

## PSQUIATRÍA

### P373

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA INFANTIL EN UN SERVICIO DE REFERENCIA SEGÚN CRITERIO CIE 10

P.J. Rodríguez Hernández, M. Baras Valenzuela, T. Baras Pastor y J. Rodríguez Sacristán

Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

**Introducción:** En España la psiquiatría infantil no está considerada como especialidad médica y la patología psiquiátrica en la edad pediátrica es atendida por un amplio abanico de profesionales -psiquiatras, psicólogos y pediatras-, con mayor o menor grado de comunicación con otros profesionales que atienden dicha patología. Esto impide que existan trabajos epidemiológicos extensos que permitan describir el perfil psiquiátrico infantil así como la difusión de los existentes en medios adecuados para conocimiento del colectivo de pediatras.

**Material y métodos:** Se ha analizado la patología de los niños que han acudido en primera visita al servicio de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla durante el año 2000 expresando porcentualmente los resultados según criterio diagnóstico CIE-10, y concluyendo los datos más importantes según los índices obtenidos.

**Resultados:** Los diagnósticos obtenidos tras su agrupación en función de los criterios CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud son los siguientes: Trastornos generalizados del desarrollo (F84): 15,16%. Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación (F43): 11,31%. Trastornos disociales (F91): 10,28%. Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93): 10,02%. Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar (F81): 6,16%. Retraso mental leve (F70): 5,65%. Trastornos hipercinéticos (F90): 5,39%. Trastornos de la conducta alimentaria (F50): 4,88%. Trastornos somatomorfos (F45): 4,37%. Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F98): 3,34%. Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80): 3,08%. Trastornos no orgánicos del sueño (F51): 2,82%. Otros: 17,39%.

**Conclusiones:** La categoría diagnóstica más frecuente en nuestra serie fue trastornos generalizados del desarrollo (15,16%) seguido de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (11,31%) y trastornos disociales (10,28%). Agrupando en categorías principales, la más frecuente fue trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F99) con un 32,35% seguido de trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89) con un 24,4% y trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F49) con un 21,32%.

### P374

#### RIESGO PSICOSOCIAL EN EL PRIMER AÑO DEVIDA: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN RELACIÓN CON DEMANDA ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Martín-Álvarez, J.L. Pedreira Massa, A. Hidalgo García y E. Marcos Eirós

Centro de Salud Los Cámenes, Madrid, Hospital del Niño Jesús, Madrid.

**Introducción:** En las consultas de atención primaria de pediatría se asiste a una demanda asistencial creciente y un cambio cualitativo de esta demanda que pudiera estar condicionado así mismo por los factores psicosociales vinculados con problemas sociales ligados al nivel socio-económico y al grado de ajuste familiar.

El impacto que estos factores psicosociales y su manejo adecuado pueden tener en la promoción del desarrollo psicosocial en la primera infancia, hace necesario perfilar este tipo de factores para diseñar los instrumentos más adecuados que permitan mantener un adecuado nivel de la asistencia pediátrica. **Objetivos:** 1) Evaluar la prevalencia puntual de los factores psicosociales en una población pediátrica en un servicio de atención primaria. 2) Medir y comparar la tasa de frecuentación, consulta a demanda, de servicio pediátrico en atención primaria, con los datos de riesgo psicosocial.

**Material y métodos:** 1) Prevalencia puntual a un mes. 2) Población: Niños menores de 12 meses de edad que acuden a consulta al Centro de Salud. 3) Escala de Evaluación de factores psicosociales de Hameury. 4) Tasa de frecuentación a demanda

**Resultados y conclusiones:** Aproximadamente un tercio de los niños que acuden a consulta de pediatría en atención primaria, presentaron una tasa de riesgo psicosocial de relevancia. Esta población de mayor riesgo psicosocial se encuentra sobrerrepresentada entre la población de mayor demanda de servicios sanitarios. La elevada accesibilidad y disponibilidad de los servicios sanitarios de atención primaria conllevaría que una demanda socio-familiar se exprese por una demanda esencialmente de carácter medicalizado.

### P375

#### IMPORTANCIA DE LA RECAÍDA EN LA ELABORACIÓN DEL DUELO

M.D. Silva Legido, M. Escobedo Monge, A. Blanco Quirós, C. Valbuena Crespo y M. Alonso Franch

Universidad de Valladolid, Valladolid.

**Antecedentes:** El cáncer infantil muestra una incidencia creciente (125 casos anuales por millón de niños menores de 15 años). Esta evolución de la enfermedad hace necesario un enfoque integral en el tratamiento de los niños afectados, incluyendo la prevención de duelos patológicos para conseguir una mayor adherencia al tratamiento.

**Objetivos:** Se pretende el acercamiento al sufrimiento del niño oncológico. Las manifestaciones de ese sufrimiento conforman el duelo, por lo que el estudio del caso se centra básicamente en la observación de éste.

**Caso clínico:** El paciente, varón de 12,6 años de edad, es diagnosticado de leucemia linfoblástica (LLA) de muy alto riesgo por lo que se inicia protocolo SHEP-94, con radioterapia

pia craneal. Su padre presenta a los 6 meses leucemia mielomonocítica falleciendo 3 meses después. Permanece en remisión completa continuada hasta los 16 años de edad, momento en el que presenta recidiva testicular derecha aislada iniciándose protocolo SHOP-94-R y radioterapia testicular. El paciente presenta el ánimo deprimido. Siete meses más tarde se somete a autotrasplante con células progenitoras de sangre periférica continuándose con triple terapia intratecal durante tres meses más. En la actualidad, tiene 19,3 años y acude a revisión cada cuatro meses.

**Resultados:** El duelo se inicia en los dos episodios oncológicos, pero se observa durante la recaída que no tiene lugar el mecanismo de negación, por lo que sospechamos que conoce su diagnóstico. Efectivamente el paciente no solo conoce éste sino que en su día supo que su padre había muerto debido a su "misma enfermedad".

**Conclusiones:** Durante el proceso de elaboración del duelo, el mecanismo de negación detiene su evolución favoreciendo la adaptación del sujeto a la enfermedad. Durante la recaída el sujeto no puede seguir manteniendo la negación, por lo que se produce la aparición brusca del duelo. Se destaca la importancia de la historia familiar de cáncer en la evolución del duelo.

### P376

#### LA ELABORACIÓN DEL DUELO EN EL BINOMIO MADRE-HIJO ONCOLÓGICO.

M.D. Silva Legido, M. Escobedo Monge, C. Valbuena Crespo, A. Blanco Quirós y M. Alonso Franch  
Universidad de Valladolid, Valladolid.

**Antecedentes:** Las enfermedades oncológicas están siendo en la actualidad objeto de especial estudio, prediciendo que un porcentaje cada vez más alto de la población, y por lo tanto de niños, va a padecer algún tipo de cáncer.

**Objetivos:** Si tenemos en cuenta que el duelo es un proceso psicológico universal y necesario para la elaboración de la pérdida de un ser querido, y que el cáncer no sólo afecta al enfermo sino que influye en todos los miembros de la familia, nos parece interesante centrarnos en el proceso de duelo en la madre, no solo por el vínculo especial que poseen "madre e hijo", sino porque en nuestra experiencia clínica es la madre la que adopta el rol de "cuidador principal" en prácticamente la totalidad de los casos atendidos.

**Caso clínico:** El paciente, varón de 5,4 años de edad, es diagnosticado de leucemia aguda linfoblástica (LAL-2) bifenotípica (población B 50% y población T55%) de muy alto riesgo iniciándose protocolo SHOP-LAL/94 y más tarde radioterapia craneal. A los 6 años se le diagnostica LAL-2 con población T, presentándose en la mitad de las células traslocación balanceada entre los brazos largos de los cromosomas 1 y 11, lo que se asocia a mal pronóstico, por lo que se continúa tratamiento SHOP-94-R para recaídas y tratamiento de la SHEP para caso de mala respuesta, sobreviniendo el exitus a los 6,4 años.

**Resultados:** Se observa la evolución de las fases del duelo y la aparición de distintos tipos de duelos en madre e hijo a medida que avanza la enfermedad oncológica.

**Conclusiones:** El duelo es un proceso que evoluciona con una temporalidad propia de la enfermedad oncológica. En un primer momento aparece en madre e hijo un pseudo-duelo que surge debido a la enfermedad y que acompaña a to-

do el proceso oncológico. El momento de la recaída constituye el punto de inflexión a partir del cual surge la conciencia de gravedad en el niño y de muerte en la madre, apareciendo el duelo anticipatorio. La vivencia del duelo anticipatorio no impide que aparezca otro tras la pérdida real del hijo. La muerte unifica todas las pérdidas impregnando el duelo. Pantos de simbolismos y conflictos.