

## SALUD MENTAL E INSTRUMENTO DE REGISTRO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

RESULTADO DE LA ADAPTACION DEL METODO DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE  
LONDRES AL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

*Por JORGE CASTRO MORALES\**

### R E S U M E N

*Se señala los procedimientos seguidos para adaptar un método de registro de datos, aplicado por el Instituto de Psiquiatría de Londres, a los pacientes menores de edad que se atienden en los Hospitales Maudsley y Royal Bethlem, a las necesidades del Programa de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Lima. Se concluye que es factible la delegación de esta función al personal de enfermería entrenado que labora en los Centros de Salud de las zonas urbano-marginales.*

### S U M M A R Y

*It is a preliminary report on the procedures followed in order to adjust the Clinical data register for children and adolescents used at the Royal Bethlem and Maudsley Hospitals to the requirements of the Community Psychiatric Program of the "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" National Institute of Mental Health at Lima. Functional delegation for an adequate data retrieval on the hands of trained nurses, working in the style of Community Mental Health Centers, is found worthwhile.*

**PALABRAS-CLAVE:** Sistema de información. Psiquiatría infantil. Salud Mental. Psiquiatría Comunitaria.

**KEY WORDS** : Information System. Child Psychiatry. Mental Health. Community Psychiatry.

---

\* Jefe del Departamento de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

## I. INTRODUCCION

La necesidad de adaptar (o crear) instrumentos de registro de datos en Salud Mental fue una ponencia que presentamos en el grupo de trabajo al que fuimos asignados y que mereció ser adoptada como una de las recomendaciones del Primer Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental que organizara el Instituto Nacional de Salud Mental y el CONCYTEC en Diciembre de 1982.

Tomando en cuenta que los procesos de elaboración y validación, necesarios para utilización de nuevos instrumentos, son generalmente largos y costosos, además de implicar su uso en poblaciones limitadas a su ámbito de origen, consideramos pertinente intentar la adaptación del Registro para Niños y Adolescentes del Instituto de Psiquiatría de Londres (Hospitales Maudsley y Royal Bethlem), elaborado por Michael RUTTER y colaboradores.

Con la finalidad de obtener el apoyo científico necesario y explorar la posibilidad de hacer estudios multicéntricos internacionales, que es otra de las ventajas de los instrumentos adaptados para hacer estudios comparativos, nos pusimos en contacto con Geoff THORLEY, colaborador de RUTTER y autor de un artículo en el que se describía el instrumento aludido (8). Este tuvo la gentileza de contestarnos y enviarnos, en forma sucesiva, material bibliográfico de referencia, el programa computarizado que sirve para la base de datos del registro y el aliento del Profesor RUTTER, quien le había manifestado su entusiasmo por el Proyecto, pues era el primer estudio de esta naturaleza que se proponía en un país "no occidental", de acuerdo a sus palabras.

Pertrechado de este armamento conceptual y operativo, presentamos la idea original a un grupo de trabajadores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", el que, con la autorización del Jefe del Programa de Salud Mental Comunitaria, Dr. Renato Castro de la Mata, inició y culminó, hasta el momento de este informe preliminar, una tarea ardua pero estimulante. A este grupo original, integrado por el Dr. José López Rodas, las enfermeras Rosario Gutiérrez Campos y Marina Sarca Ttito, se unieron posteriormente el Dr. César Arellano Kanashiro, la psicólogo Rosario Guillén y la Trabajadora Social Martha Zavaleta. Prestó también su colaboración desinteresada el entonces interno de Psicología José Mogrovejo.

Constituidos en un grupo liderado por el autor, iniciamos los trabajos previos a la formulación de un Proyecto de investigación acorde a las exigencias del Departamento de Investigación del Instituto.

Seleccionamos como centro de actividad asistencial al Centro de Salud de Tahuantinsuyo Alto, ubicado en la 4ta. zona de esa urbanización popular, perteneciente al Distrito de Independencia, en el Cono Norte de Lima.

La cobertura geográfica y numérica del mencionado Centro así como las peculiaridades culturales de su zona de influencia nos parecieron las más apropiadas para el propósito de adaptar un instrumento de registro a las necesidades del Programa de Salud Mental Comunitaria, que prioriza la delegación de funciones

en las enfermeras que trabajan en los Centros de Salud adscritos al mencionado Programa (siete en total), en el Cono Norte de Lima.

Una breve descripción del universo a estudiar, extractada del proyecto original, señala lo siguiente:

“La población total de Tahuantinsuyo Alto es de 30,925 habitantes, de los cuales el 64.48% son mayores de 15 años y el 36.52% son menores de 15 años.

“Sus pobladores provienen mayormente de la Sierra Central y su nivel socio-económico es medio-bajo y bajo. Están ubicados en una zona urbana conformada por la 3ra. etapa y parte de la 4ta. etapa (laderas de las estribaciones occidentales de los Andes) y una zona marginal formada por algunos pueblos jóvenes como Valle Yung, Carmen Alto, Vallehermoso, Leoncio Prado, Virgen del Carmen, etc.

“De la población total, el porcentaje de analfabetos es bajo y se da más en mujeres de edad.

“En lo que se refiere a estabilidad laboral, aproximadamente el 50% de la PEA masculina tiene cierto grado de estabilidad, mientras el porcentaje restante está subempleado o desocupado. En el caso de las mujeres, el 80% se dedica a los quehaceres de la casa y el otro 20% se dedica al comercio ambulatorio”.

“En cuanto a las viviendas, se observa que en la zona urbana las construcciones son de material noble y cuentan con instalaciones de luz, agua y desagüe, en cambio en las zonas marginales son construcciones de esteras, cartones, latas, maderas y carecen de servicios de agua y desagüe”.

En lo que concierne a la actividad asistencial del Centro de Salud de Tahuantinsuyo Alto en 1984 (año en que formula el proyecto) se atendieron 566 consultas en Salud Mental, de las cuales 386 correspondieron a menores de 19 años. De este subtotal, un 8.9% estaba en edad pre-escolar y el 91.1% en edad escolar.

Esta casuística se distribuía en las categorías diagnósticas de la CIE 9 como sigue:

1. Trastornos de las emociones peculiares de la niñez o adolescencia (313) = 16.2%.
2. Reacciones de adaptación (309) = 8.4%.
3. Síndromes especiales (307) = 8.4%.
4. Síndrome hiperactivo (314) = 1.1%.

En muchos de los casos atendidos no se estableció un diagnóstico definitivo y seguimiento fue saltuario.

## II. EL INSTRUMENTO

El registro para niños y adolescentes del Instituto de Psiquiatría de Londres comprende tres momentos de recolección de datos y una lista pre-codificada de ítems que siguen los criterios de clasificación multiaxial del profesor Michael RUTTER y colaboradores.

Ya en 1975 RUTTER había propuesto a la Organización Mundial de la Salud un proyecto de clasificación tetra-axial en Psiquiatría Infantil (6) que fue la base de una serie de desarrollos conceptuales que recibieron su espaldarazo en la adopción, por parte de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), de los criterios multiaxiales en la hoy modificada versión de la DSM III (1).

En 1982, un grupo de investigadores propuso a la OMS un sistema de registro triaxial en que se tomaba en cuenta los componentes físico, psicológico y social de los problemas de salud, válidos en actividades de atención primaria (9).

Adelantándose a este respaldo internacional, M. RUTTER, D. SHAFFER, y C. STURGE, elaboraron el "A guide to a Multi-axial Classification Scheme for Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence" (7) que sirvió de base conceptual al instrumento por adaptar en nuestro medio.

Esta clasificación incorpora cinco ejes nosográficos:

1. Entidad clínica psiquiátrica
2. Retardos específicos del desarrollo
3. Nivel intelectual
4. Probable interurrencia somática
5. Factores psicosociales.

De otro lado, tal como ya ha sido señalado, la recolección de datos se realiza en tres momentos, enmarcados en la versión inglesa por criterios calendarios válidos para el hemisferio septentrional (meses de setiembre o marzo para el 2do. formato, relacionado con escolaridad). En todo caso, lo esencial de esta secuencia implicaba que los datos correspondientes a sintomatología clínica, problemas de comportamiento, relación con los padres y otras personas significativas y factores psicosociales deberían ser recogidos en las entrevistas iniciales en un plazo de dos semanas y registrados en el primer formato, que incluye 154 ítems.

A los seis meses se deberían registrar, en un segundo formato que cubre 66 ítems, datos relativos al tipo de tratamiento seguido y el nivel de funcionamiento intelectual del niño, lo que involucra la utilización de pruebas de rendimiento intelectual y aprestamiento académico.

Un tercer formato debería ser completado al año de registrarse el caso inicialmente, o al momento del alta. Este tercer formato incluye en 61 ítems datos relacionados a la evolución y seguimiento del caso, incluyendo el abordaje socio-familiar del mismo.

Los ejes 1 a 4 de la clasificación pentaxial, que sirve de sustento al registro, siguen los criterios, nosográficos de la 9ª versión de la OMS (CIE-9ª).

El eje 5 comprende un listado de los siguientes factores psicosociales:

1. Trastorno mental en otros miembros de la familia.
2. Relaciones intrafamiliares discordantes.
3. Falta de afecto en las relaciones intrafamiliares.
4. Seclusión familiar (compromiso familiar abrumador).
5. Control parental inadecuado o inconsistente.
6. Inadecuada estimulación social, lingüística o perceptiva.
7. Condiciones de vida inadecuadas.
8. Comunicación familiar inadecuada o distorsionada.
9. Situación familiar anómala.
10. Tensiones o trastornos en el ambiente escolar o laboral.
11. Migración o trasplante social.
12. Desastre natural.
13. Otros trastornos psicosociales intrafamiliares.
14. Otros trastornos psicosociales extrafamiliares.
15. Persecución o discriminación adversa.
16. Otros trastornos psicosociales de la sociedad en general.
17. Otros (especificar).

El documento elaborado por RUTTER, SHAFFER y STURGE señala las entidades nosográficas de los tres primeros ejes, de acuerdo a los códigos de la CIF 9ª, deja abierta la opción para utilizar los códigos de enfermedades orgánicas de esa clasificación en el eje 4, si hubiera intercurencia de orden somático y trae un glosario y guía en inglés de los factores psicosociales ya enunciados para el eje 5.

El registro en sí, no tiene un instructivo ni establece qué tipos de pruebas psicológicas o encuestas sociales son mandatorias. Señala algunas pruebas de inteligencia que se pueden aplicar en el segundo momento del registro (todas de las series Wechsler).

### III. PROCEDIMIENTOS

La extensión del registro en inglés (181 precodificados), la necesidad de utilizar instrumentos asociados y la diversidad de síntomas y factores incluidos hizo necesario:

- a) Cotejar la fidelidad de la traducción del registro, remitiendo la misma a Geoff THORLEY.
- b) Traducir y adoptar el glosario y guía de los factores psicosociales incluidos en el eje cinco. Por ejemplo, en donde decía "posee agua caliente" se substituyó

por "posee servicios de agua y desagüe" y se incorporó el terrorismo y la crisis económica como factores amenazantes.

- c) Elaborar un instructivo para la adecuada codificación de los ítems que comprenden sintomatologías clínicas, problemas de comportamiento y relación con los padres y otras personas significativas.

El instructivo es un pequeño texto de Psiquiatría Infantil, redactado por el autor, con la colaboración del equipo investigador, que sigue, básicamente los criterios nosológicos de CIE. 9<sup>o</sup>, pero incorpora también las nociones operacionales de la DSM III y los modelos conceptuales del G.A.P (Grupo para el Avance de la Psiquiatría) en su propuesta de clasificación de los trastornos psicopatológicos en la niñez (5).

Un esfuerzo adicional se hizo en lo relativo a los ítems relacionados con consumo de alcohol y farmacodependencia, incorporando los criterios propuestos por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud.

De esta forma, y siguiendo los lineamientos del registro, se facilitó la codificación de cada uno de los ítems en cuatro posibilidades:

- 0 Ausente
- 1 Dudosa o mínima
- 2 Definitivamente presente
- 9 Desconocida

- d) Confeccionar una ficha de encuesta social, obra de la trabajadora social Martha Zavaleta, que permitiera calificar apropiadamente los factores familiares y psicosociales ya enunciados y realizar un seguimiento apropiado de cada caso. Los datos obtenidos con este instrumento —mediante visita domiciliaria— serían cotejados con los recogidos en la entrevista, en cualquiera de los tres momentos del registro, para verificar su fiabilidad.

- e) Seleccionar y aplicar las pruebas psicológicas asociadas al segundo registro, las que fueron administradas aún antes de cumplirse los seis meses del registro inicial por factores logísticos y epidemiológicos.

Los factores logísticos derivaban del hecho que para el registro inicial se disponía de los ambientes cedidos al Programa de Salud Mental Comunitaria por la Parroquia de Tahuantinsuyo Alto, en la cochera de la misma, pero no existían ambientes para el trabajo de los psicólogos. Por tal motivo, se realizó un convenio con el Centro Escolar N° 3056, colindante con el Centro de Salud de Tahuantinsuyo Alto y la parroquia, que facilitó ambientes para el trabajo de los psicólogos pero exigía, como es natural, un rendimiento expresado en la realización de pruebas psicológicas y otras acciones de prevención en Salud Mental en el ámbito escolar. Esta transgresión de los lineamientos originales permitió, sin embargo, una vinculación fructífera con el colegio en que estudiaban muchos (más del 90%) de los niños incorporados a la muestra y

sortear, además, la limitación que, desde el punto de vista epidemiológico, plantea la alta tasa de deserción en los estudios de seguimiento de mediano o largo plazo en nuestro medio.

Las pruebas seleccionadas fueron las siguientes:

- W PPSI
- WISC-R
- WAIS
- VINELAND
- Lectura silenciosa
- Pruebas de lectura para los niveles I y II estandarizadas para Lima.
- Escala de crecimiento de Tanner, para exploración clínica de desarrollo sexual.

Como es fácil advertir, algunas de ellas no están estandarizadas en el Perú, lo que constituye una limitación más en el intento de adaptar un instrumento comparable para fines de estudios multicéntricos.

- f) Adiestrar al personal de enfermería en la utilización del registro. Este es el aporte novedoso del estudio propuesto, ya que el registro está a cargo de un médico del Instituto de Psiquiatría de Londres en su versión original. La necesidad de esta modificación se basa en la filosofía misma del Programa de Salud Mental Comunitaria, que, recogiendo una demanda de la realidad asistencial en nuestro país, ha implementado una metodología de delegación de funciones que hace recaer en la enfermera del Centro de Salud el grueso de la carga asistencial, además de las tareas preventivas que le son propias. La utilización de las facilidades de videograbación del Instituto y la supervisión continua de los médicos incorporados al equipo investigador, permitió la corrección de algunos errores en la técnica de entrevista, con un éxito que superó nuestras expectativas, como se verá en el acápite siguiente.
- g) Realizar un estudio piloto de confiabilidad para el primer formato con 10 pacientes, seleccionados al azar, de la demanda efectiva del Centro de Salud, tomándose en cuenta que estuvieran dentro del grupo etéreo considerado para la muestra total de una investigación de mayor aliento (menores de 16 años). Este estudio fue supervisado por la Unidad de Cómputo del Instituto y arrojó un índice de coincidencia médico-enfermera de 0.93. Participaron en él las dos enfermeras y los dos médicos miembros del equipo investigador. Las discrepancias que hubieran en la codificación de un ítem eran zanjadas por el autor, en concordancia con el instructivo elaborado para el registro de sintomatología clínica, problema de comportamiento, relación con los padres y otras personas significativas, así como el glosario y guía para los factores psicosociales incluidos en el eje cinco.

## IV. CONCLUSIONES

Como producto de estos procedimientos, que se apartan ciertamente de la ortodoxia pero que siguen una metodología adaptada a nuestra realidad, se puede afirmar que:

- a) Es factible la delegación de funciones en el personal de enfermería, si se siguen los criterios reseñados en los acápite e) y f) de los Procedimientos.
- b) Existen limitaciones en investigaciones de mediano y largo plazo en Salud Mental, ya que se estima que la tasa de deserción en la consulta psiquiátrica en países similares al nuestro, en que se han hecho estudios de seguimiento (3) arroja índices de 70% para la quinta consulta y de 90% para la décima consulta.
- c) Con técnicas de recuperación mediante visita domiciliaria, como las que se aplican en el Programa de Salud Mental Comunitaria, es previsible dar cumplimiento al proyecto de investigación INSM 55-87 titulado "Diagnóstico Multiaxial y Evaluación de Niños y Adolescentes con Trastornos de Salud Mental en la zona Urbano Marginal de Lima", aún cuando se altere el calendario para la recolección de datos de la segunda fase (pruebas psicológicas) y sea muy difícil arribar al tercer momento (un año) del registro.
- d) Un subproducto, no desdeñable, de este empeño ha sido la elaboración de un pequeño texto de Psiquiatría Infantil, que ha sido utilizado en otra investigación en el ámbito del Programa de Salud Mental Comunitaria por el experto japonés Dr. Tadahiko SATO, en una muestra concreta de cooperación científica internacional. "El "input" inicial de Geoff THORLEY tampoco puede ser ignorado.
- e) La cooperación multidisciplinaria es también factible, si se siguen los criterios que BETTELHEIN y CAPLAN (2, 4) propusieron hace ya décadas y que en nuestro medio tuvieron cabales exponentes en Renato CASTRO DE LA MATA y Kenny TEJADA, a quienes va nuestro reconocimiento, junto con nuestra gratitud para el equipo de profesionales que hizo posible esta fructífera experiencia vital.



## RESUME

On signale les regles suivies pour adapter une méthode d'enregistrement de données chez des enfants, recueillies a l'Institut de Santé Mentale Communautaire H. Delgado - H. Noguchi de Lima. Travail qui pent être réalisé par le personnel d'infirmierie entraîné spécialement.

## ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser beschreibt das Adaptationsverfahren von einer Medical Record Form für Kinder und Jugendliche, die vom Maudsley Institute of Psychiatry (London) konzipiert und entwickelt worden ist, und die in Peru auch im Community Mental Health Program am Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" angewandt wird. Auch nicht-ärztliche Mitarbeiter (z. B. Krankenschwestern) können die Form erfolgreich benutzen und anwenden.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. APA (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd. Rev. (DSM III), American Psychiatric Association, Washington.— 2. BETTELHEIM, B. & SYLVESTER, E. (1949): "Milieu Therapy - Indications and illustrations", *Psychoanalytic Review*, 36: 54-67.— 3. BLAJEROFF, R. (1987): Comunicación Personal.— 4. CAPLAN, G. (1959): *Concepts of Mental Health Consultation*, U. S. Dept. of Health, Education and Welfare, Children's Bureau, Washington.— 5. G. A. P. (1967): *Psychopathological Disorders in Childhood: Theoretical Considerations and a Proposed Classification* (Report N° 62), Group for the Advancement of Psychiatry, New York.— 6. RUTTER, M. (1975): *A Multi-*

*Axial Classification of Child Psychiatric Disorders, An evaluation of A-Prossals*, WHO, Geneve.— 7. RUTTER, M. et al. (1975): *A guide to a Multi-Axial Classification Scheme for psychiatric disorders in Childhood and adolescence*, Institute of Psychiatry, London.— 8. THORLEY, G. (1982): "The Royal Bethlem and Maudsley Hospitals. Clinical data register for children and adolescents", *J. of Adolescence*, 5: 179-89.— 9. WHO (1982): *Recording health problems triaxially: the psychological and social components of primary health care contacts report*. Second meeting of collaborating investigators, WHO, Washington.