atendida en ese año.

Las tendencias generales de la población estudiada son las siguientes:

1o. La edad predominante fue de 8 y 9 años; el sexo predominante: el masculino, en proporción de cerca de 2 a 1; y los diagnósticos que más se encontraron fueron el de la reacción hiperquinética, perturbación específica del aprendizaje y perturbación de la palabra.

2o. Al cabo de año y medio de haberse iniciado el programa, el índice de altas fue de 14%, y el de deserción, del 28%. Sin embargo, el 1er. año desertó el 16%, y el 2o., el 12%; este último, después de haber recibido tratamiento por un tiempo prolongado.

3o. El diagnóstico que se encontró con más frecuencia fue el de reacción hiperquinética (en el 40% de los casos). Aquí el rango de edad fue de 3-12 años, y la edad media, de 7.5 años. Esto coincide con las observaciones de algunos autores, en el sentido de que la hiperquinesia desaparece o disminuye a niveles manejables en la época de la adolescencia (5,11).

4o. Aunque el retraso mental tiene múltiples grados y causas, si se consideran en conjunto todos los tipos que se encontraron, se puede observar que el 14% de los casos tratados, es decir, uno de cada 7 casos, aproximadamente, tenía algún tipo de retraso mental y, tomando en cuenta que habían sido canalizados por la consulta externa, el índice es elevado; sin embargo, hay que señalar que el hospital es de concentración y que algunos casos de retraso mental fronterizo pudieron haber sido enviados al programa debido a trastornos del aprendizaje, especialmente durante el periodo escolar, pudiendo inferirse que estos niños sólo son detectados hasta que causan problemas en el área del aprendizaje y de la conducta. Este hallazgo coincide con las estadísticas de otros países, en las cuales se observa que el retardo mental es más frecuente entre la población de 10 a 14 años y, en segundo lugar, entre los 5 y los 9 años, lo cual significa que a esta edad escolar el niño se confronta a un mayor desafío intelectual (6).

5o. El hecho de que el sexo masculino aparezca con mayor frecuencia que el femenino en casi todos los diagnósticos, comprueba lo que ya otros autores han señalado, y es que el sexo masculino predomina en los diversos tipos de patología, sólo que en este estudio las proporciones no fueron tan grandes como las encontradas en otros países (3, 9 y 10 variaron de 4 a 1 y de 1 a 1, por lo que la predominante es de 2 a 1).

6o. Llama la atención el hecho de que a diferencia de los centros de salud, en donde se encuentra un gran número de casos con problemas específicos del aprendizaje (11), en la población aquí analizada, estos ocuparon el segundo lugar junto con la perturbación del lenguaje. Esto puede deberse a una patología más compleja en los casos hospitalizados, y debido a que los casos se canalizaron de la consulta externa al programa. De todos modos, esto se analizará en detalle cuando se estudie a la población de 1981 y de 1982, en cuyas hojas aparece ya la clasificación diagnóstica del DSM III (1).

En conclusión, la población infantil y adolescente

seleccionada para el estudio de los asistentes al programa UTNA en 1980, ha mostrado la tendencia de los pacientes de sexo masculino, de 8 y 9 años de edad, a concentrarse en el diagnóstico de reacción hiperquinética y en una evolución de progreso, con cierta resistencia a ser dada de alta, con deserciones después de más de un año de tratamiento y con la tendencia a dejar el tratamiento (por haber sido dados de alta, por canalización o por deserción) en una proporción de 3 de cada 4 casos que ingresan, por lo que después de año y medio de tratamiento queda en el programa alrededor de un caso de cada 4. En cuanto a la recuperación de la información, cabe señalar la tendencia que se observó a dejar incompleta la información (lo cual puede atribuirse a exceso de trabajo clínico, al cambio de terapeutas, a problemas administrativos, etc.). Hay que añadir que la hoja de registro presenta complicaciones y vaguedades que se han ido puliendo sobre la marcha, pero que se prestaban a confundir la información, por lo que había que desechar algunas. Sin embargo, la escasez de nuestros recursos, el hecho de contar únicamente con 2 investigadores de tiempo parcial dedicados a este proceso, la complejidad que representa llenar la hoja, y la carga asistencial del equipo (atendió a 400 niños y adolescentes en 1980), así como el cambio de sede [se inició en un centro de salud y después pasó al hospital (8) ], impidieron prestarle la dedicación y el tiempo necesarios a la

investigación. Consideramos que los datos obtenidos (193 de 287 casos tratados) nos permiten proyectar los resultados al total de la muestra, pudiendo aseverar que, con mínimas variaciones, los datos muestran las tendencias generales de la población, así como la evolución de 68 casos en 1981. Con ello podemos tener un punto de partida que refleje el tipo de población atendida en el programa (análisis cualitativo de la información), las terapias realizadas, el tiempo de evolución y lo que es más importante, un punto de referencia para futuros estudios en el hospital o en otros lugares, con parámetros bien delineados y con la población homogénea en cuanto a edad, sexo y diagnóstico. Pensamos que estos datos pueden servir de punto de partida para un estudio de seguimiento a largo plazo, así como para el estudio de un grupo de niños con diagnóstico similar, evaluados por un psiquiatra por medio de pruebas psicológicas, estudios electroencefalográficos, dinámica familiar, etc. A éstos se les trataría con terapia como la propuesta en este modelo, con evaluaciones periódicas y con formas de observación conductual medidas cada sesión por un observador no terapeuta; todo esto, en un estudio comparativo con una población similar en cuanto a edad, sexo, nivel socioeconómico y estudios evaluatorios, a fin de poder establecer con certeza la eficacia terapéutica del modelo y las tendencias generales de un tipo de población comparada con otra. Esta será la siguiente etapa de la investigación.

## BIBLIOGRAFIA

1. *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3a. Edición, Washington. 1980.
2. BLOSS P: *Adolescencia*. Ed. Joaquín Mortiz. México, 1971.
3. EISENBERG L: Hiperkinetic reactions. En: Noshpitz J.D., *Basic Handbook of Child Psychiatry*. Basic Books, Nueva York, Vol. II, Cap. 21, 439-453, 1979.
4. ESCOTTO MJ: Los niños con problemas de conducta y aprendizaje. Recolección de datos clínicos. *Salud Mental* 6 (1): 14-20, primavera 1983.
5. HUNT RD, COHAN JD, SHAYWITZ ES, SHAYWITZ BA: Strategies for Study of the Neurochemistry of the Attention Deficit Disorder in Children. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (2) 235-252, 1982.
6. JERVIS G A: The mental deficiencies. En: Arieti S. *The American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, Nueva York, Vol. II, Cap. 63, 1289-1314.
7. MACIAS-VALADEZ T G: Programa de intervención terapéutica para niños y adolescentes en centros de salud. *Cuadernos Científicos CEME-SAM*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, Vol. XII, 227-244, 1980.
8. MACIAS-VALADEZ T G: Modelo psiquiátrico de intervención terapéutica en niños y adolescentes (UTNA), *Salud Mental*, 5 (2) 18-22, Verano de 1982.
9. SHAFFER D, GREENHILL L: A critical note on the predictive validity of the hiperkinetics syndrome. *J. Child Psycho Psychiat*, Vol. XX. 61-72. Pergamon Press. Gran Bretaña.
10. VELASCO FERNANDEZ R: *El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral*. Editorial Trillas, México 1980.
11. WEISS G, MINDE K, WERRY J S, DOUGLAS V, NEMETH E: Studies on the hiperactive child: five-year follow-up. En: *Archives of General Psychiatry*, Vol. XXIV, 409-414, 1971.

## Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de todo el personal del programa Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA) del Hospital "Dr. Juan N. Navarro", por su valiosa ayuda, especialmente al Dr. Jorge Escotto M., LEE Sara London L., Lic. Claudia Guadalupe Vázquez, Lic. Guadalupe Santos F., Lic. Catalina Eljure E. y T.S. Irma Galicia.

Agradecemos también su colaboración a las autoridades del Instituto Mexicano de Psiquiatría, al Ing. Lázaro S. Romero de la Unidad de Informática y a las autoridades de la Dirección General de Salud Mental y del Hospital "Dr. Juan N. Navarro", sin cuya ayuda el presente trabajo no hubiera sido realizado.