

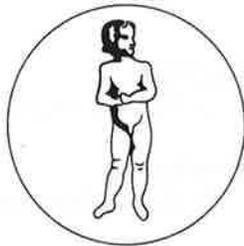


Año 1983 - Nº 2 Volumen I

**REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTIL**

**ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION
ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL**

REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL



ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE
NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

JUNTA DIRECTIVA:

Presidente:

Dr. M. DE LINARES PEZZI

Vicepresidente:

Dra. C. GOMEZ-FERRER GORRIZ

Secretario:

Dr. R. MARTINEZ FIGUERO

Tesorero:

Dr. C. DE LINARES VON SCHMITERLOW

Vocal:

Dr. F. TORRES GONZALEZ

**Secretaría de Redacción
Servicio de Paidopsiquiatría
Hospital Infantil
Vall d'Hebrón Residencia Sanitaria**

**Paseo Vall d'Hebrón s/n
Barcelona
Tel. 358 33 11 ext. 538**

DIRECTOR

Dr. J. TOMAS VILALTELLA

SECRETARIO

Dr. B. OLIVA CERVERA

COMITE DE REDACCION:

**Dra. C. ADALID
Dr. AGUERO
Dr. J.L. ALCAZAR
Dra. CASILDA ESQUETE
Dr. LOÑO PEÑA
Dr. LOPEZ-CAMOS
Dr. C.G. DE LINARES**

COLABORADORES:

**Dr. R. RIERA
Dr. P. RODRIGUEZ
Dr. J. M. ROMACHO**

Depósito Legal B-10.236/83



EDITOR
PUBLICACIONES Y REVISTAS

Paseo de Colón, 6 - Barcelona-2 - Tlfs. (93) 315 16 00 - 315 15 11

EDITORIAL

Deseo expresar, como Director y en nombre de todo el consejo de redacción el agradecimiento por los testimonios de felicitación que hemos recibido de los socios de nuestra Sociedad.

Pero, a su vez, creo que expreso el sentir de todo el consejo de redacción y el de todos los socios si manifiesto que no estamos satisfechos de nuestra Revista. Una serie de errores, a nuestro criterio, se subsanaron ya en este segundo número y esperamos a la vez que os rogamus nos mandéis todas las iniciativas que creais convenientes para proseguir un proceso de corrección constante.

Esta Revista fue propuesta para fomentar el intercambio de información y abrir una ventana a todos los trabajos que tanto los neuropsiquiatras como los profesionales afines hicieran y sin duda abierta a todas las corrientes de pensamiento que coincidan en el campo de la Neuropsiquiatria Infanto-Juvenil.

La Revista precisa para su buena salud, de un conjunto de trabajos, al mismo tiempo que estos trabajos deben reunir las condiciones de publicación propuesta por las normas internacionales.

Estamos convencidos plenamente, de la alta calidad de multitud de trabajos que se efectuan en España y que mueren en un cajón sin llegar a publicarse, o son abandonados a medio hacer.

Nuestra intención, nuestro interés, es conseguir el intercambio y la máxima difusión de cada uno entre todos, como ha sido siempre en el seno de nuestra Sociedad a través de las distintas Juntas que la han precedido.

A la Asamblea, al Dr. Linares Pezzi, Presidente, a la Junta Directiva, nuestro agradecimiento por su confianza,

*Fdo. Dr. José Tomás Vilaltella
Director.*

SUMARIO

EDITORIAL	3
NOTICIAS	
Actividades y Congresos 1983	5
LIBROS Y PUBLICACIONES	
Autoevaluación de conocimientos en psiquiatría infantil	9
CRITICA BIBLIOGRAFICA	
Nacimiento psicológico del niño de Margaret Mahler	17
CASO CLINICO	
Presentación de un caso de síndrome de Gilles de la Tourette	25
ESTUDIO CLINICO	
"Problemática dinámico-relacional en las enfermedades crónico-metabólicas y su influencia en la maduración"	29
REVISION FARMACOLOGICA	
La interacción farmacológica entre Fenobarbital y Difenilhidantoína. Algunas consideraciones prácticas	37
REVISION CLINICA	
Hipotiroidismo: Estudio y valoración de las alteraciones neurológicas y psicológicas en el niño	45
Revisión paído psiquiátrica en pacientes oncológicos	55
REVISION CLINICA Y CONCEPTUAL	
Las psicosis infantiles: Una revisión conceptual	67
TRADUCCIONES	
Entrevista semi-estructurada para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños de edad escolar	75
ESTUDIO CLINICO	
Las tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia: Aproximación paramétrico-epidemiológica (Barcelona)	123

NOTICIAS

ACTIVIDADES Y CONGRESOS 1983

- **III Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría y Psicopatología Sociales.**
1ª Jornadas de Psicopatología Comparada Luso-Españolas.
Octubre 10-12. Mérida.
- **"Psicosis e Institució"**
II Jornadas de reflexió sobre salut mental.
Comunitat Terapèutica de Malgrat.
Novembre 10-12.
Presentació de treballs fins el 10 d'Octubre.
- **"El Enfermo mental en la sociedad" (Su futuro).**
Symposium Internacional. Jerusalem (Israel).
Octubre 2-7.
Información: Pr. D. Noor, 12 Schlomzion, Ha'Malka, Jerusalem 96 146, Israel.
- **Médico-psico-pedagogía**
Sesión de Formación de la Asociación francesa de Centros.
1ª Sesión de formación de otoño. (CMPP). F.I.A.P. (París).
Octubre 3-7
Información, inscripciones: Asociación francesa de CMPP, 1 Avenue du Parc des Princes, F 75016, París. Tél. 743.05.39.
- **Sofrología - Congreso Internacional.**
Hotel Sheraton. Bruselas (Bélgica).
Octubre 13-16.
Información, inscripciones: H. States, 106 ou 160 Avenue Albertm B - 1060 Bruxelles, Belgique.
- **Medico-psico-pedagogie.**
Sesión de formación de la Asociación francesa de Centros (CMPP).
2ª Sesión de formación de otoño. F.I.A.P., París.
Octubre 17-21
Inf: Assotiation française des CMPP, 1 Avenue des Princes F 75016 París. Tél. 743.05.39.
- **Psicoterápia dinámica**
Symposium Hispanoamericano.
España, Octubre 20-22
Información: Mme. 1e Dr. J. Nahmias, 108 Blueberry Drive, Woodcift Lake, New Jersey 07675. USA.
Tél. 201.391.5919.
- **Psiquiatria**
Jornadas de Santa Ana.
1, rue Cabanis, París.
Octubre 21-22.
Información: Journées Ste. Anne, Centre Hospitalier Sainte Anne, 1 rue Cabanis F 75014 París.
Tél. 581.11.20 (A. Sutter, poste 47.01).
- **Psicopatologia de la expresión**
10º Congreso Internacional. Munich (R.F.A.)
octubre 21-24
Información: Dr. Wittgenstein, 101 rue du Roi, D - 8.000, Munich, RFA.
- **Sordera-Ceguera**
3ª Reunión Internacional
Noviembre 5-8
Información: M.A. Arnor. Conseil Mondial pour le bien-être des Aveugles, 58, Avenues Bosquet. F - 75007, París.
- **Hipnosis y Psicoterápia Tesis Ericksoniana.**
Congreso Internacional. Fénix (USA).
Noviembre 30/Diciembre 4.
Información: J.K. Zeig. Fondation Erickson, 3606 Nord 24ª rue Phoenix. Arizona 85016. USA.
Tél: 602/ 956.61.96.

1984

- **Reconocimiento de formas e inteligencia artificial.** 4º Congreso Organizado por la Asociación francesa para la cibernética económica y técnica (AFCET) y el Instituto Nacional de Busca en informática y en automática (INRIA). Enero 25-27.
Información: AFCET (Elisabeth Fa y ola), 156 Boulevard Périere. F-75017 París.
Tél. 766.24.19, Télex 290.163 Code 235.
- **Readaptación (complemento)** 15º Congreso mundial - Lisboa (Portugal) Junio 4-8
Inf.: Secretariado Nacional de Readaptación 63-5
Avda. Conde Valbom P-1000 (Lisb.)
- **Psicofisiología** 2ª Reunión Internacional Londres (R.U) - Verano 1984.
Patrocinado por la Organización internacional de Psicofisiología.
Lenguas oficiales: inglés, frances.
Información: Dr. C.A. Mangina. O.I.P. Boïtw postale 1614. Station "H" Montreal QU H3G 2N5 Québec, Canadá.
- **Hidrocefalia** Reunión internacional de la Sociedad de investigaciones. NOORDWIJKERHOUT (Países Bajos). Información Netherlands Convention Bureau, Rivierstaele, 166, Amsteldijk NL 1079 - LH, Amsterdam (Países bajos)
Tél: 020.46.25.80.
- **Salud Mental** Reunión del Comité Internacional. York (R.U.) Julio 9-13
Información: Dr. H.R.A. Alpin, Consejo de Administración de la central eléctrica. Beckwith Knowle route d'Ottey. Harrogete HG3 1PS U.K.G.B.

- **Desarrollo (Biología)** Septiembre 2-8
Congreso Europeo SOUTHAMPTON (U.K.G.B.)
Información: Dr. M. Snow. Unidad de estudios del desarrollo de los mamíferos. Maison Wolfson Collège universitaire. 4, Chemin Stephenson. Londres SW7. U.K.G.B.
- **Neuro-ciencias** Reunión de la Asociación europea. Septiembre 11-14.
LA HAYA (Países Bajos)
Información: Netherlands Convention Bureau, Rivierstaeete, 166 Amsteldijk, NL 1079 - LH Amsterdam, Países Bajos.
Tél. 020.46.25.80.

1985

- **Julio (última semana) 1985**
Psicoanálisis 34ª Congreso Internacional de la Asociación Internacional. HAMBURG (R.F.A.). Inf" Assotiation internationale de Psychanalyse, 49 route de Craftdawn, Londres NW5 1EL U.K.G.B.
 - Septiembre - Octubre 1985.
Readaptación 5ª Congreso Internacional de la Asociación Internacional. SYDNEY (Australia), Información: G.G. Burniston, Comité Bid, Assotiation australienne de réadaptation physique, Hôspital Price Heyr, Little Bay, 2036. Australia.
-

MALAGA CIUDAD

27-28 Enero/84

**SYMPOSIUM SOBRE IMPORTANCIA
DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS
CONDUCTUALES EN LA PSICOPA-
TOLOGIA INFANTO-JUVENIL.***

Ponentes:

Prof. Ramón Bayés

Prof. Jaime Vila

Prof. Jaime Rodríguez Sacristan

Prof. Antonio Maldonado

prof. Ruiz-Ogara

Prof. Aquilino Polaino

Prof. Miguel López Melero

Prof. Eugenia Mañas

**Organiza la SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NEUROPSIQUIATIA INFANTO-JU-
VENIL.**

**Secretaria Permanente: Apartado de
Correos 226. MALAGA**

ACTIVIDADES Y CONGRESOS 1983

**REUNION DE LA SECCIÓN DE PSI-
QUIATRIA INFANTIL DENTRO DE LA
A.E.P.**

25 de Febrero. 1984

ALCOY

Secretaria:

Dr. L. TEIXIDÓ

Valencia, 286 - BARCELONA-7

Dr. J. VILAPLANA

c/. Cort-Merita, 2 - ALCOY (Alicante)

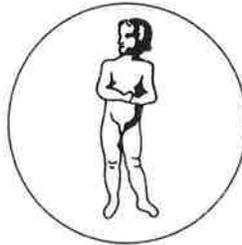
Temas:

Esquizofrenia Infantil

**Estado actual de la Psiquiatría Infantil
en España.**

Comunicaciones libres.

Sección Administrativa



LIBROS Y PUBLICACIONES

AUTOEVALUACION DE CONOCIMIENTOS EN PSIQUIATRIA INFANTIL

G. PIROOZ SHOLEVAR M.D.

Director del CHILD IMPATIENT SERVICE
Hahneman Medical College and Hospital de Philadelphia.

Dada la gran acogida que entre los lectores de esta Revista han tenido las preguntas que publicamos en nuestro pasado número, extraídas del interesante libro AUTOEVALUACION DE CONOCIMIENTOS EN PSIQUIATRIA INFANTIL del Dr. G. PIROOZ SHOLEVAR, hemos creído conveniente publicar algunas más que dan una idea más exacta de lo que este libro es y representa.

**SELF ASSESMENT OF CURRENT
KNOWLEDGE IN CHILD
PSYCHIATRY**
por: G. PIROOZ SHOLEVAR, M.D.
EDITORIAL:
**MEDICAL EXAMINATION
PUBLISHING COMPANY INC.**

1. Perfil de un niño con fracaso no orgánico, presupone:

- a.- Embarazo no deseado
- b.- Alimento de botella e inadecuadamente inmunizado
- c.- El más pequeño de la familia, nacido dentro los 18 meses de conjunto hijos.
- d.- Fracaso en desarrollo antes de los 2 años de edad.
- e.- Todo esto

2. Niños adoptivos:

- a.- No son remarcables en términos de incidencia de problemas emocionales
- b.- Aparece en mayores proporciones en clínicas de salud mental y facilidades psiquiátricas
- c.- Elevada incidencia de MBD
- d.- Tiende a presentar un QI inferior a los niños no-adoptados
- e.- Nada de todo esto

3. Una aceptable definición de fobia escolar:

- a.- Atención escolar deficiente
- b.- Injustificable temor a la escuela
- c.- Inapropiada ansiedad a abandonar el hogar
- d.- Todo esto
- e.- Nada de esto

4. Ajustamiento psicológico pobre y ansiedad en niños con enfermedades cardíacas congénitas:

- a.- Basado sobre la realización por el niño del aspecto amenazante de su enfermedad
- b.- Relacionado con la angustia materna y engorde
- c.- Grado de incapacidad
- d.- Gravedad de la enfermedad
- e.- Nada de todo esto

5. Los padres de niños con severas enfermedades cardíacas cianóticas congénitas, generalmente presentan:

- a.- Dolor anticipado ante la posible pérdida del niño.
- b.- Negación de posibilidad de pérdida
- c.- problemas conyugales
- d.- Excesiva dependencia nutritiva
- e.- Nada de todo esto

6. Incidencia de adicción a heroína y embarazos en teen-agers, tiene:

- a.- Incremento
- b.- Decrecido
- c.- No descrito
- d.- La adicción a la heroína se ha elevado, los embarazos han disminuido

7. La heroína atraviesa la barrera placentaria en:

- a.- 30 minutos de haber sido tomada por la madre
- b.- 1 hora de haber sido tomada por la madre
- c.- 2 ó 3 horas después de haber sido tomada por la madre
- d.- 3 ó 6 horas después de haber sido tomada por la madre

8. La gravedad de acúmulo de heroína en el recién nacido se relaciona con:

- a.- Número de años de la adicción de la madre
- b.- Promedio de cantidad total ingerida por la madre en un periodo de 6 meses
- c.- Cantidad de la última dosis tomada por la madre
- d.- No relación
- e.- Nada de todo esto.

9. La reciente teoría de como las drogas estimulantes operarían en niño hiperquinéticos:

- a.- Paradójica
- b.- Sedativa
- c.- Mejora los mecanismos adrenérgicos centrales
- d.- Mejora los mecanismos parasimpáticos
- e.- Nada de todo esto

10. Los niños con reacciones típicas de conversión:

- a.- Manifiesta "La Belle Indifference"
- b.- Raramente manifiestan "La Belle Indifference"
- c.- Tienen un QI inferior
- d.- Son excesivamente independientes.

11. Un importante aspecto en el tratamiento de los niños con severas lesiones de nacimiento:

- a.- Nurse, grupo de niños
- b.- Madre, grupo de niños
- c.- Físicos, grupo de niños
- d.- Voluntario, grupo de niños

12. Un mayor factor en el presente, los problemas de la adolescencia:

- a.- Pubertad precoz
- b.- Actitudes libres frente a la sexualidad
- c.- Escasa necesidad de enfrentarse a la realidad
- d.- Super realización
- e.- Infra realización

13. Signos premonitorios de agresión homicida en jóvenes:

- a.- Profundo pesimismo acerca de sí
- b.- Odio a sí mismo
- c.- "Pide ayuda"
- d.- Todo esto
- e.- Nada de esto

14. La depresión de los niños frente a la muerte de un adulto importante es:

- a.- Inmediata y obvia
- b.- Indiferencia inicial, puede aparecer el luto después
- c.- Semejante a la de los adultos
- d.- Nada de todo esto

15. Hospitalización en anorexia nerviosa, en los niños:

- a.- Breve
- b.- Largo tiempo
- c.- No aconsejable
- d.- Nada de todo esto

16. Donald B. Rinsley ha sugerido que, cuando existe una psicopatología significativa en un adolescente o pre-adolescente es debido a:

- a.- Fracaso en la formación del superego
- b.- Despersonificación
- c.- Niño maltratado
- d.- Ausencia de padre o padre inafectivo
- e.- Nada de todo esto

17. Fish relata que los niños con severos trastornos de conducta y niños esquizofrénicos:

- a.- Responden bien a la detroanfetamina
- b.- Responde pobremente a la difenilhidramina
- c.- Responde bien al Ritaline
- d.- Todo esto
- e.- Nada de todo esto

18. Fish relata que los niños con "sobre-ansiedad" y "reacción agresiva insocializada":

- a.- Responde bien a la detroanfetamina
- b.- Responden pobremente a la difenilhidramina
- c.- Responde bien al Ritaline
- d.- Todo esto
- e.- Nada de todo esto

19. Un mayor efecto de la prolongada ingestión de fenotiazina en psicóticos y niños hospitalizados:

- a.- Cambio de peso
- b.- Disquinesia tardía
- c.- Aprendizaje lesionado
- d.- Cambios oculares
- e.- Todo esto

20. La tioridazina en un prolongado período de administración en niños resulta:

- a.- Pérdida de peso
- b.- Aumento de peso
- c.- Pérdida de apetito
- d.- Nada de todo esto

21. Rutter y Bartak definen el primer handicap del autismo como:

- a.- Superego defectuoso
- b.- Defecto cognitivo básico
- c.- Regresión madurativa
- d.- "Persona sistema"
- e.- Nada de todo esto

22. Los "trastornos psicóticos esquizofrénicos"

- a.- No evidencia de psicosis durante los primeros 5-6 años de vida
- b.- No mecanismos de defensa neuróticos, regresión negativa y proyección
- c.- Descompensación latente
- d.- Buen pronóstico
- e.- Todo esto

23. El examen del cariotipo de niños de madres que tomaban LSD, muestra:

- a.- Evidencia de "rotura" de cromosomas
- b.- No evidencia de rotura de cromosomas
- c.- Elevada frecuencia de anomalías clínicas
- d.- Nada de todo esto

24. Mayor y menores signos neurológicos vistos en el nacimiento y en el primer año de vida:

- a.- Asociado con deficiente aprendizaje y pobreza escolar en la edad de 7 años
- b.- No pronosticar problemas escolares a los 7 años
- c.- No tiene valor
- d.- Nada de todo esto

25. "Alexia"

- a.- Trastorno del lenguaje
- b.- Trastorno de lectura
- c.- Trastorno auditivo
- d.- Trastorno motriz

26. La dislexia en una población normal en edad escolar.

- a.- 0-5%
- b.- 5-10%
- c.- 10-30%
- d.- 40%
- e.- 50%

27. Percepción del lenguaje hablado

- a.- Cortex occipital
- b.- Lóbulo temporal
- c.- Hemisferio cerebral izquierdo
- d.- desconocido

28. Lesiones del sistema nervioso central más frecuentes en el nacimiento:

- a.- Debidos a procesos prenatales
- b.- Resultado de partos difíciles
- c.- Debido a medicaciones utilizadas durante el parto
- d.- debido a anoxia

29. Síndrome del "cabello ensortijado"

- a.- Enfermedad neurodegenerativa que solo afecta a los niños
- b.- cabello poco común
- c.- Retraso psicomotriz, fracaso del crecimiento
- d.- atrofia cerebelosa
- e.- Todo esto

30. El síntoma más constante en el retinismo

- a.- Constipación
- b.- Problemas alimenticios
- c.- Apatía
- d.- Todo esto
- e.- Nada de todo esto

31. Algunos estudios sobre las situaciones de urgencia psiquiátrica sugieren:

- a.- Existen verdaderas crisis
- b.- No hay verdaderas urgencias concernientes al niño, sino a los demás.
- c.- Grave necesidad de servicios de urgencia
- d.- Nada de todo esto

32. Valoración de la educación parental:

- a.- No hay cambio en las actitudes paternas
- b.- No hay cambio en la actitud de los niños
- c.- No aumenta la comunicación familiar
- d.- Todo esto
- e.- Nada de todo esto

33. Estudios extensivos de ("wrist cutting") incisión de venas de la muñeca - revela:

- a.- La mayoría son mujeres
- b.- Los hombres representan el 40% de esta población
- c.- Suelen estar casados
- d.- Elevada incidencia de intentos de suicidio previos
- e.- Nada de todo esto

34. Cortes de muñeca e ingestión de aspirina:

- a.- Peculiar a la adolescencia
- b.- Visto en grupos de todas las edades
- c.- Está desaparecido
- d.- Nada de todo esto

35. Potencial suicida:

- a.- Mediana edad
- b.- Matrimonios fracasados
- c.- Elevado cortisol plasma
- d.- Bajo nivel corticoesteroide

36. Comunicaciones suicidas:

- a.- Síntomas comunes en adolescentes hospitalizados
- b.- Aumento después de los 14 años de edad
- c.- No asociado con ningún trastorno psiquiátrico definido
- d.- Todo esto

37. Frecuencia segerida de uso de drogas por estudiantes de escuela superior:

- a.- 10%
- b.- 24%
- c.- 36%
- d.- 40%

38. La causa más común de admisiones hospitalarias por uso excesivo de drogas en niños es:

- a.- Aspirina
- b.- Antidepresivos tricíclicos
- c.- Envenamamiento derivado
- d.- Nada de todo esto

39. Relación entre el autismo y la esquizofrenia:

- a.- Ninguna
- b.- El autismo es la manifestación precoz de la esquizofrenia
- c.- Estadísticas no válidas
- d.- Nada de todo esto

40. Rutter reconoce los trazados neuróticos de la infancia:

- a.- Directamente relacionados con la neurosis adulta
- b.- No existe una relación directa
- c.- No es una neurosis
- d.- Nada de todo esto

41. Transexualismo masculino en la infancia:

- a.- Penetrante identificación con la femineidad de la madre
- b.- Penetrante identificación con la masculinidad del padre
- c.- Relaciones simbióticas
- d.- Nada de todo esto

42. Observación de recién nacidos de Wolff:

- a.- No hay límites definidos en las primeras 4 semanas
- b.- Determinados niños tienen una específica ritmicidad del SNC
- c.- Diferencias en los sucesos reactivos
- d.- Nada de todo esto

43. Lipton estudio las respuestas autonómicas de los recién nacidos:

- a.- Diferencias de niños específicos
- b.- Sucesos reactivos
- c.- Ritmicidad específica
- d.- Nada de todo esto

RESPUESTAS CORRECTAS:

1.- e					
2.- g	9.- c	16.- b	23.- d	30.- a	37.- b
3.- d	10.- a	17.- e	24.- a	31.- b	38.- b
4.- b	11.- a	18.- a	25.- b	32.- d	39.- a
5.- a	12.- c	19.- e	26.- c	33.- b	40.- c
6.- a	13.- d	20.- b	27.- c	34.- a	41.- a
7.- b	14.- b	21.- b	28.- e	35.- c	42.- b
8.- c	15.- a	22.- e	29.- d	36.- d	43.- a

Crítica bibliográfica

NACIMIENTO PSICOLOGICO DEL NIÑO de MARGARET MAHLER

Autor: Dr. Josep M^a Illa.

Fecha de envío: Enero 1983

Una de las grandes aportaciones de Margaret Mahler fué describir el síndrome clínico denominado Psicosis Simbiótica, siendo sin duda la "psicosis más neurótica" en función de la patogénia y de las posibilidades terapéuticas.

En tal entidad habria una importante perturbación en la noción de identidad del niño fusionándose con la madre y el fracaso consecutivo del establecimiento de una auténtica relación objetal.

El nacimiento psicológico del niño pasa necesariamente por las coordenadas de un proceso de Separación-Individuación, separación respecto al mundo de la realidad (madre) con la posibilidad posterior de ir integrando experiencias, vividas inicialmente en el

propio cuerpo del niño, llevandole hacia la Individuación.

Para poder establecer una relación objetal es indispensable jalonar la simbiosis, salir del narcisismo primario y ser capaz de investir catecticamente a "alguien" del exterior, distinto y con características diferentes y diferenciales.

M. Mahler considera que el camino de la Separación-Individuación atraviesa por diversas sub-fases de forma normal y fisiológica.

En la Fase de Separación-Individuación el principal temor del niño es la ansiedad de separación que en el niño normal es elaborada por la actitud maternalizante de la madre, sin embargo en el niño con una estructura simbiótica esta ansiedad-pánico a la

separación no puede elaborarse al ser incapaz de usar a la madre como Yo accesorio-externo pudiendo caer en una fragmentación de tipo psicótico.

De la capacidad de separación surge el desarrollo de la noción de identidad, mismidad y totalidad del ser.

· Existe gran paralelismo entre M. Mahler y Winnicott. Ambos parten de que gracias a los procesos de Diferenciación progresiva el niño saldrá de su mundo sincrético llevándole al mundo de los objetos. Parafraseando a Winnicott diríamos que la maternalización de una madre "suficientemente buena" induce al niño, desde una dependencia absoluta primero y relativa después, hacia la independencia y la constitución de un SELF verdadero. Si no es suficientemente buena la adaptación de la madre no se inicia el proceso estructurándose un Faux-Self sometido a las exigencias de un medio ambiente. (Concepto semejante al "como si" de Mahler).

FASE AUTISTICA NORMAL

El niño pasa por una fase normal donde es parcialmente insensible a la estimulación afectiva externa, sumergido en su narcisismo primario autosuficiente en cuando a la realización alucinatoria del deseo, pasando la mayor parte del tiempo en un estado de semi-sueño despertándose tan solo ante estados de tensión fisiológica; predominan, pues, los procesos fisiológicos sobre los psicológicos, sería como una prolongación del estado intrauterino.

Progresivamente el niño va adquiriendo vaga consciencia de que ciertas gratificaciones no provienen de él mismo sino de fuera de sí. Sería el inicio de la Fase Simbiótica alrededor de los 2 meses.

FASE SIMBIOTICA NORMAL

A través de la atención que le dedica la madre, el lactante, es capaz de diferenciar experiencias buenas-placenteras y otras malaspenosas intuyendo el origen externo de estas sensaciones pasando a establecer una relación simbiótica con la madre en virtud de una catectización del agente de maternación como objeto parcial (madre) es donde la necesidad será transformada en deseo ligado a un objeto. La relación dual funciona como unidad omnipotente, sin duda desigual para ambos partícipes.

En este estadio el Yo no está diferenciado del No-Yo en donde cualquier estímulo es dado y vivido en referencia al "medio simbiótico" sin aceptar entrada a estímulos provenientes de fuera. Es una fase donde existe una fusión somatopsíquica omnipotente con la representación de la madre. Merced a la simbiosis el Yo rudimentario del lactante se ira estructurando y diferenciando.

En función de las anteriormente mencionadas secuencias de placer-dolor se dará una demarcación de las representaciones del Yo Corporal surgiendo una incipiente noción de imagen corporal y de sus límites, ello nos traduce el cambio de una catexia básicamente propioceptiva-interoceptiva a otra sensoperceptiva del exterior.

Parece ser que el sentimiento de sí mismo nace de las sensaciones internas que el lactante va integrando a partir de las experiencias piel a piel (sostenimiento) y kinestésicas (balanceo).

La Fase de Separación-Individuación consta de varias subfases:

1ª Subfase: Diferenciación y desarrollo de la imagen corporal.

La diferenciación empieza a los 4-5 meses, en plena etapa simbiótica, el niño se va familiarizando con la mitad de su Yo simbiótico (madre) ofreciendo una sonrisa inespecífica primero y específica después, signo de la existencia de un vínculo con el exterior.

La demarcación - diferenciación del Yo respecto al otro se inicia fenomenológicamente con el "amoldamiento y distanciamiento" del cuerpo del niño respecto del de la madre, dándose un mecanismo de referencia especular mutuo, indicando la ambivalencia entre la fusión y la separación.

En este momento el placer interno derivado de la simbiosis junto al placer de la percepción sensorial (visión, tacto, audición y olfato) estimulan al niño a dirigir la libido hacia el exterior. El niño persiste en sus intentos de experimentar con la separación-individuación, llegará a los cabellos de su madre, sus orejas, su cuerpo, los objetos que la caracterizan, introducirá la comida en su boca, pondrá su cuerpo tenso y "separado" para verla mejor, para explorarla, todo ello en un intento de verificación de la familiar oponiéndolo a lo No-familiar. Se pasa de un niño en brazos a un niño que activamente busca la ruptura, al menos corporal con su madre.

Reacción y ansiedad ante extraños

El niño que empieza a reconocer, a la madre como componente de la diada simbiótica está sujeto a la ansiedad de verificación entre madre-No madre. Esta angustia está ligada a que la imagen interna de madre confiera una "espectativa confiada" que atienda y alivie sus necesidades pulsionales, es decir a la noción de madre emocionalmente disponible.

(Winnicott describe el "objeto de transición" como algo que no es interno ni externo sino a "medio

camino" que le sirve para canalizar-elaborar la separación de la madre).

Ruptura del cascarón

La prematuridad o la demora de la diferenciación depende de las características de interrelación niño-madre, de la maduración neuro-biológica en relación dialéctica con la primera y el potencial innato sensorio-perceptivo.

Madres indiferentes (emocionalmente no disponibles) retardan la relación de objeto, retrasándose la sonrisa específica y especialmente las conductas de "distanciamiento" por parte del niño como si éste necesitara para su normal desarrollo una prolongación de la simbiosis. Otras madres, con claras necesidades simbiótico-parasitarias, coartan al niño manteniéndoles en continuo estado de dependencia simbiótica, tal madre se opone a los objetivos innatos del niño hacia la independencia.

Ambas madres son distintas aunque las dos ofrecen una maternalización deficitaria.

Los dos carriles evolutivos: separación e individuación

Lo ideal es que los procesos de separación emocional (diferenciación, distanciamiento, formación de límites y desvinculación de la madre) corran paralelos a los procesos de individuación, maduración y funcionamiento autónomo del Yo (cognición, percepción, motricidad, memoria, etc).

2ª Subfase: Ejercitación Locomotriz

En esta subfase aparece una gran evolución de las funciones yoicas: la locomoción, y consecuentemente un periodo de exploración activa hacia objetos inanimados del exterior, respecto al gusto, la textura, el olor de tal

forma que pueden convertirse en objetos transicionales. Ello implica una rápida diferenciación corporal de la madre,.

Las experiencias exploratorias le sirven al niño para conocer una mayor porción de mundo y a la vez para ver a la madre a distancia. El niño en esta fase toma una actitud maníaca y omnipotente (residuo simbiótico) al enfrentarse al mundo real minusvalorando peligros y dificultades, necesita sin embargo una vuelta a la madre en busca de un "reabastecimiento emocional" ya que el niño aún mantiene unas imágenes parciales internas de la madre activándose fácilmente la "escisión". La madre funciona como punto estable de referencia.

Los fantasmas de la madre proyectados en el niño van a condicionar seguramente las vivencias de la etapa simbiótica y éstas a su vez la capacidad de la madre a catectizar el cuerpo del niño primero y sus funciones autónomas después, así el niño podrá investir sus adquisiciones madurativas y al mundo del exterior.

La comodidad del niño en las experiencias exploratorias están en función de que las experiencias de las etapas anteriores hayan posibilitado el grado suficiente de separación emocional.

La locomoción posee un gran significado simbólico tanto para el niño como para la madre, para el primero significa incrementar sus sentimientos de seguridad y autoestima, para la madre el resultado positivo de su fruto narcisístico.

3ª Subfase: Acercamiento

Mientras en la subfase anterior predominaba la huida de la madre hacia la exploración y a la vez protegiéndose de la posible invasión de la madre en detrimento de los avances yoicos.

Culminando el estadio anterior han aparecido el juego simbólico y el lenguaje con las posibilidades de descarga pulsional, conocimiento simbólico del mundo y de interrelación.

La falta relativa de interés por la madre de la fase anterior revierte en una "vuelta a la madre", una necesidad de hacer partícipe a la madre de sus conocimientos, juegos y avances yoicos.

El niño de los 18 m. a los 2 años muestra una gran ambivalencia respecto a la madre, por lo tanto sus sentimientos de impotencia frente al mundo externo, por la imposibilidad de aprehender por sí solo que le hacen retornar a la madre quizás en busca del mundo omnipotente perdido, por otro lado la huida de ella (siempre con la esperanza confiada) evitando posibles intromisiones en su autonomía defendiéndose con la oposición y el negativismo (símbolos de la independización). Esta conducta de seguimiento es la antesala del establecimiento de una verdadera constancia objetual hacia entrada ya el 2º año.

Será la subfase que con mayor intensidad se experimentara la angustia de separación por la creciente conciencia de yoidad y principio de realidad (consciencia de dependencia de Winnicott). Aquí, pues, la disponibilidad emocional de la madre óptima jugará un importante papel en los posibles tipos de interacción madre-niño, así como su capacidad para reconducir las exigentes e intransigentes demandas del niño que busca, en ocasiones, retornar a un funcionamiento mágico-omnipotente.

La subfase de Acercamiento la dividiremos en:

1.- Comienzo del acercamiento

Sobre los 15 meses el niño aumenta su conciencia de separación. Si antes

la madre era la base de operaciones del mundo ahora desea que se convierta en compañera en la adquisición de experiencias con lo que desplaza el placer de la locomoción independiente y experimentación hacia una mayor interacción social que enriqueciera el juego simbólico y la comunicación verbal.

2.- Crisis de Acercamiento 18 a 24 meses.

Se impone una auténtica ambivalencia entre el deseo de autonomía y el deseo de que la madre solucione mágicamente sus conflictos, o sea, el aferrarse o alejarse de la madre. Esta ambivalencia es simbolizada por la indecisión comportamental ligada a esta fase. Progresivamente el niño se da cuenta que sus intereses y los de la madre no siempre coinciden poniendo en la palestra los restos de unidad simbiótica aumentando la conciencia-angustia de separación (el niño se angustia con la idea de la madre) provocando situaciones de hiperactividad como defensa ante la tristeza. El juego simbólico, la interacción con adultos sustitutos y las tempranas identificaciones (comienzo de la internalización de la representación objetal) le ayudan a elaborar la angustia de separación.

3.- Moldeamiento del acercamiento: la distancia óptima.

A los 21 meses se da una disminución del acercamiento a la madre, pues cada niño parece haber encontrado una distancia óptima respecto a ella. Este avance en la individuación lo sostienen la capacidad de nombrar objetos y consecuentemente controlar en mayor medida el ambiente, la aparición del pronombre Yo, el proceso de internalización tanto a lo que

respecta a las identificaciones no espectrales, como a la internalización de reglas (principio de Super Yo) y el incremento progresivo de la capacidad de expresión mediante el juego simbólico.

A partir de este momento los niños hacen un proceso de diferenciación e individuación del uno respecto a otro dependiente de la integración de la personalidad a partir de las experiencias diferenciales vividas por cada uno de ellos.

Comienzo de la identidad sexual

Parece ser que las niñas se amoldan mejor al cuerpo de la madre que no los varones, los cuales mantienen pautas más motrices resistiéndose más a los besos y abrazos y se interesan antes por los objetos de movimiento (existen estudios acerca de una mayor hipertonia en los varones que pueden conducir erróneamente a pensar que el juego más violento o simplemente más motriz de los niños se deben a cualquier otra cosa que no sean los factores culturales).

El niño descubre las diferencias anatómicas sexuales entre los 18-24 meses. La adquisición de la bipedestación facilita al niño el descubrimiento visual y sensorio-motriz del pene, junto con la carectización de los orificios corporales dándose un juego sexual exploratorio, cobrando importancia la erección involuntaria del pene al mismo tiempo que va adquiriéndose el dominio corporal global.

El descubrimiento por parte de las niñas del pene produce conductas indicativas de ansiedad y cólera ligadas seguramente a un efecto de envidia de una posesión deseada aunque inalcanzable, reprochándole a su madre su incomplicitud.

El niño, sin embargo, está en la antesala de las angustias ligadas a la

castración en una relación casi edípica.

Todo ello va cristalizando en una mayor conciencia corporal independiente de otros, capacitándolo a establecer relaciones corporales autónomas dirigidas hacia otros. Esta creciente conciencia de sí deja paso en el tercer aniversario a la fase de Identidad en la que el niño se identifica consigo mismo, siendo la plataforma del establecimiento de la triangulación edípica.

(La teoría psicoanalítica clásica no hace referencia a la relación conocimiento sexual y locomoción. Erikson hace referencia alrededor de los 3 años de la Fase fálico-locomotriz).

La no resolución positiva de la 3ª subfase (acercamiento) puede provocar un conflicto intrapsíquico interfiriendo el desarrollo edípico posterior y consecutivamente comprometiendo en mayor o menor medida la evolución psíquica. En esta fase coinciden posibles detonantes con valor patogénico: el creciente desarrollo de las sensaciones anales y urinarias, y la entrada a la genitalidad. (Ana Freud hizo incapié en los problemas derivados de la educación del control esfinterial, tanto en la interrelación madre-niño como en la conciencia de yoidad, que conlleva la internalización de las actitudes del medio y al temor a displacer a la madre por miedo a la pérdida de amor objetal).

4ª Subfase: Consolidación de la Individuación y constancia objetal

El logro importante en esta fase que se situaría sobre los 3 años es el establecimiento de la "constancia objetal" que depende básicamente de la internalización de una imagen positiva de madre, lo que implica la unificación del objeto "bueno" y el "malo" en una representación total (y no parcial), promoviendo la fusión de los impulsos

agresivos y libidinales (la escisión implica ver a la madre separada como objeto malo-frustrador).

Esto permite al niño sustituir a la madre durante su ausencia por una imagen interna estable lo que le lleva a ser más capaz de aceptar la separación de la madre tal como ocurría en el periodo de ejercitación y controlar la angustia de separación.

Hay que diferenciar la permanencia del objeto desde el punto de vista cognitivo (según Piaget ocurre a los 18-20 meses) de la constancia del objeto libidinal que satisface necesidades pulsionales. Piaget estudió la permanencia de objetos físicos e inanimados los cuales el niño explora en una situación "óptima", poco cargados de investimento afectivo, en cambio la interacción con la madre está cargada de afectos sumamente intensos, ambivalentes y contradictorios en una situación de "alto nivel de excitación" dificultando la estabilidad de esta imagen libidinal.

La madre que ha estado "emocionalmente disponible" crea en el niño una noción de confianza, seguridad y un correcto desarrollo de su narcisismo secundario.

El logro de la individualidad

Es importante destacar que en este tercer año el niño hace unos marcados progresos en las funciones yoicas: se incrementa la comunicación verbal, empieza el juego de fantasía expresando en él roles específicos y conflictos transitorios, aumenta el interés por los otros niños y adultos, tolera mejor la demora de las gratificaciones, madura su capacidad de estructuración temporo-espacial en referencia originariamente a la madre, pasando, en definitiva, de los procesos primarios a los secundarios, del principio del placer al de la realidad.

Se dan unos mecanismos de oposición y negativismo que son la manifestación de la incipiente autoidentidad del niño, paso preliar para el correcto establecimiento de las relaciones edípicas.

La presión instintiva de origen anal y las incipientes pulsiones genitales (con una mayor consciencia de las diferencias sexuales) son presiones que, sin duda, amenazan la integridad de la constancia objetal y lógico es que los traumas evolutivos y acumulativos en fases anteriores o actuales puedan bloquear el proceso de individualidad, o bien, estructurar una lábil noción de identidad como base de ulteriores formas patológicas.

SOBRE LA RUPTURA DEL CASCARON PRECOZ O TARDIA

M. Mahler (al igual que Winnicott) considera que la maduración emocional se da esencialmente por la diferenciación de una serie de Nucleos del Yo (pre-Yo) y que la diferenciación prematura de alguno de ellos puede obstaculizar la integración global de Yo. Esta precocidad de ciertos Nucleos puede ser de origen innato sensorio-perceptivo como una hiperacusia, hipervigilancia visual, hipersensibilidad táctil o al gusto. Este pre-Yo constitucionalmente "avanzado" genera una asincronía en el desarrollo incrementando la individualización y la consciencia de mundo externo aunque emocionalmente se esté aún en la órbita simbiótica, aumentando por ello los temores de pérdida precoz del objeto simbiótico.

Estos niños, por esta diferenciación precoz, viven cualquier elemento del exterior como excesivamente angustiante y amenazador, rechazando en su fase de ejercitación la relación con los objetos del mundo e intentando man-

tener y prolongar el estado simbiótico. Su diferenciación nadurativa precoz no esta al servicio de la individuacion.

Se puede dar una diferenciación tardía por mecanismos distintos dependientes de las vivencias en la esfera simbiótica (por deficits en la Fase Simbiótica), bien por madres rechazantes, indiferentes o simplemente inmaduras, o por madres que necesitan crear una atmósfera simbiótica-parasitaria (niño símbolo de la prolongación y complitud narcisistica). Ambos mecanismos se transforman en frustrantes para el niño al interferir sus necesidades de individuación.

Estos niños suelen poner en marcha mecanismos dirigidos al distanciamiento corporal y conductas de evitación defendiendose de la invasión materna.

Tales constataciones hacen pensar que existe un impulso innato hacia la individualización que se manifiesta a lo largo de todo el proceso vital.

REACCION A EXTRAÑOS

El extraño induce al niño no solo ansiedad, sino también un interes y curiosidad a lo No familiar, es decir, que la ansiedad y la cautela rivalizan con la curiosidad a las nuevas experiencias (coincidiendo plenamente con Bowlby).

El retorno a la madre en busca de "recarga emocional" es la verificación-comprobación de la familiar versus lo No-Familiar.

EN RELACION CON LOS ESTADOS DE HUMOR

En la subfase de ejercitación locomotriz en el niño existen unos sentimientos de grandeza, omnipotencia y exaltación debido al dominio de sus

funciones autónomas, básicamente ligadas a la psicomotricidad, posteriormente esta omnipotencia mágica, gracias al paso de una inteligencia sensoriomotriz a otra de tipo representacional que le permite diferenciar al Yo de las representaciones objetales, deja paso al reconocimiento de su importancia y pequeñez frente al mundo externo y a la conciencia de separación respecto a su madre, predominando el humor depresivo e hipersensible, entrando en la fase de acercamiento. En la fase de acercamiento la capacidad de manejo de rudimentarios mecanismos defensivos impiden la "vuelta a lo simbiótico" usando la represión, formaciones reactivas tempranas o identificaciones con el agresor.

EN RELACION A LA IDENTIDAD SEXUAL

El interés y reconocimiento del Yo Corporal conlleva al reconocimiento de las diferencias sexuales.

En la niña existen unos sentimientos de insatisfacción e incomplitud (castigación responsabilizando de ello a la madre todopoderosa, sin embargo puede reprimir tal envidia de pene desplazando el reclamo de éste al reclamo de la madre (no desligarse de la madre como poseedora del todo). Puede, por otra parte, identificarse con ella constituyendo la base para la identidad femenina.

Respecto al niño el establecimiento de la identidad sexual sólo se ve amenazada si la madre no es capaz de investir su cuerpo y permitir que el niño sea dueño de su cuerpo y de su pene,

evitando el "reengolfamiento simbiótico".

Es decir, que mientras en la niña existe una auténtica envidia de pene en el niño lo que hay es un temor al "reengolfamiento simbiótico" por parte de la madre.

EN RELACION A LA FORMACION DE LIMITES DEL YO

Las primeras percepciones que recibe un lactante son del orden de sensaciones corporales (estado de tensión, relajación, replección), las percepciones del exterior en cuanto a calor, tacto, audición y las sensaciones kinestésicas derivadas del amoldamiento y sostenimiento serían la base de la integración de los límites corporales, antesala de los límites del yo como unidad somatopsíquica.

Posteriormente los juegos de ocultamiento pasivo y activo, el placer de encontrar a la madre (y ser encontrado), las sensaciones propias del acto motriz en la deambulación, las relaciones que se establecen entre objetos externos-exploración del niño y la rebeldía posterior al proteger su cuerpo contra los deseos de la madre conforman la progresiva nuclearización del Yo.

Culminando en la adquisición de un sentimiento de identidad global, que toma puntos de referencia y relación con un exterior concreto y que es el resultado de las experiencias en las fases anteriores y de la posterior identificación consigo mismo.

JOSEP M^a ILLA

Caso Clínico

PRESENTACION DE UN CASO DE SINDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Dr. García Prieto, A. Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Asturias.
Dr. Ramos Polo, E. Pediatra. Hospital General de Asturias.
Dra. Roza Suarez, M. Pediatra. Hospital General de Asturias.
Dr. Diaz Mejido, L. Pediatra. Hospital General de Asturias.

Fecha de envío: Julio, 83.

Dirección del 1º autor: Angel García Prieto.
Hospital Psiquiátrico.
La Cadellada s/n.

OVIEDO

INTRODUCCION

La infrecuente incidencia de este síndrome nos mueve a presentar el caso de un niño visto recientemente por nosotros, y que por la claridad, evolución y riqueza del cuadro clínico hemos diagnosticado, sin dudas y separadamente, de Guilles de la Tourette.

ABUZZAHAB y cols., en 1973, crearon en la Universidad de Minnesota, un Instituto de estadística para recoger todas las observaciones de la literatura mundial sobre este síndrome, y desde su descripción por Gilles de la Tourette, en 1885, hasta 1973 eran tan solo 430 los casos reseñados.

En nuestra casuística, que consta de unas 1800 historias en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Psiquiátrico de Oviedo y otros miles en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Asturias, se puede decir que es éste el único caso que de un modo claro e inequívoco podemos hacer un diagnóstico y una descripción de esta entidad.

No pretendemos hacer una revisión bibliográfica-teórica del síndrome —para otros enfermedad— porque nos parece que existen ya más que suficientes. Quizá lo exótico de la afección, y su propia infrecuencia, estimulan demasiado a escribir sobre ella y —caricaturizando un poco el planteamiento dá la impresión que existen más publicaciones sobre la cuestión que número de enfermos que la padezcan o hayan sufrido.

Por eso nos limitamos a reseñar dos revisiones de las consultas, que a nuestro juicio son buenas y una gran parte de la bibliografía existente; nos referimos a las de ALLIEZ y AUSON, 1975 y LUCAS, 1979.

Tan solo queremos añadir dos datos de interés que aparecen en los más recientes estudios. El primero se refiere

que la utilización de estimulantes (como la dextroanfetamina, pemolina y metilfenilato) para el tratamiento de éstos niños hiperactivos están contraindicados en los tics, e incluso pueden desencadenar la aparición de estos en los niños con antecedentes familiares de tics.

El segundo factor que reseñamos es de carácter genético: "los datos sugieren un modo de herencia dominante autosómico con variabilidad en la expresión y con penetrancia conocida en algunos casos. Como ésto en realidad no explica la predominancia masculina, también tiene que tomarse en cuenta la herencia poligénica como un posible modo de trasmisión". (Goldman y Hood, 1982).

DESCRIPCION DEL CASO

FILIACION

L.M.L.G., varón, de 10 años de edad. Natural y vecino de Lada (La Felguera). Vive con sus abuelos paternos. Escolarizado en 3º de E.G.B.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Remitido, el 20.VI.83, del Servicio de Pediatría del Hospital General, para evaluación. Había sido ingresado pocos días antes en el Centro, para estudio por presentar tics y coprolalia.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Su madre, fallecida a los 23 años de edad de una colagenosis —posible Lupus Eritematoso— tuvo los últimos días una psicosis exógena y había tenido un tic facial.

Su padre tuvo tics de parpadeo hacia los 18 años de edad.

Abuela materna padeció de los 9 a los 11 años una corea, al parecer neumática.

No constan otros antecedentes psiquiátricos.

HISTORIA PERSONAL

Nace de un parto normal, con ventosa, tras un embarazo igualmente normal y deseado. No tuvo anoxia, ni ictericia.

La lactancia fue artificial durante menos de un año, "tardó mucho en sujetar la cabeza", comienza a decir las primeras palabras hacia las 12 meses y de deambulación fue retrasada (aproximadamente a los 2 años).

Su madre falleció al año de edad del niño, y éste pasa a vivir con los abuelos. A los 18 meses de edad fue estudiado por presentar un deficiente estado de nutrición y vómitos, siendo normales los estudios realizados.

No recuerdan la "época del no". Tiene tics desde los 7 años, duerme con somnolientos y pesadillas. No tartamudez, dislexia, enuresis ni encoyresis.

No enfermedades somáticas destacables.

AMBIENTE Y DINAMICA FAMILIAR

El enfermo se ha criado y desarrollado con los abuelos paternos, desde el fallecimiento de su madre. Su padre se casa después de 1 año viudo y tiene dos hijos, varones de 5 y 6 años.

El niño está sobre protegido y mimado, no se le ha estimulado a la autonomía en vestirse, lavarse, comer alimentos escogidos y purés. Se muestra celoso de sus hermanastros, primos... y en la actualidad el nivel de relación y convivencia con sus padres y hermanastros (en fines de semanas) se

hace difícil por la diferente exigencia y educación establecida para él y la que hay en casa de su padre.

Es curioso observar que la madrastra también tuvo hermanastras. Y la abuela igualmente vivió con su padrastro. Quizá éstos hechos hayan favorecido esta situación de ruptura que el enfermo vive, por la pasividad de unos y otros para afrontar la conveniencia de reincorporar al niño a la vida de familia con sus padres y hermanastros.

El padre trabaja como perito, la madrastra tiene un nivel educacional medio, el abuelo es un obrero especializado y no hay dificultades económicas-sociales de relevancia.

OTROS ASPECTOS

Los describen como retrasado escolarmente (repite 3º de E.G.B.), poco estable, inquieto, con rabiets. Cariñoso. Buen nivel de relación y juego con otros niños, que prefiere de menor edad.

Escrupuloso y obsesivo con la limpieza, olores, etc.

ENFERMEDAD ACTUAL

A los 7 años comienza a presentar tics de cara y ojos, que son diagnósticados como secundarios a corea menor y mejoran, e incluso desaparecen con Haloperidol.

Hace 1 año, sin razones externas a los que se puede atribuir el desencadenamiento, comienza a presentar Tics faciales, cambiantes y que se van generalizando. En la actualidad predomina un movimiento repetido, compulsivo de protrusión de labios, lengua, parpadeo y cabeceo hacia adelante. Desde hace unos 3 ó 4 meses se añade **coprolalia**: retahilas compulsivas de pequeñas frases y palabras soeces,

que se repiten varias veces al día, durante 2 ó 3 minutos.

También se ha observado **ecolalia**: la maestra le ha llamado la atención varias veces por "repetir lo que oía", y la hemos visto manifiesta —musitada— en algunas frases de nuestra conversación con él.

EXPLORACION FISICA Y COMPLEMENTARIA

Atento, colaborador. Buen estado general. Paladar ojival. Hiperlaxitud ligamentosa generalizada. Inquieto y con frecuencia tics violentos que afectan a todo el cuerpo. Marcha y equilibrio: normales. Coprolalia. Fuerza, tono, coordinación y reflejos: normales.

Resto de exploración general sin particularidades.

Analítica:

Hemograma: normal, Glucemia, Urea, Iones, Gases, Ca, P, Mag, FA, Pruebas hepáticas. Colesterol. Triglicéridos, Fe y Prot T: normales. Proteínograma: normal. Bioquímica de orina y sedimento: normales. Cu y Zinc: normales. Rx de craneo: normal. F. de O: normal. Scanner cerebral: normal. E.E.G.: Trazado que muestra un ritmo de base normal, en el que se intercalan escasos brotes paroxísticos bilaterales.

El enfermo establece una buena relación interpersonal, es espontáneo,

abierto, cariñoso. Muestra unas formas verbales y de educación que traducen su convivencia habitual con personas añasas (los abuelos): frases hechas de forma adulta, que no corresponden a su personalidad de base.

Tiene conciencia de su problema y se autoacusa, con posteriores excusas de sus "tacos".

El nivel de aspiraciones —a través de pruebas de conversación y lúdicas— parece normal. Su C.I. es bajo, en el nivel de 75-80. aunque nos parece que la prueba está artefactada por el bajo rendimiento escolar-estimulativo.

EVOLUCION

Durante su estancia en el Hospital General se instauró un tratamiento con Haloperidol, aumentando progresivamente la dosis hasta (XV-XV-XV) gotas día.

Por otro lado se ha tenido una primera sesión con la familia: abuelos, padre y madrastra intentando que varién y mejoren sus pautas y actitudes hacia el niño, lo que parece aceptarse con buena crítica.

Ha mejorado la sintomatología, y se le concede alta, para continuar un tratamiento ambulatorio farmacológico y de terapia familiar.

En la última bibliografía consultada, varios autores refieren el éxito del tratamiento con Clonidina, en dosis de 0,10 a 0,15 mgs. diarios (Schowalter, 1980).

BIBLIOGRAFIA

- ABUZZAHAB, F. S. Gilles de la Tourette's syndrome: international registry. *Min. Méd.* 1973. 56. 492-496.
- ALLIEZ, J. et AUDON, S. La maladie des tics de Gilles de la Tourette. *Annales Médico-psychologiques.* 1975. 2. 3. 489-522.
- GERALD, S. GOLDEN y O.J. HOOD. Tics y temblores. *Pediatr. Clin. North. Am.* 1982. 1. 95-103.
- LLUCAS, A.T. *Basic Handbook of Child Psychiatry.* Joseph D. Noshpitz (Ed.). Basic Books. Inc. USA. 1979. 667-684.
- SCHOWALTER, J.E. *J. E. Pediatrics in Review* 1980. 2. 55.

Estudio Clínico

"PROBLEMATICA DINAMICO - RELACIONAL EN LAS ENFERMEDADES CRONICO-METABOLICAS Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACION"

"Le médecin psychologue apporte l'écoute, la compréhension de la demande implicite, l'indication de la distance qui rend la relation supportable pour chacun"

Dr. J. L. PEDREIRA MASSA; A. BENITO
Unidad de Psiquiatría; y Psicología Infantil del Hospital Nacional Infantil Niño
Jesús de Madrid.
Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad
Autónoma de Madrid

INTRODUCCION

Cuando se plantean los problemas madurativos de las enfermedades metabólicas en la infancia, parece que acuden a nuestra mente una serie de afecciones que tienen que ver con la repercusión directa de estos procesos metabólicos en el desarrollo del S.N.C., es decir, es como si se nos remitiera a lo que, en patología clínica, se denominan errores innatos del metabolismo" y que, de una forma muy directa, se dividen según los tres principios inmediatos clásicos. Pero la verdad, hay que reconocerlo, es que son una muy pequeña cantidad la prevalencia e incidencia de estas afecciones, con relación a la patología metabólica infantil. Por otro lado, hay determinadas endocrinopatías que quedan marginadas y, es de sobra conocido, su incidencia es mayor.

Otro aspecto a considerar es el hecho de que, es norma habitual, cuando se habla de maduración de las afecciones metabólicas existen muchas escuelas que se limitan a los aspectos cognitivos o a aquellos más conscientes. Es decir, pasan por lo manifiesto al significado, todo lo más, en una minoría, pueden llegar a mecanismos preconscientes del aparato psíquico. No obstante, hoy está admitido sin duda alguna, las improntas en planos más profundos de la personalidad son capitales, es más: la realidad interna, o mejor aún la elaboración inconsciente, la reorientación pulsional y la situación de los investimentos objetales es determinante para estructurar la dinámica relacional, tanto en el seno de la propia familia como en el mundo más mediato de relación (amigos, escuela, barrio, etc), de esta suerte la maduración va a ir pareja a la situación vivencial y afectiva, en el plano intrapsíquico, con el desarrollo pulsional y libidinal y ello, no solo en el

aspecto más evolucionista o genético del término como consideración lineal, en constante relación con los procesos de acceso a lo simbólico y su relación con la cadena significativa inconsciente del ser infantil.

Dos afecciones, en este sentido, son las que pretendemos estudiar en este apartado de la potencia. Bien definido que son algunos aspectos, no todos, sino una parte y con muchas interrogantes. Solamente una parcela determinada, pero que abra una posibilidad de discusión y unas vías para una posible investigación posterior. Tratamos dos metabopatías crónicas infantiles: diabetes e insuficiencia renal crónica. Como veremos a priori, psicodinamicamente tienen que ver con dos situaciones evolutivas fundamentales: diabetes - incorporación - oralidad.

I.R.C. - retención/eliminación - analidad.

¿PORQUE DOS ENFERMEDADES CRONICO - METABOLICAS?

- 1.- Atendiendo al plano teórico, estas afecciones aportarán la influencia de una realidad exterior, sobre el desarrollo y la estructura psíquica.
- 2.- En el plano preventivo es interesante delimitar la gran frecuencia de alteraciones psicopatológicas en las afecciones crónicas, en relación a una demanda en población general.
- 3.- Porque si el funcionamiento peditra-psiquiatra es siempre deseable, en el curso de las afecciones crónicas metabólicas se evidencia por sí mismas en el hecho de la naturaleza de la propia enfermedad y su evolución clínica.
- 4.- Se margina el concepto de nivel intelectual, por el de reinserción social y potenciamiento de las actitudes frente a los procesos madurativos.

- 5.- En ambos procesos se plantean una dinámica relacionales importantes a través de la dieta impuesta para el control de la enfermedad, los tratamientos, los controles médicos, etc.
- 6.- Por el hecho terminante de que se limita la autonomía del niño, pues de una u otra forma, se "depende" de algo.

Con estos aspectos vamos a intentar elaborar algunos parámetros relacionales en estos procesos crónicos a tres niveles, no queremos excluir los demás, pero el tiempo hace que nos limitemos a aquello que sea más relevante. Tampoco son elementos ni situaciones estancos sino que mantienen una estrecha vinculación e interrelación, de tal suerte que las identificaciones y contraidentificaciones juegan el preponderante papel de la "repetición simbólica a que remite buena parte de la vida de relación y que desde Freud han tratado muchos autores (Grimberg, Lacan, Mannoni, Dolto, Raimbault, Sperling, etc). Estos aspectos que, muy someramente, vamos a desarrollar serían:

- A) Dinámica familiar.
- B) Perspectiva escolar.
- C) Relación institucional.

DINAMICA FAMILIAR

El primer problema que se plantea es el de establecer un diagnóstico, lo cual se va a relacionar con un período de ingreso, más o menos prolongado, hospitalario para realizarlo. Lo primero que emerge son dos angustias básicas y estructurantes, tanto de la personalidad del niño, como en el seno relacional de la familia: la angustia de separación y la fantasía de muerte. Separación y muerte, dos conceptos

que se coagulan con algo que se pierde, en uno queda la esperanza del retorno, en el segundo es un fin en sí mismo.

"Cuando mi hijo ingresó en Cuidados Intensivos Pediátricos por el coma, yo pensé lo peor. Estaba nervioso. No me quería creer lo que me decían los médicos creía que me ocultaban algo". Así expresaba el padre de un niño diabético, el hecho del ingreso y la primera toma de contacto con la enfermedad de su hijo.

Pero, más tarde, se les informa por parte de los profesionales sanitarios de la naturaleza de la enfermedad y los padres captan algo elaborándolo de acuerdo a sus propios procesos históricos, emergiendo sentimientos de culpa, buscando casualidades, desplazando ansiedades, etc. En efecto, algunas frases de los padres son demostrativas de estas vivencias:

"En mi familia no ha habido cosas de estas".

"La culpa es del médico del ambulatorio que no le curó los vómitos y la acetona y luego mire".

"Nunca había oído que en los niños ocurriera esto".

"Cuando nació pusieron una transfusión y a lo mejor tenía azúcar".

"Dicen que viene la herencia, pero nosotros estamos bien".

"Cuando el embarazo de la primera yo tuve azúcar, pero con la dieta se me pasó y luego ya no tuve nada".

"Nos ha tocado ¡qué le vamos a hacer".

"Oiga y esto ¿no será otra cosa?".

"Ya ve, y nosotros sin enterarnos".

"Esto es de la familia de mi mujer que tenía una hermana de la abuela de parte de madra que tenía azúcar en la sangre".

Sobre esas negaciones y desplazamientos se coagulan racionalizaciones tendentes a una exculpación por una culpa fantaseada o real y/o percibida

en lo medio-dicho de las informaciones profesionalizadas.

Pero la busca de la causa, de la naturaleza de la enfermedad, del grado de implicación también tiene otros datos que ver y que desear saber. En efecto, este tipo de afecciones precisan: control dietético, controles analíticos y requerimientos terapéuticos específicos. Estas tres facetas tienden a mostrar una ambivalencia que se moviliza entre dos extremos: control obsesivo, o bien inseguridad y miedo. Todas estas variables van a tener su repercusión directa en el trato al niño y, como consecuencia, la afectación en el grado madurativo que puede alcanzar el niño crónicamente enfermo.

No pretendemos ser exhaustivos en el análisis de todos los datos, pero abordaremos lo más significativo que el análisis de nuestra casuística nos aporta, con la salvedad de que cada caso es diferente, pero hay un denominador común que hace que nos acerquemos a estas afecciones en un afán de escucha y aprendizaje:

Control dietético: Han sido muchos los autores que han explicado la significación y el valor simbólico de la comida, pensamos que este no es el lugar para su exposición. Pero sí queremos resaltar algunos puntos de vista: En tanto la comida representa una donación externa que se entrega con amor, nos remite a un tipo de relación con la figura materna y con la capacidad de incorporación. De igual manera remite a etapas muy precoces del desarrollo libidinal y por ello potencia la regresión a puntos de fijación muy tempranos. En efecto, por una parte se le emite al niño un mensaje de autonomía, pero por otro se le prohíbe y controla todo lo que ingiere. La madre, donadora del alimento, se convierte en un ente persecutorio que solo da una parte, la otra queda prohibida. Las catecsias

depositadas en la comida van a depender de las propias que deposite en ella la figura materna. Hoy hay, en la diabetes, una tendencia a ser flexible en la dieta. Por el contrario en la I.R.C. la dieta es estricta en cuanto a la limitación de los contenidos protéicos y la sal: "Está muy insípida y no le gusta", nos decía una madre que, a su vez, era una mujer distante, poco afectiva y con tendencias depresivas, ella misma era, podríamos decir "insípida". Pero volvamos a la diabetes y a su relación con la ingesta de alimentos. Los fisiopatólogos de la diabetes del siglo pasado la denominaban como: "hambre tisular". En efecto, había un superavit circulante de alimento que no se metabolizaba, no era correctamente utilizado, por ello el organismo parecía que no se enteraba y tenía más hambre, quería comer más, con lo, cual la cantidad circulante se incrementaba, el hambre persistía y el peligro de "intoxicación" (léase : coma) y de muerte se acercaba más. Más tarde retomaremos esta vía significativa y es posible que aclaremos algo el sentido de este hambre paradójico del niño diabético.

Controles analíticos: Las glucosurias y cetonurias, las glucemias y la urea van a representar una significación especial de partes corporales perdidas y vividas como importantes y controladas. Serían como objetos "a", en la terminología lacaniana, con características persecutorias. Persecutorias en tanto van a representar un punto de control por alguien para ver si se es buen(a) o mal(a) madre; una madre lo expresaba gráficamente: "hemos tardado en venir a esta revisión con el endocrinólogo porque habían pasado muchas cosas en casa; no pudimos controlar bien al niño y aparecían muchas cruces en los cuadernos. La verdad, temíamos que nos dijeran algo

o nos riñeran". Por otro lado, este aspecto va a remitir a las fantasías de contenidos coporales persecutorios, desconocidos, que dan a infunden temor. La expresión de muchos niños ante ellos es característica en una mezcla de temor y deseo de saber.

Requerimientos terapéuticos: ¿Qué niño no teme la agresión de una inyección? En la diabetes se pueden poner hasta dos inyecciones diarias y en la IRC ocurre cada dos días, como máximo, y además hay que cuidar mucho aquel lugar donde se pincha: la fístula. A todos los niños les incomoda: "no quiere pincharse", "es una verdadera batalla a la hora de la insulina", decían las madres. Una niña en hemodiálisis desde hace tres años decía: "Lo que más miedo me da es el pinchazo en la fístula. No lo puedo soportar. En efecto, al cabo de un tiempo, pueden acostumbrarse y muchos diabéticos se administran ellos mismos la insulina. Pero estos cuidados extremos sobre un cuerpo, significado como sufriente, y que precisa un "castigo" por las posibles transgresiones, exacerban los contenidos más masoquistas en el individuo, llegando a ver lo no agradable, lo que hace sufrir, como una especie de placer-normal-necesario. En otras ocasiones hace resurgir otras fantasías y no son pocos los padres que han verbalizado sus temores al ver pinchar a sus hijos: "La gente puede pensar que es un toxicómano y más con los tiempos que corren".

Decíamos que todo lo anterior se rige por el principio de la ambivalencia, la cual remite al sentimiento de herida narcisista profunda en la figura del niño afecto de este tipo de afecciones crónicas. Las fantasías depositadas en el hijo se ven frustradas con la eclosión de la enfermedad, la cual remite a un sentimiento masivo de que, con la

llegada de cualquier "accidente", la muerte está presente y la realización de los deseos se verá íntimamente afectada.

En un caso de una niña de 18 meses que quedó descerebrada por un coma diabético, los padres negaron toda posibilidad de aceptación de la enfermedad y fue llevada a un curandero que la suspendió la insulina y precisó otro nuevo ingreso, creciendo la culpa y la ambivalencia. La madre verbalizaba, con gran ansiedad: "Se pueden equivocar, porque Inés va mejor".

Este sentimiento de ambivalencia, expresión de la culpa, se va a exteriorizar de dos formas muy definidas: el control obsesivo de todo lo que le dice el médico. Se invade continuamente el terreno del niño, se le inquiera continuamente, se le vigila, cualquier dato puede ser exponente de "lo temido". No puede ser de otro forma y todo es subsidiario de ser controlado.

El segundo comportamiento es la inseguridad y el miedo, que se exterioriza como sobreproteccionismo e infantilización en el medio, potenciando las conductas regresivas en el niño y acusando luego el hecho de que dichas conductas no son normales. Es el caso de una niña de cuatro años en que los padres han realizado una negación de la diabetes, hasta tal punto de que no han querido informar al médico del pueblo del proceso de la niña, la cual tiene aún espasmos del sollozo y muy baja tolerancia a la frustración potenciada por la actitud materna de conceder todo porque "con sus rabetas puede empeorar la diabetes". O el caso de los padres de Isabel de 13 años de edad con dos años de hemodiálisis y que, tras abandonar la tierra de origen para poder seguir el tratamiento, no dejan que la niña tenga amigas y/o amigos, porque "es pequeña y no sabe de nada".

PERSPECTIVA ESCOLAR

Un punto fundamental para la socialización del niño es la asistencia a la escuela. Máxime en una sociedad competitiva como ésta, los éxitos escolares podrían suponer una recuperación narcisista en los niños con cualquier tipo de handicap, pero, muy al contrario, lo que suele ocurrir es que las dificultades escolares se incrementan y varios datos atestiguan este aserto:

Los ingresos repetidos hacen que se pierda escolaridad, pero en el caso de la IRC la cuestión es más drástica pues, al menos tres días a la semana deben acudir a su sesión de hemodiálisis, ello hace que, al no existir este tipo de atención en los hospitales pediátricos y cuando existe es insuficiente y sin coordinación con el colegio real, la desconexión con el medio escolar se incrementa, además disminuye el estímulo por el aprendizaje y se eleva el sentimiento de vivirse "diferentes".

Por otro lado, la actitud ambivalente y sobreprotectora del ambiente familiar puede hacerse extensible a la escuela, lo cual hace que el rendimiento escolar y la obtención de beneficios secundarios sea más evidente.

No hay que marginar el grado de información que se tiene en caso del personal docente, que debe ser mínimo, no exento de tabúes y ambivalente. Emergiendo de esta suerte todo tipo de fantasías que hace que la actitud externa se muestre como insegura y, en muchas ocasiones, incapaz de ofrecer una actitud continente y de holding de manera adecuada, poniendo en juego sus propios procesos históricos y realizando toda suerte de proyecciones.

Obviamente las actitudes familiares juegan un importante papel, una madre de un niño diabético temía que su hijo

corriera y se juntase con los demás niños por si le daba el coma. Los padres de Isabel, la niña con IRC, no la dejaban asistir al colegio y para cuidarla hacían que se quedara con ella la hermana mayor, con lo que tampoco acudía a su escolaridad.

RELACION INSTITUCIONAL

Pero en las vidas de estas familias se introduce un nuevo personaje: el médico. El cual actúa como un gran super-yo externo que da órdenes, vigila los controles, hay que rendirle cuentas, etc. El es quien tiene el saber. Pero, a la vez, él es el depositario de las angustias y ansiedades de la familia en su relación con la enfermedad.

"Los avances son muy grandes, decía un padre de un niño diabético, y seguro que inventarán algo para no tener que pincharlo y que se cure". La fantasía de curación desplazada hacia la figura del médico hace que se palie el sentimiento de culpa que los padres tienen, para soslayarlo nada mejor que "cumplir a rajatabla todo lo que nos dice el médico, sino ¿para qué venimos?".

En esta situación también cuenta la historia personal del médico, el cual se cree en la posesión de un saber, saber que, al aplicarlo sistemáticamente, obtura el acceso a la verdad personal del paciente. Aquí situamos la "escucha selectiva" que llevan a cabo los médicos orgánicos en las revisiones de estos procesos, interesan las raciones, el peso, la talla, la dosis de insulina, los análisis, etc, pero hay dificultades para escuchar el discurso del paciente y de la familia, lo que se oye es el discurso de la enfermedad. En este sentido hay que enmarcar las contraactitudes del personal sanitario y que remiten a la resolución de sus propios conflictos evolutivos y del rol que ellos juegan en el sistema.

Especial importancia cobra la primera relación en la información diagnóstica, en la cual el discurso profesionalista puede originar angustias y ansiedades variadas en relación con lo no comprendido y vivido de forma persecutoria y catastrófica por el familia. El otro polo es la simplificación de la información dada, con lo cual los padres se amarran a "lo positivo" y "olvidan" el resto para elaborar su defensas de negación y desplazamiento.

REPERCUSIONES MADURATIVAS

Todos estos aspectos someramente expuestos con anterioridad, son captados por el niño, el cual hace uso de ellos y va a interferir su maduración y desarrollo. En aras a ser escuetos intentaremos resumir:

- 1.- Tendencias regresivas, como respuesta a la sobreprotección y a la ambivalencia.
- 2.- Tendencias depresivas, por la vivencia de herida narcisista, vivencias paranoides por los controles, etc.

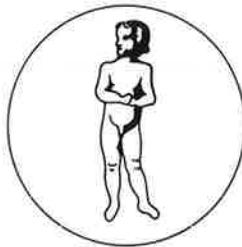
- 3.- Incremento de las pulsiones más masoquistas, la aceptación de los controles, los tratamientos, la llegada de las complicaciones como castigo a las transgresiones, etc.
- 4.- Fracaso escolar, debido a las ausencias escolares y al ambiente en torno a la enfermedad.
- 5.- Fantasías de muerte, castración y herida narcisista.
- 6.- Tendencia a las somatizaciones como forma de obtención de beneficios secundarios y de comunicación.
- 7.- Estructuras inseguras o el polo opuesto de rasgos caracteriales, en relación con la aceptación de la frustración.
- 8.- Proyección de sus males al medio ambiente, incrementando el sentimiento de culpa por su proceso de enfermedad.

Todas estas características van a depender de dos variables:

- a) Estapa evolutiva y pulsional del desarrollo madurativo y libidinal en que se diagnosticó la enfermedad.
- b) Vivencia y aceptación del ambiente familiar del proceso crónico.

BIBLIOGRAFIA

- ALBY, N: "Le médecin et l'enfant qui va mourir", en l'enfant dans la famille, ed. Masson, Vol. 2, Paris, 121, 1974.
- BENEDEK, T: "An approach to the study of the diabetic". Psychosom. Med. 10, 5, 284, 1948
- BOURAS, M.; RAIMBAULT, G.: "Evolution de la personnalité chez l'enfant après une transplantation rénale". Arch. Fr. pediatri. 34, 665, 1977
- KOSKI, M.L.: "The coping processes in childhood diabetes" Acta Paediatr. Scand. Suppl., 198, 1969.
- LUDVIGSON? J.: "Sociopsychological factors and metabolic control in juvenile diabetes". Acta Paediatr. Scand. 66, 431, 1977.
- MANCIAUX, M.; SARDIN, A.M.; HENNION, E.: "Aspects psychologiques du diabète infantile" Rev. neuropsychiat. infant. 15, 9, 737, 1967.
- PALACIO ESPASA, F.; CRAMER, B.; FEIHL, F.: "Le diabète juvénile maladie difficile à vivre et à penser" Psychiat. enfant, XXII, 1, 5, 1979.
- PEDREIRA MASSA, J.L.; MENDOZA BERJANO, E.: "Aspectos psicopatológicos del niño en hemodiálisis" An. esp. pediatri. (en prensa)
- PEDREIRA MASSA; J.L.; MENDOZA BERJANO, E.; SASTRE, H.: "Aspectos psicodinámicos en la diálisis infantil" Rev. Asoc. esp. neuropsiquiat. 5, 1982.
- RAIMBAULT, G.: 2 "Pediatria y Psicoanálisis" Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1977,
- RAIMBAULT, G.; ROYER, P.: "L'enfant et son image de la maladie" Arch. fr. pediatri. 24, 445, 1967.
- RAIMBAULT, G.: "L'enfant et la mort" ed. Privat, Toulouse, 1975.
-



Revisión farmacológica

LA INTERACCION FARMACOLOGICA ENTRE FENOBARBITAL Y DIFENILHIDANTOINA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES PRACTICAS

Autor: J. M. Alía
Jefe de la Sección de Bioquímica
Hospital Psiquiátrico Infantil "La Atalaya"
Ciudad Real

Fecha de envío: 1 de Junio de 1983.

INTRODUCCION

Fenobarbital (FB) y Difenilhidantoína (DFH) son dos fármacos antiepilépticos que, en nuestro país, se administran simultáneamente de un modo muy frecuente. En este sentido, es realmente difícil encontrar estadísticas extranjeras —procedentes, fundamentalmente, de los Estados Unidos— ya que, en tal ambiente, dicha pauta medicamentosa es infrecuente. Dentro de la casuística personal, ofrecemos unos datos en la Tabla I que ayudan a centrar el problema y a evaluar la magnitud del tema que va a ocupar el presente trabajo.

así pues, bastante más de la mitad de los pacientes controlados por nosotros recibe, o recibían en el momento del primer control de niveles sanguíneos, mezclas FB-DFH.

Cuando dos fármacos se administran simultáneamente, van a ponerse en marcha una serie de fenómenos cuyo resultado final, dicho muy simplificada-mente, va a poder ser de tres tipos:

- * SINERGICO: ambos fármacos se potencian a cualquier nivel: farmacocinético, farmacodinámico y/o farmacológico.
- * ANTAGONICO: existe una competición a cualquiera de los tres niveles citados, resultado de la cual es una pérdida de efectos en uno o ambos fármacos.
- * MIXTO: se evidencian efectos tanto sinérgicos como antagónicos.

La interacción FB-DFH podríamos encuadrarla dentro del tipo mixto. Así, el aclaramiento relativo del fenobarbital se reduce en un 20% aproximadamente cuando la fenitoína está presente (i. e. aumentan los niveles sanguíneos de FB en presencia de DFH), mientras tal parámetro (aclara-

miento relativo) se ve muy aumentado para la fenitoína en presencia de FB (GUELEN y VAN DER KLEIJN, 1978). El ejemplo es muy interesante, ya que ambos fármacos influyen simultáneamente el uno sobre el otro, y de modos totalmente opuestos. Varios autores han trabajado sobre el tema a nivel práctico (BOOKER et al., 1971; BUCHANAN y ALLEN 1971; DIAMOND y BUCHANAN, 1970; GARRETSON y DAYTON, 1971).

En el presente trabajo nos proponemos estudiar tal interacción en un sentido eminentemente práctico. El planteamiento es el siguiente: estudiaremos los niveles sanguíneos de ambos fármacos en pacientes que reciben mezclas FB-DFH de un modo "cerrado", es decir, mezclas de composición invariable en las distintas formas disponibles en el mercado español (ver Tabla II), y en pacientes en los que tales mezclas se ven "suplementadas" con un aporte bien de FB, bien de DFH. Señalemos que, en todos los casos, salvo a la hora de estudiar las evoluciones, se trata de pacientes en el momento del primer control sanguíneo, y medicados crónicamente (al menos un año sin interrupción).

TABLA I

Pacientes que reciben mezclas FB-DFH en una población de epilépticos crónicamente medicados (momento del primer control).

PACIENTES	267 (100%)
RECIBEN FB	241 (90,2%)
RECIBEN DFH	187 (70,0%)
RECIBEN AMBOS	175 (65,5%)

TABLA II

Fármacos disponibles en el mercado español que contienen combinaciones de Fenobarbital/Difenilhidantoína (*)

Nombre	Laboratorio	FB (mg)	DFH (mg)	Relación (**)
Comital	Bayer	100	50	2/1
Disfil	Llorente	20	60	1/3
Epanutín FB	Substancia	50	100	1/2
Epilantín	Miquel	50	100	1/2
Equidán	Miquel	25	50	1/2
Gaboril Complex	Seber	50	50	1/1
Redutona	Faes	30	70	1/2,3
Sinergina	Faes	30	70	1/2,3
Sin ergina-S	Faes	30	70	1/2,3
Trinuride HF	Viñas	15	40	1/2,6

(*) Según "Vademecun Internacional Daymon" (23 ed. año 1981)

(**) Entendida como Fenobarbital/Difenilhidantoína

Pacientes y métodos

Se han tomado en consideración 175 pacientes que recibían mezclas FB-DFH. De éstos, hemos descartado a todos aquéllos que recibían simultáneamente otros antiepilépticos y/o medicaciones colaterales susceptibles

de alterar los resultados (generalmente neurolépticos). Hemos obtenido así un total de 121 pacientes cuyas características se ofrecen en la Tabla III.

A todos los pacientes se les realizó toma de sangre justo antes de la ingestión de los fármacos, si bien, en el caso que nos ocupa, éste no es un

TABLA III

Características generales de los pacientes estudiados

NUMERO TOTAL	121
RANGO DE EDADES	2,1 - 76 años
DISTRIBUCION DE EDADES	
2,1 - 14	67
14 - 20	35
más de 20	19
PROCEDENCIA	
H.P.I. "La Atalaya"	
Ingresados	41
Consulta	17
R.S.S.S. "Ntra. Sra. de Alarcos"	
Pediatria	23
E.E.G.	17
Otros	23

parámetro crucial (GUELEN y VAN DER KLEIJN, 1978).

Si el procesado de la muestra no se llevó a cabo en el día de su obtención, se congeló el suero a -20° .

Las determinaciones de los niveles sanguíneos de antiepilépticos se realizaron por el método EMIT (Syva, Palo Alto, CA) de enzimoimmunoensayo en fase homogénea.

La recogida de datos, retrospectiva, corresponde a pacientes estudiados en el período comprendido entre Junio-1979 y Marzo-1982 respectivamente.

Resultados

En la Tabla IV se nos ofrece la distribución del grupo de pacientes en función de la relación de dosis recibidas. Hay que tener en cuenta que no importa aquí la cantidad de fármaco recibida sino, únicamente, la relación en peso entre las dosis de FB y DFH.

Como podemos ver, el nivel medio de FB muestra una tendencia al aumento, particularmente visible en el grupo E, por otra parte poco significativo ($n = 3$), pero la DFH exhibe una

pauta más compleja: descenso inicial y posterior aumento.

Hemos realizado otra división, ésta más cualitativa, en función también de la mezcla recibida, pero en pacientes no suplementados. Dividimos a los sujetos en función de la relación de dosis en dos únicos grupos: pacientes que reciben exclusivamente mezclas con una relación 1/2 (p. ej.: "Epanutín con Fenobarbitona", y "Epilantín") y pacientes que reciben sólo mezclas con relación mayor que 1/2 ("Redutona", "Sinergina" y "Sinergina-S" -relación 1/2,3- y "Trinuride H-forte" -relación 1/2,6-). Dividimos los niveles en subterapéuticos, terapéuticos y tóxicos, según las normas mundialmente aceptadas, si bien, para la DFH, están discretamente corregidas por nosotros (ALIA, 1981). Los resultados se ofrecen en la Tabla V.

La Figura 1 nos ofrece la evolución de los niveles en 10 pacientes a los cuales, tras un primer control, se suplementó con DFH ("Labopal", "Epanutín") para tratar de conseguir unos niveles óptimos de dicho fármaco. No se modificó en absoluto la ingesta de FB.

TABLA IV

Niveles sanguíneos medios y distribución de la relación de dosis. A) corresponde a una relación FB/DFH entre 2/1 y 1/1. B) entre 1/1 y 1/2. C) entre 1/2 y 1/3. D) entre 1/3 y 1/4.

Relación de dosis	N	Nivel FB (mg/L)	Nivel DFH (mg/L)
A)	7	15,7	5,1
B)	35	16,2	4,5
C)	62	20,3	3,2
D)	14	21,5	8,3
E)	3	35,1	15,7

TABLA V

Distribución relativa de los pacientes según los niveles sanguíneos y la relación de dosis. Los márgenes considerados han sido:
para FB: subterapéutico, de 0 a 14 mg/L; terapéutico, de 15 a 40 mg/L; tóxico, más de 40 mg/L.

para DFH: subterapéutico, de 0 a 6 mg/L; terapéutico, de 7 a 15 mg/L; tóxico, más de 15 mg/L

Relación 1/2 (n = 31)

	Subterapéutico	Terapéutico	Tóxico
FB (*)	4 (13%)	26 (84%)	1 (3%)
DFH (**)	27 (87%)	4 (13%)	0 (0%)

Relación mayor de 1/2 (n = 49)

	Subterapéutico	Terapéutico	Tóxico
FB	6 (12%)	40 (82%)	3 (6%)
DFH	37 (76%)	11 (22%)	1 (2%)

(*) No hay diferencias estadísticamente significativas en las distribución entre ambos tipos de relaciones para FB.

(**) Se detectan diferencias significativas (p menor que 0.001) entre las distribuciones en ambos grupos para DFH.

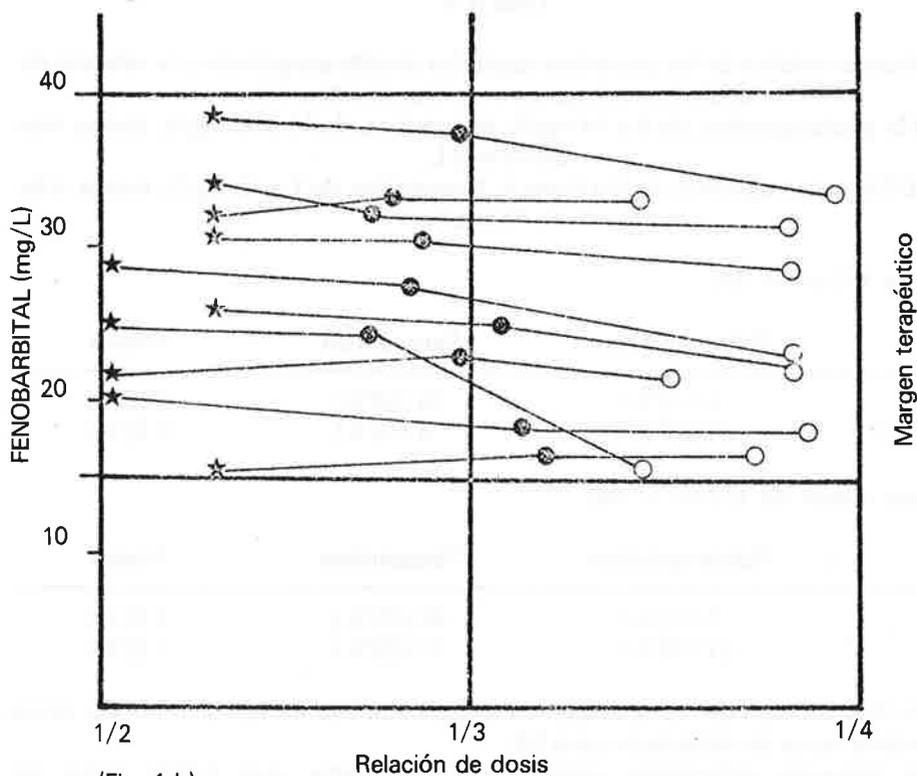
Comentario

La Tabla IV es difícil de precisar, teniendo en cuenta que existe un amplio margen de dosis administradas (si bien las relaciones FB/DFH permanezcan constantes), lo cual conduce a un muy amplio rango de niveles sanguíneos. Así, aunque se haya obtenido la media aritmética de tales niveles, las desviaciones estándar (no ofrecidas) son tan grandes que hacen imposible un comentario enteramente cuantitativo. Podemos, sin embargo, entrever—aunque sea sólo de un modo intuitivo— varias cosas. Considerando los grupos C, D y E vemos cómo—grosso modo— aumentan los niveles de FB al hacerlo los de DFH. Además, se puede apreciar cómo el nivel mí-

nimo de DFH corresponde a un nivel de FB de aproximadamente 20 mg/l. Hasta dicho nivel (grupos A y B) el correspondiente a DFH se mantenía algo más alto (5,1 y 5,4 mg/L respectivamente). Estos datos están en línea con los ofrecidos por NISHIHARA y colaboradores (1979), que encuentran que el efecto depresor del FB sobre los niveles de DFH sólo se hace aparente a partir de aproximadamente 20 mg/L de fenobarbital. Hemos de interpretar bien este dato, ya que 20 mg/L de FB corresponden a los límites inferiores del margen terapéutico. Es decir, que con unos niveles "óptimos" de FB (25-30 mg/L), el efecto de tal fármaco sobre la DFH va a ser importante clínicamente.

La Tabla V sí reserva un comentario

(Fig. 1 a)



(Fig. 1 b)

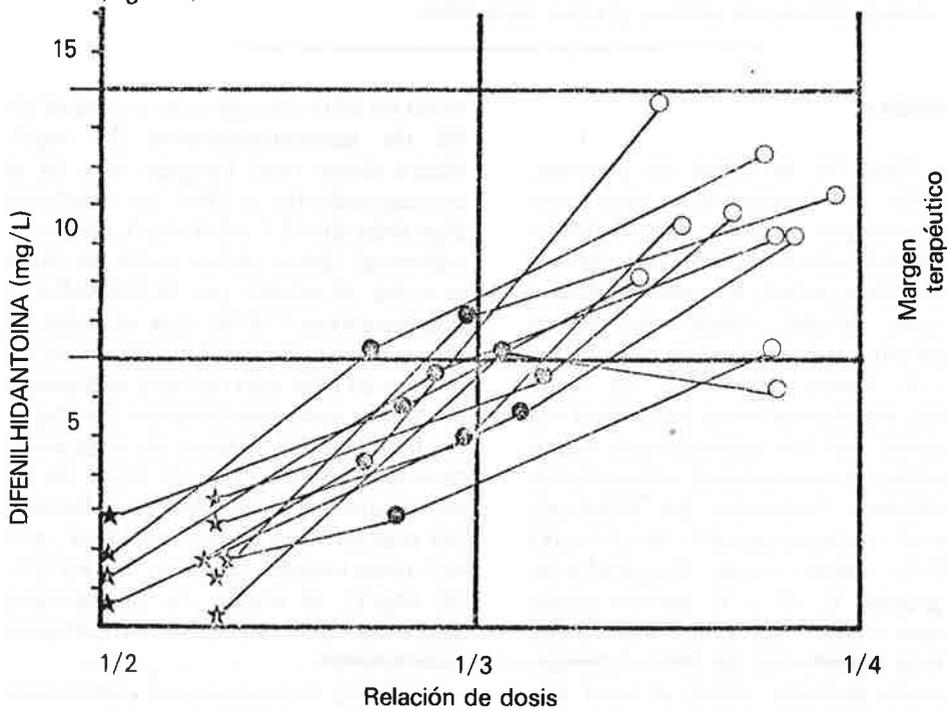


Figura 1

Evolución de los niveles sanguíneos de Fenobarbital (1a) y Difenhidantoin (1b) en diez pacientes a los que se suplementó la mezcla inicial FB-DFH con más cantidad de DFH. En ordenadas, los respectivos niveles sanguíneos (mg/L), y en abscisas la relación en peso entre las dosis (FB/DFH).

más profundo y esclarecedor. En efecto, vemos como para el primer caso (relación 1/2), mientras 27 pacientes se sitúan en márgenes óptimos para FB, sólo 4 lo hacen para DFH, presentando 26 pacientes unos niveles completamente insuficientes. En el segundo caso (relaciones 1/2,3 y 1/2,6) hay un discreto cambio porcentual, y un mayor número de pacientes presentan niveles óptimos de ambos fármacos.

Así pues, parece claro que es difícil situar a un paciente en márgenes terapéuticos de FB y DFH simultáneamente empleando exclusivamente las mezclas comercialmente disponibles en nuestro país y que son "el pan nuestro de cada día" de muchos enfermos epilépticos. Si obtenemos un nivel terapéutico de DFH será, muchas veces, a costa de alcanzar un nivel tóxico para FB.

La Figura 1 es también demostrativa, a pesar de que engloba exclusivamente a 10 pacientes. Deducimos de ella que se debe alcanzar una relación de dosis de 1/3 ó incluso más para que ambos niveles sean terapéuticos. KAZAMATSURI y HATTORI (1979) llegan a conclusiones muy parecidas, en una serie de pacientes adultos en Japón.

Quisiéramos realizar un último comentario acerca de la combinación FB - DFH. El hecho de haberla estudiado

aquí de un modo lo más clínico posible no implica para nada nuestro acuerdo con su utilidad. En un ambiente que tiende cada vez más a la monoterapia, parece ciertamente obsoleto continuar empleando mezclas de fármacos de un efecto cerradamente similar, cual es el caso que nos ocupa. Ello sin contar con que, lo verdaderamente aditivo en esta situación, son los efectos secundarios indeseables, sobre todo a nivel hepático (ALIA, 1982). Puntualicemos, finalmente, que la intoxicación hidantoinica a largo plazo, es decir, aquélla que se desarrolla sin modificación de las dosis, sencillamente por una lenta saturación de los sistemas enzimáticos metabolizantes es —con mucho— más frecuente, según nuestra experiencia, en enfermos que reciben mezclas FB/DFH, sencillamente porque la presencia del fenobarbital colabora a saturar dichos sistemas, aunque inicialmente potencie su actividad.

Pensamos que queda claro, pues, un hecho: las mezclas cerradas comercialmente disponibles en nuestro país de fenobarbital y difenhidantoina son, por su relación de dosis, farmacológicamente inadecuadas. Ello supone la necesidad de suplementar en muchos casos con DFH colateral. Sería preferible, por tanto, manejar ambos principios activos por separado, ajustando sus dosis independientemente. Todo ello dicho sin entrar en el tema fundamental de la utilidad clínica de la mencionada combinación, hecho que requiere un comentario, sin duda, mucho más extenso.

Resumen

Se estudia la interacción farmacológica entre Fenobarbital y Difenilhidantoína desde un punto de vista clínico, considerando las distintas preparaciones farmacéuticas que contienen ambos principios activos simultáneamente.

Se comprueba cómo, en función de los niveles sanguíneos alcanzados por

tales fármacos en pacientes crónicamente medicados, es preciso disponer de una relación de, al menos, 1 a 3 entre las dosis administradas de fenobarbital y difenilhidantoína respectivamente. Ninguna de las combinaciones generalmente empleadas en España ofrece tal relación, por lo que es preciso suplementar tales mezclas con difenilhidantoína.

BIBLIOGRAFIA

- ALIA, J.M. (1981) Farmacología clínica de los anticonvulsivantes. Ponencia leída en la XXIII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Córdoba.
- ALIA, J.M. (1982) Panel bioquímico básico de seguimiento para epilépticos medicados. Estudio de las diferencias con respecto a un grupo control. *Laboratorio*. (en prensa)
- BOOKER, H.E., TORMEY, A., TOUSSAINT, J. (1971) Concurrent administration of phenobarbital and diphenylhydantoin: lack of a interference effect. *Neurology* 21; 383-5
- BUCHANAN, R.A., ALLEN, R.J. (1971) Diphenylhydantoin (Dilantin) and phenobarbital blood levels in epileptic children. *Neurology* 21:866-871
- DIAMOND, W.D., BUCHANAN, R.A. (1970) A clinical study of the effect of phenobarbital on diphenylhydantoin plasma levels. *J. Clin. Pharmacol* 10:306-11
- GARRETSON, L.K., DAYTON, P.G. (1970) Disappearance of phenobarbital and diphenylhydantoin from serum of children. *Clin. Pharmacol. Ther.* 11:674-9
- GUELEN, P.J.M., VAN DER KLEIJN, E. (1978) *Rational antiepileptic drug therapy*. Elsevier-North Holland. Amsterdam.
- KAZAMATSURI, H., HATTORI, M. (1979) Serum levels of phenytoin and phenobarbital in epileptic patients treated with mixture antiepileptic tablets, Colital-L or Hydantol-F. *Fol. Psychiat. Neurol. Jap.* 33:319-22
- NISHIHARA, K., KOHDA, Y., SAITOH, H., HONDA, Y. (1979) Interaction between phenytoin and phenobarbital concentration in epileptic patients. *Fol. Psychiat. Neurol. Jap.* 33:315-7

Revisión clínica

HIPOTIROIDISMO: ESTUDIO Y VALORACION DE LAS ALTERACIONES NEUROLOGICAS Y PSICOLOGICAS EN EL NIÑO

Autores: Dra. M. Andres
Dra. M.L. Castelló
Lda. A. Lozano

Dra. R. Alpera
Dra. A. Plasencia
Dra. M.J. Lopez
Dr. E. Borrajo

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA

Fecha de envio: Febrero 1983

La Insuficiencia Tiroidea o Hipotiroidismo, es la endocrinopatía más frecuente en la infancia, llegando según Wilkins, a representar el 23,7% del total, seguida por los trastornos gonadales y suprarrenales que representan el 14% y 15,4% respectivamente.

Su diagnóstico relativamente fácil, así como los excelentes resultados del tratamiento resaltan la importancia que tiene su detección precoz, considerándose como tal, el efectuado en el primer trimestre de la vida, para el hipotiroidismo congénito.

Son múltiples las causas que pueden dar lugar al Hipotiroidismo y existen también posibilidades de asociación con otros trastornos, no obstante, nos acogemos a la clasificación modificada de Lamberg (1979), que los agrupa en:

-Primarios:

Anatómica (anomalías del desarrollo)

- Agenesia
- Ectopia

Funcional

- Dishormonogénesis

N Defecto de captación del yodo
Defecto de organización del yodo

Defecto para ligar el yodo

Defecto de las peroxidasa tiroideas

Defecto de la síntesis de tiroglobulinas y yodoproteínas anormales.

Defecto de acoplamiento

Defecto de la deshalogenación

- Inducida por factores exógenos
Exposición fetal a yoduros y agentes antitiroideos
Déficit de yodo o cretinismo endémico

- Otras causas de tipo congénito

Formas adquiridas

Enfermedades infiltrativas

Tiroiditis

Otras destrucciones del tiroides por radiaciones, fármacos, etc.

-Secundarios:

Déficit de TSH selectivo o global (hipopituitarismo)

TSH anormal

Hipotiroidismo hipotalámico (alteración de la TRH)

-Hipotiroidismo periférico o somático:

Resistencia periférica a la acción hormonal

-Formas mixtas inclasificables

Vamos a centrar más nuestra atención sobre el hipotiroidismo congénito, ya que su importancia viene dada en que un diagnóstico precoz, así como un rápido inicio del tratamiento nos lleva a espectaculares resultados.

Esta alteración origina un retardo del crecimiento somático, de la maduración esquelética y como secuelas más importantes puede dar un retraso mental y alteraciones neurológicas diversas (incoordinación, ataxia, hipotensión muscular, estrabismo...). El peligro del retraso mental es mayor si la enfermedad no se detecta antes de los dos años, por la inmadurez del Sistema Nervioso Central en esas épocas de la vida, después de esta edad también puede haber afectación, aunque de una forma menos agresiva y con mayor posibilidad de hacer reversibles con el tratamiento las alteraciones neurológicas.

Recordemos someramente que en un neonato, puede hacernos sospechar un Hipotiroidismo alguno de los siguientes signos o síntomas: hay con frecuencia una expulsión tardía de meconio, debida a una disminución del peristaltismo abdominal, que abocara en un estreñimiento en las siguientes etapas del desarrollo. La ictericia pro-

longada es también un dato muy importante. Pero lo más llamativo es el fenotipo que comunmente tienen los niños, su aspecto es tosco, con el cuello corto, talla corta con desproporción del tronco con respecto a los miembros, cara redonda y gruesa en ocasiones con aspecto abotargado, macro y/o exoglosia, aplanamiento y ensanchamiento de la raíz nasal, hipertelorismo, pelo seco, ralo y frágil, las suturas y fontanelas están ensanchadas, su facies es inexpresiva.

La piel es de tacto aspero, basta y gruesa, suelen haber frialdad, palidez de piel con un aumento de la red venosa y una circulación periférica deficitaria.

El llanto es ronco y débil, el abdomen suele ser globuloso, flácido y en un gran porcentaje hay hernia umbilical.

Es muy manifiesta su hipotonía, sobre todo a nivel de tronco y cuello y existe un enlentecimiento de los reflejos osteo tendinosis.

El desarrollo y maduración ósea están retrasados y en el neonato puede ya apreciarse mediante estudios radiográficos la ausencia del punto de osificación epifisario superior de la tibia e inferior del fémur)

El hallazgo o sospecha ante alguno de estos signos, con el apoyo del diagnóstico de laboratorio y el estudio radiográfico, nos harán llegar a una detección precoz y rápida instauración del tratamiento, que harán prevenir las secuelas antes mencionadas.

La valoración de los resultados del screening neonatal masivo, efectuado en diversos países, incluida España reflejan una prevalencia de la enfermedad que oscila entre el 1/3.000 al 1/5.000 lo cual justifica el empleo de estos métodos de detección masiva.

Dada la alta incidencia de la enfermedad, el fácil tratamiento y los óptimos resultados del mismo, consi-

deramos como muy positivo la inclusión de dicho screening dentro de las campañas de prevención que se efectúan en la actualidad.

Pasamos ahora a relatar la experiencia de nuestro Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia, con un grupo de hipotiroideos, y los resultados obtenidos, centrándonos en la importancia que tiene el seguimiento de estos niños y la valoración de su evolución, no incluyendo a los últimos diagnosticados por hallarse todavía en fase de estudio.

El Hipotiroidismo como causa de deficiencia mental es un hecho conocido por todos, ya en 1957 Smith y cols., presentaron un trabajo donde comprobaban que solo el 15% de los niños con Hipotiroidismo congénito, alcanzaban un C.I. igual o superior a 90, mientras que el 41% presentaba un claro retraso (C.I. igual o inferior a 50), siendo mejores los resultados si los niños iniciaban el tratamiento antes de los 6 meses de vida.

Money, en estudios longitudinales, encuentra que el pronóstico en cuanto a su C.I. no es tan desesperado y que tratados adecuadamente el C.I. de estos niños pueden incluso subir 30 o 40 puntos.

En la revisión bibliográfica efectuada encontramos otros autores, como Mc. FAUL, HANEFELD... que junto a una valoración del nivel intelectual de estos niños, han realizado estudios neurológicos de los mismos, encontrando en gran número de ellos una serie de anomalías neurológicas como pueden ser una mala coordinación, ligera ataxia, alteraciones del lenguaje... etc, lo cual tiene una gran influencia en el rendimiento escolar e intelectual de estos niños.

MATERIAL Y METODOS

La muestra está formada por 26

niños, 9 varones y 17 hembras diagnosticados en nuestro Departamento. Las edades de inicio de tratamiento oscilan desde los 2 meses a los 30 meses, exceptuando cuatro niños cuyo tratamiento se inicio a los 3 años, 3 años y 2 meses, 5 años y 5 años 6 meses.

En el momento de hacer las valoraciones psicológicas y neurológicas, las edades estaban comprendidas entre los 36 meses y los 13 años.

El diagnóstico del cuadro en todos ellos se estableció mediante las técnicas standar (T_3 , T_4 , M.B., PBI, Curva de captación ...etc). En 7 de los pacientes existe una historia familiar de bocio, y en dos de ellos había antecedentes de Anoxia Neonatal.

METODO

En nuestro estudio hemos considerado oportuno el dividir la muestra en dos grupos:

- Niños diagnosticados antes de los 12 meses de vida.
- Niños diagnosticados posterior al año de vida.

Se realizaron las siguientes exploraciones:

Observaciones Familiares y Escolares:

Mediante el cuestionario Rutter B2, donde se consultaba a padres y a maestros sobre distintos aspectos del comportamiento del niño, por otro lado se indagaba la existencia de torpeza e inhabilidad del niño tanto en la escuela como en casa.

Test de Inteligencia

Ante las diferentes edades de los niños, tratando de unificar criterios, se

paso la batería de Wisc (para los de edad escolar) y la adaptación del mismo para los preescolares (Wppsi). En los menores se utilizó la escala de desarrollo psicomotor de Brunet-Lézine.

Valoración Neurológica

Se efectúa una exploración neurológica habitual (tono, reflejos, pares craneales... etc), se incluye el Balance Psicomotor de Piq-Vayer, para los niños mayores de cinco años y el Balance Psicomotor de Vayer para los de edad inferior, valorandse los siguientes parámetros:

-I **Coordinación dinámica de las manos** (La prueba de los test de OZERETSKI-GUILMAN), consistente en:

Trazar con el lápiz una línea ininterrumpida, sobre unos laberintos determinados, sin levantar las manos.

Hacer una bolita con un trozo del papel de seda (5x5) con una sola mano y con la palma hacia abajo.

Con la punta del pulgar, tocar con la máxima velocidad uno tras otro los dedos de la mano, empezando por el meñique y volviendo luego hacia el ...etc.

Y así una sucesión de pruebas de creciente dificultad según la edad del niño.

II. **Coordinación Dinámica General:** (III prueba de OZERETSKI-GUILMAN):

Recorrer una línea poniendo alternativamente el talón de un pie contra la punta del otro.

Saltar una distancia sobre un pie, teniendo la otra pierna flexionada en ángulo recto por la rodilla y los brazos caídos a lo largo del cuerpo, pegados a los muslos.

Saltar por encima de un elástico, sin

impulso. Impulsar una caja de cerillas a pie cojo, con los brazos caídos y hasta una determinada distancia... etc.

III. Equilibrio o Coordinación Estática:)l prueba del test de OZERETSKI-GUILMAN):

Con los ojos abiertos mantener, mantenerse sobre la pierna derecha, la izquierda flexionada por la rodilla en ángulo recto, muslo paralelo al derecho y ligeramente en abducción con los brazos a lo largo del cuerpo.

En cuclillas, brazos extendidos lateralmente, ojos cerrados, talones juntos, pies abiertos... etc.

IV. Rapidez (Prueba de punteado de M. STAMBAK):

Dar al niño un papel cuadriculado (cuadros de 1 cm de lado), teniendo que realizar en niño una raya en cada cuadro, en la dirección que quiera, pero lo más rápidamente posible. Se le da de tiempo un minuto.

Mediante esta prueba el explorador puede valorar también la adecuada o no coordinación motriz, la inestabilidad, impulsividad y la escrupulosidad y/o ansiedad, mostrada por el sujeto en la ejecución de la misma.

V. Organización del Espacio (Adaptación en la bacteria de PIAGET-HEAD, descrita por N. GALIFRET-GRANJON):

Conocimiento de derecha-izquierda sobre si mismo.

Posición relativa de objetos (2 pelotas), ejecución de movimientos a determinadas órdenes (mano derecha-oreja izquierda... etc.)

Reconocimiento sobre otro de derecha-izquierda.

Imitación de los movimientos observados, frente a él... etc.

VI. Estructuración Espacio-Temporal: (Estructuras rítmicas de MIRA-STAMBAK):

Reproducción por medio de golpes de estructuras temporales.

Simbolización (dibujo), de estructuras espaciales.

Simbolización de estructuras temporales; lectura y dictado.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos quedan reflejados en las tablas I y II, donde se reseñan los parámetros valorados y las alteraciones encontradas: se puede apreciar que el 100% de los niños de ambos grupos presentan alguna alteración en los distintos ítems.

Trastornos de conducta: El 73% (11/15) de los niños del primer grupo y el 100% (11/11) del segundo grupo, presentan alteraciones de la conducta, destacando en frecuencia la falta de atención, inestabilidad afectiva, inquietud, timidez y/o un carácter obstinado.

En dos niños encontramos Enuresis, en uno de los casos se asocia a Encopresis. Uno de los niños había sido clasificado por los psicólogos del Centro Escolar al que asistía como "personalidad psicopática".

Ninguno planteo problemas antisociales, pero el 6% refiere hiperprotección familiar.

Trastornos del lenguaje: Los trastornos encontrados fueron fundamentalmente dislalias. 7 habían presentado un retraso de la adquisición del lenguaje, en 1 caso había rinolalia, en 1 caso disfemia leve, en 1 caso rotacismo.

Torpeza: Los niños fueron clasificados por nosotros como torpes, por la dificultad de coordinación dinámica y manual, cosa ya comprobada por los padres y los propios enseñantes. Sin

embargo apreciamos que el porcentaje de niños calificados como torpes es mayor en el grupo II que en el I (8/11 y 10/15).

Trastornos oculares: Solo 3 niños del grupo I y 4 del grupo II presentaban trastornos de visión. En 4 de ellos es un estrabismo convergente, en los otros 3 es un trastorno de refracción.

RESULTADOS PSICOMETRICOS

Los C.I. obtenidos por cada niño, se encuentran en las tablas I y II. El C.I. medio de los del grupo I es de 90,8, mientras que en el grupo II es de 77.

Generalmente el éxito escolar está relacionado con los niveles de inteligencia alcanzado, aunque dos niños del grupo I (C.I. 114 y 107) presentaban una dislexia y una disgrafia respectivamente.

Por otro lado observamos que los C.I. bajos están unidos normalmente a un mayor número de anomalías neurológicas.

BALANCE PSICOMOTOR

Observando el diagrama de la tabla 3, vemos que tanto los niños del grupo I como los del II, presentan alteraciones en el balance psicomotor.

Los mayores porcentajes son en coordinación dinámica, manual, equilibrio y rapidez.

Por otro lado comparando ambos grupos volvemos a observar que hay un mayor porcentaje del grupo II entre los afectados, es decir de los de diagnóstico más tardío.

Los trastornos motores que hemos encontrado, pueden superponerse en cierto modo a lo que algunos autores llaman "síndrome de disfunción cerebral mínima". Pero nosotros preferimos utilizar el término dado por Mc.

Faul de "trastornos motor menor" ("minimal brain damage"), quizá como un signo de grado mínimo de disfunción cerebelosa, como lo refiere también Hanefeld en sus trabajos, en los que se piensa que en los grados más severos de hipotiroidismo congénito el daño cerebral y cerebeloso ocurre ya durante la vida intrauterina.

ANALISIS ESTADISTICOS DE LOS DATOS

Se ha efectuado el análisis, mediante curvas de aproximación, y podemos concluir que existe una mayor tendencia a presentar patología neurológica y alteraciones de la conducta en aquellos niños que más tardíamente iniciaron el tratamiento.

En las gráficas que se adjuntan se puede apreciar por separado el análisis de cada uno de los ítems o parámetros valorados.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos nos hace que:

- 1.- Insistir una vez más en la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz del hipotiroidismo congénito, pues podemos ver las diferencias obtenidas entre los C.I. de ambos grupos, siendo mucho mejores los del grupo I, al haber sido precozmente tratados.
- 2.- Comprobamos no obstante que todos los niños afectados de Hipotiroidismo congénito, a pesar del tratamiento precoz, presentan anomalías neurológicas y alteraciones de la conducta, aunque son más severas y de mayor frecuencia cuando más tardíamente se inicia el tratamiento.

Sin embargo no debemos de olvidar que todos los niños que han sido diagnosticados, incluso de edad temprana, deben de ser seguidos y requieren unos cuidados fijos así como orientaciones dentro del area escolar para prevenir tanto defectos visuales,

como emocionales y poder vigilar las alteraciones del aprendizaje para prevenir un futuro laboral adecuado que haga que estos niños, en su época adulta no representen, por su deficiencia, una carga familiar y social.

GRUPO I Edad de diagnóstico de 0 a 12 meses

N = 15

TRANSTORNOS DE CONDUCTA	11	73%
TRANSTORNOS DE LENGUAJE	9	60%
TORPEZA	10	66%
TRANSTORNOS OCULARES	3	20%
COORDINACION DINAMICA	12	80%
COORDINACION MANUAL	11	73%
RAPIDEZ	11	73%
ORGANIZACION ESPACIAL	3	20%
ORG. ESPACIO-TEMPORAL	3	20%

C.I. MEDIO = 90,8

GRUPO II Edad de diagnóstico después de los 12 meses

N = 11

TRANSTORNOS DE CONDUCTA	11	100%
TRANSTORNOS DE LENGUAJE	6	54,55%
TORPEZA	8	72,72%
TRANSTORNOS OCULARES	4	36,36%
COORDINACION DINAMICA	8	72,72%
COORDINACION MANUAL	10	90,90%
EQUILIBRIO	8	72,72%
RAPIDEZ	10	90,90%
ORGANIZACION ESPACIAL	7	63,63%
ORG. ESPACIO-TEMPORAL	6	54,55%

C.I. MEDIO = 77

GRUPO I Edad de diagnóstico de 0 a 12 meses

Nº Hist. Clin.	In. Trat.	Transtornos		Trans. Ocul.			Expl. Psicomotriz				Q.I.		
		Cond.	Leng. Torp.	Est.	Nist.	Otros	Cd.	Cm.	Eq.	R.		O.e.	O.e-t.
101.945	5 m.	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	79
108.604	4 m.	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	65
45.032	4 m.	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	60
18.979	3 m.	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	78
17.358	3 m.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114
106.090	5 m.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
16.588	2 m.	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	92
108.350	6 m.	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	82
77.649	6 m.	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	88
46.373	2 m.	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	100
201.442	5 m.	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	83
17.963	12 m.	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	60
14.199	10 m.	+	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	107
108.436	7 m.	+	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	120
103.430	7 m.	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	100

GRUPO II. Edad de diagnóstico después de los 12 meses

Nº Hist. Clin.	In. Trat.	Transtornos		Trans. Ocul.			Expl. Psicomotriz					Q.I.		
		Cond.	Leng. Torp.	Est.	Nist.	Otros	Cd.	Cm.	Eq.	R.	O.e.		O.e-t	
201.408	2 ^{10/12}	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	50
109.542	3 ^{2/12}	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	58
109.726	5 ^{6/17}	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	84
45.237	1 ^{6/12}	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	58
109.505	2 ^{6/12}	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	60
200.738	5	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	82
109.996	1 ^{2/12}	+	-	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	99
101.509	3	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	56
108.478	1 ^{1/12}	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	108
102.357	1 ^{2/12}	+	-	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+	98
109.358	1 ^{5/12}	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95

VALORACION DEL C.I.

Test utilizados:

- WISC
- WPPSI
- BRUNET-LEZINE

BALANCE PSICOMOTOR:

- COORDINACION DINAMICA DE LAS MANOS
(II prueba de los test de Ozeretski-Guilmain)
- COORDINACION DINAMICA GENERAL
(III prueba de Ozeretski-Guilmain)
- EQUILIBRIO
(I prueba de Ozeretski-Guilmain)
- ORGANIZACION DEL ESPACIO
(Adaptación de la batería de Piaget-Head, descrita por N. Galifret-Granjon)
- ESTRUCTURACION ESPACIO-TEMPORAL
(Estructuras ritmicas de Mira Stambak)

BIBLIOGRAFIA

- HANEFELD, F. RICHER, I. WEBER? B. and ZABRANSKY, S. (1974): "Neurological studies on children with hypothyroidism on long term treatment (abstrac)" *Acta Paediatrica Scandinavica*. 63,332.
- LA FRANCHI, S.H. (1979): "Hipotiroidismo" *Cin. Pediat. Nort.* 1:37-54
- LAMBERG, B.A. (1979): "aetology of hypothyroidism" *Clin. Endocrinol. Met.* 8,3
- LOPEZ, M.J. ALPERA, R. PLASENCIA, A. BORRAJO, E. (1980): "Insuficiencia tiroidea" en Sanchez Villares, E. *Pediatría Basica*. Ed. Idepsa. madrid. pg 392-400.
- MACFAUL, R. DORNER, S. BRETT, E.M. and GRANT, D.B. (1978): Neurological abnormalities in patients treated for hypothyroidism from early life" *Archives of Disease in Clidhood*, 53, 611-619
- MONEY, J. (1956) "Psychology studies in hypothyroidism" *Archives on Neurology and Psychiatry*, 76,296-309
- SMITH, D.W., BLIZZARD, R.M. and WILKINS, L. (1957): "The mental prognosis in hypothyroidism of infancy and childhood" *Pediatrics*, 19,1011-1022
- WIEBEL, J. (1976): "Cerebellar-ataxic syndrome in children and adolescents with hypothyroidism under treatment". *Acta Paediatrica Scandinavica*, 65,201-205
- WILKINS L. (1966): "Tiroides, hormonas y su acción. Transtornos del tiroides I. Hipotiroidismo" en: *Diagnostico y tratamiento de las enfermedades endocrinas en la infancia*. Ed. Espax. Barcelona. 74-115

Revisión Clínica

REVISION PAIDO PSIQUIATRICA EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Autores: M^a ROSA PASSOLS ARDEVOL
JEANNETTE BREET VELT DELGADO
Dr. BERNARDO OLIVA CERVERA
Dr. JOSÉ TOMÁS VILALTELLA

LUGAR: Servicio de Psiquiatría Infantil de la Clínica Infantil de la Seguridad Social de Barcelona. Prof. Angel Ballabriga.

Fecha: Septiembre/ 82
DOMICILIO: Bruch, 136 - Barcelona-37

El presente estudio evalúa la evolución de enfermos procedentes del Servicio de Oncología. El motivo es ver la trascendencia de un diagnóstico grave y de un tratamiento quirúrgico o no, pero en cualquier caso vivido de forma invalidante por los familiares y el propio enfermo. Se considerarán las repercusiones de ello a nivel familiar, social y escolar. Se infiere concepto teórico de Calidad de Vida que ha sido una de las motivaciones secundarias y viene definido de acuerdo con los siguientes items:

- Sexo
- Edad
- Cociente intelectual
- Retraso escolar
- Adaptación social
- Adaptación familiar
- Problemas de comportamiento
- Motricidad
- Lenguaje
- Alteraciones gnóxico-práxicas
- Número de hermanos. Fratria
- Procedencia rural o urbana
- Nivel socioeconómico
- Conciencia de muerte niños
- Conciencia de muerte padres
- Aspecto físico
- Mutilación o amputación
- Diagnóstico precoz
- Duración del tratamiento
- Irradiación no quirúrgica
- Quirúrgico
- Futuros proyectos
- Patología psíquica familiar

Se han estudiado 12 niños (6 varones y 6 hembras) comprendidos entre los límites de edad de 3 a 15 años, cuyo número de hermanos incluyendo el sujeto estudiado es de 2 a 4, a excepción de 1 que tiene 7 hermanos. Tres de ellos son de procedencia rural y el resto de procedencia urbana, siendo el nivel socioeconómico entre medio y bajo. Se administraron las siguientes pruebas:

AREA INTELECTUAL Y PERCEPTIVA

- Escala de inteligencia de Wechsler para niños (4)
- Figura de Rey

AREA DE LA PERSONALIDAD

- H.T.P.
- Familia (7) CORMAN
- Entrevista dinámica (padres - niños)
- Test de autovaloración

Según las edades y la problemática específica de cada niño se aplicaron pruebas como: Raven (inteligencia), Reversal (maduración del aprendizaje de lecto-escritura), pruebas de lateralidad, motricidad de personalidad (como el CAT-A y Pata Negra) y de orientación profesional (Küder). (2)

Del estudio de la confluencia de datos y de la corrección de las diferentes pruebas hemos obtenido los siguientes resultados:

- **Diagnóstico precoz:** Se detectó la patología orgánica en las edades comprendidas desde 1 más de vida hasta los 11 años, estando la muestra repartida de la siguiente manera:

- 4 sujetos : 1 más a 4 años
- 5 sujetos : 5 años a 7 años
- 2 sujetos : 9 años a 11 años

- Cociente intelectual

- CI superior (144) : 1 sujeto
- CI medio (de 81 a 112) : 9 sujetos
- CI inferior (73) : 2 sujetos

- Retraso escolar

- 1 curso adelantado : 2 sujetos
- escolaridad normal : 2 sujetos
- algunos suspensos : 3 sujetos
- 1 curso repetido : 2 sujetos
- repite curso y mal : 3 sujetos

- Lenguaje:		- Conciencia de muerte en los padres	
- Ningún problema	: 8	- No existe	: 3
- retraso leve	: 1	- Si existe	: 9
- Perturbaciones importantes	: 3		
		- Aspecto físico	
- Motricidad (12)		- Cicatrices no visuales	: 2
- No alteraciones	: 5	- Otros trastornos	: 1
- Tics	: 2	- Trastornos de la marcha	: 2
- Incoordinación leve	: 1	- Alteraciones cara y pelo	: 2
- Incoordinación media	: 1	- Amputaciones	: 2
- Incoordinación grave	: 4	- Amputaciones graves	: 3
		- Futuros proyectos	
- Alteraciones gnóxico-práxicas (6)		- No existen	: 3
- No existen	: 8	- Si existen	: 9
- Si existen	: 4		
		- Duración tratamiento	
- Problemas de comportamiento		- 1 a - 1 a 1/2	- 7
- No existen	: 1	- 2 a -3 a	- 4
- Si existen	: 11	- 7 a	- 1
		- Irradiación	
- Adaptación social		- No existe	: 9
- Tienen amigos en el colegio		- Si existe	: 9
y fuera de él	: 2		
- Tienen amigos sólo en		- Intervención quirúrgica	
el colegio	: 1	- No existe	: 1
- Tienen muy pocos amigos	: 2	- Si existe	: 11
- Rechazo manifiesto	: 5		
		- Porcentaje de supervivencia	
- Patología familiar		- 30-50%	- 6
- No existe	: 11	- 70-80%	- 4
- Si existe	: 1	- 90%	- 2
- Adaptación familiar			
- Normal	: 2		
- Rivalidad fraterna	: 1		
- Mala relación con el padre	: 1		
- Mala relación con la madre	: 4		
- Rechazo claro con los padres	: 1		
- Situación de abandono	: 3		
- Conciencia de muerte en el niño			
- No existe	: 5		
- Si existe	: 7		

Los estudios realizados señalaron que estos pacientes provenían, en general, de familias urbanas caracterizados por un medio bajo nivel socioeconómicos; con edades comprendidas entre 3 años y 15 años, teniendo la mayoría de ellos de 2 a 4 hermanos. Han sido estudiados 6 varones y 6 hembras. En cuanto a ocupaciones, están todos ellos en la edad escolar. El cociente intelectual osciló en un rango de promedio normal, de acuerdo con la Escala de Inteligencia Wechsler para niños.

Con respecto a la escolaridad de estos niños se ha observado que hay una gran variabilidad en cuanto a buen o mal rendimiento escolar.

La mayoría de estos niños no presentan ningún problema en el área del lenguaje, aspecto que fue observando en el Wisc y en pruebas de lecto-escritura.

Referente a la motricidad, explorado en las pruebas de Picq y Vayer, hay diversidad de resultados.

En la mayor parte de los casos estudiados no se observaron, alteraciones gnóxico-práxicas, lo cual ha sido comprobado en la fig. de Rey.

La inmensa mayoría de estos sujetos presentan problemas de comportamiento. Sin embargo, en cuanto a la adaptación social, es muy variable la capacidad de integración de estos niños con su medio, lo mismo sucede respecto a la adaptación familiar. Un gran número de padres tienen conciencia de muerte, al igual que los sujetos estudiados, sin embargo, estos últimos en menor número. (9)

A excepción de unos pocos niños, la mayoría de ellos tienen futuros proyectos: proseguir la escolaridad, o en el caso de los más mayores, proseguir una orientación profesional o técnica.

Todos estos datos han sido obtenidos en las pruebas proyectivas administradas: H.T.P., Familia, entrevistas dinámica (padre-niño) y test de autovaloración. (7-1)

La inmensa mayoría de estos sujetos no presentan antecedentes patológicos familiares.

La edad en que se detectó la enfermedad fue muy variable, desde los pocos meses hasta los 10 años 1/2, siendo el tratamiento de una duración de 1 a 3 años en general. A excepción de un niño todos los demás han sido intervenidos quirúrgicamente, habiéndoles sido aplicado a la mayoría de ellos radioterapia.

El pronóstico de supervivencia facilitado por el Departamento de Oncología de esta Clínica Infantil, ha sido muy variado estando la mayoría de las veces por debajo del 50%.

Referente al aspecto físico se han observado grandes diferencias, según el lugar donde estuviera ubicado el tumor.

COMENTARIOS GRAFICAS

Se ha observado que la conciencia de muerte sólo existe en raros casos en los niños más pequeños. En los sujetos mayores ya recuperados tampoco aparece. En relación con los padres tienen conciencia de muerte según la gravedad del caso.

Casualmente los sujetos de procedencia rural coinciden con los niños de mayor edad; la procedencia rural o urbana no influye en la adaptación social y familiar del niño.

El único sujeto que no presenta ningún tipo de problemática de personalidad de adaptación social y familiar se halla totalmente recuperado y tiene un aspecto físico normal.

Relativo a los futuros proyectos sólo los tienen aquellos niños cuya evolución médica es favorable, habiendo 3 de ellos que por la gravedad del caso no piensan más que en el presente, tienen una adaptación familiar y social negativa.

Se ha observado que en las familiar de un nivel socio-económico bajo, los niños tienen una menor adaptación social y familiar.

El número de hermanos no tiene una influencia en la adaptación familiar.

Los niños con alteraciones en el lenguaje, tienen un cociente intelectual más bajo, presentan una mala adaptación social y en algunos se observan problemas motrices.

El retraso escolar no existe en los

niños pequeños puesto que todavía están en parvulario y el nivel de exigencia es menor, sin embargo en el resto de los niños hay una problemática escolar evidente.

Los dos únicos niños que tienen un cociente intelectual inferior a la media presentan retraso escolar. En el resto de los casos no hay una correlación entre el cociente intelectual y el retraso escolar.

No se han observado inadaptaciones sociales y familiares específicas en los niños con retraso escolar.

Los niños de bajo cociente intelectual presentan también alteraciones gnóxico-práxicas lo cual coincide en la mayoría de los casos con una problemática motriz.

El aspecto físico es una condicionante muy grande, repercutiendo negativamente en la adaptación socio-familiar. Correlaciona positivamente con problemas motrices.

Los niños con conciencia de muerte tienen una peor adaptación familiar y social.

CONCLUSIONES (3-8-10-13-14)

Es básica la gravedad y evolución del problema oncológico en relación con la adaptación socio-familiar de estos niños.

El aspecto físico, sobre todo las amputaciones y la alopecia secundaria, son un grave condicionante de problemas de personalidad y de adaptación socio-familiar.

Los retrasos escolares son una constante, lo que no nos sorprende, debido a que la enfermedad no les permite seguir una escolaridad conti-

nuada, motivado por un absentismo directo durante la fase de hospitalización en su momento agudo y posteriormente debido a las múltiples ausencias escolares que condiciona un tratamiento prolongado.

El hecho de que estos niños estén ingresados en el Hospital durante un cierto período de tiempo es otro factor que les causa problemáticas a nivel de personalidad y de relación socio-familiar, debido a que se les aparta de su medio ambiente habitual.

Se ha observado que los niños que presentan mayores problemáticas a nivel psicológico son los comprendidos dentro de las edades de 7 a 10 años, ya que es una edad en la que ven el problema, pero no son conscientes del mismo en su totalidad y sus necesidades efectivas dentro del medio familiar son mayores que en los niños de más edad. Sin embargo, en los menores de 7 años, la capacidad de asumir la muerte en toda su dimensión no es posible, y debido a que todavía no existe un compromiso extrafamiliar tanto social como escolar el internamiento no adquiere una relevancia tan lesiva como en niños de mayor edad. La conciencia de muerte está totalmente vinculada a la evolución del problema y a la edad de los niños, ya que los más pequeños no comprenden su situación.

Todos los niños durante su ingreso en el hospital y el período de recuperación de la enfermedad, presentan problemática comportamental, ya que se altera su ritmo de vida y ello es una constante de mayores exigencias afectivas, las cuales, en ocasiones, son difícilmente satisfechas.

En la relación a los futuros proyectos, es evidente que están en función de la gravedad del problema, ya que si el pronóstico es muy desfavorable, constituye un impedimento para pensar en un futuro.

CALIDAD DE VIDA

Se intenta definir el concepto de calidad de vida en base a una pérdida conceptual de los siguientes conceptos:

- retraso escolar global
- adaptación social
- adaptación familiar
- problemas de comportamiento
- motricidad
- alteraciones gnóxico-práxicas
- lenguaje
- fratria
- conciencia de muerte del niño
- conciencia de muerte de los padres
- aspecto físico
- diagnóstico precoz
- duración del tratamiento
- irradiación
- tratamiento quirúrgico
- existencia de futuros proyectos
- patología psiquiátrica familiar

El **retraso escolar global** presenta un deterioro del 24,2%, oscilando los casos individuales considerados desde un 50% en dos ocasiones hasta un 100% en una ocasión. Anotar que hay dos casos en que debido a los límites de edad, tanto por arriba como por abajo, no se ha podido valorar dicho parámetro como es debido.

En cuanto a QI global evaluado mediante pruebas de WISC y el NEMI en edades inferiores obtenemos que el QI medio es de 96,5 siendo las notas médicas para verbal y performance de 94,6 en el primer caso y de 100 el segundo. Es interesante notar que existen decalajes notables en seis casos, cuatro de ellos a favor del performance y dos de ellos a favor del verbal, siendo porcentualmente consideradas ambas desviaciones de una magnitud semejante 17-18 puntos.

En cuanto a **adaptación social** el puntaje obtenido en los casos estu-

diados es de 66, lo que arrojan un déficit del 34%.

En cuanto a la **adaptación familiar** el puntaje obtenido en la totalidad de los casos estudiados es de 87 lo que corresponde porcentualmente a un indicativo de déficit de 28%.

Considerados los casos aisladamente observamos que hay 3 casos en la valoración mínima y solamente 2 en la máxima.

Considerando globalmente estos 3 elementos anteriormente reseñados, vemos que de una forma global el mayor déficit viene señalado por la adaptación social con un 34% siendo los valores correspondientes a retardo escolar y adaptación familiar bastante parejos y aunque igualmente significativos no adquieren la preponderancia del fallo en adaptación social que a la vista de los resultados obtenidos debe ser uno de los objetivos primordiales en cuanto a la rehabilitación de estos pacientes.

Es muy difícil cuantificar la columna correspondiente a **problemas de comportamiento**, lo que hemos querido significar, tanto en la gráfica como aquí mismo, no ha sido la significancia específica de cada caso, sino la existencia simple o no de tal dato. En concreto, domina la existencia de dichos trastornos de **comportamiento**, en el 90% de los casos, dato que valoramos en relación con el anteriormente citado de adaptación social.

MOTRICIDAD (12)

El valor obtenido globalmente nos indica un déficit del 26%, haciendo notar a este respecto que existen pocos puntajes intermedios, siendo los casos afectos o no de dicha alteración en grados manifiestos o muy ligeros.

Paralelamente, en lenguaje, y considerando dichos parámetros interrela-

cionados, obtenemos un puntaje que indica un déficit global de solamente el 9%, pues, desglosando el % anteriormente valorado en cuanto a motricidad, al incidir en niños de edades superiores, no afecta de forma decisiva como lo haría si la muestra se compusiese de un mayor grupo de niños menores, niños en época de estructuración simbólica del lenguaje.

Alteraciones gnóxico-práxicas (2)

Se encuentran en un % masivo, el 50% de los casos. Porcentaje que en realidad no es tan absolutamente valorable, pues incluye los casos correspondientes a los QI más bajos, pero a pesar de ello representa una significancia de alrededor del 30% una vez depistado dicho artefacto.

En cuanto a la **fratria**, aunque somos conscientes de su difícil tabulación anotamos que no tenemos ningún caso de hijo único, estando afectos de manera preponderante los primogénitos, oscilando la familia en un promedio de 2'7 hijos y siendo la prevalencia del primogénito en un 50% de los casos.

Referente a la procedencia rural o urbana, se observa que un 25% son de procedencia rural, siendo el resto de procedencia urbana. Este factor, juntamente con el que le sigue, el nivel socio-económico, son elementos modificados a priori por las características de la muestra hospitalaria y no realmente significativas.

Conciencia de muerte

Hemos intentado establecer una diferenciación entre la conciencia de muerte experimentada por el propio paciente y la correspondiente por la propia familia. Globalmente considerado existe conciencia de muerte en el 75% de los casos. Especificando que

existe conciencia de muerte en ambos casos a la vez obtenemos un 58%, siendo como es natural la diferencia de este 17% a cargo de los casos en que existe conciencia de muerte por parte de la familia e ignorancia por parte del enfermo. Ellos nos llevaría a considerar valores deontológicos respecto a la información esplicita o tácita en cuanto al pronóstico que se transmite a la familia y en cuanto a la actitud del personal tratante respecto al niño, pues si consideramos paralelamente este dato a los % de supervivencia nos daremos cuenta que, salvo en diagnósticos precisos, el caso en concreto viene sobrecargado por una angustia innecesaria y contraproducente.

Vamos a considerar parcialmente cada uno de los items que conforman el término tan discutido y discutible de calidad de vida. Hacemos notar que algunos de estos aspectos no son definitivos y dependen del momento evolutivo de la enfermedad y más diría aún del momento del tratamiento.

En cuanto al **aspecto físico**, la puntuación obtenida indica un déficit del 34%, haciendo notar que existen pocos casos límites y sí, en cambio, mayoría de casos con afectaciones ligeras. Ya se especifica en la gráfica del método de valoración.

Referente al **diagnóstico precoz**, en estos casos contemplados en el presente estudio la edad media es de 4 años 7 meses, siendo los casos límites de 25 días y de 10 años 6 meses.

En cuanto a **duración del tratamiento** su duración oscila alrededor de 22'3 meses, variando salvo obito en una duración mínima de 8 meses y máxima de 7 años. En cualquier caso retengamos la cifra de 2 años como promedio lo que explica la existencia de trastornos en el área social y familiar del niño y la necesidad de tener presente su

escolaridad a fin de no añadir problemas al ya abigarrado cuadro.

No se ha practicado irradiación en un 25% de los casos. Dato que no consideramos en el presente estudio de carácter psicológicos-psiquiátrico por no depender ni variar el cuadro psicológico, al menos en cuanto selección a priori. Se ha efectuado **tratamiento quirúrgico** en la inmensa mayoría de los casos, siendo en algunas de ellos en más de una ocasión.

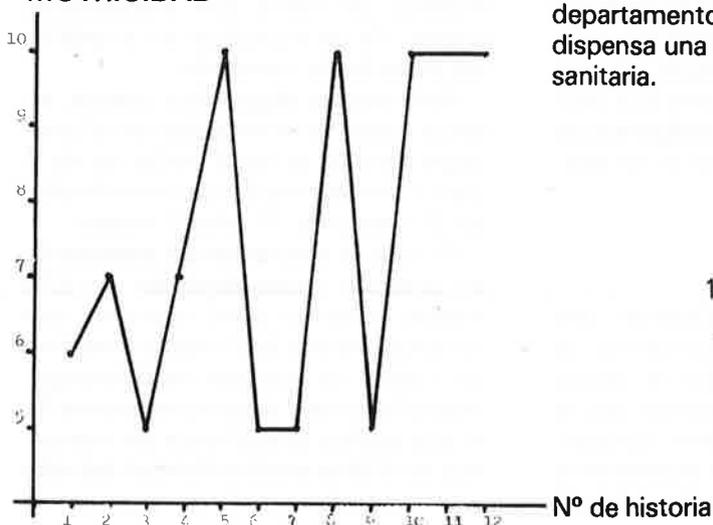
En cuanto a la **existencia de futuros proyectos**, con toda la selectividad que dicho concepto entraña, hemos podido constatar que existen en el 75% de los casos, siendo las negatividades correspondientes en algunos casos a los pacientes de menor edad. El último dato que refleja la existencia de **patología psiquiátrica familiar**, previa o secundaria, denota muy poca significancia, pues solamente se ha podido evaluar un caso con un cuadro psiquiátrico valable por demás netamente reactivo.

FUTURAS RECOMENDACIONES (1)

No nos cansaremos de decir la imperiosa necesidad de realizar un diagnóstico lo más precoz posible y de reducir al mínimo indispensable el tiempo de hospitalización.

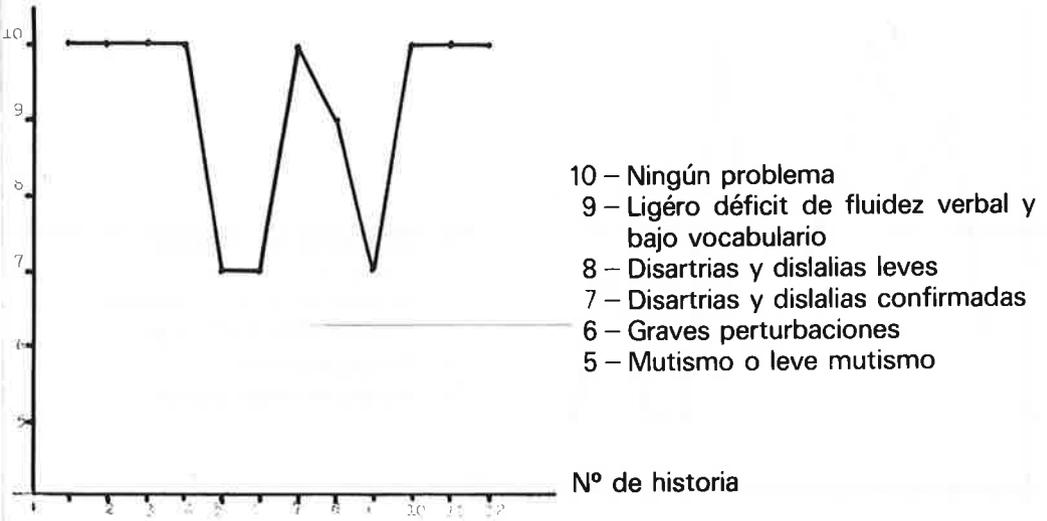
El crear un clima a la vez que afectivo estructurado durante este período y en el personal sanitario a todos los niveles que atiende al niño es otra de las recomendaciones motivadas por el presente estudio. En los niños que ya han accedido a una edad escolar es deseable tener en cuenta la necesidad de una socialización e incluso la necesidad de acudir a soluciones ortopédicas, estéticas, etc. que mejoren en todo lo posible tanto la imagen social del sujeto como que favorezcan la introyección de una propia imagen lo más satisfactoria posible. Es difícil evitar la dramatización, a veces incluso grotesca, y es preciso que el departamento de Oncología tenga una calificación intrahospitalaria parangonable a la de cualquier otro departamento; queremos decir con ello que un proceso oncológico no debe estar cargado per sé de una gravedad inexorable y que sea conceptualizado algunas de las veces como un departamento terminal en el que se dispensa una asistencia más social que sanitaria.

MOTRICIDAD

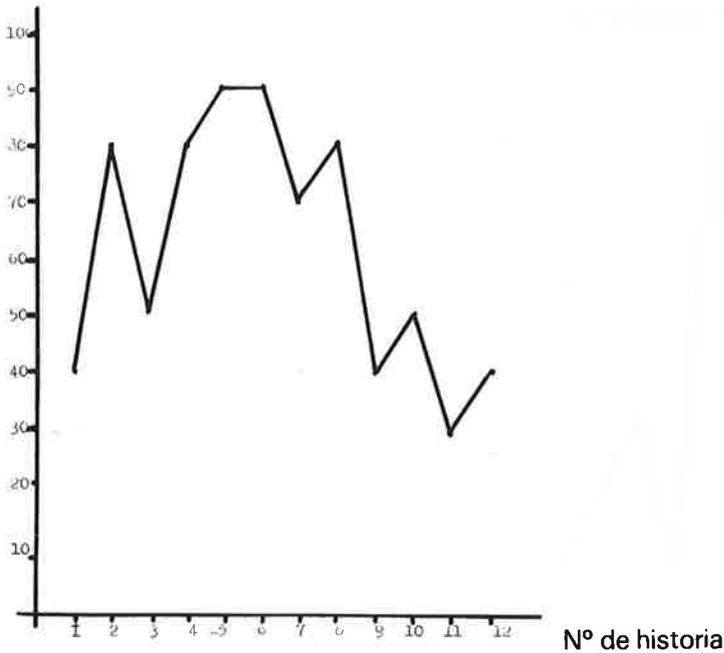


- 10 – Normalidad
- 9 – Torpeza motriz
- 8 – Dislateralidad
- 7 – Tics
- 6 – Incoordinación
- 5 – Incoordinación grave

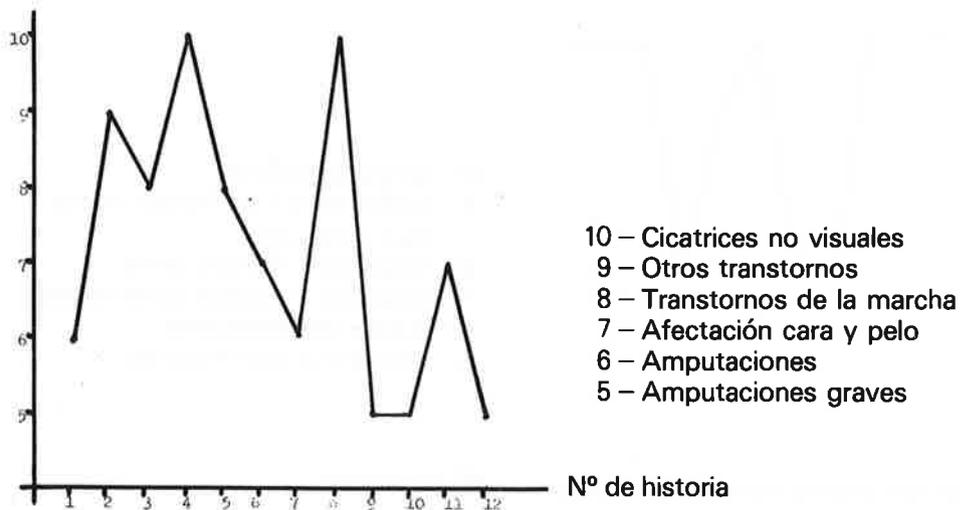
LENGUAJE



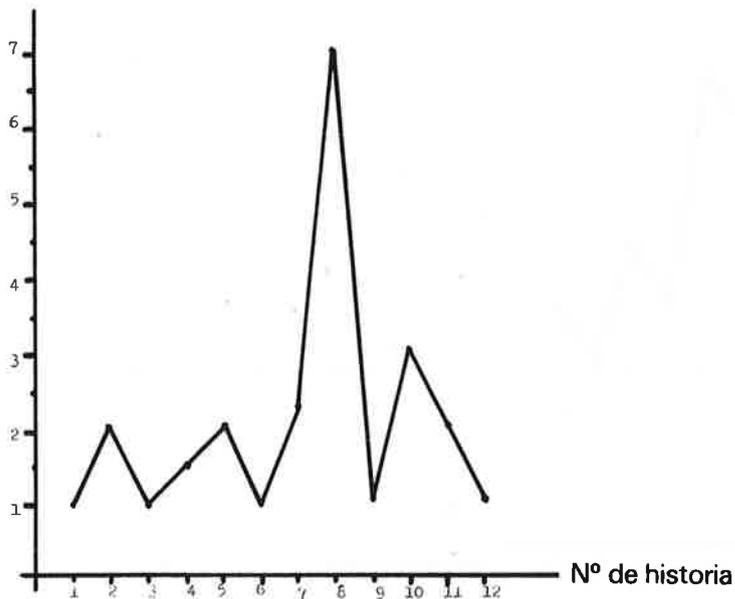
% de supervivencia



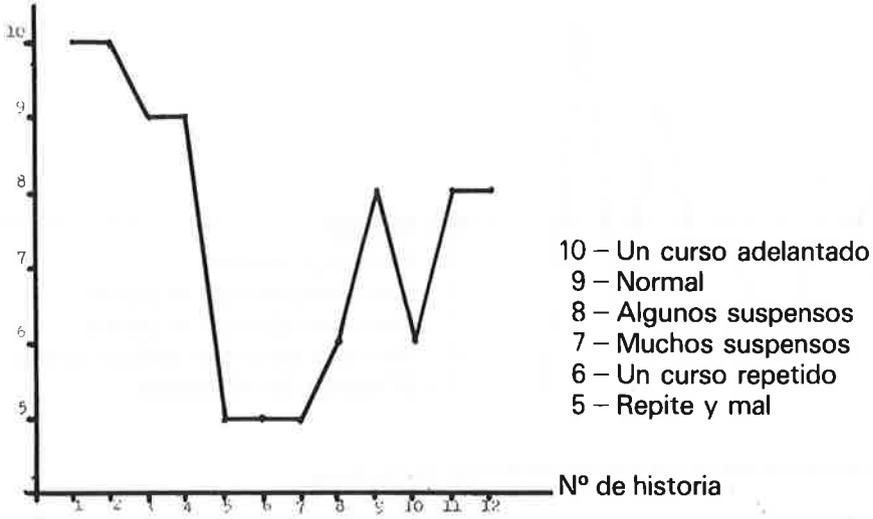
ASPECTO FISICO



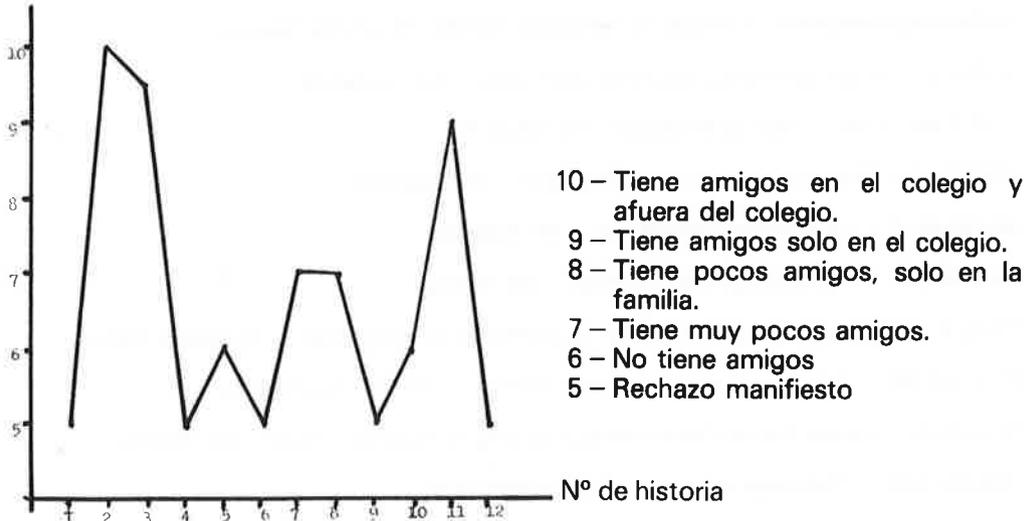
DURACION DEL TRATAMIENTO (AÑOS)



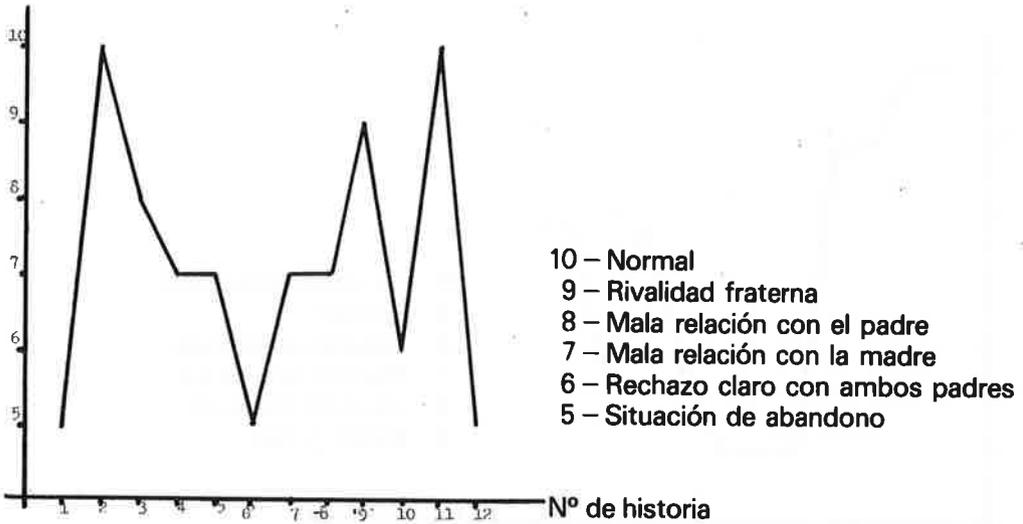
RETRASO ESCOLAR



ADAPTACION SOCIAL



ADAPTACION FAMILIAR



BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA - "Manual de Psiquiatría Infantil" - Ed. Torray-Mason.
- BOURGÈS. S. - "Test para el psicodiagnóstico infantil" - Ed. Cincel Kapelusz.
- BUSCHKE PARKER - "Radiation therapi in cancer manegement" - Ed. Guna and Statton.
- GLASSER-ZIMMERMAN - "WISC interpretación clínica de la escala de inteligencia de Wechsler para niños" - Ed. Tea.
- RATIOT-ALPHANDERY - "Tratado de psicología del niño" (6 vol.) Ed. Morata.
- KOPPITZ - "El test gúestáltico visomotor para niños" - Ed. guadalupe.
- LUIS FONT, J. M. - "Test de la familia" - Ed. Oikos Tau.
- ICHAEL, P. - "Tumors of infancy and childhood" - Ed. Lippincott.
- NAHOUM, C - "La entrevista psicológica" - Ed. Kapelusz
- NODERM, N - "Radiotherapy and oncology" - Ed. Deeley.
- PAIN, S - "Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje" - Ed. Nueva Visión.
- PICQ VAYER - "Edición psicomotriz y retraso mental" - Ed. Científico Médica.
- SULLIVAN - "Clinical Cancer Chemotherapy Including Ambulatory Infusión - Ed. Thomas.
- WILLIS, R. D. - "Pathology of tumors" - Ed. Butterworths.

ESTUDIO CLINICO

LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: APROXIMACION PARAMETRICO-EPIDEMIOLOGICA (BARCELONA).

Dres.: Gastaminza Pérez, X.; Alvarez Peña, M.; Venteo Méndez, M. P.; Tomás Vilaltella, J.

Hospital Infantil. Vall d'Hebrón. Barcelona.
Director: Prof. Angel Ballabriga

RESUMEN:

Se examinaron 85 casos de niños y adolescentes, estudiando sucesivamente: edad, sexo, CI, modalidad de la tentativa, presencia de los padres, relaciones de los padres, número de hermanos, lugar en la fratría, nivel socio-económico, desencadenante, número de tentativas, grado de afec-

tación clínica, fecha de la tentativa, y lugar de nacimiento y de residencia.

Palabras clave:

- Tentativa de suicidio. Infancia. Adolescencia.
- Attempted suicide. Children. Adolescent.

INTRODUCCION

Los suicidios y las tentativas de suicidio, en la infancia y adolescencia, han aumentado en las últimas décadas. Holinger (1) señala que en 1975, el índice de suicidios, entre los 15 y 19 años de edad, ha aumentado un 124% desde 1961. El suicidio en Estados Unidos, ha pasado de ser la cuarta causa de muerte, entre los 15 y 19 años, en 1969, a ocupar el tercer lugar en 1974 (2). En Francia, Davidson et Alter (3) encuentran en su estudio, desde 1936 a 1969, un aumento progresivo de las tasa de defunción por suicidio en los adolescentes, siendo la segunda causa de muerte después de los accidentes. Cerny (4) por su parte, refiere, un aumento de más del doble en los suicidios realizados por niños y adolescentes de 1954-1955 a 1964-1965.

Por otra parte, se ha de tener presente la infravaloración real existente en todos los estudios estadísticos del suicidio. El Centro para la Prevención del Suicidio de los Angeles estima que más del 50% de todos los suicidios son disimulados como accidentes (5). Hecho que probablemente sea mayor para los niños y adolescentes que para los adultos.

Este punto es resaltado por numerosos autores, como Duche (6) quien destaca como, especialmente los de los niños pequeños, son camuflados como accidentes. En este sentido existe un trabajo de Riquet —citado por Marcell (7)— que con un estudio estadístico comparativo concluye, encontrando una relación entre las muertes infantiles por suicidio y los accidentes.

Nos proponemos estudiar las tentativas de suicidio del adolescente y del niño sobre una muestra de 85 casos.

Concepto

El primero en emplear la palabra suicidio fue el Abate Desfontaines (1737) quien atendiéndose a su etimología (del latín: *sui*, de si mismo, y *caedere*, matar) lo definía como "meurtre de soimême".

Ahora bien tras y con la palabra suicidio, término de naturaleza descriptiva, se encuentran toda una serie de conductas suicidas variadas y diferentes. De aquí la dificultad de sistematizar una definición universal y la existencia de numerosas definiciones con distintos enfoques (sociológicos, psicopatológicos, antropológicos...) Como quiera que este aspecto sale de los objetivos de nuestro estudio, nos remitiremos a la revisión de Costa Molinari y colaboradores (8) y de Rojas (9) sobre este punto.

Nosotros como definiciones operativas utilizaremos las mismas que Duche (10)

Suicidio es la "muerte intencional de si mismo" (Baldwin)

Tentativa de suicidio: "suicidio errado, por diversas razones (medios inadecuados, intervención de otros, tratamiento eficaz...) (Schneider).

Material y método

Se han recogido 85 casos de niños y adolescentes que han hecho una tentativa de suicidio. El grupo está comprendido entre los 5 y los 20 años, encontrando 49 chicas (57,64%) y 36 chicos (42,35%), todos ellos residentes en la provincia de Barcelona menos uno (niña lla. residente en Torre del Mar Málaga).

Procedencia: 39 casos (45,9%) fueron atendidos por los facultativos del servicio de Paidopsiquiatría de la Clínica Infantil de la Residencia del Valle de Hebrón, y los restantes 46 casos (54,1%) proceden de otros 7 centros

hospitalarios (citados al final). En este sentido entre Diciembre de 1981 y Abril de 1982 se contactó personalmente con once centros hospitalarios que presumiblemente podían atender tentativas de suicidio infanto-juvenil. Contactando en cada centro, con todos los servicios que atendían las Urgencias y con los de Psiquiatría. En 73 casos (85,9%) se procedió a la recogida de datos revisando las historias clínicas o directamente por los autores en 12 casos (14,11%) fueron los propios Servicios los que rellenaron el protocolo.

Los 85 casos se dividieron en dos grupos, en función de la fecha de la tentativa.

1. Se agruparon las tentativas realizadas de Abril de 1981 a Marzo de 1982, siendo 38 casos (Muestra I, MI).

2. Con los casos anteriores al mes de Abril de 1981, 47 casos, se hizo otro grupo (Muestra II, MII).

Se hizo esta división inicialmente por considerar posible una diferencia de resultados entre los "últimos" casos recogidos en el plazo de un año (Abril-81 Marzo-82) frente a los "acumulados" con anterioridad, estudiándose en ambos grupos los mismos parámetros y correlaciones. (Anexo I). Utilizando finalmente esta división solo cuando se encontraron diferencias significativas ente las dos muestras.

RESULTADOS

Los 85 casos corresponden a 83 tentativas individuales y a un suicidio doble o pacto suicida (correspondiente a dos jóvenes de 13 años, una de las cuales perdió a su pareja, por lo que

hizo la tentativa, y su amiga la imitó "por solidaridad").

En cuanto a la incidencia no tenemos datos comparativos suficientes. De todas formas en la literatura revisada hemos encontrado una cierta concordancia. Así Mattson (11) encuentra que el 7% de las consultas de una clínica psiquiátrica infantil lo son por tentativas o amenazas serias, Lukianowichz (12) refiere un 8% y Leese la sitúa en un 10%. Por otra parte la conducta suicida es la causa única más frecuente de Urgencia Psiquiátrica Infanto-Juvenil con un frecuencia del 44% (11).

Examinaremos sucesivamente: Edad, sexo, nivel intelectual, procedimientos, medio familiar (padres, relaciones de los padres, conflictividad, fratría: nº hermanos, y lugar, nivel social) desencadenante, nº de tentativas, grado de afectación clínica, fecha de la tentativa, lugar de nacimiento y de residencia:

Tentativa de suicidio y edad

Se observa un aumento de incidencia con la edad, coincidiendo con otros trabajos (12, 14). Siendo la máxima incidencia a los 16 años. Duche (10) denomina a los 14-16 años momento fecundo para la tentativa de suicidio.

Encontramos en un 17,6% las tentativas en menores de 12 años cifra igual a la que da Toolan (5) y doble a la de Mattson (11). Es decir, las tentativas en la adolescencia son 4,7 veces más frecuentes que en la infancia.

De los 85 casos, 18 pertenecen a niños y 67 a adolescentes su distribución en función de la edad es la siguiente:

edad	n° de casos
5a.	3
6a.	2
7a.	3
8a.	2
9a.	2
10a.	0
11a.	3
12a.	3
13a.	10
14a.	10
15a.	5
16a.	17
17a.	8
18a.	3
19a.	6
20a.	8

Los rangos de las edades según las frecuencias observadas son los siguientes:

rango	edad	n° de casos
1°	16a.	17
2,5°	14a.	10
2,5°	13a.	10
4,5°	20a.	8
4,5°	17a.	8
6°	19a.	6
7°	15a.	5
10°	18a.	3
10°	12a.	3
10°	11a.	3
10°	7a.	3
14°	9a.	2
14°	6a.	2
16°	10a.	0

La representación gráfica (fig. 1) muestra una curva con una subida muy alta a los 16a. precedida de un ascenso rápido a los 18a. Similar a la hallada por Duche (6), coincidiendo por tanto en la diferenciación según la edad de 2 grupos: hasta 12a. y mayores de 13a.

TENTATIVA DE SUICIDIO Y SEXO

A. En las hembras.

De las 85 observaciones 49 son de chicas, es decir el 57,64% del total. Entre ellas encontramos a 4 niñas y a 45 adolescentes. Su distribución por edades es la siguiente:

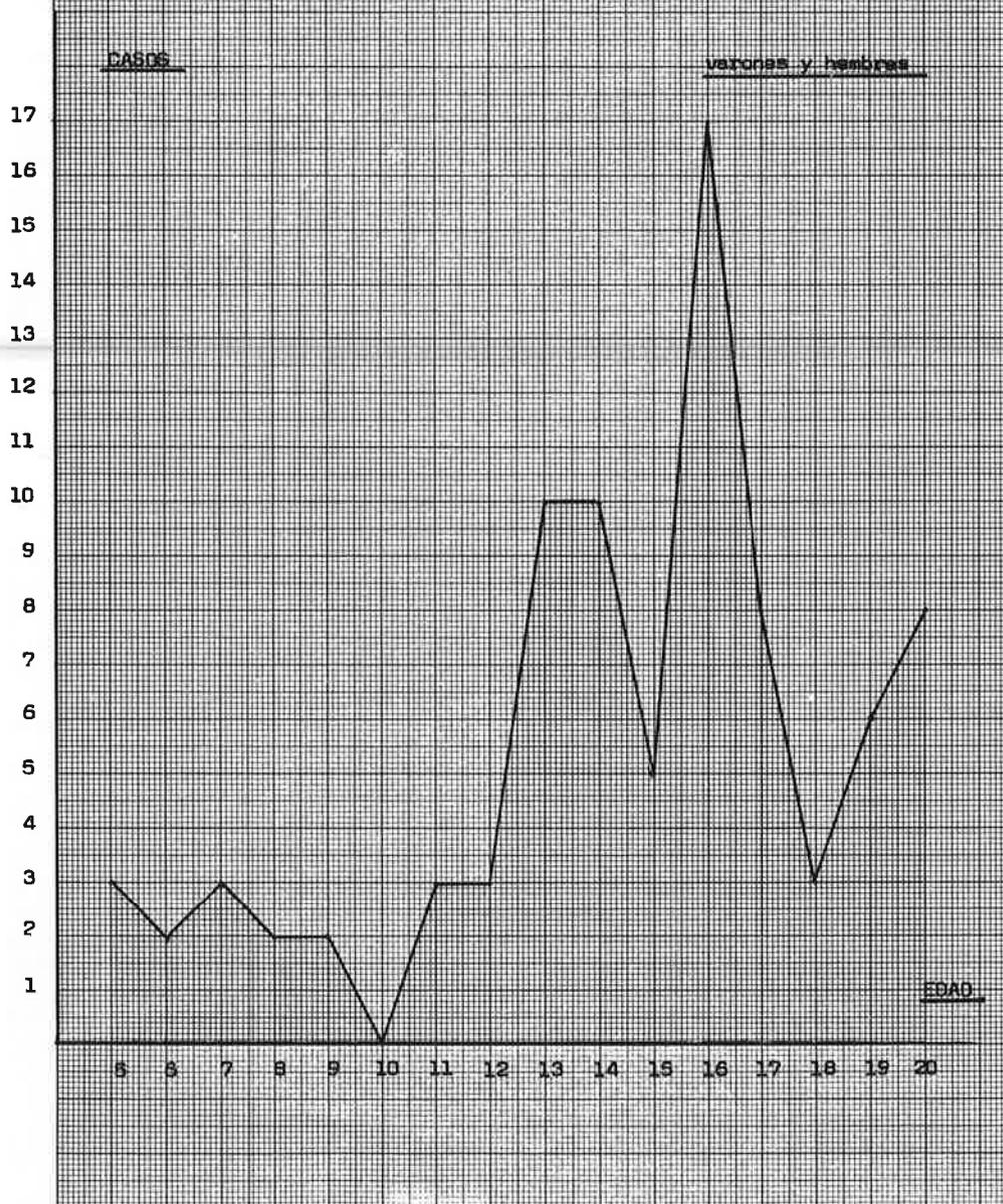
edad	n° de casos
8a.	1
9a.	1
10a.	0
11a.	2
12a.	0
13a.	9
14a.	6
15a.	4
16a.	13
17a.	2
18a.	1
19a.	5
20a.	5

B. En los varones.

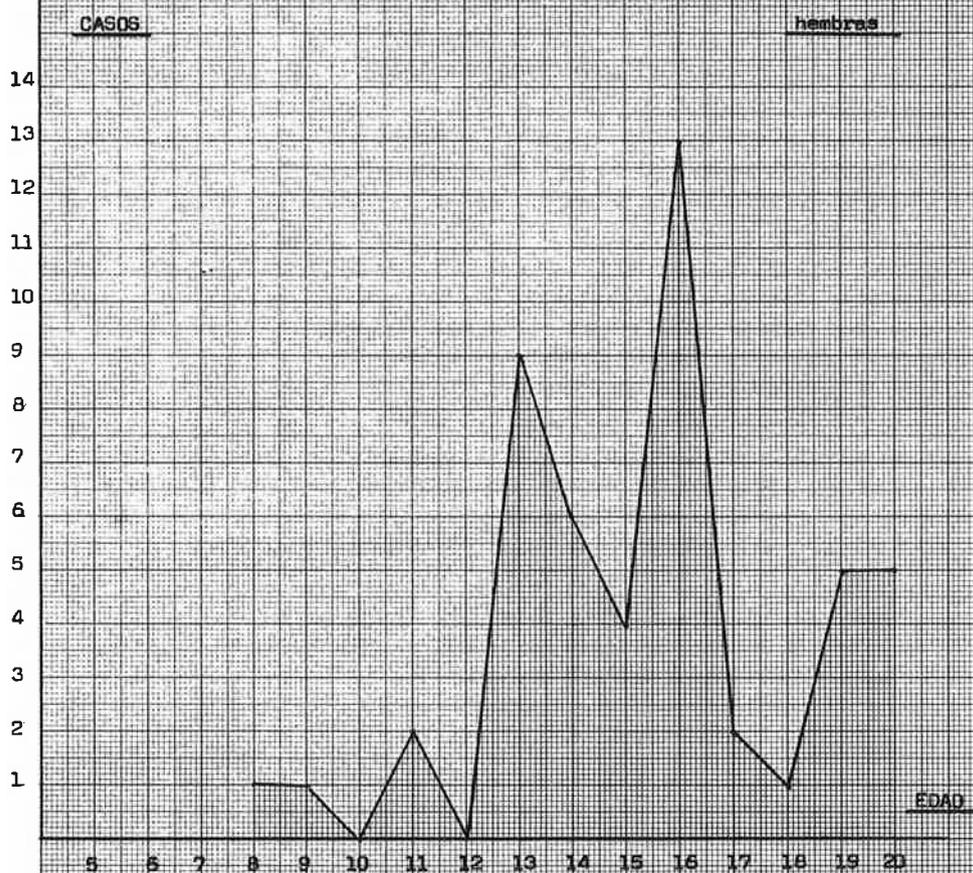
De las 85 observaciones, 36 son de varones, el 42,35% del total. Encontramos 14 niños y 22 adolescentes. Las frecuencias de casos se reparten así en función de la edad:

edad	n° de casos
5a.	3
6a.	2
7a.	3
8a.	1
9a.	1
10a.	0
11a.	1
12a.	3
13a.	1
14a.	4
15a.	1
16a.	4
17a.	6
18a.	2
19a.	1
20a.	3

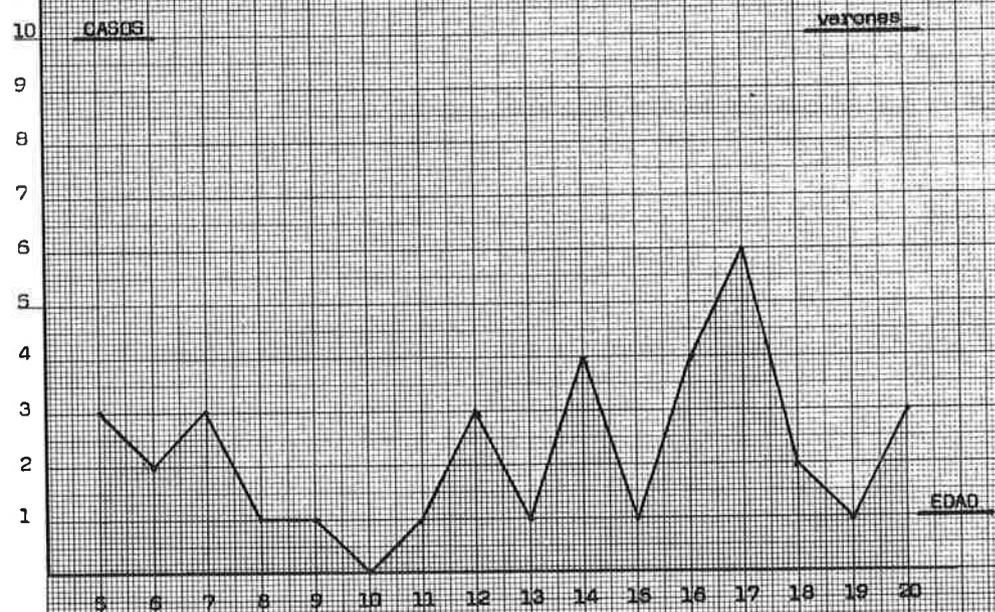
Tentativa de suicidio y edad (Fig. 1)



Tentativa de suicidio y sexo (FIG 2)



Intentos de suicidio y sexo (FIG. 3)



Globalmente existe una mayor proporción de tentativas en las chicas: 1,36 por cada chico. Proporción que varía al considerar separadamente infancia (hasta 12a.) y adolescencia. En efecto en la infancia predomina el sexo masculino: 2,75 varones por cada niña mientras que para los adolescentes la proporción se invierte, predominando el sexo femenino: 1,8 chicas por uno.

En ambos sexos las tentativas de suicidio son más frecuentes durante la adolescencia aunque en distinta proporción. Así en la chica las tentativas de suicidio son 11,2 veces más frecuentes en la adolescencia, mientras que en los chicos 1,5 veces más.

Resultados que están en las líneas de los distintos estudios estadísticos (4, 5, 6, 10, 15 y 16) aunque encuentran estas diferencias más acentuadas.

Por otro lado llama la atención como para las chicas no hay, en nuestra muestra ningún caso hasta los 8 años (1 caso), mientras que en los chicos tenemos ya a los 5 años tres casos (8 antes de los 8 años)

En cuanto a las representaciones gráficas siguen una distribución similar que, en las chicas se presenta, a partir de los 11 años como si fuera un año adelantada con respecto a la curva de los chicos.

TENTATIVA DE SUICIDIO Y C.I.

A. Niños

Se ha podido establecer el C.I. únicamente en 7 casos. Obtenemos una media $m = 95$, y una desviación tipo $s = 21,5$. Con un riesgo de error $\alpha = 0,05$ y $\gamma = 6$ podemos afirmar que esta muestra proviene de una población normal.

B. Adolescentes

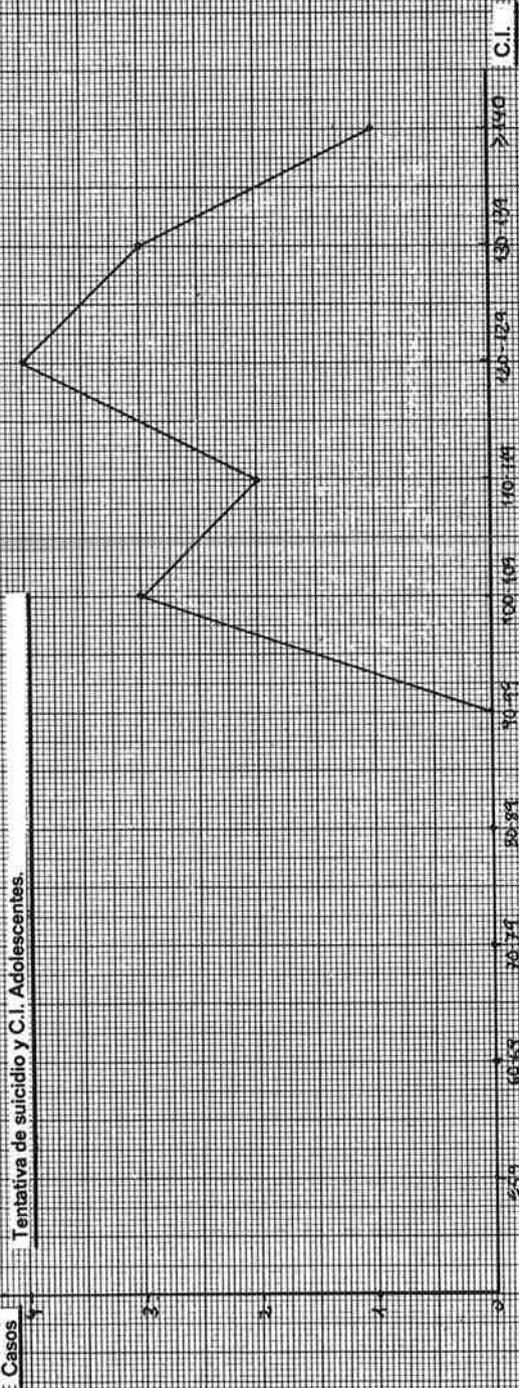
Poseemos el C.I. de 13 casos. Obtenemos una media $m = 121,3$ y una desviación tipo $s = 13,8$. Con un riesgo de error $\alpha = 0,05$ y $\gamma = 12$, no podemos afirmar que esta muestra proviene de una población normal, ya que existe una diferencia significativa entre los estadísticos obtenidos y los parámetros poblacionales.

Este resultado en los adolescentes no coincide con otros autores, quienes no encuentran nada en relación con el nivel intelectual (7, 13, 17) hallan unos valores correspondientes a una población encontrada al azar (10) tal como ocurre en nuestra muestra con los niños.

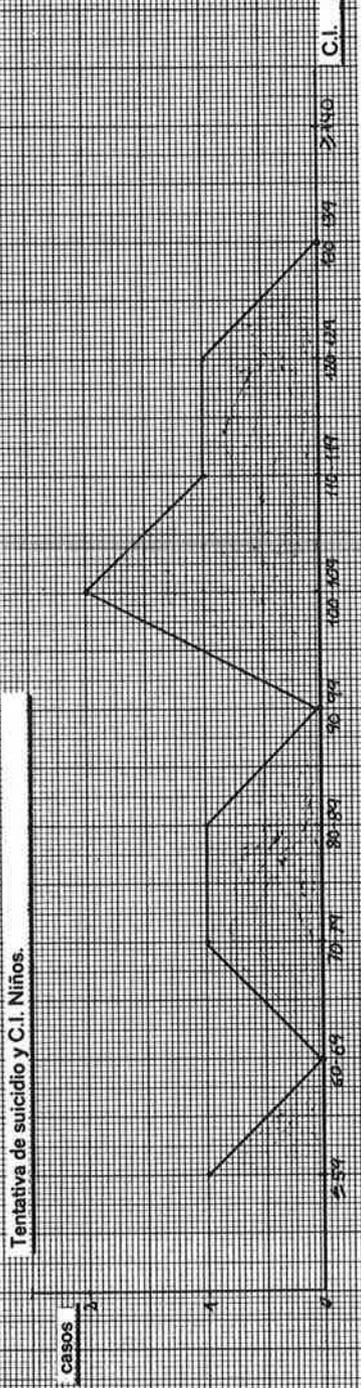
Esta divergencia posiblemente sea resultado del corto número de casos en que se determino el C.I. (Weschler).

Obteniéndose las siguientes representaciones gráficas (Fig. 4 y 5)

Tentativa de suicidio y C.I. Adolescentes.

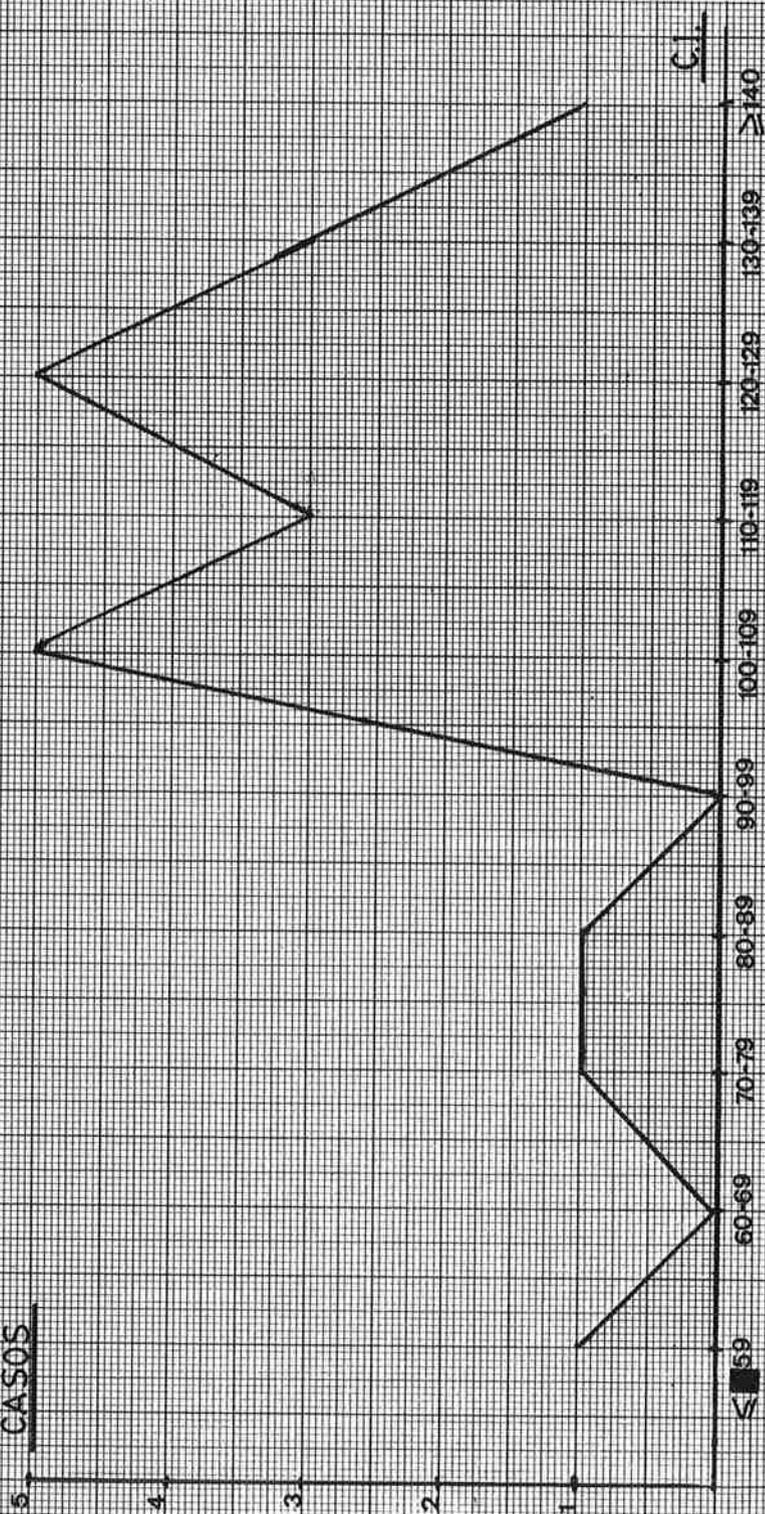


Tentativa de suicidio y C.I. Niños.



Tentativa de suicidio y C.I.

CASOS



MODALIDAD DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO

A. Niños

modalidad	casos	% de niños	% del total
Intoxicación	8	44,44	9,41
Precipitación desde alturas	4	22,22	4,70
Arma blanca	3	16,66	3,52
Varios métodos conjuntamente	1	5,55	1,77
Ahorcamiento	1	5,55	1,17
Desconocido	1	5,55	1,77
Gas	0	0	0

A. Adolescentes

modalidad	casos	% de adol.	% del total
Intoxicación	61	91,04	71,76
Precipitación desde alturas	3	4,47	3,52
Arma blanca	2	2,98	2,35
Gas	1	1,49	1,17
Varios	0	0	0
Ahorcamiento	0	0	0

La intoxicación es el método más utilizado tanto en niños como en adolescentes, aunque se encuentra en proporciones notablemente superiores en los segundos.

El uso de la intoxicación en función de la edad es el siguiente:

edad	varones	hembras	Total	% por edad
12a	3	0	3 de 3	100
13a	1	9	10 de 10	100
14a	4	6	10 de 10	100
15a	1	4	5 de 5	100
18a	2	1	3 de 3	100
16a	4	11	15 a 17	88,23
20a	2	5	7 de 8	87,50
19a	1	4	5 de 6	83,33

edad	varones	hembras	total	% por edad
19a	1	4	5 de 6	83,33
17a	4	2	6 de 8	75
11a	1	1	2 de 3	66,6
9a	0	1	1 de 2	50
8a	1	0	1 de 2	50
7a	1	0	1 de 3	33,3

Elementos usados en la intoxicación

A. Niños.

	casos	% niños	% del total
Hipoanalgésicos y analgésicos - antipiréticos	1	12,5	1,44
Neurolépticos y tranquilizantes	1	12,5	1,44
Parasimpaticomiméticos	1	12,5	1,44
Tuberculostáticos	1	12,5	1,44
Varios conjuntamente	2	25	2,89
Desconocido	2	25	2,89

B. Adolescentes

	casos	% adol.	% del total
Hipoanalgésicos y analgésicos - antipiréticos	18	29,50	26,08
Hipnóticos y sedantes	6	9,83	8,69
Neurolépticos y tranquilizantes	15	24,5	21,73
Antitusígenos	2	3,27	2,89
Varios conjuntamente	12	19,67	17,39
Otros	3	4,91	4,34
Desconocido	5	8,19	7,24

El segundo procedimiento más empleado es la Precipitación desde alturas. Su distribución es la siguiente:

edad	varones	hembras	total	% por edad
6a	2	0	2 de 2	100
11a	0	1	1 de 3	33,33
5a	1	0	1 de 3	33,33
19a	0	1	1 de 6	16,66
20a	1	0	1 de 8	12,50
17a	1	0	1 de 8	12,50

La tercera modalidad más empleada es el Arma blanca.

edad	varones	hembras	total	% por edad
7a	1	0	1 de 3	33,33
5a	1	0	1 de 3	33,33
8a	0	1	1 de 2	50
17a	1	0	1 de 8	12,50
16a	0	1	1 de 17	5,88

Las diferentes modalidades en función del sexo:

A. Niños.

Modalidad	varones	hembras	total
Intoxicación	6	2	8
Precipitación alturas	3	1	4
Arma blanca	2	1	3
Varios métodos conjuntamente	1	0	1
Ahorcamiento	1	0	1
Desconocido	1	0	1

B. Adolescentes.

Modalidad	varones	hembras	total
Intoxicación	19	42	61
Precipitación alturas	2	1	3
Arma blanca	1	1	2
Gas	0	1	1

La ingesta de tóxicos es el método más frecuentemente usado: 81,17%. Procedimiento más utilizado por las chicas: 44 (89,7%) que por los chicos 25 (69,4%). Es el método habitual en la adolescencia, el 91,4% de las tentativas del adolescentes utilizaron tóxicos mientras que solo lo utilizaron el 33,3% de los niños.

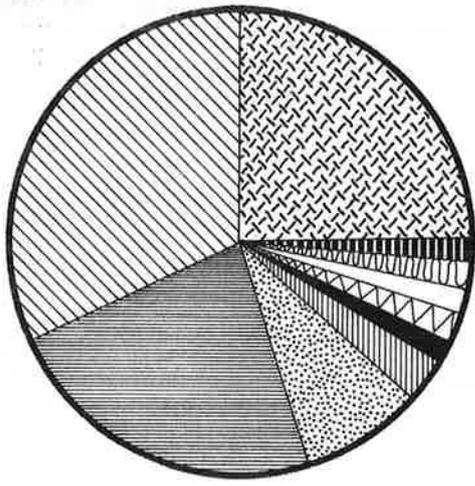
Los niños, a diferencia de los adolescentes, utilizan preferentemente métodos violentos el 66,6%. Aspecto ya observado por varios autores (18,7) señalando así Marcelli "como cuanto más joven es el niño más brutal violento y traumático es el método utilizado.

En cuanto a la tentativa de suicidio por medio de la intoxicación (ingesta de tóxicos) si hemos encontrado dife-

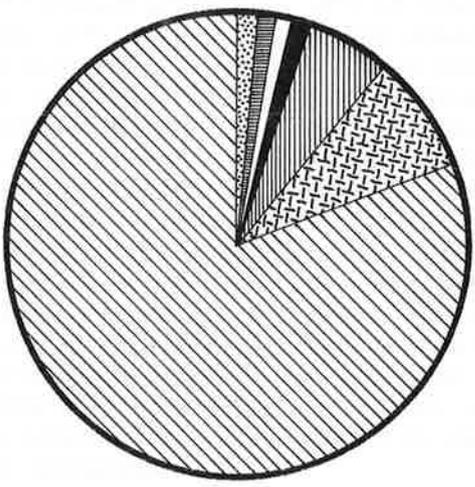
rencias significativas entre la Muestra I (MI) y la Muestra II (MII). En efecto, en la MI el 97,36% de las tentativas lo fueron por intoxicación (con un caso 2,63% por gas), mientras que en la Muestra II (MII) desciende al 68,08% (32 casos) el número de tentativas por ingesta de tóxicos. Diferencia que pensamos es consecuencia de varios distintos factores desde que la MI incluye una muestra importante "hospitalaria" que se fue a "buscar" hasta las variaciones modificaciones "con el dicurrir del tiempo (divulgaciones, cambios culturales,...) ya señalados por Luckianowicz (12). No encontrándose diferencias significativas en el resto.

Resultados que se expresan gráficamente en las figuras 6 y 7.

Elementos usados en la intoxicación



Modalidad de la tentativa de suicidio

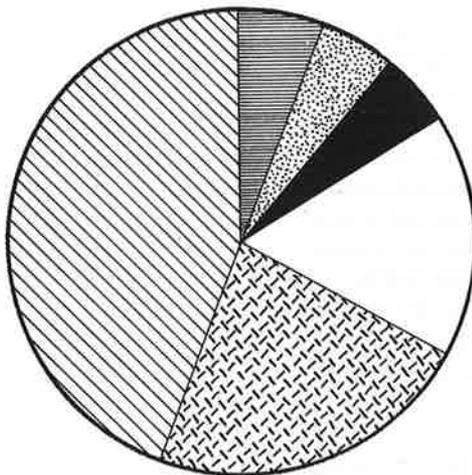


- ansiolíticos
- varios (mezcla)
- antibióticos
- antidepresivos
- hipnótico, no barbitúrico
- anticoicomial
- anfetaminas
- sedantes
- barbitúricos
- otros

- intoxicación
- ahorcamiento
- gas
- varios métodos conjuntamente
- otros
- armas blancas
- precipit. alturas

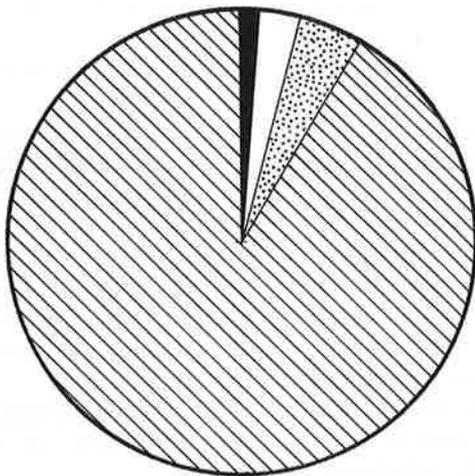
Modalidades de la tentativa de suicidio

Niños



- intoxicación
- precipit. alturas
- arma blanca
- varios métodos conjuntamente
- ahorcamiento
- desconocido

Adolescente



- intoxicación
- precipit. alturas
- arma blanca
- gas

MEDIO FAMILIAR

Son numerosos los trabajos que se refieren a este aspecto resaltando su importancia. Así Leese (13) encuentra en su casuística un 65% de casos con "broken houses", Mattson (11) halla en un 54,6% de niños con conducta suicida han tenido experiencia de pérdida de uno o ambos padres. Otros autores dan otras cifras: familia disociada en un 48,9% (3), en un tercio (14) familia inestable (divorciada o separada) en 2/3. Hallazgos con los que se plantea diversas hipótesis, observaciones y análisis dinámicos como en (12, 5, 10) hablándose del rol de los padres (20) o incluso de "inducción de los padres" tras la conducta suicida (21).

Dentro de este apartado estudiaremos: personas con las que convive, relaciones entre los padres, conflictividad en el ambiente, número de elementos que constituyen la familia y lugar que ocupa en ella.

Personas con las que convive

No se tienen datos de las personas con las que convive el chico en 34 casos (40% del total).

En el 78,4% viven con los dos padres, resultado elevado de la situación real, puntual, en el momento de la tentativa, pero no revelador de las posibles experiencias vivenciales o sentimientos de pérdida experimentados. Destaca la comparativamente alta frecuencia de adolescentes femeninas que viven con un solo padre 9,8%.

La distribución de los 51 niños restantes, en función de las personas que conviven con ellos es la siguiente tabla (Tabla 1)

Relaciones matrimoniales de los padres

Tenemos datos suficientes en 37 casos, o sea el 43,52% del total.

Mostrando unas relaciones alteradas en un 89,1%; siendo inexistentes en un 29,72%.

La distribución de los resultados viene en la Tabla II.

Conflictividad en el ambiente

No disponemos de suficientes datos en 36 casos (42,35% del total).

Se encuentra un ambiente conflictivo en un 91,83%. Presentando la mayor frecuencia de conflictividad en la infancia los varones (22,44%), mientras que son las chicas en la adolescencia las que presentan la mayor frecuencia.

La Tabla III expresa la distribución de los 49 casos de que disponemos datos.

TABLA I**Personas que conviven con el niño**

	niños			
	o		o	
	casos	%	casos	%
vive con los dos padres	8	15,6	1	1,96
vive con un padre	3	5,88	1	1,96
no vive con ninguno	1	1,96	0	0

	adolescentes			
	o		o	
	casos	%	casos	%
vive con los dos padres	12	23,5	19	37,2
vive con un padre	0	0	5	9,8
no vive con ninguno	1	1,96	0	0

total

casos	%
40	78,43
9	17,64
2	3,92

TABLA II

Relaciones matrimoniales de los padres

	niños			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
armónicas	1	2,7	0	0
alteradas	7	18,9	0	0
inexistentes	6	16,2	0	0

	adolescentes			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
armónicas	2	5,4	1	2,7
alteradas	7	18,9	8	21,6
inexistentes	1	2,7	4	10,8

total	
4	10,8
22	59,45
11	29,72

TABLA III

Ambiente

	niños			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
conflictivo	11	22,44	2	4,08
no conflictivo	1	2,04	0	0

	adolescentes			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
conflictivo	10	20,04	22	44,89
no conflictivo	2	4,08	1	2,04

total	
casos	%
45	91,83
4	8,16

FRATRÍA

Conocemos la fratria en 54 casos, el 63,53% del total.

nº de hermanos	varones	hembras	total
1	2	1	3
2	17	10	27
3	4	5	9
4	2	5	7
5	2	1	3
6	1	1	2
7	1	0	1
8	0	2	2

LUGAR EN LA FRATRÍA:

	nº de casos	%
hijos únicos	3	5,55
primogénitos	22	40,74
benjamines	19	35,18
posición intermedia	10	18,51

NIÑOS

Conocemos la fratria de 17 niños, su distribución es la siguiente:

nº de hermanos	varones	hembras	total
1	1	0	1
2	10	1	11
3	1	1	2
4	0	0	0
5	1	0	1
6	1	0	1
7	0	0	0
8	0	1	1

	nº de casos	% niños	% del total
hijos únicos	1	5,88	1,85
primogénitos	6	35,29	11,11
benjamines	10	58,82	18,51
posición intermedia	0	0	0

ADOLESCENTES

Conocemos la fratria de 37 adolescentes, se distribuyen asi:

nº de hermanos	varones	hembras	total
		1	1
		2	
2	7	9	16
3	3	4	7
4	2	5	7
5	1	1	2
6	0	1	1
7	1	0	1
8	0	1	1

	nº de casos	% adol.	% del total
hijos únicos	2	5,4	3,07
primogénitos	16	43,24	29,62
benjamines	9	24,32	16,66
posición intermedia	10	27,07	18,51

Siendo así lo más frecuente (50%) ser dos hermanos (tanto en la infancia como en la adolescencia), no coincidiendo con la opinión de Marcelli, quien señala la predominancia de las familias numerosas (7), ni con la idea de mayor incidencia en los hijos únicos. Siendo los resultados similares a los obtenidos por Duche (10).

Por otra parte se recoge un ligero predominio global de primogénitos (40,7%) seguido a continuación (35,1%) de los benjamines.

Predominio de primogénitos que si bien no ratifica la "desproporcionada representación de los primogénitos" que encuentra Toolan (5) tampoco la contraría como Duche. (10), quien sólo encuentra un 18% de primogénitos. Este predominio desaparece en la infancia, donde son más frecuentes los hijos menores (58,8%) y aumenta en la adolescencia.

TENTATIVA DE SUICIDIO Y CLASE SOCIAL

Conocemos la clase social a la que pertenecen 7 niños, su distribución es la siguiente:

clase	varones	hembras	total	% niños	% del total
alta	0	1	1	14,28	3,57
media	0	1	1	14,28	3,57
obrera	5	0	5	71,42	17,85

En 21 adolescentes sabemos a la clase social a la que pertenecen, se distribuyen así:

clase	varones	hembras	total	% adol.	% del total
alta	3	2	5	23,8	17,85
media	0	2	2	9,85	7,14
obrera	4	10	14	66,66	50,00

TENTATIVA DE SUICIDIO Y CLASE SOCIAL (Datos agrupados)

Desconocemos la clase social a la que pertenecen 59 sujetos, el 69,41% del total. Los 26 casos conocidos se distribuyen así:

clase	nº de casos	%
alta	6	23,07
media	3	11,53
obrera	17	65,38

Siendo la más frecuente la clase obrera. Cerny (4) y Lukiamowicz (12) obtienen resultados similares.

DESENCADENANTE

Desconocemos el motivo aparente del acto suicida en 6 niños, el 33,33 del total. Los desencadenantes de los casos conocidos son:

desencadenantes	casos	%
problemas familiares	7	58,33
dificultades escolares	3	25
otras causas	2	16,66

No sabemos cual fue el desencadenante del intento de suicidio de 19 adolescentes, el 28,35% del total. Los motivos aparentes conocidos son los siguientes:

desencadenantes	casos	%
problemas familiares	15	31,25
pérdida de pareja	14	29,16
dificultades escolares	5	10,41
problemas laborales	1	2,08
otras causas	13	27,08

Resultados, que con algunas oscilaciones en las cifras, son bastantes coincidentes con los diversos autores consultados.

Hablamos de causas desencadenantes por cuanto son sólo precipitantes. Innumerables desencadenantes que, frecuentemente, tienen el tema común de la pérdida, privación, y rechazo o en el miedo a la pérdida y rechazo.

Observándose diferencias entre la infancia y la adolescencia. En los niños la causa más frecuente es un conflicto agudo entre el niño y las figuras parentales, seguido a distancia de las dificultades escolares. Mientras que en el adolescente en aproximadamente 2/3 se relaciona con problemática de pérdida de su pareja.

NUMERO DE TENTATIVA

Conocemos el número de tentativas efectuadas por 14 niños, su distribución es la que sigue:

	varones	hembras	total	% niños	% del total
una tentativa	9	1	10	71,4	21,73
dos tentativas	1	1	2	14,2	4,34
más de dos tent.	1	1	2	14,2	4,34

También sabemos el número de tentativas que han efectuado 32 adolescentes.

	varones	hembras	total	% adol.	% del total
una tentativa	9	15	24	75	52,17
dos tentativas	3	3	6	18,75	13,04
más de dos tentat.	1	1	2	6,25	4,34

NUMERO DE TENTATIVAS (Datos agrupados)

Conocemos el número de tentativas efectuadas por 46 sujetos, el 54,11 % del total.

	varones	hembras	total	%
una tentativa	18	16	34	73,9
dos tentativas	4	4	8	17,39
más de dos tent.	2	2	4	8,69

Aspecto este de interés por su valor pronóstico. Presentando una reincidencia en el 26%. Cifra de por sí suficientemente significativa. Resultado similar a los presentados por Leese (13) y menor al publicado por Crumley (17) para adolescentes: 40%.

Repeticiones en las que suele usar el mismo método.

GRADO DE AFECTACION CLINICA

En los niños la distribución del grado de afectación clínica es el siguiente:

	varones	hembras	total
sin afectación	6	1	7
leve	10	2	12
grave	0	0	0
muy grave	0	1	0
mortal	0	0	0

N Los adolescentes obtienen la siguiente distribución respecto al grado de afectación clínica:

	varones	hembras	total
sin afectación	0	0	0
leve	14	21	35
grave	2	2	4
muy grave	0	2	2
mortal	2	1	3

GRADO DE AFECTACION CLINICA (Datos agrupados)

Desconocemos el grado de afectación clínica de 21 sujetos, el 24,7 % del total. Los 64 casos conocidos tienen la siguiente distribución:

grado de afectación	nº de casos	%
sin afectación	7	10,93
leve	47	73,43
grave	4	6,25
muy grave	3	4,68
mortal	3	4,68

En el 84,1% el grado de severidad es ligero, resultando similar al de Barter (19): 86%. Destacando en la infancia un solo caso severo: muy grave.

FECHA DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO

año	nº de casos
1982	27
1981	12
1980	11
1979	6
1978	4
1977	2
1976	7
desconocido	16

mes	nº de casos
1	13
2	13
3	7
4	1
5	4
6	5
7	3
8	2
9	1
10	4
11	3
12	6
desconocido	23

día mes	nº de casos
1	2
2	2
3	3
4	2
5	4
6	1
8	3
9	2
10	5
12	2
15	4
16	4
17	1
18	2
19	3
20	4
21	2

24	1
26	1
27	1
28	1
29	1
30	2
31	1
desconocido	31

día semana	nº de casos
Lunes	9
Martes	11
Miércoles	12
Jueves	5
Viernes	6
Sábado	4
Domingo	2
desconocidos	27

hora	nº de casos
0-3	4
4-7	0
8-11	6
12-15	3
16-19	11
20-23	12
desconocidos	48

Vistos los resultados podríamos esbozar lo que sería la fecha más frecuente, esto es: un día laborable (coincidiendo con los estudios de Davidson y Mattson 3 y 11), preferentemente Martes o Miércoles, de las 16 a las 23 horas. Pudiendo señalar los días 10, 15, 16, 20 y 4 como los de mayor incidencia.

En cuanto a los meses del año si se obtiene una diferencia significativa entre la Muestra I y la Muestra II. Obteniéndose una mayor incidencia en los meses que con mayor intensidad se desarrolló la recogida multicéntrica de datos: Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero. Es por ello que en este apartado incluimos los resultados de la muestra II.

TENTATIVA DE SUICIDIO Y FECHA. (MUESTRA II)

Mes

A. Niños.

mes	varones	hembras	total	% niños	% del total
1	1	0	1	11,11	3,84
2	0	1	1	11,11	3,84
3	0	1	1	11,11	3,84
4	0	0	0	0	0
5	1	0	1	11,11	3,84
6	2	1	3	33,33	11,53
7	1	0	1	11,11	3,84
8	1	0	1	11,11	3,84
9	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0

B. Adolescentes

mes	varones	hembras	total	% adol.	% del total
1	0	1	1	5,88	3,84
2	0	2	2	11,76	7,69
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	1	1	2	11,76	7,69
6	0	2	2	11,76	7,69
7	0	1	1	5,88	3,84
8	0	0	0	0	0
9	0	1	1	5,88	3,84
10	1	2	3	17,64	11,53
11	1	0	1	5,88	3,84
12	2	2	4	23,52	15,38

día del mes

A. Niños.

	varones	hembras	total	% niños	% del total
1-5	0	1	1	50	6,66
6-10	0	0	0	0	0
11-15	0	0	0	0	0
16-20	1	0	1	50	6,66
21-25	0	0	0	0	0
26-31	0	0	0	0	0

B. Adolescentes.

	varones	hembras	total	% adol.	% del total
1-5	0	3	3	23,07	20
6-10	0	3	3	23,07	20
11-15	1	0	1	7,69	6,66
16-20	2	1	3	23,07	20
21-35	0	1	1	7,69	6,66
26-31	1	1	2	15,38	13,33

día semana

A. Niños.

Sólo conocemos el día de la semana del intento de suicidio de un niño y de una niña, y ambos se efectuaron en Miércoles.

B. Adolescentes

	varones	hembras	total	% adol.	% del total
Lunes	0	3	3	30	25
Martes	1	1	2	20	16,66
Miercoles	0	1	1	10	8,33
Jueves	1	0	1	10	8,33
Viernes	1	0	1	10	8,33
Sábado	0	2	2	20	16,66
Domingo	0	0	0	0	0

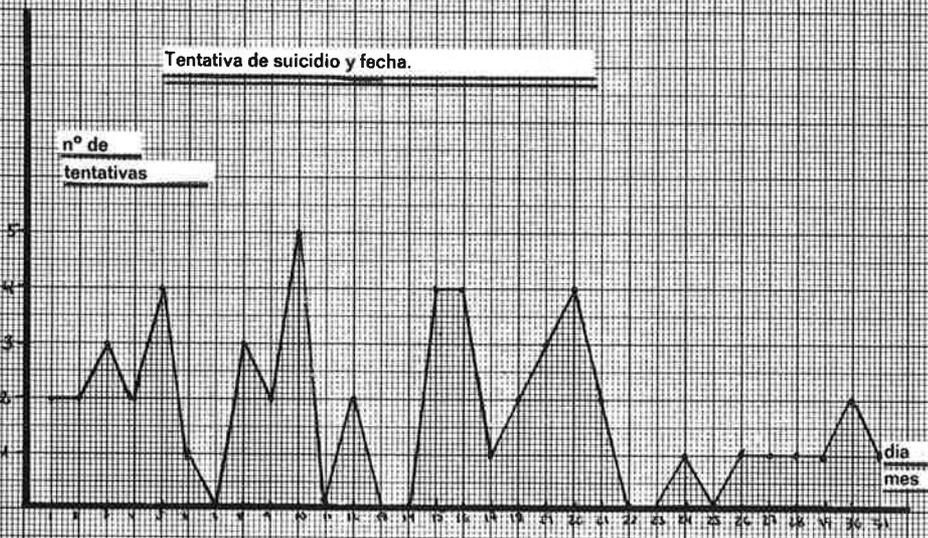
Hora.

Únicamente conocemos la hora a la cual se efectuó el intento de suicidio en 5 casos, son los siguientes:

hora	edad	sexo
2	13a	hembra
2	13a	hembra
12	13a	varón
20	14a	hembra
22	13a	hembra

Tentativa de suicidio y fecha.

n° de tentativas



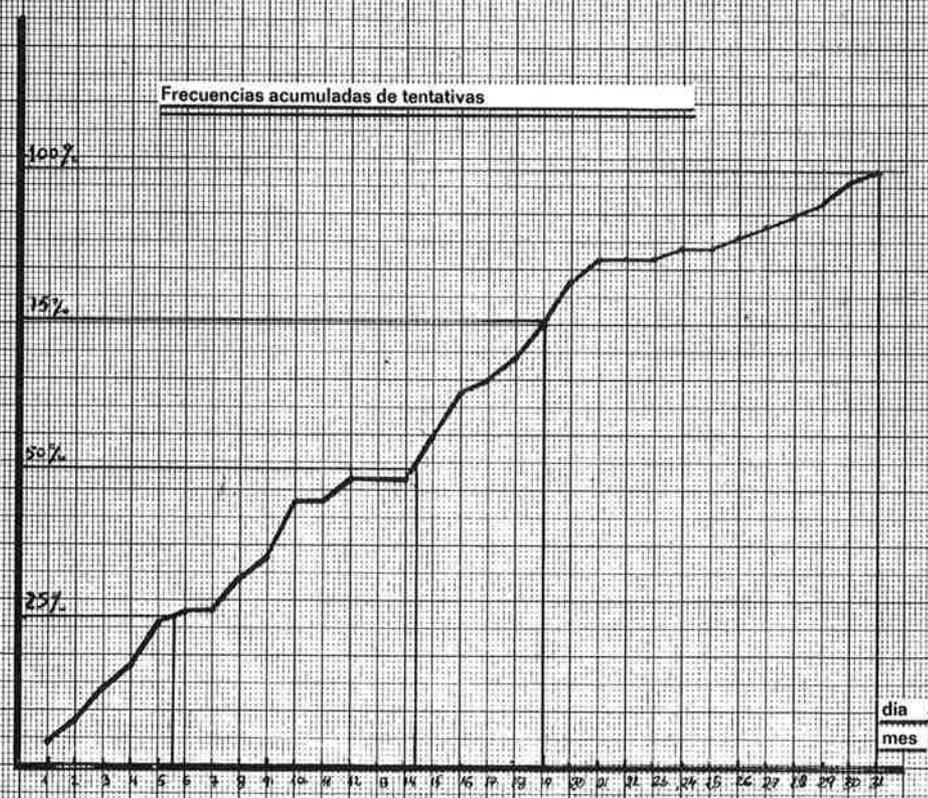
Frecuencias acumuladas de tentativas

100%

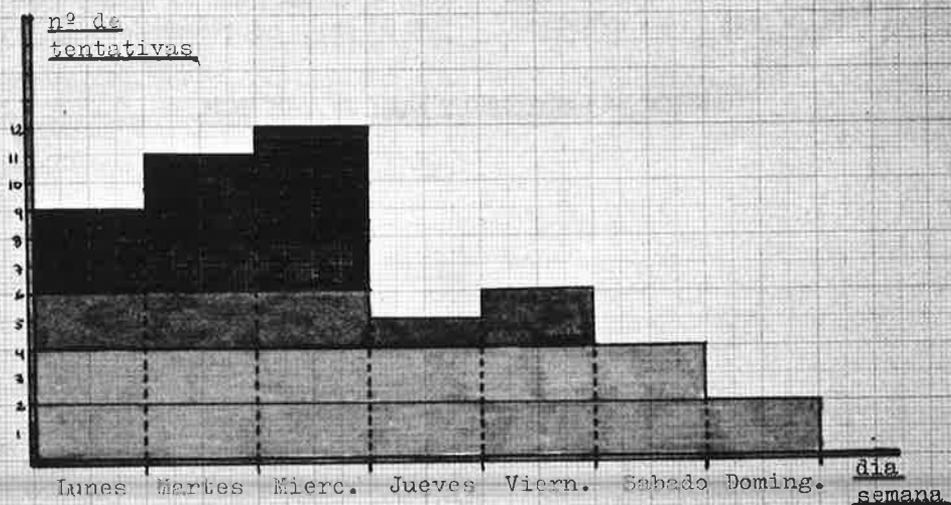
75%

50%

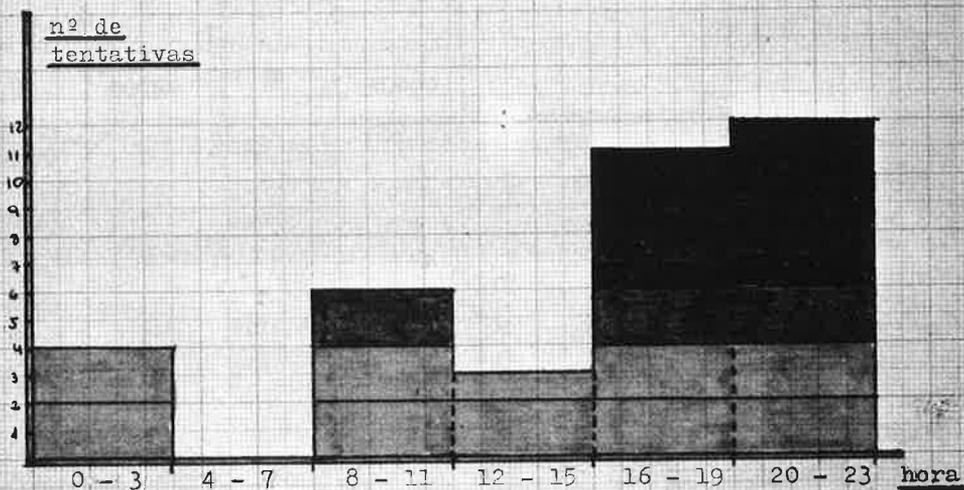
25%



Tentativa de suicidio y fecha



Tentativa de suicidio y hora



LUGAR DE NACIMIENTO Y LUGAR DE RESIDENCIA

Finalmente se introdujo este parámetro tras encontrar en la literatura revisada el traslado (cambio) de lugar como un factor más en las tentativas,

planteándonos la posible influencia de la inmigración, no confirmada por los resultados.

Desconocemos el lugar de nacimiento y de residencia de 54 sujetos, el 36, 47% del total. La distribución de los 31 casos conocidos es la siguiente:

Lugar de nacimiento y lugar de residencia

	niños			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
mismo lugar	1	3,22	5	16,12
distinto lugar	1	3,22	1	3,22

	adolescentes			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
mismo lugar	7	22,58	6	19,35
distinto lugar	2	6,45	8	25,80

total	
casos	%
19	61,29
12	38,70

CONCLUSIONES

La frecuencia aumenta con la edad siendo la mayor a los 16 años.

Las tentativas son más frecuentes en la adolescencia (4,7) veces, con mayor proporción en las chicas (11,2) que en los chicos (1,5).

Las tentativas en la infancia muestran un predominio masculino (2,5/1), mientras que en la adolescencia predomina el sexo femenino (1,8/1).

El método más habitual en la infancia no difiere de la población normal, siendo en la adolescencia ligeramente superior.

El método más habitual es la ingesta de tóxicos, con un mayor índice en la adolescencia y en las chicas. Observándose, desde 1976 una tendencia al aumento en la utilización de este método.

En la infancia predominan los métodos violentos (66,6%).

Para los dos grupos, infancia y adolescencia, el segundo método más empleado es la precipitación desde alturas, siendo el tercero el arma blanca.

Habitualmente (78,4%) los chicos que realizan una tentativa convienen con sus dos padres, quienes con frecuencia (89,1%) mantienen unas relaciones matrimoniales alteradas o inexistentes, siendo el ambiente familiar conflictivo en un 91,83%.

Predominan las fratrias de dos hermanos, siendo las tentativas en la adolescencia ligeramente más numerosas en los primogénitos (40,7%), seguidos a continuación de los benjamines (35,1%), mientras que en la infancia priman los hijos menores (58,8%).

Se presentan más casos en el nivel socio-económico obrero.

En el niño generalmente el desencadenante es un conflicto agudo con las figuras parentales, encontrándose en

segundo lugar las dificultades escolares.

En el adolescente el desencadenante más frecuente (2/3) es la problemática de pérdida (padres o pareja), ocupando el tercer lugar las dificultades escolares.

En el 26% se presentó por lo menos una segunda tentativa.

El grado de severidad (grado de afectación clínica) de la tentativa es ligero en la mayoría de los casos (84,1%)

Las tentativas se presentan con mayor frecuencia los días laborales preferentemente Martes o Miércoles, de las 16 a las 23 horas. Siendo los días 10, 15, 16, 20 y 4 los de mayor incidencia.

No se obtienen resultados significativos en cuanto a la inmigración.

Se observan numerosas diferencias entre las tentativas en la infancia y las de la adolescencia considerando por ello los intentos de suicidio en el niño de características distintas de los intentos de suicidio del adolescente.

AGRADECIMIENTOS

No podemos terminar sin poner de manifiesto nuestro agradecimiento a las personas y centros que colaboraron en el estudio: Dr. Bosch y Dra. Zuesnabar (Dpto. de Pediatría del Hospital General de Granollers), Dr. García Pelleiro (Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Mar), Dr. Planas (Hospital Municipal de Badalona), Dr. Pou (Servicio de Urgencias del Hospital de San Juan de Dios), Dr. Nadal (Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de San Pablo), Dr. Fernández (Residencia General de la Ciudad Sanitaria del Valle Hebrón), Dra. Torras y Dr. Córdoba (Servicios de Psiquiatría de la Cruz Roja), Dr. Verdiell (Servicio de Urgencia de la Residencia Príncipes de España), Dr. Martí-Tusquets (Instituto Frenopático).

ANEXO I

DECISION ESTADISTICA MUESTRAS 1 y 2

$$p = 0,05$$

Tentativas de suicidio y edad

$$\gamma = 5 \quad \chi^2 = 11,05 < 11,1 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Tentativas de suicidio y sexo.

Varones

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 3,83 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Hembras

$$\gamma = 2 \quad \chi^2 = 5,45 < 5,99 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Frecuencia del uso de la intoxicación como modalidad.

$$\gamma = \quad \chi^2 = 11,79 > 3,84 \quad \text{Existe diferencia significativa.}$$

Niños que viven con los dos padres.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,69 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Alteración de las relaciones matrimoniales de los padres.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,31 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Fratría.

$$\gamma = 2 \quad \chi^2 = 2,59 < 5,99 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Desencadenantes.

$$\gamma = 3 \quad \chi^2 = 0,066 < 7,81 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Nº de tentativas.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,117 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Fecha.

Mes.

$$\gamma = 2 \quad \chi^2 = 16,87 > 5,99 \quad \text{Existe diferencia significativa.}$$

Día del mes.

$$\gamma = 3 \quad \chi^2 = 4,37 < 7,81 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Día de la semana.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,26 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Tentativa de suicidio y clase social.

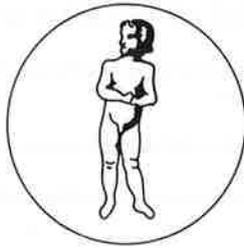
$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 1,17 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Lugar de nacimiento y lugar de residencia.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,246 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

BIBLIOGRAFIA

1. Holinger, CP: Adolescent suicide: An epidemiological study of recent trends. *Am. J. Psychiatr y* 135: 754-756, 1978.
2. Murphy, GK: Sudden in adolescents. *Pediatrics*, 61: 204-210, 1978.
3. Davidson F. et alter: Suicide among adolescents: A medical-social report of 139 who attempted suicide. *Hygiene Mentale* 1972 Jul Vol. 61 (1) 1-32.
4. Cerny, L.: Suicides in children and adolescents in Czechoslovakia. *Acta Paedopsychiatrica* 1968 35 (11-12) 380-388.
5. Tooland J.M.: Suicide in children and adolescents. *Am. J. of Psychotherapy* 1975 Jul Vol. 29 (3) 339-344.
6. Duche, D.J.: Suicides et tentatives de suicide de l'enfant. *Acta Paedopsychiatrica*. 1978. Vol. 43 (5-9) 209-211.
7. Marcelli, D. Les tentatives de suicide de l'enfant. Aspect statistique et epidemiologique general. *Acta Paedopsychiatrica*. 1978. Vol. 43 (5-9) 213-221.
8. Costa i Molinari et alter. El Suicidi. *Monografies Mediques*, 15 Academia de Ciencies Mediques de Catalunya y de Balears.
9. Rojas, E.: Estudios sobre el suicidio. Ed. Salvat. Barcelona 1978.
10. Duche, D.J.: Attempted suicide in the children and adolescent. *Acta Paedopsychiatrica*. 1968 35 (11-12) 345-373.
11. Mattsson, A. et alter. Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. Clinical characteristics and follow-up results. *Archives of General Psychiatry* 1969 20 (1) 100-109.
12. Lukiamowicz, N. Attempted suicide in children. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1969 Vol. 44 (4) 415-435.
13. Leese, S.M. Suicide behavior in twenty adolescents. *British J. Of Psychiatry* 1969 115 (521) 478-480
14. Renschmidt, H. Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Acta Paedopsychiatrica*. 1978 Vol. 43 (5-9) 197-208.
15. Geraud, J. et alter. Adolescence and attempted suicide. *Acta Paedopsychiatrica*. 1968. 35 (11-12) 376-380.
16. Schut, A. Some typical patterns in the behaviour and background of adolescent girls who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry* 1968. 125 (1) 69-74
17. Crumley F.E. Adolescent suicide attempts. *JAMA* 1979 Vol. 241 (22) 2404-2407.
18. Mouren, M.C. Soulayrol R. La depression chez l'enfant: Aspects cliniques et psychopathologiques. *Ann. Medico-Psychol. Fra.* 1978 Vol. 136 (10) 1147-1165.
19. Barter, James T. et alter. Adolescent suicide attempts: A followup study off hospitalized patients. *Archives of General Psychiatry* 1968 19 (5) 523-527.
20. Friedman Maurice et alter: Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research proyect. *Internacional Journal of Psycho-Analysis* 1972 Vol. 53 (2) 179-183.
21. Sabbatch J.C.: The role of the parents in adolescent suicidal behavior. *Acta Paedopsychiatrica* 1971 Jul Vol. 38 (7-8) 211-220.



Las normas de publicación serán las reconocidas internacionalmente, y vienen detalladas a continuación:

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de redacción.
- 2) Los originales se presentarán por duplicado, (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse en el orden que se citan:
 - a) Título original
 - b) Inicial del nombre y apellidos del autor o autores
 - c) Nombre del Centro de trabajo y población
 - d) Fecha de envío
 - e) Dirección del primer firmante
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.

- 4) **Resumen:** se entregarán en una hoja a parte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) **Extensión de los trabajos:** los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión máxima de 5 folios. En los artículos originales o en las revisiones no se aconseja extensión alguna.
- 6) **Fotografías:** el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se numerarán, indicando la parte superior con una fecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.
- 7) **Tablas:** todas ellas deben estar numeradas independientemente con números romanos y contener el correspondiente título.
- 8) **Bibliografía:** las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:
 - a) Apellidos e inicial del nombre de los autores
 - b) Título del trabajo en la lengua original
 - c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional
 - d) Número del volumen, página y año.
- 9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc. que se efectúen en las sesiones de Sociedad serán publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o en su defecto se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de 7 días después de haber tenido lugar la Sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para Sección correspondiente.
- 10) La Sección de Casos Clínicos y Notas Breves puede contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas.
- 11) La Sección de actos societarios podrán contener notas relativas a artículos publicados con anterioridad o asuntos de interés general. En el primer caso podrá contener crítica científica o datos personales y la carta será enviada por la Redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 ó 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 12) **Números monográficos:** se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.
- 13) La Secretaria de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

REVISTA ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL

DATOS DE SUBSCRIPCION

La REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL es el órgano oficial de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL y como tal se envia gratuitamente a todos los asociados.



BOLETIN DE ADHESION A LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIA-
TRIA INFANTO-JUVENIL

Nombre Domicilio

Ciudad País Profesión

Lugar de trabajo Año de licenciatura

Cuota anual: 8.000,- Ptas. - Forma de Pago: Banco

cta. número:.....



BOLETIN DE SUSCRIPCION A LA REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL

Nombre Domicilio

Ciudad País Profesión

Lugar de Trabajo

Cuota anual: 4.000,- Ptas.

Forma de Pago: Banco

cta. número:

En caso de desear algún número suelto o atrasado de esta revista,
solicitarlo junto con talón nominal de Ptas. 2.500,-

Remitar al Secretario de la Asociación.
Dr. R. MARTINEZ FIGUERO
Rambla, 313, 2º, 2ª
TARRASA (Barcelona)

