

Original

Experiencia de 5 años en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-juvenil

M. PÉREZ COLINO¹, B. ORDÓÑEZ MÉNDEZ¹, E. SEIJO ZAZO², V. MARTÍNEZ SUÁREZ^{1,3}

¹Universidad de Oviedo. ²Unidad de Ingreso de Psiquiatría Infanto-juvenil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

³Centro de Salud El Llano. Gijón.

RESUMEN

La enfermedad psiquiátrica infantil plantea numerosas dificultades en cuanto a su evaluación, diagnóstico y tratamiento. Los datos epidemiológicos disponibles sobre los pacientes ingresados en unidades especializadas son escasos y han sido ofrecidos habitualmente de forma poco sistemática. Con el fin de conocer la frecuencia en nuestro medio de las diferentes entidades psiquiátricas de debut en la adolescencia hemos realizado un estudio descriptivo mediante revisión de las historias clínicas de los casos ingresados en la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) desde febrero del 2012 a marzo del 2017. Para ello se han recogido las variables individuales de edad y motivos de ingreso, manifestaciones clínicas y diagnóstico final, tratamientos recibidos y factores relacionados con el pronóstico, la evolución y comorbilidad asociada a medio-largo plazo. Se incluyeron en el estudio 270 pacientes (44,8 % hombres) con una edad media de 14,7 años. El número mayor de ingresos corresponde a los trastornos del humor (trastornos depresivos) y psicosis no orgánica, seguido de los trastornos del comportamiento y las emociones neuróticas (trastornos de ansiedad) y del desarrollo psicológico. Se han identificado factores de riesgo relacionados con la desestructuración familiar (29%) y consumo de *Cannabis* (22%). Los fármacos administrados más utilizados de forma aislada fueron los ansiolíticos (benzodicepinas), seguidos de los antipsicóticos y antidepressivos; las asocia-

ciones de dos o más fármacos fueron utilizadas en el 43,3% de los niños ingresados.

Palabras clave: Enfermedad mental; Infancia; Hospitalización; Psicofármacos.

ABSTRACT

Psychiatric disorder in children generates many problems regarding its evaluation, diagnosis and treatment. Epidemiological data available for those patients admitted to specific units are limited and have not been usually offered in a systematic way. In order to know the frequency in our environment of the different psychiatric disorders during childhood, we have done a descriptive study reviewing the medical histories of the patients admitted in the Child-Juvenile Psychiatric Unit of the Central University Hospital of Asturias (HUCA) from February 2012 to March 2017. We have collected individual variables of age, reason for admission, clinical expressions, final diagnose, pharmacological treatments and related factors to prognosis, evolution and associated comorbidities in the medium to long term. In the Study were included 270 patients (44,8 % men) with an average age of 14,7 years. The largest number of patients admitted belongs to the mood disorders (depressive disorders) and non organic psychosis, followed by behavioral disorder, emotional neurotic disorders (anxiety) and psychological development disorders. Risk factors associated

Correspondencia: Dr. Venancio Martínez Suárez. Centro de Salud El Llano. C/ Juan Alvargonzález, 95. 33205 Gijón.
Correo electrónico: venancioms@telecable.es

© 2018 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

to dysfunctional families (29%) and *Cannabis* abuse (22%), have been identified. The drugs more frequently used in isolation were anxiolytics (benzodiazepines) followed by antipsychotics and antidepressants, the associations of two or more drugs were used in the 43,3% of children admitted.

Key words: Mental illness, childhood, hospitalization, psychotropic drugs.

INTRODUCCIÓN

Los problemas y trastornos mentales en el niño son cada vez más frecuentes y se presentan a edades cada vez más tempranas. Esta observación suele explicarse por las nuevas tensiones y el aumento de los conflictos que desde el entorno del niño –familiar y social– favorecen su aparición^(1,2). Se acepta que los códigos de conducta, las costumbres sociales, la pérdida de protagonismo de las figuras de autoridad tradicionales –padres y profesores– como referencia educativa, un ambiente crecientemente competitivo y la generalización de modelos de vida que incrementan la frustración, son elementos que distorsionan la realidad en la que nuestros hijos crecen y se desarrollan, todo ello con consecuencias sobre su estado mental, sus conductas y comportamientos, y que afectan antes y en mayor medida a los niños más frágiles y vulnerables. Así mismo, han mejorado, tanto la sensibilidad de los profesionales implicados como los sistemas de detección de la enfermedad mental en los niños y adolescentes. La realidad es que los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia global estimada de condiciones psicopatológicas en la población infantil variable entre el 10 y el 20%⁽³⁻⁵⁾, creciente además en los últimos años⁽³⁻⁷⁾.

Al tiempo que existe la evidencia de que la actividad de los servicios de salud mental infantil se ha incrementado en las últimas dos décadas, se ha elevado el coste de los servicios^(8,9), especialmente en aquellos pacientes que requieren el ingreso en unidades especializadas. La necesidad de ingreso, sus causas, su prevención y posibles consecuencias son temas de continuo debate en la psiquiatría infantil. La hospitalización de estos pacientes tiene objetivos específicos^(10,11); así, la evaluación detallada de casos complejos, las dificultades en la familia que hacen imposible el abordaje exclusivamente ambulatorio, el incremento en la gravedad sintomatológica, el aumento de agresividad, la exigencia de cuidados y observación de enfermería veinticuatro horas, además de las situaciones en que sea necesario efectuar el ensayo controlado de alguna intervención específica. Junto a ello, la utilidad de este tipo de atención en hospitales generales permite tratar la patología médica comórbida y

concomitante, atender las urgencias y efectuar investigaciones de aspectos biológicos, evolutivos y psicosociales. Todo esto exige una adecuada planificación y la integración del trabajo multidisciplinar, con una infraestructura específica, y dotación de personal especializado^(12,13). Es necesario el desarrollo de trabajos de investigación que den a conocer la patología más prevalente en nuestras unidades de hospitalización, su perfil clínico y los datos útiles para evaluar las correlaciones sociodemográficas de los trastornos mentales en una comunidad determinada⁽¹⁴⁾.

Dentro de este contexto, con el presente estudio queremos caracterizar epidemiológicamente la población infantil ingresada en nuestro hospital con el diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, estimando el número de menores que presentan este tipo de patología y la frecuencia de las diferentes categorías diagnósticas, identificar las variables clínicas asociadas, los factores pronósticos y la respuesta a los tratamientos recibidos. Facilitar, en último término, información para la planificación sanitaria y la coordinación asistencial entre niveles de este tipo de alteraciones, todo ello desde la identificación precoz y un seguimiento clínico y terapéutico óptimos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de todos los pacientes menores de 18 años ingresados en la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del HUCA, centro sanitario de referencia para la Atención de Tercer Nivel en edad pediátrica en nuestra Comunidad, desde febrero del año 2012 hasta marzo del 2017.

Se recogieron las variables del estudio mediante un protocolo estandarizado, registrándose individualmente la información referida a la edad de ingreso y motivo del mismo, las manifestaciones clínicas y diagnóstico final, tratamientos recibidos y factores relacionados con el pronóstico, la evolución y comorbilidad asociada a medio-largo plazo. Los criterios diagnósticos de selección y clasificación utilizados para nuestro estudio son los correspondientes a la última revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (códigos M00 a M25) adoptados en nuestro país por el Ministerio de Sanidad (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>): F00-F09 trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, F20-29 esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, F30-39 trastorno del

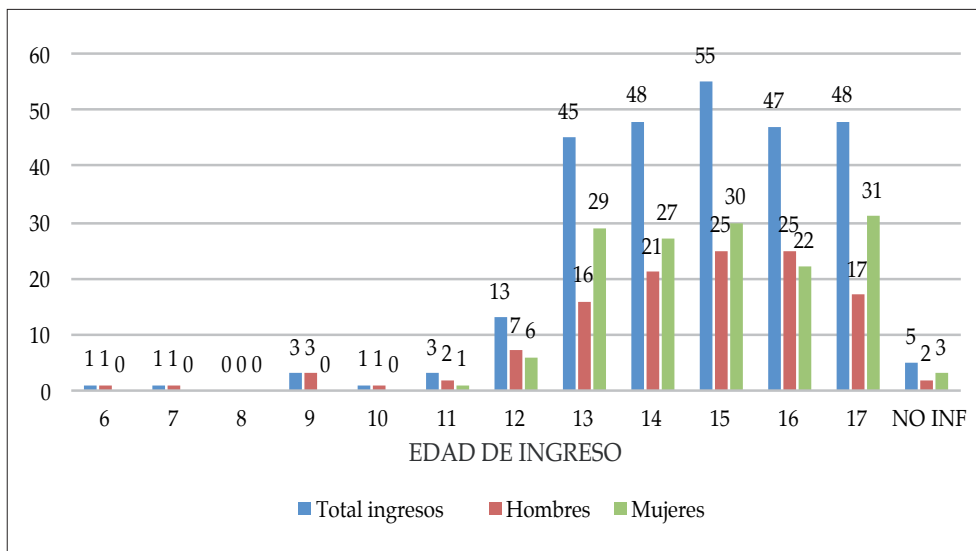


Figura 1. Ingresos por edades.

humor (afectivos, incluidos el bipolar, depresivo con todos sus expresiones), F40-49 trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (trastornos de ansiedad), F50-59 trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos, F60-69 trastornos de la personalidad, F70-79 retraso mental, F80-89 trastornos del desarrollo psicológico (generalizados del desarrollo) y F90-98 trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia (trastornos de la actividad y la atención) y F99 trastornos sin especificar. Algunos casos que se escapan a la clasificación como motivos de ingreso estandarizados fueron incluidos en la serie por considerarse representativos de la función asistencial de estas unidades, aunque el diagnóstico de certeza se pueda realizar con posterioridad al ingreso: a esta categoría se la ha denominado "aproximación diagnóstica" como motivo de ingreso y conste o no en el momento de la revisión-codificación del diagnóstico final. Para cada caso se han registrado los principales factores de riesgo de enfermedad mental en la infancia que aparecen reseñados en la historia. Se incluyen en una categoría de diagnósticos menores los "secundarios", que aparecen en el informe de alta debajo del diagnóstico principal, y que incluyen comorbilidades, clínica psiquiátrica poco aparente y factores ambientales como consumo de tóxicos y conflictos familiares.

Se consideraron criterios de inclusión la edad al diagnóstico dentro de los límites definidos por el estudio (inferior a 18 años) y la confirmación de enfermedad psiquiátrica según los criterios aceptados internacionalmente. Y se han excluido del estudio aquellos pacientes sin diagnóstico cierto de trastorno principal de causa psiquiátrica y la edad superior

a los 18 años. Tampoco se incluyeron los diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria, dependientes de una unidad específica dentro de nuestro hospital.

Una vez obtenidos y organizados los datos de las historias clínicas en una hoja Excel diseñada a tal fin fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo de las variables con estimación del porcentaje y cálculo de la medias, realizando la comparación entre grupos mediante la prueba "t" de Student, todo ello utilizando el programa estadístico SPSS versión 17.0.

Las normas de confidencialidad y respeto en relación a las informaciones obtenidas fueron garantizadas por los investigadores previa solicitud de acceso a la historia digital de cada paciente ante la dirección del hospital, siendo el proyecto revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Principado de Asturias.

RESULTADOS

Del total de historias clínicas revisadas han cumplido los criterios de inclusión en el estudio 270 pacientes, de los cuales 121 fueron varones y 149 mujeres (44,8 % y 55,2%). La media de edad de los ingresados fue de 14,7 años, con una mediana de 15,0 y un rango entre los 6 y los 18 años (Fig. 1).

El año con mayor número de ingresos fue el 2015, teniendo lugar el 45% de los mismos entre ese año y 2016 (61 y 62 pacientes, respectivamente; de 5,9 y 10,0) (Fig. 2).

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron los trastornos de la conducta (40,7% de los niños admitidos en la Unidad), seguidos del intento autolítico (27,0%), a la que

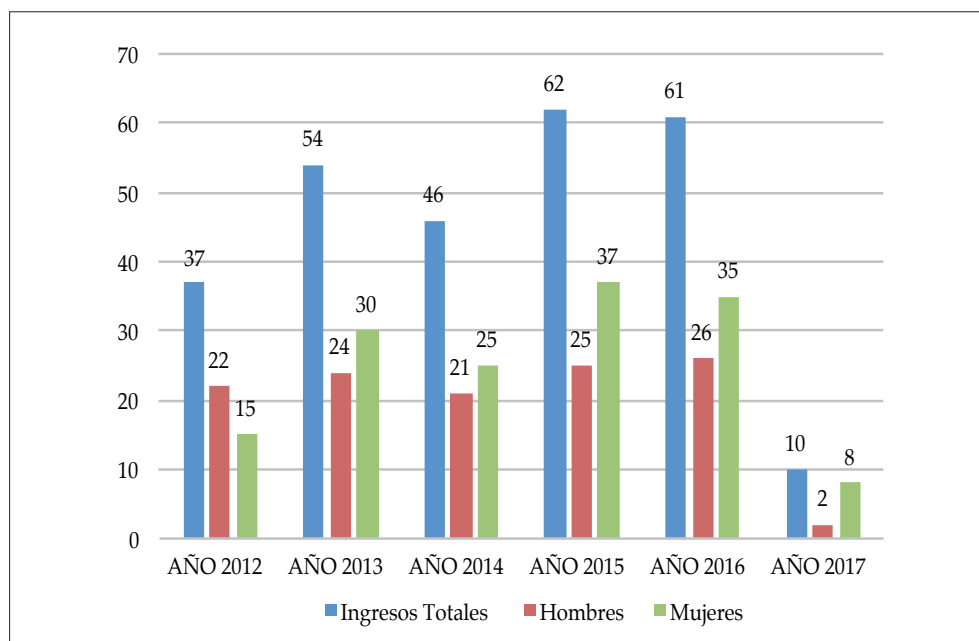


Figura 2. Ingresos según años.

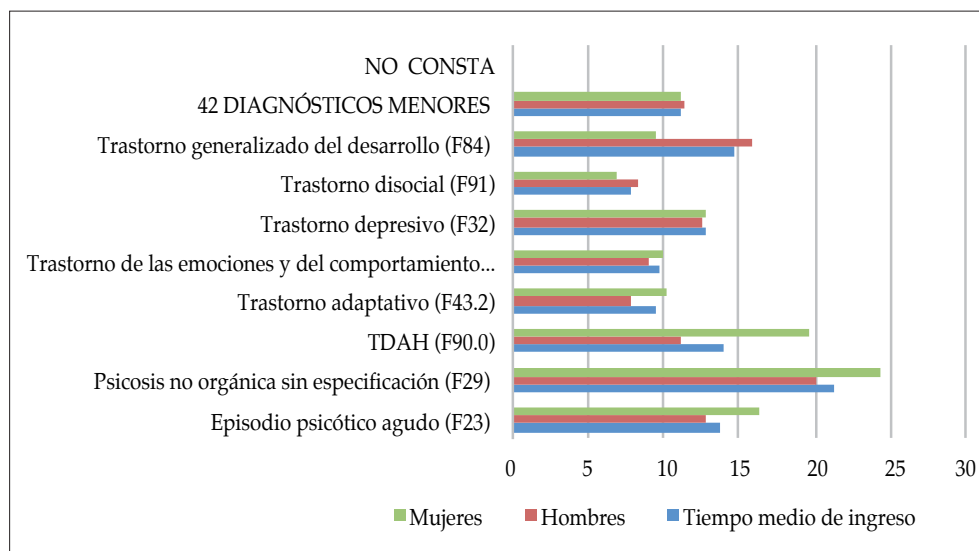


Figura 3.

como categoría podrían sumarse las autolesiones (4,1%) y la ideación autolítica (con 0,7%). Este tipo problemas psiquiátricos en conjunto representan, por tanto, casi una tercera parte de las causas que han justificado el internamiento en nuestro hospital de los casos incluidos en esta serie (31,8%). A una notable distancia en su frecuencia se encuentran la descompensación psicopatológica (5,2%), la sintomatología psicótica (3,7%) y la ansiedad (3,3%). Y con una escasa representación entre los ingresados la sintomatología depresiva (2,6%), la agitación psicomotriz (2,2%), las alteraciones sensorio-perceptivas (1,1%) y los trastornos conversivos (con 4

casos; 0,4%). Un total de 14 casos (5,2% de todos estos niños) fueron dados de alta con la consideración nosológica de "aproximación diagnóstica".

Al analizar los días de ingreso hallamos una duración media de 12,2 días (DE de 8,3), con una permanencia similar en ambos sexos (12,1 días en los hombres y 12,3 en las mujeres). Al analizar la estancia hospitalaria según el motivo de ingreso, las causas de mayor tiempo de permanencia han sido la sintomatología psicótica (20,7 días; DE 6,4), la ideación autolítica (13,5 días; DE 1,5), la sintomatología depresiva (13,4; DE 2,1), la descompensación psicopatológica (13,2 días

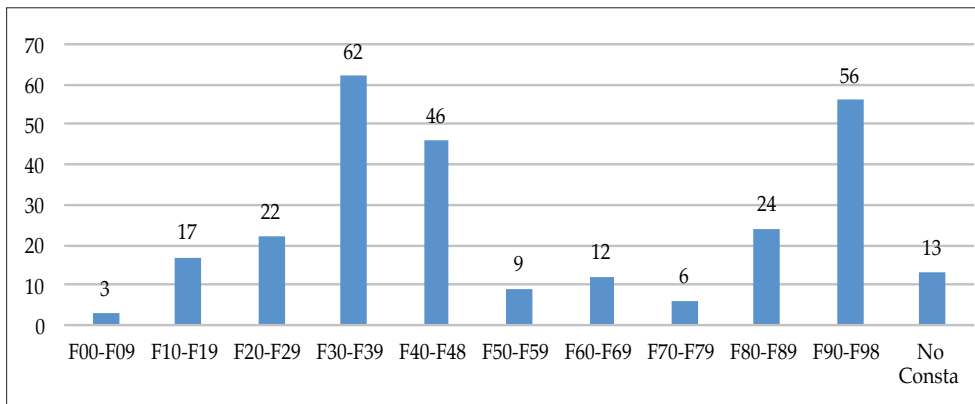


Figura 4. Diagnóstico principal.

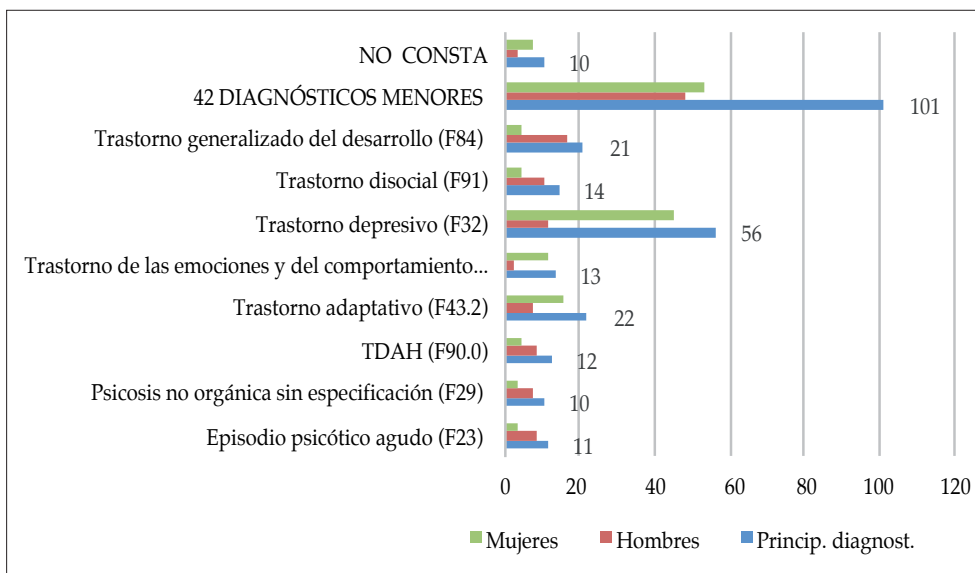


Figura 5.

de media; DE 2,3) y el intento autolítico (12,1 días; DE 0,7). Del resto de categorías, las de menor estancia hospitalaria han sido la ansiedad (7,9 días; DE 2,1) y los trastornos conversivos (2,0; DE 0,0). En cuanto a la "aproximación diagnóstica" consignada en algunos casos, ha supuesto un ingreso medio de 11,6 días (DT 1,5). Solo para el diagnóstico de trastorno de hiperactividad y/o inatención (TDAH) hemos encontrado una diferencia significativa del tiempo de hospitalización ($p < 0,05$), siendo superior en las niñas (Fig. 3).

Respecto a los diagnósticos finales, los pacientes han sido asignados a las categorías de la clasificación CIE-10 que les corresponde según aparece recogido en la figura 4, contrastados según la distribución por sexos a la representación de la figura 5. Debe señalarse la existencia de 13 niños asignados al código F-99 (sin especificar) o en los que no consta ninguno en el momento de extraer la información, lo que debe entenderse como casos pendientes de confirmación diagnóstica.

Entre los factores considerados de riesgo de enfermedad mental en la infancia, el consumo de *Cannabis* se halló en el 22% del total de ingresos, más frecuentemente en los niños ($p < 0,005$). Y la desestructuración de la familia aparece recogida en el 29% del total de casos (Figs. 6 y 7).

Los fármacos administrados más utilizados de forma aislada fueron los ansiolíticos (benzodiazepinas), seguidos de los antipsicóticos y antidepresivos (Fig. 7); las asociaciones de dos o más fármacos fueron utilizadas en el 43,3% de los niños ingresados (Fig. 8).

DISCUSIÓN

El registro correcto y análisis periódico de los casos ingresados en una Unidad Hospitalaria debe ser parte integrante de su proceso de planificación, mejora de su funcionalidad y

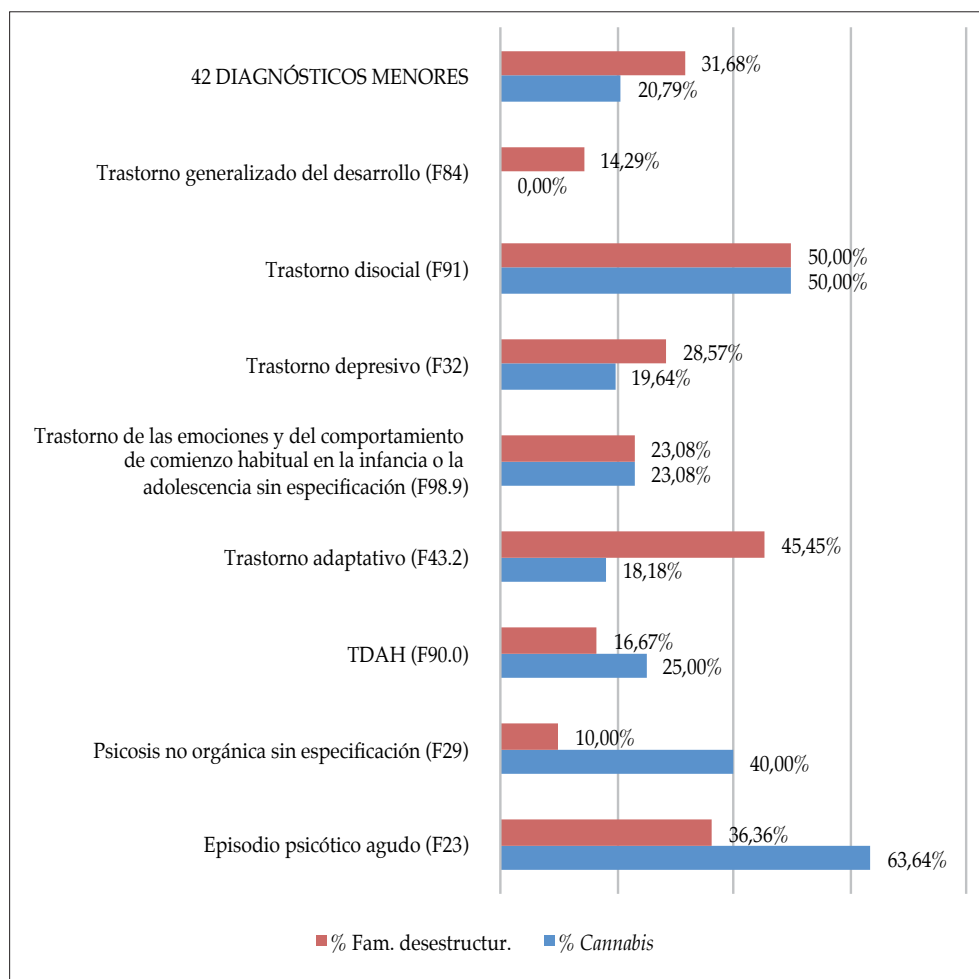


Figura 6. Porcentaje de factores de riesgo según diagnóstico.

adecuación de recursos. También debe considerarse importante a la hora de reconocer las necesidades de dotación y formación del personal empleado en la misma. Desde ese planteamiento hemos realizado una revisión de la casuística de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil de nuestro hospital en los últimos 5 años, dentro del proyecto de estudio de la actividad de la misma desde su creación hace 10 años.

Hemos analizado un total de 270 historias clínicas, lo que representa una frecuencia media de ingreso de 50 niños al año. Referido esto a la actual población menor de 18 años de nuestra Comunidad (136.712 niños, según datos del INE 2016) nos permite establecer una relación netamente inferior a la publicada en otros países⁽¹⁵⁻²¹⁾. Hay que tener en cuenta, no obstante, que la tendencia de ingresos ha ido aumentando claramente en los últimos años. La falta de concordancia puede explicarse por la existencia en otros países de sistemas de atención infantil organizados de forma diferente al nuestro, existiendo aquí una red de salud mental en la que se realiza una consulta psiquiátrica inicial y de seguimiento, y se atien-

de al niño enfermo crónico así como sus reagudizaciones. De hecho, ya se ha señalado que los recursos insuficientes en psiquiatría ambulatoria pueden contribuir al aumento de hospitalizaciones, fundamentalmente debido al tratamiento inadecuado o excesivamente demorado⁽¹⁵⁾, siendo la hospitalización en países con otros modelos la única manera para que el niño pueda acceder al tratamiento de salud mental necesario en el momento oportuno. De hecho, en nuestra Comunidad Autónoma no existe en este momento ningún recurso de atención sanitaria psiquiátrica intermedio entre la consulta ambulatoria general y la hospitalización psiquiátrica en la unidad específica. Además, España es de los pocos países europeos donde el pediatra trabaja en Atención Primaria, lo que supone un filtro de primera línea para las manifestaciones de enfermedad mental y frecuentemente de abordaje terapéutico en los problemas de menor gravedad⁽²²⁾. Estas circunstancias, y el breve período de estudio, hacen difícil cualquier comparación con otras series recogidas en la bibliografía.

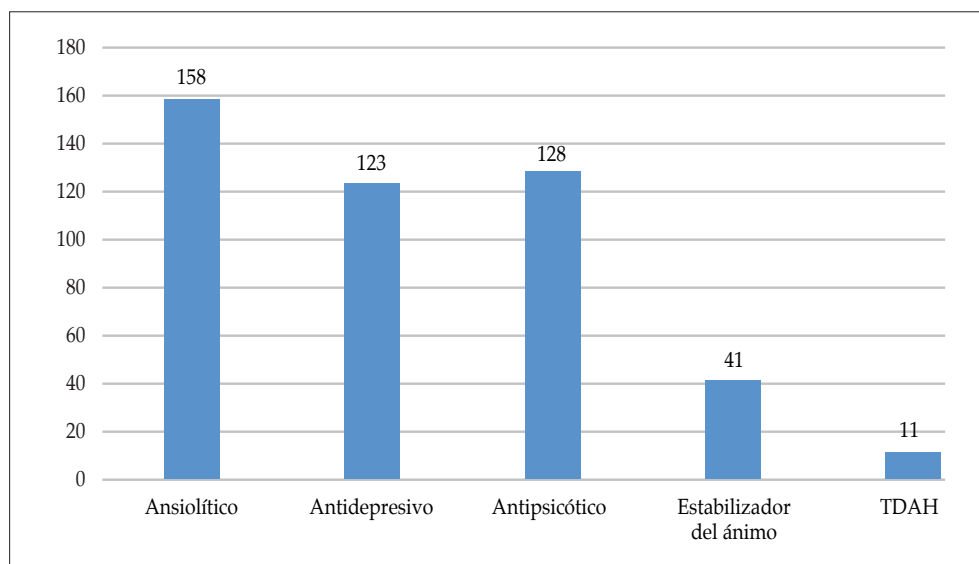


Figura 7. Tratamientos psicofarmacológicos.

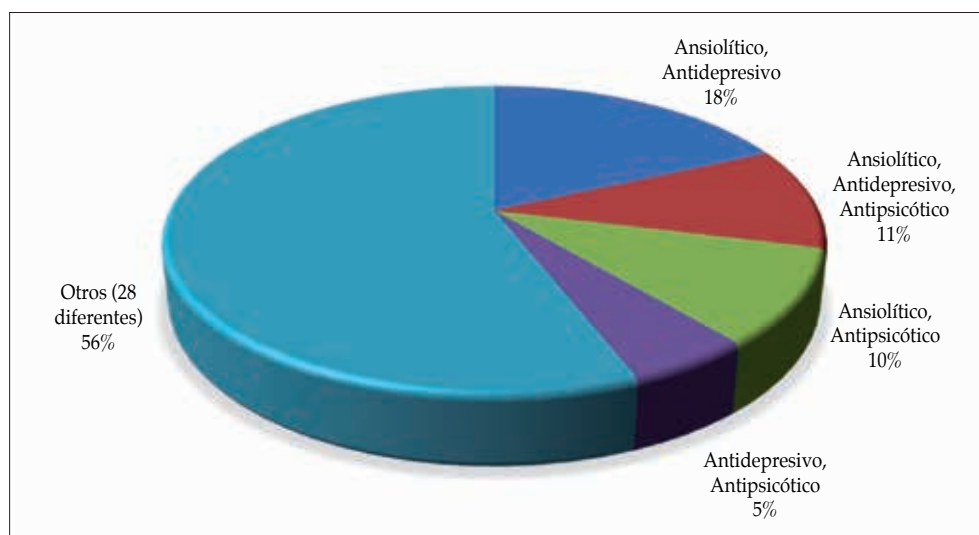


Figura 8. Porcentaje de tratamientos combinados de psicofármacos.

Algunos autores han señalado una tendencia al incremento de las hospitalizaciones por causas mentales en los últimos 20 años⁽¹⁶⁻²⁰⁾, lo cual está representando un gran desafío para los sistemas de atención a la infancia, tanto en los servicios de salud mental como en los servicios de pediatría. Con los datos explorados nosotros hemos podido confirmar esa tendencia al aumento de hospitalizaciones, aunque sin significación estadística. En ese mismo sentido se ha argumentado que lo que registran estos estudios es un mayor uso de los servicios de salud mental, más que un aumento de incidencia de enfermedad, aunque estudios poblacionales sí han verificado más altas tasas de depresión infantil y de otros trastornos en un período de varios años⁽²³⁻²⁶⁾.

En cuanto a la relación de sexos, en general, se acepta que los problemas mentales son más frecuentes en el niño que en la niña en la edad preescolar y escolar, tendiendo a igualarse hasta ser la prevalencia mayor en la niña a lo largo de adolescencia^(27,28). Desde esa consideración, dado que la mayoría de nuestros pacientes fueron adolescentes resulta fácil explicar la ausencia de diferencias significativas en la relación niños/niñas en nuestra revisión. No obstante, para analizar correctamente este aspecto tendría que haberse segregado sistemáticamente en los estudios disponibles la población ingresada, diferente del total de niños con problemas mentales; y esta información no ha sido investigada. Puede afirmarse que en algunos estudios coinciden una

mayor frecuencia de ingresos en el sexo femenino por trastornos depresivos y de ansiedad y en el masculino por abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos⁽²¹⁻²⁴⁾, lo cual se sitúa en consonancia con nuestros hallazgos.

Globalmente consideradas, las enfermedades mentales son la tercera causa de ingreso hospitalario infantil en los EEUU, siendo la más común de 10 a 14 años (22,5%) y la segunda tras las infecciones respiratorias entre adolescentes de 15 a 19 años⁽²⁹⁾. Entre las enfermedades con más frecuentes hospitalizaciones que aparecen comunicadas en la bibliografía están habitualmente las situaciones relacionadas con la violencia infantil, como el maltrato y los abusos sexuales. Habitualmente, en nuestro medio este tipo de situaciones son subsidiarias de ingreso en los servicios de pediatría, lo que explica su ausencia en nuestra serie. Entre los trastornos infantiles primariamente mentales la depresión es una de los principales problemas, estimándose que el 11% de los adolescentes estadounidenses de 18 años cumplen criterios para su diagnóstico a los 18 años⁽³⁰⁾. Un estudio reciente revela que da lugar al 44% de los ingresos hospitalarios, con un coste anual de 1,330 millones de dólares⁽¹⁹⁾. Al estudiar los motivos de ingreso, tras los trastornos de la conducta, los trastornos del ánimo en sus diferentes expresiones (intento autolítico, ideación autolítica y autolesiones), representan la segunda causa en frecuencia, siendo una tercera parte del total. Esto tiene importancia por su relación con los comportamientos suicidas, de los que representan una situación de riesgo claramente establecido. Y del que el intento autolítico es mayoritario en nuestra serie y a la vez el factor más relacionado con el suicidio consumado. Al considerar la edad, y en consonancia con los estudios sobre el tema, estas manifestaciones mórbidas son difíciles de reconocer antes de los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estos comportamientos y actitudes⁽¹⁷⁾. En cuanto a las alteraciones de la conducta como causa de ingreso, debe señalarse su correspondencia con los diagnósticos al recibir el alta hospitalaria. En nuestra serie 110 niños fueron ingresados por motivos relacionados con este tipo de manifestaciones, lo que representa el 41% del total de hospitalizaciones. Se estima que aproximadamente el 3,5% de los niños con edades comprendidas entre los 3 y 17 años^(31,32) sufren algún trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, que se caracterizan por tener problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones⁽³¹⁾. Dentro de esta categoría nosotros hemos incluido aquellos casos que se manifiestan como trastorno de la conducta, negativista-desafiante, el trastorno explosivo intermitente y otros especificados y no especificados. En un porcentaje importante de nuestras hospitalizaciones (17%, 46

niños) fue establecido el diagnóstico de trastorno neurótico con ansiedad (F40-48), aunque solo 9 de ellos ingresaron por este motivo como expresión inicial de la enfermedad. Recordemos que los trastornos de ansiedad se consideran prevalentes a lo largo de toda la infancia, con frecuencias estimadas del 3% de la población con edades comprendidas entre los 3 y 17 años, aunque por ella misma precisan hospitalización un pequeño número de niños⁽³³⁾. Por otro lado, los trastornos del desarrollo están presentes en nuestra serie con 24 casos, la mayoría con trastornos del espectro autista, cuya estimación diagnóstica ha aumentado en EEUU, pasando de 1 de cada 150 personas en el año 2000 a 1 de 68 personas según los datos de 2010, y de los que solo los cuadros más graves y con gran agitación precisan internamiento⁽³⁴⁾. Al igual que en otros estudios, nosotros también hemos hallado entre los niños ingresados un predominio del sexo masculino.

El tiempo de duración de los ingresos hospitalarios en los niños enfermos mentales es una cuestión de interés creciente en los últimos años y cada vez más presente en las publicaciones especializadas⁽³⁵⁾, tanto desde una perspectiva preponderantemente económica y de costes como social. En los EEUU se considera un objetivo prioritario de mejora de calidad^(19,36). Desde una valoración profesional, los principales factores determinantes de la estancia en las unidades de ingreso son la complejidad diagnóstica de cada caso, la presencia de comorbilidades, su gravedad, la existencia de estresores socio-familiares y las características de las terapias necesarias y su tiempo de acción⁽³⁷⁾; junto a ello se señalan la eficacia y coordinación de la red asistencial. Se han publicado escasos estudios que aborden este aspecto de la psiquiatría infantil hospitalaria, aunque se han comunicado permanencias medias de 44 días con rango entre 3 y 133⁽³⁷⁾. La media de ingreso en nuestro hospital en los últimos 5 años ha sido solo de 12,2 días (DE 8,33), siendo las estancias más prolongadas aquellas motivadas por sintomatología psicótica (20,7 días de media). En algunas publicaciones los pacientes con trastornos del comportamiento disruptivo han mostrado las hospitalizaciones más cortas, las personas con trastornos de ansiedad y afectivos intermedios y los psicóticos las estancias más prolongadas^(37,38). En este mismo sentido, el tratamiento con litio, neurolépticos o antidepresivos tricíclicos se asoció con estancias más largas. Las variables demográficas y aquellas que describen la situación social y familiar o el nivel de peligrosidad no se asociaron significativamente con la duración de la hospitalización.

El tratamiento farmacológico en psiquiatría infantil es un asunto de continuo debate^(39,40), disponiéndose de información suficiente sobre el incremento de su prescripción a

nivel mundial⁽³⁹⁻⁴¹⁾, a la vez que de un reemplazo de fármacos antiguos por otros más modernos, considerados más eficaces, con menos efectos secundarios y disponibles en presentaciones pensadas para niños⁽⁴⁰⁻⁴³⁾. Debe tenerse en cuenta que el planteamiento inicial debiera ser siempre el de tratar con un solo medicamento si resulta ser eficaz. De esa manera el niño enfermo mental será expuesto a un riesgo menor de efectos adversos, primando en nuestra intervención el riesgo mínimo y el máximo beneficio del menor. La combinación de medicaciones distintas vendrá impuesta por el perfil clínico del trastorno, la falta de control de los síntomas principales y la gravedad^(40,44). Al revisar la historia de ingresos en nuestro hospital hemos encontrado la doble combinación de un antidepresivo y una benzodiacepina como la más frecuentemente utilizada, con 74 niños que la recibieron durante su ingreso, seguido por un antidepresivo y un estabilizador del ánimo. El uso de las benzodiacepinas en esta franja de edad quedaría explicado por el contexto de ingreso hospitalario, siendo un fármaco a evitar en un planteamiento a largo plazo. Triple terapia fue utilizada en 29 pacientes, en 22 asociando antidepresivo, antipsicótico y benzodiacepina y en 7 antidepresivo, antipsicótico y ansiolítico. Esto supone que la mayoría de ellos (153 de 270) han recibido una terapia sola medicamentosa durante el período de internamiento. Los estudios que evaluaron el uso de fármacos psicotrópicos han informado de una alta tasa de prescripciones de múltiples fármacos, que se produce normalmente cuando no hubo mejoría en los síntomas clínicos⁽⁴⁵⁾. Una encuesta de Reino Unido encontró que más del 50% de los pacientes hospitalizados estaban recibiendo más de un tipo de medicación antipsicótica⁽⁴⁶⁾, lo que sirve como referencia para la práctica llevada a cabo en nuestra unidad. Entre las nuevas tendencias en prescripción de psicofármacos cabe señalar el uso creciente de nuevos neurolepticos y de estabilizadores del estado de ánimo⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾. Nuestros datos también confirman que los estabilizadores del estado de ánimo se utilizan a menudo además como terapia primaria, proporcionando mejores resultados, por lo que cabría esperar que reduciendo dosis y por consiguiente efectos secundarios, aunque esto no haya sido estudiado por nosotros.

Un aspecto interesante de nuestro estudio se refiere a la presencia en los niños ingresados de los factores biológicos o psicosociales que se han considerado favorecedores de la enfermedad infantil, entre ellos la pobreza, las condiciones psicopatológicas familiares, el maltrato y abuso sexual, el divorcio y la adolescencia de los padres, el nacimiento prematuro o con bajo peso, la experiencia de una enfermedad grave y el consumo de tóxicos desde edades tempranas⁽¹⁻⁴⁾. La evidencia sobre algunos de estos factores y su relación

directa con la salud mental del niño es poco clara. Sobre todo, porque la exposición a los mismos raramente sucede de forma aislada y la importancia de su coexistencia ha sido poco estudiada. Por ejemplo, es frecuente que la desestructuración familiar se asocie a separación de los padres, escasos recursos económicos y consumo de alcohol y drogas en el entorno familiar; lo mismo el maltrato y abuso sexual⁽¹⁻⁴⁾. Sin embargo, la investigación de estas condiciones de riesgo refuerza la idea de que la familia juega un papel determinante en el desarrollo del niño, incluidos el equilibrio y la vulnerabilidad de su estado emocional. Nosotros hemos encontrado una presencia muy importante de crecimiento en ambientes familiares desestructurados y de consumo de *Cannabis* en los niños ingresados. En el primero de los casos se trataría de familias en las que no se contempla una estructura clara en cuanto a educación, límites, horarios, reglas de convivencia y afectividad entre ellos^(1,2). De ese modo la estructura familiar y algunas actitudes de los padres y madres podrían tener una importancia relevante en cómo se desarrollan los trastornos mentales, cómo se manifiestan e incluso cómo se mantienen^(50,51), pero la bibliografía encontrada a este respecto se basa sobre todo en series pequeñas de casos y en observaciones clínicas no contrastadas. Así todo, la importancia que estos hallazgos podrían tener para el abordaje y la prevención de estos trastornos debiera ser contrastada y medida para su aprovechamiento. Es posible que algunas dinámicas familiares anómalas sean un terreno para la aparición de patología, aunque no un factor suficiente para que se dé, requiriéndose además otros factores extra-familiares para que se manifieste el trastorno⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

En ese mismo sentido varios estudios han probado una fuerte asociación entre el consumo frecuente de *Cannabis* en adolescentes y el desarrollo de depresión^(53,54), aunque no ha podido ser aún establecida una relación causal directa. De forma descriptiva y mediante estudios epidemiológicos se ha establecido una clara concordancia entre su consumo y la presencia de estados distímicos⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾, especialmente en individuos predispuestos a padecer estados depresivos mayores. Esta asociación se ha cuantificado en otro trabajo como tres veces mayor que entre los adolescentes no consumidores⁽⁵⁸⁾. En niños con otras condiciones de vulnerabilidad, el consumo de esta droga se vincula también con trastorno cognitivos, una mayor frecuencia de ansiedad, trastornos de la conducta y padecimiento de enfermedades psiquiátricas graves, incluidos los estados psicóticos⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾. A la luz de nuestros datos podemos afirmar que la frecuencia del consumo de *Cannabis* en los niños ingresados es notablemente superior de la que tiene lugar en la población sana de la misma edad, pues según informes oficiales de cada 10

jóvenes de 15 a 24 años, 2 consumieron *Cannabis* en el último año (el 21%), aunque cabe reseñar la diferencia existente según el sexo, pues en este caso la prevalencia masculina (27,2%) aproximadamente duplica la femenina (14,5%)⁽⁶¹⁾. En nuestra revisión, también es mayor el consumo en niños que en niñas (14% vs 8%), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

En conclusión, en una serie de 270 casos de trastorno psiquiátrico infantil hemos encontrado que el número mayor de ingresos en nuestra Unidad corresponde a los trastornos del humor (trastornos depresivos) y psicosis no orgánicas, seguido de los trastornos del comportamiento y las emociones, y de los trastornos de ansiedad, identificando factores de riesgo de enfermedad mental en un número elevado de casos. Es importante señalar que los días de ingreso son menores que otros hospitales y el perfil de prescripción farmacológica es comparable a los recogidos en algunas publicaciones, aunque con una menor frecuencia de polimedicación en nuestro caso. Debe insistirse en un planteamiento de abordaje causal precoz de la enfermedad mental en el niño, estableciendo una red de apoyo familiar y sanitaria para intentar resolver los desencadenantes identificados y hacer frente a las dificultades derivadas de su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Halpern R, Figueiras ACM. Child mental health, risk factors, environment, child development, early intervention. *J Pediatr*. 2004; 80(2 Suppl): S104-10.
- Chapman DP, Dube SR, Anda RF. Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatr Ann*. 2007; 37: 359-64.
- Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol*. 2007; 75: 351-8.
- Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 226-36.
- Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. 2010; 125: 75-81.
- The Children of Parents with a Mental Illness [COPMI] initiative is funded by the Australian Government 2014. Further resources and information about the initiative can be found at www.copmi.net.au
- Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med*. 2010; 40: 899-909.
- Casadei G, Cartabia M, Reale L, Costantino MA, Bonati M, Lombardy ADHD Group Italian regional health service. Costs for diagnosis and 1-year treatment of ADHD in children and adolescents. *Int J Ment Health Syst*. 2017; 11: 33.
- Romeo R, Byford S, Knapp M. Annotation: economic evaluations of child and adolescent mental health interventions: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005; 46: 919-30.
- Fisher P, Gunnar M, Dozier M, Bruce J, Pears K. Effects of therapeutic interventions for foster children on behavioral problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. *Ann N Y Acad Sci*. 2006; 1094: 215-25.
- Coles E, Cheyne H, Daniel B. Early years interventions to improve child health and wellbeing: what works, for whom, and in what circumstances? Protocol for a realist review. *Syst Rev*. 2015; 4: 2-6.
- Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*. 2008; 8: 1.
- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44: 972-86.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011; 378: 1515-25.
- Garrison MM, Richardson LP, Christakis DA. Mental Illness Hospitalizations of Youth in Washington State. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158: 781-5.
- Blader JC. Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 1276-83.
- Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Groer JC, et al. Mental health surveillance among children—United States, 2005-2011. *MMWR Suppl*. 2013; 62: 1-35.
- Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54: 37-44.e2.
- Bardach NS, Coker TR, Zima BT, Murphy JM, Knapp P, Richardson LP, et al. Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders. *Pediatrics*. 2014; 133: 602-9.
- Special tabulation by the State of California Office of Statewide Health Planning and Development (Aug. 2016); California Department of Finance, Race/Ethnic Population with Age and Sex Detail, 1990-1999, 2000-2010, 2010-2060 (Aug. 2016).
- Martínez V. El futuro de la pediatría española en el siglo XXI. *Pediatr Integral*. 2015; 19: 9-12.
- McMartin SE, Kingsbury M, Dykxhoorn J, Colman I. Time trends in symptoms of mental illness in children and adolescents in Canada. *CMAJ*. 2014; 186: E672-8.
- Statistics Canada. Mental Health and wellbeing. Disponible en: <http://www5.statcan.gc.ca/subjectsujet/result-esultat?pid=2966&id=2443&lang=eng&type=CST&pageNum=1&more=0> [Acceso 13 Marzo, 2015].

24. Santor DA, Short K, Ferguson B. Taking mental health to school: A policy-oriented paper on school-based mental health for Ontario. Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO; 2009.
25. Mental Health Commission of Canada. School-based Mental Health in Canada: A Final Report. Retrieved March 12, 2015 from http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/ChildYouth_School_Based_Mental_Health_Canada_Final_Report_ENG.pdf
26. Government of Canada. The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services; 2006.
27. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dial Clin Neurosc.* 2009; 11: 1-7.
28. Von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M, Grube M. Mental disorders in early childhood. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112: 375-86.
29. Child Health USA 2011. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.
30. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015; 54: 37-44.e2.
31. National Institute for Health and Care Excellence. (Marzo de 2013). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Obtenido de NICE: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/introduction>
32. Centers for Disease Control and Prevention. (16 de Mayo de 2013). Mental health surveillance among children — United States 2005-2011. CDC: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6202a1.htm?s_cid=su6202a1_w
33. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.* 2009; 32: 483-524.
34. Autism Society. (26 de Agosto de 2015). Facts and Statistics. Obtenido de Autism Society: <http://www.autism-society.org/what-is/facts-and-statistics/>
35. Livingston R, Taylor JL, Crawford SL. Factors related to length of hospitalization of children with mental disorders. *Hosp Community Psychiatry.* 1990; 41: 193-5.
36. Centers for Medicaid & Medicare Services. 2014 CMS recommended core quality measures. 2013. Disponible en: www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentive-Programs/Recommended_Core_Set.html
37. Altman H, Agle H, Brown M, Sletten I. Prediction of length of hospital stay. *Compr Psychiatry.* 1972; 13: 471-80.
38. Borchardt CM, Garfinkel BD. Predictors of length of stay of psychiatric adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991; 30: 994-8.
39. Hoffmann F, Glaeske G, Bachmann CJ. Trends in antidepressant prescriptions for children and adolescents in Germany from 2005 to 2012. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2014; 23: 1268-72.
40. Olfson M, Marcus SC, Weissman MM, Jensen PS. National trends in the use of psychotropic medications by children. *J Am Acad Child Adolesc Psych.* 2002; 41: 514-21.
41. Bachmann CJ, Lempp T, Glaeske G, Hoffmann F. Antipsychotic prescription in children and adolescents: an analysis of data from a German statutory health insurance company from 2005 to 2012. *Dtsch Arztebl Int.* 2014; 111: 25-34.
42. Schubert I, Köster I, Lehmkuhl G. The changing prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate prescriptions: a study of data from a random sample of insurees of the AOK Health Insurance Company in the German State of Hesse, 2000-2007. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107: 615-21.
43. Clavenna A, Andretta M, Pilati PL. Antidepressant and antipsychotic use in an Italian pediatric population. *BMC Pediatr.* 2011; 11.
44. Wong ICK, Camilleri-Novak D, Stephens P. Rise in psychotropic drug prescribing in children in the UK -an urgent public health issue. *Drug Safety.* 2003; 26: 1117-8.
45. Bowers L, Callaghan P, Clark N, Evers C. Comparisons of psychotropic drug prescribing patterns in acute psychiatric wards across Europe. *Eur J Clin Pharmacol.* 2004; 60: 29-35.
46. Jordanova V, Maric NP, Alikaj V, et al. Prescribing practices in psychiatric hospitals in Eastern Europe. *Eur Psychiatry.* 2011; 26: 414-8.
47. Martin A, Leslie D. Psychiatric inpatient, outpatient, and medication utilization and costs among privately insured youths, 1997-2000. *Am J Psychiatry.* 2003; 160: 757-64.
48. Goldstein JM, Horgan CM. Inpatient and outpatient psychiatric services: substitutes or complements? *Hosp Community Psychiatry.* 1988; 39: 632-6.
49. Seida JC, Schouten JR, Mousavi SS, Hamm M, Beath A, Vandermeer B, et al. First- and second-generation antipsychotics for children and young adults. *Comp Eff Rev.* 2012, nº 39.
50. Bolívar M, Vivas J, Sanz de la Garza, C. Hijos de padres con trastorno psiquiátrico. En: Gutiérrez Casares, J.R., y Rey Sánchez, F. (Eds.). Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: SmithKline Beecham; 2000.
51. White CI, Nicholson J, Sher WH, Geller JI. Mothers with Severe mental illness caring for Children. *J Nervous Mental Dis.* 2005; 33: 398-403.
52. Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C. L'enfant à haut risque psychiatrique. L'enfant dans sa famille. Paris: PUF; 1990.
53. Boak A, Hamilton HA, Adlaf EM, Mann RE. Drug use among Ontario students, 1977-2015: Detailed OSDUHS findings. CAMH Research Document Series, no. 41. Toronto, Ont.: Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2015.
54. Blakemore SJ. Teenage kicks: Cannabis and the adolescent brain. *Lancet.* 2013; 381: 888-9.
55. Bossong MG, Niesink RJ. Adolescent brain maturation, the endogenous cannabinoid system and the neurobiology of cannabis-induced schizophrenia. *Prog Neurobiol.* 2010; 92: 370-85.
56. Lisdahl KM, Wright NE, Kirchner-Medina C, Maple KE, Shollenbarger S. Considering cannabis: The effects of regular cannabis use on neurocognition in adolescents and young adults. *Curt Addict Rep.* 2014; 1: 144-56.

57. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse effects of marijuana use. *N Engl J Med.* 2014; 370: 2219-27.
58. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ.* 2002; 325: 1195-8.
58. Rubino T, Zamberletti E, Parolaro D. Adolescent exposure to cannabis: A risk for psychiatric disorders. *J Psychopharmacol* 2012; 26: 177-88.
60. Rey JM, Sawyer MG, Raphael B, Patton GC, Lynskey M. Mental health of teenagers who use cannabis: Results from an Australian study. *Br J Psychiatry.* 2002; 180: 216-21.
61. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf