

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

*Luis de Orte, M^a José Martínez
Concepción López, Mercedes Suances
Marifé Lozano, Fuensanta Belmonte
Carmen Oñate, Isabel Cuéllar
M^a Dolores Juárez, Carmen Palma*

1.- INTRODUCCIÓN

Tras la creación en 1994 de la Asociación Murciana de Salud Mental dependiente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, surge la inquietud por parte de los profesionales dedicados a la especialidad de salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de debatir en este marco los problemas relacionados con esta población creándose así la Sección de Infanto-Juvenil en dicha asociación.

Por invitación del Comité Organizador del VIII Congreso de Terapeutas de Autismo y Psicosis Infantiles para participar en las Jornadas nos planteamos la realización del estudio que presentamos.

Nuestro estudio se centra en los casos diagnosticados como Trastornos Profundos del Desarrollo según DSM III.

Pretendemos realizar un análisis epidemiológico descriptivo, de carácter retrospectivo y sobre el total de la población atendidos en las Unidades de Salud Mental. Este trabajo pretende ser el primer acercamiento para el estudio de los sujetos afectados y conocer así su magnitud en la Comunidad Autónoma de Murcia.

Somos conscientes de las limitaciones que este trabajo plantea, dado que la selección de variables objeto de estudio es muy reducida y los centros que nos proporcionaron la información quedan acotados a la red sanitaria. Nuestras pretensiones al inicio del estudio fueron más ambiciosas en cuanto que pretendíamos la recogida de información de Centros Escolares, de Educación Especial y Ordinarios en régimen de Integración Públicos y Privados pero no nos ha sido posible por diversos motivos. Igualmente la introducción de otras variables tales como la existencia o no de patología psiquiátrica parental, la escolaridad, el tipo de tratamiento psicoterapéutico recibido y otras más nos pueden proporcionar datos muy valiosos para un conocimiento más pormenorizado de la población psicótica, así como para poder evaluar la asistencia que reciben actualmente y la posible programación de recursos específicos en el caso de que se constatare su necesidad, sospecha que tenemos y creemos fundada.

Entre los estudios de carácter general hallados en las bases consultadas comenzaremos haciendo referencia al primer estudio epidemiológico realizado sobre los casos de autismo, nos referimos al estudio de Lotter (1966) llevado a cabo sobre la población general, 78.000 niños de edades comprendidas entre los 8 y 10 años. La prevalencia fue

de 2/10.000 en el grupo de Autismo Nuclear, 2,5/10.000 en Autismo no Nuclear y de 3,3/10.000 en el grupo de niños no autistas con Conductas Autistas. Sus resultados arrojan también una mayor incidencia en niños que en niñas 2,75/1 en el grupo de Autismo Nuclear y 2,4 /1 en el grupo de Autismo No Nuclear.

Brask en 1970 realizó un análisis epidemiológico de niños de 2 a 14 años en el Condado de Aarhus (Dinamarca), registrados en servicios psiquiátricos, pediátricos y otros. La prevalencia encontrada fue de 4,3 /10.000 .La incidencia también era mayor en niños que en niñas 2,6/1.

El estudio de Treffert (1970) en Winsconsin refleja una prevalencia de 3,1 /10.000 y de 0,8 /10.000 referido al Síndrome de Kanner puro. Realizó el estudio sobre niños menores de 12 años que habían sido estudiados o tratados entre 1962 y1967 en 30 centros (escolares, sanitarios etc..) y que habían sido diagnosticados de Esquizofrenia Infantil. La distribución por sexos encontrada fue de 3,4 /1 niños/as.

Wing y Gould en 1976 realizaron un análisis del registro de casos psiquiátricos y de retraso mental en el barrio londinense de Camberwell. La población total era de 25.000 niños en edades comprendidas entre 5 y 14 años . La incidencia encontrada fue de 4,8 /10.000 en edad escolar.

La conclusión que podemos obtener de las primeras investigaciones más completas es que la incidencia se sitúa en torno a 4 ó 5 casos por cada 10.000 niños en edad escolar coincidiendo con la tasa de prevalencia consensuada por el grupo de Expertos de la OMS Europa (1985).

Los datos referentes al retraso mental asociado son los siguientes: Aproximadamente un 60% presentan un C.I menor de 50, un 20% con un C.I. de 51a 69 y un 20% con un C.I. mayor de 70.

En cuanto a los estudios realizados en España haremos alusión a la investigación titulada: Ideas Actuales sobre Psicosis Infantil. Un Estudio Teórico-Práctico.,realizada por el Dr. Lasa, jefe de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Consorcio Uribe-Costa (Vizcaya) galardonado con el XIV Premio de Neuropsiquiatría Alfredo Alonso Allende. Bilbao 1989.No se trata de un estudio epidemiológico pero pensamos que es de tal relevancia que creemos debe ser comentado. El autor se plantea la verificación de una serie de hipótesis de trabajo guiadas todas bajo la premisa de las manifestaciones precoces de las Psicosis Infantiles. Estudió a 137 niños afectados de Psicosis Infantil. Las historias clínicas estudiadas son las realizadas en un intervalo de 15 años (1970-1985). El diagnóstico se aceptó siguiendo los criterios establecidos por Miller y detallados y pormenorizados por Creak y Col. en 1963. La ficha sistematizaba 17 variables. Del nº total de pacientes estudiados, 93 eran niños y 44 niñas. El intervalo de edad estudiado fue de 1 a 16 años. Comentaremos algunos datos estadísticos del grupo de psicóticos: Referente al Sexo, existe un claro predominio de varones, 67,88%. En cuanto a la edad, su distribución no ofrece diferencias significativas con respecto a la de pacientes no psicóticos. Existe, refiriendonos al nº de hermanos, un claro predominio de familias con 1 ó 2 hijos, 61%, que no permite interpretación ,dado que igual ocurre en familias sin hijos psicóticos. En cuanto al lugar en la fratria, señalan que un 90% son o primogénitos (44,5) o el menor (45,2). A falta de un tratamiento estadístico más profundo parece que salvo cuando el psicótico es el primogénito, los padres tienden a no tener más hijos después del nacimiento del hijo psicótico. Los datos referentes a la edad del niño cuando fue diagnosticado indican cifras concluyentes, demostrando que sólo el 6,57%

son diagnosticados precozmente. Casi el 70% son diagnosticados a una edad superior a los 5 años .

Otro Trabajo al que queremos hacer especial mención es el de Jesus Garanto Alós "Epidemiología de la Psicosis y Autismo".Barcelona 1994. Se trata de una Investigación epidemiológica, descriptiva, realizada sobre el total de la población supuestamente existente en Cataluña y de caracter retrospectivo. El intervalo de edad se sitúa entre los 4 y 17 años. El estudio fue realizado durante 1990-91. El total de la población objeto de estudio era de 1.318.065. El número final de autistas diagnosticados fue de 328. La prevalencia encontrada fue de 2,49 (por 10.000). De los 328 , 213 eran niños, lo que representa un 64,94% y 115 eran niñas,lo que representa un 35,06%, la ratio es pues de 2:1 .

En el Simposium Nacional de Psicosis Infantiles celebrado en Murcia en 1984,se presentaron algunas investigaciones a las que también haremos referencia como es la del Dr. Mendiguchía Quijada y el de los Dres. Gómez Ferrer y Fernández Moreno , este último realizado en Murcia.

El Dr. Mendiguchía Quijada realizó un estudio epidemiológico basado en los criterios diagnósticos según C.I.E. 9 . El intervalo de tiempo estudiado fue 1972-1984.De la información solicitada obtuvieron , 86 casos diagnosticados de Autismo y 277 casos diagnosticados de otras Psicosis. Seleccionaron veinte variables. Comentaremos solamente aquellas que coinciden con nuestro estudio. En cuanto al sexo se observa una diferencia a favor de los varones pero menos de lo que se esperaba en comparación con estadísticas anteriores. V-58 H-40. En cuanto a la edad los datos analizados permiten afirmar que se realiza más precozmente en los casos de autismo frente a otras psicosis. El origen de procedencia suele ser predominantemente urbano, pero no lo interpretan con mayor significación dada la mayor facilidad que estos tienen en el acceso a la consulta.Sin embargo es significativo que de los 30 casos de autismo, el 4,13% son emigrantes. Los datos referentes al orden en la fratria son 1º hijo, 35 casos, intermedio,27 casos y último, 30 casos, siendo significativo que de los 5 casos de hijo único 4 corresponden al diagnóstico de autismo.

Acabaremos señalando la importancia que tiene para nosotros el Estudio realizado por la Dra. Gómez Ferrer y el Dr. Fernández Moreno sobre la "Valoración de la Hª Clínica en las Psicosis Infantiles" dado que supone el primer acercamiento hacia un estudio de la población psicótica existente en nuestra Región. Se trata de un estudio descriptivo desde el punto de vista fenomenológico, los datos obtenidos no tienen pues valor estadístico. El número de psicóticos estudiados en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Psiquiátrico en un intervalo de tres años fue de 16, de ellos 3 con diagnóstico de autismo y 13 con diagnóstico de psicosis , lo que representa un 4,3% del total de hª clínicas 375. Analizaremos algunas de las variables estudiadas por dichos autores. En lo referente al sexo 9 eran niños y 7 niñas. La Edad de la 1ª consulta se distribuye así 9 niños consultaron entre los 3 y los 5 años y 7 entre los 6 y 10 años. La residencia era en la capital 6 de ellos , 4 en pedanías y el resto en pueblos que tienen Ayuntamientos. La distribución referente al nº de hermanos es como sigue: 1 caso de hijo único, 6 casos de 2 hermanos, 3 casos de 3, 3 de 4 y 3 casos de 5. El lugar que ocupan en la fratria es: 3 casos ocupaban el 1º entre los hermanos, 6 casos eran el hermano intermedio y 6 casos eran los últimos. La fecha en que fueron realizados los diagnósticos son: En 1981 se diagnosticaron 7 casos, en 1982, 5 casos, en 1983, 2 casos y en 1984, 2 casos.

El descenso en el nº de casos diagnosticados puede ser debido a la puesta en funcionamiento de otros servicios en nuestra Comunidad Autónoma.

2. OBJETIVOS

Pretendemos realizar un estudio epidemiológico en la Región de Murcia sobre los niños diagnosticados con Trastornos Profundos del Desarrollo.

Nos planteamos en primer lugar detectar el número de casos atendidos en las Unidades de Salud Mental. En 2º lugar localizar a estos sujetos según sus municipios de residencia y en 3º lugar identificar la población de estudio respecto a sexo, edad de diagnóstico, número de hermanos, lugar que ocupa entre ellos y tratamiento farmacológico.

3. METODOLOGÍA

Los criterios de selección adoptados para la elaboración de este trabajo estuvieron basados en:

DIAGNÓSTICO. Se han adoptado los Criterios Diagnósticos del DSM III . Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en lo referente a los Trastornos Profundos del Desarrollo:

- 299.00 Autismo Infantil Síndrome Completo.
- 299.01 Autismo Infantil Estado Residual.
- 299.9xT.Profundo del Desarrollo de inicio en la infancia.
- 299.90 T.Profundo del Desarrollo de inicio infantil.Síndrome completo.
- 299.91 T.Profundo del Desarrollo de inicio infantil, estado residual.
- 299.8x T.Profundo del Desarrollo Atípico.

EDAD. Hemos incluido todos los pacientes que cumpliendo el criterio anterior tenían edades igual o inferior a 16 años.

INTERVALO TEMPORAL. Pacientes diagnosticados por primera vez en algunos de los centros colaboradores en el tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 1990 y el 31 de Diciembre de 1994 . Intervalo temporal de 5 años.

CENTROS COLABORADORES. Han aportados datos los siguientes centros sanitarios con atención a la salud mental infanto-juvenil de la Región:

- Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Cruz Roja.
- Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de la Seda.
- Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital General.
- Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Cartagena.
- Centro de Salud Mental de Yecla y Jumilla.
- Centro de Salud Mental de Lorca. ~
- Centro de Salud Mental de Molina.

Centro de Salud Mental de Cieza.

Unidad de Psiquiatría del Hospital Morales Meseguer.

Unidad de Psicología Clínica del Hospital Virgen de la Arrixaca.

Algunos de estos centros no detectaron ningún caso en el período de tiempo objeto de este estudio.

4. PROCEDIMIENTO

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS. Los datos se han recogido en una plantilla que constaba de los siguientes apartados:

Código de Centro y N° de Hª Clínica. Hemos reflejado un código alfanumérico que identificaba el centro que aportaba los datos. El n° de hª clínica es el mismo con el que consta en el centro de referencia.

Fecha de Diagnóstico. Reflejamos la fecha en la que fue diagnosticado el paciente o en su defecto la fecha de la primera consulta. En el caso de los dobles positivos hemos asignado la fecha más temprana de diagnóstico, siempre en el período de estudio.

Fecha de Nacimiento. Lógicamente la referida al paciente e informada por los padres.

Edad. Asignamos la que tenía el paciente en la fecha de diagnóstico inicial.

Sexo. Niño /a.

Número de Hijos. Nos referimos al número total de hermanos incluyendo al paciente.

Lugar en la Patría. Indica el lugar que ocupa entre los hermanos.

Municipio. Se refiere al municipio donde vive el paciente en el momento en que se abrió su hª clínica.

Psicofármacos. Registramos si ha seguido o sigue en la actualidad algún tipo de sustancia psicoactiva por causa del trastorno estudiado.

Nombre. Con el ánimo de preservar la confidencialidad del paciente sólo se han registrado las iniciales de los nombres y apellidos. Para evitar los dobles positivos cuando las siglas coincidían se comparaba la fecha de nacimiento con el fin de evitar la duplicidad. En los casos que seguía resultando dudoso solicitamos al centro de referencia el nombre y apellidos completos, optando en el caso de coincidencia según lo reseñado en el punto 2.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO. Con los datos obtenidos de la hoja de recogida hemos llevado a cabo un análisis de frecuencia y distribución de porcentajes mediante la hoja de cálculo EXCEL 4.0. Los resultados se describen en el párrafo siguiente.

5. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

La población registrada en este estudio consta de un total de 94 casos distribuidos por centros con las siguientes frecuencias como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 1: Número de casos por Centro

<i>Centros</i>	<i>Nº Casos aportados</i>	<i>Nº Casos asignados</i>
C. S.M. La Seda	22	17
C.S.M. Cartagena	24	23
U.S.M. H. Provincial	12	8
C.S.M. Yecla	2	2
C.S.M. Jumilla	0	0
S.P.I-J. Cruz Roja	35	34
C.S.M. Alcantarilla	1	1
C.S.M. Lorca	2	1
U. Ps. H. Virgen de la Arrixaca	3	2

En la 3ª columna de la tabla (nº de casos asignados) se registran los sujetos realmente contabilizados una vez eliminados aquellos que fueron diagnosticados en dos centros y como consecuencia aparecían por duplicado.

El nº total de niños que consultan por 2ª vez a un nuevo centro es de 13, lo que representa un 16% del total.

EDAD. De los datos recogidos referidos a la edad de diagnóstico de T.P.D. hemos encontrado las frecuencias que se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 2: Número de casos por Edad

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frec.Acum.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc.Acum.</i>
0	0	0	0	0
1	1	1	1.23	1.23
2	12	13	14.82	16.05
3	12	25	14.82	30.87
4	15	40	18.52	49.37
5	9	49	11.11	60.40
6	7	56	8.64	69.14
7	4	60	4.93	74.06
8	8	68	9.88	83.92
9	4	72	4.93	88.87
10	1	73	1.23	90.10
11	2	75	2.48	92.58
12	2	77	2.48	95.06
13	0	77	0.	95.06
14	1	78	1.23	96.29
15	1	79	1.23	97.52
16	2	81	2.48	100

Como se puede observar aproximadamente el 50% (49,37) de los casos se registra entre los dos y los cuatro años. Si ampliamos el intervalo hasta los 6 años encontramos aproximadamente el 70 % de los casos (69,12).

SEXO. En cuanto a la prevalencia por sexos , hemos obtenido una alta tasa de niños. El n° total de niños es de 66 y de niñas 15. La ratio encontrada es de 4,4:1. En la tabla 3 podemos apreciar que los porcentajes correspondientes a esta ratio son de 81,48% de niños por 18,52% de niñas.

Tabla n° 3: Número de casos por sexo

<i>Sexo</i>	<i>N° Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Niños	66	81,48
Niñas	15	18,52

NÚMERO DE HIJOS Y LUGAR QUE OCUPA EN LA FRATRIA. En la tabla 4 podemos observar que el número de hijos de las familias de pertenencia es de 2 y 3 lo que representa un 64,2%. El número de casos de hijo único supone un 24,69 %, sumando el n° de casos de hijo único y el n° en que el último hijo es el niño diagnosticado con T.P.D. encontramos un total de 53 que representa el 65,43%, lo que indica que tras el nacimiento del hijo con T.P.D. los padres tienden a no tener más descendencia.

Tabla 4: N° de casos según N° de hermanos y lugar en la fratria

<i>N° Hermanos</i>	<i>Casos</i>	<i>Lugar que ocupa</i>						
		<i>1°</i>	<i>2°</i>	<i>3°</i>	<i>4°</i>	<i>5°</i>	<i>6°</i>	<i>7°</i>
7	1							1
6	2				1		1	
5	2			1	1			
4	4		1		3			
3	17	3	5	9				
2	35	17	18					
1	20	20	20					

Nota: En el N° de hermanos se contabiliza al paciente.

MUNICIPIOS. De los 45 municipios existentes en nuestra Región, que supone un total de población de 1.045.601, 16 municipios han aportado datos de casos diagnosticados con T.P.D. que contienen un total de 810.703 habitantes. (Datos referidos al censo de 1991). Esto representa un 77.53% de la población.

Tabla 5: Índices de Prevalencia por Municipios

<i>Municipios</i>	<i>Alcan-</i>					
	<i>Abaran</i>	<i>tarilla</i>	<i>Alhama</i>	<i>Archena</i>	<i>Cartagena</i>	<i>Cehegín</i>
Total <= 16 años	3.067	8.736	3.510	3.731	43.443	3.264
Total poblac. gral.	11.865	30.144	14.175	13.487	168.023	13.614
Número	1	2	1	1	25	1
Prevalen. < = 16	3.26	2.29	2.85	2.68	5.75	3.06
Prevalen. pobl. gral.	0.84	0.66	0.71	0.74	1.49	0.73

<i>Municipio</i>	<i>Fuente</i>					<i>Molina</i>
	<i>Cieza</i>	<i>Álamo</i>	<i>La Unión</i>	<i>Lorca</i>	<i>Mazarrón</i>	<i>Segura</i>
Total <= 16 años	8.540	1.926	4.115	16.869	4.128	10.963
Total pobl. gral.	30.875	8.279	13.940	65.919	14.591	37.806
Número	1	1	1	2	2	2
Prevalencia = < 16	1.17	5.19	2.43	1.19	4.84	1.82
Prev. Pobl. gral	0.32	1.21	0.72	0.30	1.37	0.53

<i>Municipio</i>	<i>Murcia</i>	<i>S. Pedro</i>		<i>Yecla</i>	<i>Zurich</i>	<i>REGIÓN</i>
	<i>capital</i>	<i>Pinatar</i>	<i>Totana</i>			
Total <= 16	86.456	3.399	5.156	7.166		276.801
Total pobl. gral.	328.100	12.057	20.466	27.362		1.045.601
Número	35	1	2	2	1	81
Prevalen. < = 16	4.05	2.94	3.88	2.79		2.93
Prev. Pobl. gral.	1.07	0.83	0.98	0.73		0.77

La prevalencia en la Región referida a la población igual ó menor a 16 años es de 2,93. Se registran siete municipios con una prevalencia superior a 3, de los cuales hay dos municipios con una tasa mayor de 4 y 2 mayor de 5. Estos dos últimos municipios y uno de los anteriores corresponde al área sanitaria de Cartagena .El restante municipio que obtiene una prevalencia superior a 4 corresponde al área sanitaria de Murcia. Observar tabla 6.

Tabla 6 : Índices de Prevalencia por Municipios

<i>Municipio</i>	<i>Prevalencia</i>
Cartagena	5.57
Fuente Álamo	5.59
Mazarrón	4.84
Murcia (cap.)	4.05
Totana	3.88
Abarán	3.26
Cehégín	3.06
San Pedro	2.94
Alhama	2.85
Yecla	2.79
Archena	2.68
La Unión	2.43
Alcantarilla	2.29
Molina	1.82
Lorca	1.19
Cieza	1.17

Nota:La Prevalencia va referida a la población menor de 16 años.

PSICOFÁRMACOS. Este ítem está referido a si en alguna fase del tratamiento llevada a cabo por el centro de referencia se ha prescrito psicofármacos por motivo de la evolución del cuadro de T.P.D. No recoge pues si el tratamiento es referido al momento actual o al pasado, ni tampoco su duración. Del total de la población estudiada, recordamos que son 81 casos, solamente 27 de ellos (33,75%) no recibieron Tº psicofarmacológico por motivo del diagnóstico que nos ocupa. El 66,25% restante sí recibió. De los 81 casos , uno de ellos no se incluye en estos porcentajes por no haber sido reflejado este dato en la hoja de registro.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Con respecto a los casos dobles positivos, que refleja parte del peregrinaje que llevan a cabo las familias de niños con T.P.D. señalaremos que en nuestro análisis el porcentaje de estos casos es bajo (16%). Pensamos que puede ser debido como mínimo a dos factores: el 1º es que el intervalo de tiempo estudiado es muy corto (5 años) y el 2º es que en estos últimos cinco años y dado que los centros de referencia son públicos en su casi totalidad, la zonificación llevada a cabo por la administración sanitaria, no facilita el libre acceso a los servicios por parte del usuario. El centro que aporta mayor nº de casos es Cruz Roja, lo que se podría explicar teniendo en cuenta que se trata del único servicio privado (del que hemos recogido información) y por tanto sirve de referencia para toda la población.

Con respecto a la edad destacamos el gran porcentaje acumulado entre los 2 y 6 años. A diferencia de otros estudios como el de Lasa (1989) en el que solamente el 2,92% son

diagnosticados antes de los tres primeros años, nuestros datos indican que aproximadamente el 50% se diagnostican antes de los 5 años (entre los 2,3 y 4 años), lo que nos indica que existe una detección precoz de este cuadro. Esta acumulación de datos en las primeras edades no coincide con la distribución obtenida en trastornos clínicos infantiles donde las mayores tasas de incidencia se sitúan entre los 6 y 10 años, datos que quedan recogidos en las distintas memorias anuales de las unidades de salud mental de la Región.

De los datos referidos a la distribución por sexos, queremos resaltar la alta prevalencia de niños con respecto a niñas. La ratio obtenida en este estudio es de 4,4/1. Aunque se tiene constancia de que la ratio va siempre en este sentido, refiriéndonos al trastorno que nos ocupa, nos sorprende que la diferencia obtenida por nosotros sea tan alta. Lotter (1966) encontró una ratio de 2,6/1 y Treffert (1970) una de 3,4/1. En estudios realizados en España, Lasa (1989) y Garanto (1994), encontraron una ratio de 2/1 mientras que Mendiguchía (1984) encuentra una mucho más igualitaria 1,3/1.

Respecto a la variable del nº de hijos y lugar que ocupa en la fratria los resultados obtenidos y citados anteriormente coinciden con los de Lasa (1989).

Comentaremos ahora referente a la prevalencia obtenida por municipios algo que nos llama la atención y es la amplia dispersión encontrada, siendo de 1,17 la más baja y de 5,57 la más alta. A falta de un análisis más exhaustivo de los datos podemos sugerir como uno de los posibles factores determinantes la configuración de los servicios, su puesta en funcionamiento en diferentes momentos y las relaciones mantenidas entre ellos.

En lo referente a la prescripción de psicofármacos, comparando nuestros datos con el estudio de Miravete y colaboradores del año 1984, las diferencias constatadas son grandes. Ellos encontraron la aplicación de psicofármacos en un 93,55% de los casos de la muestra estudiada, mientras que los datos de nuestro estudio reflejan un 66,25%.

Por último no queremos finalizar la exposición sin recordar que hemos tratado de hacer una aproximación al estudio de la población infantil diagnosticada con T.P.D. y por tanto está en nuestro ánimo el continuar en esta línea de estudio ahondando en la clasificación de los subtipos de T.P.D., la comorbilidad con otros cuadros y la inclusión de otras variables socio-familiares y clínicas relevantes.

7. BIBLIOGRAFÍA.

DSM III. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.*

RUTTER y CHOPLER: Autismo. Madrid. 1984

LASA ZULUETA A. *Ideas actuales sobre Psicosis Infantil. Un estudio teórico-práctico.* Diputación Foral de Vizcaya (Bilbao). 1989

Simposium Nacional Psicosis Infantiles. Murcia. 1984

Documento Expertos de la OMS Europa. 1983

Manual de Psiquiatría Infantil. Ajuriaguerra. 4ª Edic. 1979

Tratado de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Mendiguchía.

Manual de Psicopatología del Niño. Ajuriaguerra J. Marcelli. 1982

IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. 1984

Autismo Infantil. Schreibman y Mills en *Manual de Psicopatología Infantil.* 1984

Epidemiología de la Psicosis y Autismo. Garanto Alós J. 1994

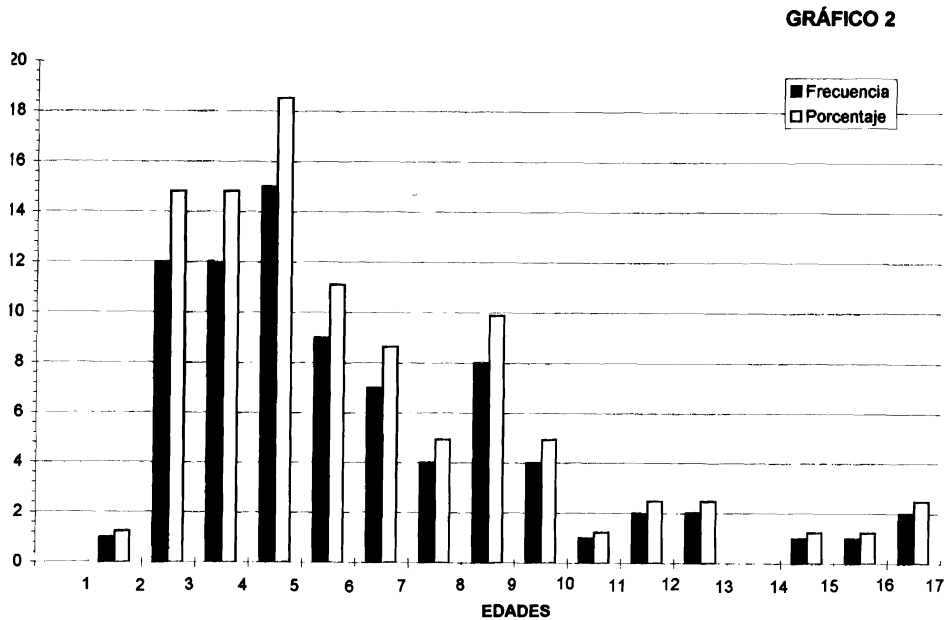
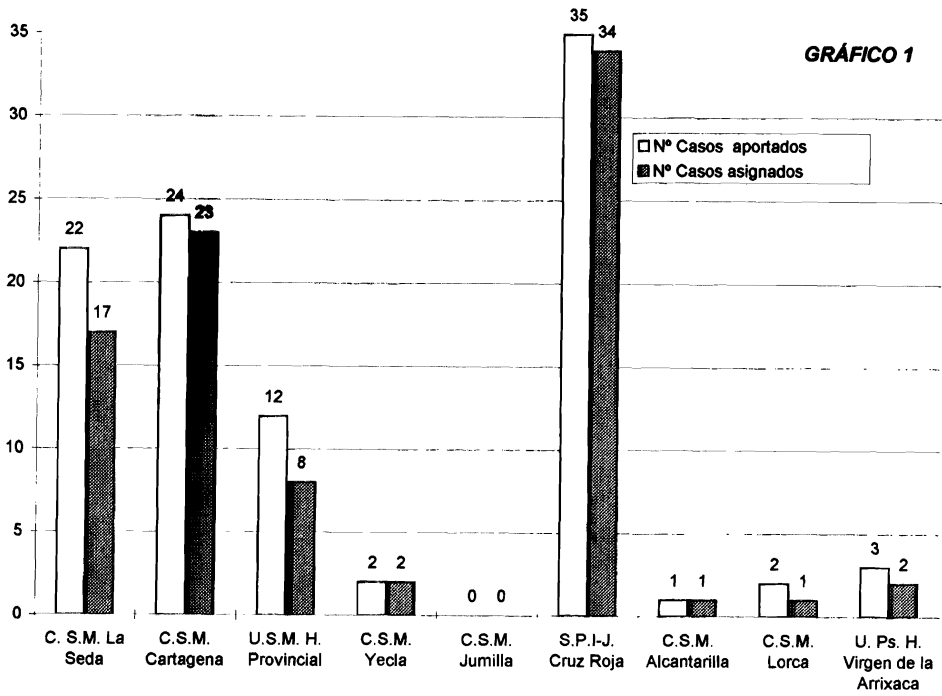


GRÁFICO 3

RATIO 4.1/1

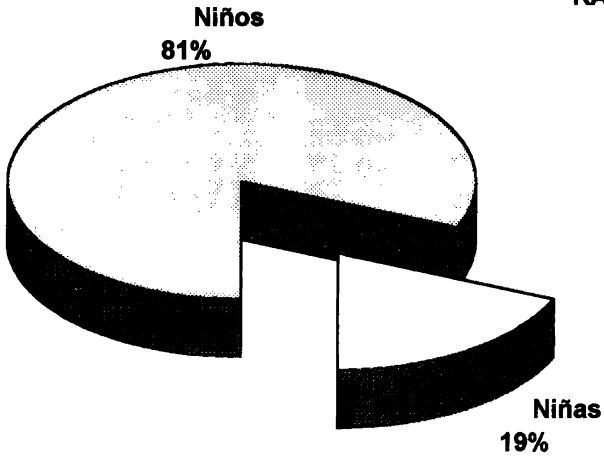


GRÁFICO 4

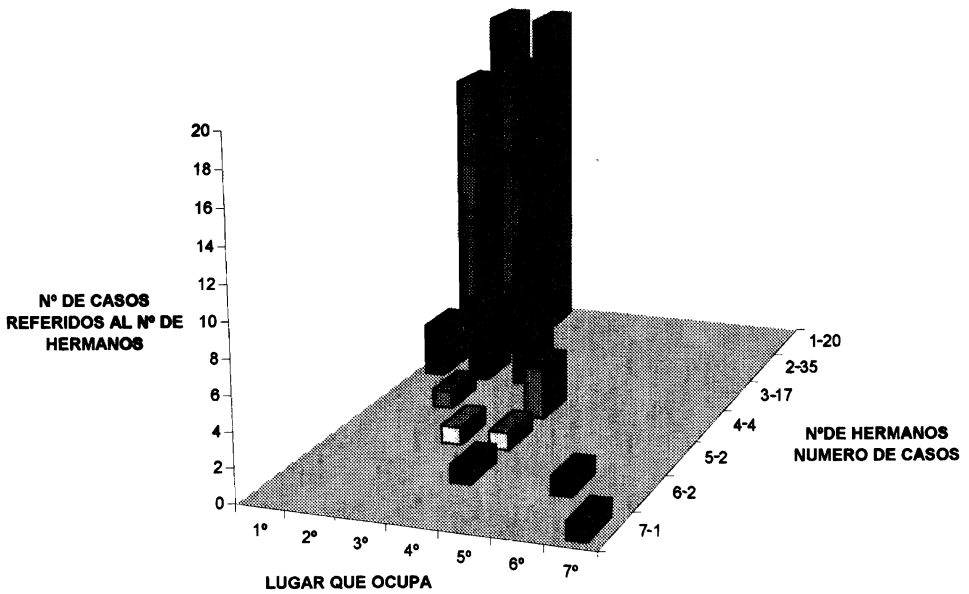


Gráfico 5

